

Қазақстан Республикасының Валеология Академиясы
«Астана Медицина Университеті» АҚ
Тағамтану Проблемалары Институты

ISSN 2226-3551

*Журнал негізін қалаушы және редакция төрағасы
ҚР Профилактикалық медицина академиясының
академигі, м.ғ.д., профессор Л.З. ТЕЛЬ*

ҒЫЛЫМИ – ПРАКТИКАЛЫҚ ЖОРНАЛ

ВАЛЕОЛОГИЯ

ДЕНСАУЛЫҚ – АУРУ – САУЫҚТЫРУ

№ 4, 2012

Журнал Қазақстан Республикасы мәдениет, ақпарат және әлеуметтік келісім Министрлігінде 10.03.2001 жылы (№ 1135 - Ж) тіркелген Білім және ғылым саласындағы бақылау комитетімен ұсынылған журналдар тізіміне енгізілген

Редакция алқасы:

Даленов Е.Д. – бас редактор
Абдулдаева А.А. – бас редактордың
орынбасары
Калин А.М. – жауапты хатшы
Ударцева Т.П. – ғылыми редакторы
Сливкина Н.В. – ғылыми редакторы
Саттықлышов Б.С. – техникалық
редакторы

Редакциялық кеңес:

Агаджанян Н.А. (Ресей)
Азар Н. (АҚШ)
Ақанов А.А. (Алматы)
Апсалықов К.Н. (Семей)
Галицкий Ф.А. (Астана)
Ерекешов А.Е. (Астана)
Жанәділов Ш.Ж. (Астана)
Ізімбергенов Н.И. (Ақтөбе)
Ізтілеуов М.К. (Ақтөбе)
Имангазинов С.Б. (Павлодар)
Кайырбекова С.З. (Астана)
Коман И.И. (АҚШ)
Миронюк Н.В. (Астана)
Рақыпбеков Т.К. (Семей)
Роберт Дарофф (АҚШ)
Розенсон Р.И. (Астана)
Шайдаров М.З. (Астана)
Шарманов Т.Ш. (Алматы)
Шандор Г. (Венгрия)
Цой И.Г. (Алматы)

Мекен жайы:

010000, Астана қ.,
Бейбітшілік көшесі, 49, 2 қабат 208 бөлме
Тел.(факс): 8(7172) 539534, 539571

сайт: www.amu.kz, www.ipp.kz
e mail: tagamtanu_astana@mail.ru

Academy of Valeology of the Republic of Kazakhstan
OJSCo «Medical University Astana»
Institute of the Nutrition Issues

Founder of the journal and Editorial Chairman Academician
Academy of Preventive Medicine,
Doctor of Medicine, Professor L.Z. TeL'

THE SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

VALEOLOGY
HEALTH - ILLNES - RECOVERY
№ 4, 2012

Approved by the Ministry of Culture, Information and Public Accordance,
Kazakhstan Republic 10.03.2001. № 1135- K

Editorial board:

Dalenov E.D. - editor-in-chief
Abduldayeva A.A. - vice editor
Kalin A.M. - executive assistant
Udartseva T.P. - scientific-editor
Slivkina N.V. - scientific-editor
Sattyklushov B.S. - technical editor

Address:

010000, Astana, 49 Beybitshilik str.,
Tel., fax: (7172) 53-95-34, 53-95-71

сайт: www.amu.kz, www.ipp.kz

e mail: tagamtanu_astana@mail.ru

Editorial advice:

Agadzhanyan N. A. (Russia)
Azar N. (USA)
Akanov A. A. (Almaty)
Apsalikov K. N. (Almaty)
Galitskey F.A. (Astana)
Kairbekova S.Z. (Astana)
Komann I.I. (USA)
Erekeshov A. E. (Astana)
Zhanadilov SH. Zh. (Astana)
Izimbergenov N. I. (Aktobe)
Iztleuov M. K. (Aktobe)
Imangazinov S.B. (Pavlodar)
Mironyuk N. V. (Astana)
Rahipbekov T. K. (Semey)
Rozenon R. I. (Astana)
Robert Daroff (USA)
Shaidarov M.Z. (Astana)
Sharmanov T. Sh. (Almaty)
Shandor (Hungary)
Tsoy I.G. (Almaty)

**ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ
БАС МАҚАЛАЛАР**

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

- | | |
|--|--|
| <p><i>Абдулдаева А.А., Сүлейменова Р.К., Досжанова Г.Н.</i>
Қазіргі кездегі зертхналық талдаудың жетістіктеріне байланысты майлардың перекісті қышқылы өнімдерін анықтаудың маңызы</p> <p><i>Әлімбаев Ж.Ж.</i>
Табан микозының клиникалық-эпидемиологиялық ерекшеліктері</p> <p><i>Байжұманова Т.Р.</i>
Балалардың жүйке жүйесінің патологиясын тексерудегі ультрадыбыстың маңызы</p> <p><i>Байкалова Е.В.</i>
Балалардағы неврологиялық ақаулардың қалыптасуына шала жетілудің әсері</p> <p><i>Бесжанова К.Т.</i>
Қалқан безінің әйел организміндегі орны</p> <p><i>Виниченко В.В.</i>
Ерте жастағы балалардың тағамының бұзылыстары</p> <p><i>Даленов Е.Д., Досжанова Г.Н., Абдулдаева А.А.</i>
Қазақстан тұрғындарының жастық құрылымының демографиялық өсімділігі</p> <p><i>Досжанова Г.Н.</i>
Келешектегі жоғары өмір сүру ұзақтығы – адами капитал тұрғыда мемлекеттің бәсекелестікке қабілеттілігі</p> <p><i>Ералиева Ш.О.</i>
Қазіргі кезеңде созылмалы жүрекжеткіліксіздігін емдеудің ерекшеліктері</p> <p><i>Жұбатқанова Е.А.</i>
Остеоартроз сұрақтары</p> <p><i>Жұмабаева А. К.</i>
Жіті бронхиолит: тексеру алгоритмі және қосалқы ем</p> <p><i>Жусанбаева Г.Б.</i>
Жалпақ қызыл теміреткі: қазіргі кездегі патогенетикалық, клиникалық жағдайы және емдеу әдістері</p> <p><i>Жусанбаева Г.Б.</i>
Дерматомироз эпидемиологиясы және емі</p> <p><i>Звягинцева В.П.</i>
Ұрықта және жаңа туған нәрестеде гемолитикалық ауруды анықтаудың патогенезі және қазіргі күнгі әдістері</p> | <p>17 <i>Abduldayeva A.A., Suleimenova R.K., Doszhanova G.N.</i>
The significance of assessment the lipid peroxidation products from the point of achievements of modern laboratory diagnosis</p> <p>20 <i>Алимбаев Ж.Ж.</i>
Клинико-эпидемиологические особенности микозов стоп</p> <p>23 <i>Байжуманова Т.Р.</i>
Роль ультразвукового исследования в диагностике патологии нервной системы у детей</p> <p>25 <i>Байкалова Е.В.</i>
Недоношенность как фактор риска формирования неврологической патологии у детей</p> <p>28 <i>Бесжанова К.Т.</i>
Роль щитовидной железы в женском организме</p> <p>32 <i>Виниченко В.В.</i>
Расстройства питания у детей раннего возраста</p> <p>35 <i>Dalenov E.D., Doszhanova G.N., Abduldayeva A.A.</i>
Demographic trends in the dynamics of the age structure of Kazakhstan population</p> <p>38 <i>Досжанова Г.Н.</i>
Высокая продолжительность жизни – конкурентоспособность страны с точки зрения человеческого капитала</p> <p>42 <i>Ералиева Ш.О.</i>
Хроническая сердечная недостаточность, особенности терапии на современном этапе</p> <p>46 <i>Жубатканова Е.А.</i>
К вопросу об остеоартрозе</p> <p>52 <i>Жумабаева А. К.</i>
Острый бронхиолит: алгоритмы диагностики и комбинированная терапия</p> <p>55 <i>Жусанбаева Г.Б.</i>
Красный плоский лишай: патогенетические, клинические аспекты и методы лечения на современном этапе</p> <p>59 <i>Жусанбаева Г.Б.</i>
Эпидемиология и терапия дерматомикозов</p> <p>62 <i>Звягинцева В.П.</i>
Патогенез и современные методы диагностики гемолитической болезни плода и новорожденного</p> |
|--|--|

<p><i>Зұлқарнаева А.Г.</i> Балалардағы ауруханадан тыс пневмонияны антибактериалды емдеу және этиологиялық құрылымы</p>	66	<p><i>Зулкарнаева А.Г.</i> Этиологическая структура и антибактериальная терапия внебольничных пневмоний у детей</p>
<p><i>Искаков С.С., Бекенова Г.О., Сауырбаева Б.Ж., және басқ.</i> Кейбір контрацептив емес заттардың қосарланған әсері</p>	69	<p><i>Искаков С.С., Бекенова Г.О., Саурбаева Б.Ж., и др.</i> Некоторые неконтрацептивные эффекты комбинированных оральных контрацептивов</p>
<p><i>Канатбаева А.С.</i> ЖРВИ: емдеудің этиологиялық және патогенетикалық әдістері</p>	73	<p><i>Канатбаева А.С.</i> ОРВИ: этиологические и патогенетические методы лечения</p>
<p><i>Каримова М.Б., Досмагамбетова А.М., Досмагамбетов М.У.</i> Жиі ауыратын балалардың ішек микрофлорасын қалпына келтіру</p>	76	<p><i>Каримова М.Б., Дусмагамбетова А.М., Дусмагамбетов М.У.</i> Нормализация кишечной микрофлоры часто болеющих детей</p>
<p><i>Лапушкина А.Г.</i> Шала туған нәрестенің тыныстық жүйесіне респираторлық терапияның әсері</p>	78	<p><i>Лапушкина А.Г.</i> Влияние респираторной терапии на состояние дыхательной системы недоношенных новорожденных</p>
<p><i>Мамбина Н.А.</i> Өкпенің созылмалы обструктивті қабынуы және коморбидті жағдай</p>	82	<p><i>Мамбина Н.А.</i> ХОБЛ и коморбидные состояния</p>
<p><i>Мамбина Н.А.</i> Созылмалы бронхит: емдеудің жаңа тәсілдері</p>	85	<p><i>Мамбина Н.А.</i> Хронические бронхиты: новые аспекты терапии</p>
<p><i>Мұхамбетова А.Е., Сүлейменова Р.Қ., Шарбаков А.Ж.</i> Еңбек жағдайын гигиеналық бағалау проблемасының қазіргі ахуалы және олардың автобус жүргізушілерінің денсаулығына әсері</p>	89	<p><i>Мухамбетова А.Е., Сүлейменова Р.Қ., Шарбаков А.Ж.</i> Современное состояние гигиенической оценки труда и его влияние на состояние здоровья водителей автобусов</p>
<p><i>Назырова Р.А.</i> Дубовица синдромы: клиникалық көрініс полиморфизмі</p>	94	<p><i>Назырова Р.А.</i> Синдром Дубовица: полиморфизм клинической картины</p>
<p><i>Нұранова С.А.</i> Жаңа туған нәресте патологияларындағы цитомегаловирусты инфекцияның орны</p>	97	<p><i>Нуранова С.А.</i> Роль цитомегаловирусной инфекции в патологии новорожденного</p>
<p><i>Нағыманов Б.А., Маринина Т.Б., Шандрова Ф.Д., Нұрмұханов А.М.</i> Омыртқа деформациясы бар науқастарға ота жасалғаннан кейінгі кезеңге арналған аумақты реабилитациялық шаралар</p>	100	<p><i>Нагыманов Б.А., Маринина Т.Б., Шандрова Ф.Д., Нурмуханов А.М.</i> Комплексные реабилитационные мероприятия у больных с деформациями позвоночника в послеоперационном периоде</p>
<p><i>Петухова Н.А.</i> Жаңа туған балалардағы гипербилирубинемия: дәлелдемелі медицина негізіндегі клиникалық зерттеу, анықтау және емдеу аспектілері</p>	105	<p><i>Петухова Н.А.</i> Гипербилирубинемии новорожденных: клинические, диагностические и терапевтические аспекты с точки зрения доказательной медицины</p>
<p><i>Салтабаева С.Ш., Моренко М.А., Розенсон Р.И.</i> Лейкотриендер және бронх демікпесі</p>	108	<p><i>Saltabayeva U.Sh., Morenko M.A., Rozenson R.I.</i> Leukotrienes and asthma</p>
<p><i>Саташева С.</i> Экстракорпоралды ұрықтандыру: мәселелері мен шешу жолдары</p>	111	<p><i>Саташева С.</i> Экстракорпоральное оплодотворение: проблемы и пути решения</p>

Темирханова Р.Б.
Балалардағы созылмалы эзофагит туралы заманауи көзқарастар

Темирханова Р.Б.
Балалардағы гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы

Төкенова Г.Ш.
Жасөспірім қыз балалардың репродуктивті денсаулығы

Штефанова Е.И.
АИВ жұқпасы әсерінен болатын жыныстық жолмен берілетін жұқпалы аурулардың ағымының ерекшеліктері

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

Абдулдаева А.А., Калинин А.М., Бисингалиева С.Б., және басқ.
Төменгі курс студенттерінің физикалық дайындығының деңгейі

Калин А.М., Тарджибаева С.К., Имамалиева Г.Н., және басқ.
Студенттің денсаулығының кейбір сұрақтары

Калин Э.А., Калинин А.М.
Студент жастардың денсаулық деңгейі мен сапасы

Костоглот Т.А.
Тыныс демікпесі бар балалардағы вирустық инфекцияларының ауру-сырқаулығын төмендетуге арналған алдын алу шаралары

Наумкина Л.В.
Жедел медициналық жәрдем дәрігері жұмысының сапасына ықпал ететін психологиялық факторлар

Сиджанов М.Ж.
Өкпе обыры және темекі шегу

Тәржибаева С.К., Сәттіқылышов Б.С., Тасмагамбетова Е.К., және басқ.
Студенттер денсаулығын сақтау мен шынықтыру

Тәржибаева С.К., Бисембаев С.Б., Саркенов А.С., және басқ.
Жеткіншектердің денсаулығын жақсартуда дене шынықтыру мен спорттың маңызы

Ералиева Ш.О.
Денсаулық жағдайын бағалау және медициналық көмек көрсетудегі мәселелерді шешу

114 *Темирханова Р.Б.*
Хронический эзофагит у детей

117 *Темирханова Р.Б.*
Гастроэзофагеальный рефлюкс у детей

119 *Токенова Г.Ш.*
Репродуктивное здоровье девочек-подростков

121 *Штефанова Е.И.*
Особенности течения инфекций, передаваемых половым путем, на фоне ВИЧ-инфекции

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

124 *Абдулдаева А.А., Калинин А.М., Бисингалиева С.Б., и др.*
Уровень физической готовности студентов младших курсов

125 *Калин А.М., Тарджибаева С.К., Имамалиева Г.Н., и др.*
Формирование приоритетных ценностей здоровья студенческой молодежи

126 *Калин Э.А., Калинин А.М.*
Уровень и качество здоровья студенческой молодежи

127 *Костоглот Т.А.*
Профилактические меры снижения риска заболеваемости вирусными инфекциями у детей с бронхиальной астмой

128 *Наумкина Л.В.*
Психологические факторы, влияющие на качество работы врача скорой медицинской помощи

130 *Сиджанов М.Ж.*
Рак легкого и табакокурение

131 *Тарджибаева С.К., Сәттіқылышов Б.С., Тасмагамбетова Е.К., и др.*
Укрепление и сохранение здоровья студентов

133 *Тарджибаева С.К., Бисембаев С.Б., Саркенов А.С., и др.*
Значение физической культуры и спорта в укреплении здоровья подрастающего поколения

135 *Ералиева Ш.О.*
Изучение состояния здоровья и решение проблем медицинской помощи

**ТӘЖІРИБЕЛІК ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ
МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ**

**ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Әбдірова С.З.

Интерференция тоқтары, магнитті және лазер терапиясының ықпалымен буындар қабынуларында қозғалғыштық көрсеткіштің өзгеруі

Әбдірова С.З.

Созылмалы сальпингоофориты бар науқастарды амплипульс және магниттік-лазер терапия арқылы қалпына келтіріп емдеу

Әбілқасымова А.

Туа біткен миопияның клиникалық ағымының өзгешеліктері

*Әбілқасымова С.Ж., Ковтун Э.А.,
Мұсұлманбекова Ж.А., Уалиханова Д.Т.*

Астана қ. қалалық жедел медициналық жәрдем станциясы тәжірибесіндегі тромболитикалық терапияның тиімділігіне сапалық және сандық талдау жүргізу

Ағыбаева К.К.

Шала туған балаларға «Курсорф» дәрісімен алмастырулық емді қолдануды талдау

Аймақова Г.О.

НҰНА III-IV ФК бойынша созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар науқастарға кардиоресинхронизациялау емінің тікелей және келешек әсерін бағалау

Айтжанова Р.М.

Ревматологиялық буын қабынуымен ауыратын науқастарды амбулаториялық кезеңде емдеу тиімділіктерінің төмендеу себептері

Алеманов Б.С.

Операциядан кейінгі қалтырау

Ахметова М.А.

Медицина қызметкерлері арасында магний жетіспеушілігін анықтау негізінде «MAGIC» зерттеуі

Базарбекова С.Р.

Артериялық гипертония кезінде «Эксфорж» препаратын қолданудың маңызы

Базарбекова С.Р.

«Липримар» препаратын жүректің ишемиялық сырқаты бар және қант диабетімен ауыратын науқастарға холестерин деңгейін төмендету мақсатында қолданудың маңызы

Байбулина Ж. С.

Созылмалы обструктивті өкпе ауруы бар науқастарға небулайзер арқылы «Сальбутамолды» ингаляция түрінде қолдану

137 *Абдирова С.З.*

Изменение показателей подвижности суставов при артрозоартритах под влиянием интерференционных токов, магнитной и лазерной терапии

139 *Абдирова С.З.*

Амплипульс- и магнитолазерная терапия в восстановительном лечении больных хроническим сальпингоофоритом

141 *Абилқасимова А.А.*

Особенности клинического течения врожденной миопии

142 *Абылқасимова С.Ж., Ковтун Э.А., Мусулманбекова Ж.А., Уалиханова Д.Т.*

Качественный и количественный анализ эффективности тромболитической терапии на опыте городской станции скорой медицинской помощи г. Астаны

145 *Ағыбаева К.К.*

Анализ заместительной терапии недоношенных детей «Курсорфом»

147 *Аймақова Г. О.*

Оценка непосредственных и отдаленных эффектов кардиоресинхронизирующей терапии у пациентов с хсн III-IV ФК по НҰНА

150 *Айтжанова Р.М.*

Причины низкой эффективности терапии больных ревматоидным артритом на амбулаторном этапе

154 *Алеманов Б.С.*

Послеоперационная дрожь

156 *Ахметова М.А.*

Исследование «MAGIC» распространенность дефицита магния у медицинских работников

160 *Базарбекова С.Р.*

Эффективность препарата эксфоржа при артериальной гипертонии

162 *Базарбекова С.Р.*

Эффективность препарата «Липримара» для снижения холестерина у больных ИБС и сахарным диабетом

164 *Байбулина Ж. С.*

Ингаляционное применение «сальбутамола» через небулайзер у больных хронической обструктивной болезнью легких

<i>Барлубаева К.С.</i> «Назонексті» аллергиялық ринит кезінде қолдану тәжірибесі	166 <i>Барлубаева К.С.</i> Опыт применения назонекса при аллергическом рините
<i>Гатауова М.Р., Беспалько А.Б., Нурманова К.М., және басқ.</i> Нәрестелерде туылған кезінде пайда болған жарақаттануларды талдау	168 <i>Гатауова М.Р., Беспалько А.Б., Нурманова К.М., и др.</i> Анализ родовых травм при рождении новорожденных детей
<i>Данбаева Ж.С.</i> Тері ісігін дифференциалды анықтауда дерматоскопияны қолдану	170 <i>Данбаева Ж.С.</i> Использование дерматоскопии в дифференциальной диагностике новообразований кожи
<i>Данбаева Ж.С.</i> Урогениталды жұқпалары бар әйелдерде косынды терапияны қолдану ерекшеліктері	172 <i>Данбаева Ж.С.</i> Особенности комбинированной терапии у женщин с урогенитальными инфекциями
<i>Данилова З.В.</i> Операциядан кейінгі сезімсіздендіру шараларының сапасын жақсартудағы дәрі-дәрмексіз әдістер	175 <i>Данилова З.В.</i> Немедикаментозные методы улучшения качества послеоперационного обезболивания
<i>Джолдаспаева Б.К.</i> Ақмола облысы бойынша ішкі істер департаментіне бекітілген госпиталде медициналық көмекті және жиынтықты медициналық көмекті ұйымдастыру	177 <i>Джолдаспаева Б.К.</i> О медицинском обслуживании прикрепленных к госпиталю с поликлиникой департамента внутренних дел акмолинской области и проведение комплексного медицинского осмотра
<i>Досмағамбетова А.М., Досмағамбетов М.Ө., Рахметова Н.Б., Аушахметова З.Т.</i> Астана қаласындағы 2009-2011 жылдар аралығындағы емдеу сақтандыру мекемелеріндегі отадан кейінгі ірінді-қабыну асқынуларының микробтық көрінісін салыстырмалы талдау	179 <i>Досмағамбетова А.М., Досмағамбетов М.Ө., Рахметова Н.Б., Аушахметова З.Т.</i> Сравнительный анализ микробного пейзажа гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений в ЛПУ г.Астаны за период 2009-2011 гг.
<i>Естемесов Н.Т.</i> Көп жарақаты бар науқастарда омыртқа сынығын отамен емдеу	182 <i>Естемесов Н.Т.</i> Оперативное лечение переломов позвоночника у пациентов с политравмой
<i>Естемесов Н.Т.</i> Тізе буыны сүйегінің сынығын отамен емдеу	184 <i>Естемесов Н.Т.</i> Оперативное лечения переломов костей голени
<i>Жақыпбаева С.Р.</i> Балалардың тірек-қимыл жүйесі патологиясын ультрадыбыспен анықтау артықшылықтары жайында	186 <i>Жақыпбаева С.Р.</i> Преимущества ультразвуковой диагностики патологии опорно-двигательного аппарата у детей
<i>Жанабергенова Э.Ж.</i> Эндоцервицит және жатыр мойны эрозиясы	189 <i>Жанабергенова Э.Ж.</i> Эндоцервицит және жатыр мойны эрозиясы
<i>Жаналиева М.К., Мауль Я.Я., Сулейменова Ф.М.</i> Балалық шақтағы несеппағардың кілегейлі қабығында орналасқан лимфоидты түзілістердің сандық және сапалық сипаттамасы	190 <i>Жаналиева М.К., Мауль Я.Я., Сулейменова Ф.М.</i> Качественная и количественная характеристика лимфоидных образований ассоциированных со слизистой оболочкой мочеточников в детском возрасте
<i>Жаналиева М.К.</i> Постнаталды онтогенез кезінде адам қуығының әр бөліміндегі лимфоидты түзілістердің анатомиялық топографиялық ерекшеліктері	192 <i>Жаналиева М.К.</i> Постнаталды онтогенез кезінде адам қуығының анатомо-топографиялық ерекшеліктері

- Жарқымбеков Б.К., Жұмаділов А.Ш., Құттымұратов Г.М. және басқ.*
Донорлық мүшені алуда жансыздандырумен камтамасыз ету 194 *Жаркимбеков Б.К., Жумадилов А.Ш., Куттымуратов Г.М., и др.*
Анестезиологическое обеспечение при заборе донорского органа
- Жұмамбаева С., Розенсон Р., Төлебаев Р., ж.б.* 196 *Zhumambayeva S., Rozenson R., Toulebayev R., a.os.*
Аллергиялық ринит: салыстырмалы диагностикасы Allergic rhinitis: the current issues in differential diagnosis
- Зайнулдинова Н.Е.* 200 *Зайнулдинова Н.Е.*
Гиперандрогения синдромының диагностикасы мен еміне кешенді бағыт Комплексный подход к диагностике и терапии синдрома гиперандрогении
- Зайнулдинова Н.Ж.* 202 *Зайнулдинова Н.Е.*
Операцияға дейінгі кезеңде постгеморрагиялық анемиясы бар гинекологиялық науқастарды «тотема» препаратымен емдеудің клиникалық тиімділігі Клиническая эффективность препарата тотема в комплексной терапии гинекологических пациенток с постгеморрагической анемией в предоперационном периоде
- Занин В.Н.* 204 *Занин В.Н.*
Жедел медициналық жәрдем жағдайында балаларға небулайзерлік терапияны жүргізу Небулайзерная терапия у детей в условиях скорой помощи
- Земцова Т.Б., Габидуллин Р.Ф.* 206 *Земцова Т.Б., Габидуллин Р.Ф.*
Амбулаторлық тәжірибедегі эндоскопиялық әдістердің тиімділігі Эффективность эндоскопических методов обследований в амбулаторной практике
- Игіліков А., Жаңабергенова Э.Ж., Керімбаева А.* 207 *Игликов А., Жанабергенова Э.Ж., Керимбаева А.*
Көктамыр жеткіліксіздігі бар жүкті әйелдердің тромбозбалиялық асқынуының алдын алу Профилактика тромбоэмболических осложнений у беременных с венозной недостаточностью
- Игіліков А.А.* 208 *Игликов А.А.*
Іш қатудың жүктілікке әсері Влияние запоров на течение беременности
- Игілікова М.К.* 211 *Игликова М.К.*
Алкоголді полинейропатияны емдеуде «Мексидол» және «Нуклео Ц.М.Ф. форте» препаратын қолдану тәжірибесі Опыт использования препаратов «Мексидол» и НУКЛЕО Ц.М.Ф. ФОРТЕ при лечении алкогольной полинейропатии
- Изтеулеуова Л.Х.* 214 *Изтелеуова Л.Х.*
Қағанақ суының мезгілсіз кетуінен болатын асқыну Осложнения при дородовом излитии околоплодных вод
- Иманбаев Х.А.* 216 *Иманбаев Х.А.*
Өңеш обыры анықталған науқастардағы отадан кейінгі кезеңде кардиореспираторлы дезадаптацияны анықтау Оценка кардиореспираторной дезадаптации в послеоперационном периоде у больных раком пищевода
- Исабекова А.А., Албаева Ю.К., Жақыпбаева С.Р.* 218 *Исабекова А.А., Албаева Ю.К., Жакупбаева С.Р.*
Өмірінің бірінші күндері дүниеге келген орталық жүйке жүйесінің геморрагиялық зақымдалулары бар балаларды ультрадыбыспен анықтаудың маңызы Значение ультразвуковой диагностики при геморрагических поражениях центральной нервной системы у недоношенных детей первых суток жизни
- Ысқақов С.С., Саурбаева Б.Ж., Нұрмагамбетова Д.М. және басқ.* 220 *Искаков С.С., Саурбаева Б.Ж., Нурмагамбетова Д.М., и др.*
Кіндіктің патологиясы жағдайында жүктілік пен тууды жүргізуге арнайы ұстаным Дифференцированный подход к ведению беременности и родов при патологии пуповины
- Ысқақов С.С., Бекенова Г.О., Саурбаева Б.Ж., ж.б.* 228 *Искаков С.С., Бекенова Г.О., Саурбаева Б.Ж., и др.*
Етеккірге дейінгі синдром кезінде контрацептивті «Новаринг сақинасын» қолдану Эффективность применения контрацептивного кольца «Новаринг» при предменструальном синдроме

- Қайшенов Н.Н.*
Урогениталді инфекцияны кешенді емдеуде «Джозамицин» -ді колдану
- Кенжалиева А.Б.*
Қарттық құлақ мүкістігі - пресбиакузистің патогенезі және сақтаушы емшараның әдістемелері
- Матжанов Б.Е.*
Лапароскопиялық холецистэктомия жасау тәжірибесі
- Мергентай А.*
Мұрын жұтқыншақ бадамша безі ұлғайған науқас балалардың еміне талдау
- Мұқанова Г.Д.*
ИАПФ көптеген оң әсерлері жайында
- Наумкина Л.В.*
Госпиталге дейінгі кезеңдегі жүректің ишемия ауруы бар науқастарға дәрігерлік жедел жәрдем көрсетуді жетілдіру
- Нұранова Г.А., Әбілқасымова М.Б., Штоль Ю.Р., және басқ.*
Нәрестелер миының перинаталды гипоксия-ишемиялық зақымының зардаптарына талдау
- Нұранова Г.А.*
Шала туған балалардағы перивентрикулярлы лейкомаляция
- Петрова Т.В.*
Ұйқы безінің екіншілікті экзокринді жеткіліксіздігі
- Сарбалинова Г.К.*
Ревматоидты артрит анықталған науқастарды емдеуде ревматидке қарсы негізгі емге жауап беру. Ремиссияға қол жеткізу қаншалықты мүмкін?
- Сауырбаева Б.Ж., Нұрмагамбетова Д.М., Бекенова Г.О. және басқ.*
Қыз балаларда синехияны емдеу және алдын алу сұрақтары
- Сауырбаева Б.Ж., Нұрмагамбетова Д.М., Бекенова Г.О., және басқ.*
Түсік тастаудың қазіргі күнгі қауіпсіз түрі
- Сейсембеков Т.З., Касымов А.К., Заря Ж.Г., және басқ.*
Созылмалы пиелонефритті кешенді емдеуде Канефрон® Н колдану
- 226 *Қайшенов Н.Н.*
применение препарата «Джозамицин» в комплексном лечении урогенитальной инфекции
- 228 *Кенжалиева А.Б.*
Патогенез старческой тугоухости-пресбиакузиса и методы поддерживающей терапии
- 231 *Матжанов Б.Е.*
Опыт лапароскопических холецистэктомий
- 233 *Мергентай А.*
Анализ лечения детей с увеличенной носоглоточной миндалины
- 234 *Муканова Г.Д.*
Множественные положительные эффекты ИАПФ
- 238 *Наумкина Л.В.*
Скорая медицинская помощь больным с ишемической болезнью сердца на догоспитальном этапе
- 240 *Нуранова Г.А., Абылкасымова М.Б., Штоль Ю.Р., и др.*
Анализ последствий перинатальных гипоксически - ишемических поражений головного мозга у новорожденных детей
- 243 *Нуранова Г.А.*
Перивентрикулярная лейкомаляция у недоношенных детей
- 245 *Петрова Т.В.*
Вторичная экзокринная недостаточность поджелудочной железы
- 247 *Сарбалинова Г.К.*
Лечение больных ревматоидным артритом с неадекватным ответом на базисную антиревматическую терапию. Насколько достижима ремиссия?
- 250 *Саурбаева Б.Ж., Нурмагамбетова Д.М., Бекенова Г.О. и др.*
К вопросу о профилактике и лечение синехий у девочек нейтрального возраста
- 252 *Саурбаева Б.Ж., Нурмагамбетова Д.М., Бекенова Г.О., и др.*
Безопасная форма аборта на современном этапе
- 254 *Сейсембеков Т.З., Касымов А.К., Заря Ж.Г., и др.*
Канефрон® н в комплексном лечении хронического пиелонефрита

- Сейтенова К.К.*
Гипертензиялық криз бойынша жедел жәрдем көмегіне сүйенген науқастардың көрсеткіштерін талдау
- Сиджанов М.Ж.*
Атырау облысындағы өкпе және асқазан обыры ауруларының динамикасы
- Сиджанов М.Ж.*
Атырау облысындағы 2006-2011 жылдардағы тік және тоқ ішектердің обыр ауруының динамикасы
- Сливкина Н.В.*
Жүрек-тамыр жүйесінің қызметтік жағдайының бұзылыстарын диагностикалауда және емдеуде жүрек ырғағының толқындарын талдауды қолдану
- Сүтбаева Ы.О., Әшірбекова Г.М., Бегімбетова Л.К., және басқ.*
NIHSS шкаласы бойынша инсультті динамикалық және болжамдық бағалау
- Сүтбаева Ы.О., Әшірбекова Г.М., Бегімбетова Л.К. және басқ.*
Артериалды гипертензияның менеджер - ер адамдардың когнитивті қызметтеріне (естеу сақтау, назар, ойлау) әсер етуі
- Тоқпанова А.С.*
Қазақстан республикасының пенитенциарлық мекемелерінде ЖИТС алдын алудың негіздері
- Тұрғынбаева С.Е.*
Нейросенсорлық мүкiстiгi бар ауруларға «Бетасерк» препаратын қолданудың тәжірибесі
- Тұрғынова Л.Г., Умбеталина Н.С., Бачева И.В., Шақаева Т.А.*
Созылмалы гломерулонефриттің кешенді емінде «Канефрон» -ды қолдану тәжірибесі
- Оразова С.Н., Исаева А.Б., Ермұхамбетова М.С., және басқ.*
Балалардағы қолқа-өкпе ауруларының ауыр ағымының кейбір патогенетикалық аспектілері
- Шевченко С.А.*
Бір жасқа дейінгі балаларды диспансерлік бақылау
- Шеремет С.В.*
Панкреонекрозбен ауырған науқастарды емдеу ерекшеліктері
- Штефанова Е.И.*
Мерездің жалпы ағымы
- 257 *Сейтенова К.К.*
Обращаемость пациентов за скорой медицинской помощью по поводу гипертензивных кризов
- 259 *Сиджанов М.Ж.*
Динамика заболеваемости раком легкого и пищевода в атырауской области
- 260 *Сиджанов М.Ж.*
Динамика заболеваемости колоректальным раком в Атырауской области на период с 2006-2011 годы
- 262 *Сливкина Н.В.*
Применение анализа variability сердечного ритма в диагностике и лечении нарушений функционального состояния сердечно-сосудистой системы
- 265 *Сүтбаева Ы.О., Аширбекова Г.М., Бегімбетова Л.К., и др.*
Динамически-прогностическая оценка инсульта по ШКАЛЕ NIHSS
- 268 *Сүтбаева Ы.О., Аширбекова Г.М., Бегімбетова Л.К., и др.*
Влияние артериальной гипертензии на когнитивные функции (память, внимание, мышление) у мужчин-менеджеров
- 271 *Тоқпанова А.С.*
Основы профилактики ВИЧ/СПИД в пенитенциарных учреждениях Республики Казахстан
- 275 *Турғунбаева С.Е.*
Клинический опыт применения бетасерка у больных с нейросенсорной тугоухостью
- 276 *Турғунова Л.Г., Умбеталина Н.С., Бачева И.В., Шақаева Т.А.*
Опыт применения канефрона в комплексной терапии хронического гломерулонефрита
- 282 *Уразова С.Н., Исаева А.Б., Ермұхамбетова М.С., и др.*
Некоторые патогенетические аспекты течения тяжелых бронхолегочных заболеваний у детей
- 283 *Шевченко С.А.*
Диспансерное наблюдение за детьми первого года жизни
- 285 *Шеремет С.В.*
Особенности лечения больных панкреонекрозом
- 288 *Штефанова Е.И.*
Общее течение сифилиса

**ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР
ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ**

*Әлмамбетов А.Г., Жұмаділов А.Ш.,
Мұқажанов А.К., және басқ.*
Перкурантты эндоскопиялық гастростомия –
нутриенттерді жеткізу әдісі

Балкешева З.М.
Семіру - ХХІ ғасырдың мәселесі

Балкешева З.М.
Қант диабеті кезіндегі тамақтану

Васильев В.В.
Темір тапшылықты қан аздықты емдеу мәселесі

Сейсембаева А.Н.
Амбулаториялық тәжірибеде қант диабеті ауру-
ларына бейімделу мәселелері

Смағұлова И.Е., Балғымбеков Ш.А.
Әйелдер және 5 жасқа дейінгі бала-
лар арасындағы йод жағдайы мен
йодтапшылығының таралуы

Өмірбекова Б.Т
Дені сау балаларға дұрыс қосымша
тамақтандыруды енгізу

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

*Масалимов Е.Т., Молдағалиев Т.Ж.,
Белихина Т.И., Гусев Б.И.*
2007-2011ж. кезеңдегі өлім көрсеткіштерінің
динамикасының деректері бойынша ради-
ация әсеріне ұшыраған ШҚО халқының
денсаулығына келтірілген жыл сайынғы
зияндылықты бағалау

Молдағалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т.
ШҚО радиация әсеріне ұшыраған тұрғындарда
өлім көрсеткішінің динамикасының деректері
бойынша тынысалу жүйесі патологиясының
әсері

*Молдағалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т.,
Тоқанов А.М., Байбосынова Ж.Т.*
Сәулелену мөлшері әсер еткеннен кейінгі
мерзімдегі сәулеленуге ұшыраған ШҚО
тұрғындары мен олардың ұрпақтары
арасындағы вегетативті гомеостаз жағдайы

*Мысаев А.О., Бөлегенов Т.А., Воробьев С.А.,
Жуаньшиев Т.С.*
Жүргізушінің әлеуметтік суреттемесі

**ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-
ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

290 *Альмамбетов А.Г., Жумадилов А.Ш., Мукажа-
нов А.К., и др.*
Перкуратная эндоскопическая гастростомия –
способ доставки нутриентов

293 *Балкешева З.М.*
Ожирение - проблема ХХІ века

295 *Балкешева З.М.*
Питание при сахарном диабете

297 *Васильев В.В.*
К вопросу лечения железодефицитной анемии

299 *Сейсембаева А. Н.*
К вопросу о компенсации сахарного диабета в
амбулаторной практике

301 *Смагулова И.Е., Балгимбеков Ш.А.*
Статус йода и распространенность йододефици-
та среди женщин и детей в возрасте до 5 лет

304 *Умирбекова Б.Т*
Рациональное введение прикорма здоровым
детям

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

306 *Масалимов Е.Т., Мулдағалиев Т.Ж.,
Белихина Т.И., Гусев Б.И.*
Оценка ежегодного ущерба здоровью экспо-
нированного радиацией населения Восточно-
Казахстанской области по данным динамики
показателей смертности за период 2007-2011 г.

310 *Молдағалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т.*
Опосредованные эффекты патологии системы
дыхания по данным динамики смертности экс-
понированного радиацией населения ВКО

313 *Молдағалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т.,
Тоқанов А.М., Байбусинова Ж.Т.*
Состояние вегетативного гомеостата среди экс-
понированного радиацией населения восточно-
казахстанской области и их потомков в отдален-
ном периоде после формирования доз облучения

318 *Мысаев А.О., Булегенов Т.А., Воробьев С.А.,
Жуаньшиев Т.С.*
Социальный портрет водителя

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

Авдеев А.В., Жақсылықова Г.А.
Медициналық білімнің сапасына баға беру мақсатында прогрессивті тестілеу әдісін қолдану

Земцова Т.Б.
Бронх демікпесін екіншілікті алдын алу шарасы - астма мектебін ашу

Қуанышбаева Г.С.
Дәрігердің коммуникативтік құзіретін медицинаның білімі бойынша талдау

Қуанышбаева Г.С., Жақсылықова Г.А.
Дәрігердің коммуникативтік құзіретін медицинаның білімі бойынша талдау

Раисова К.А., Жұмашева З.С., Жылқыбаева К.Т., N Delellis
Медициналық жоғары оқу орындарында сапа менеджментін жүйелі құрастыру

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Баймұқанов Б.К., Жабағыбаев А.С.
ҚР Республикалық Ұлан госпиталінде стоматологиялық көмекті ұйымдастыру

Баймұқанов Б.К., Жабағыбаев А.С.
Тұрақты даму үлгілерін енгізу негізінде әскери емдік-алдын алу мекемелерін басқару

Дакенов Қ.М.
Тұрғындар денсаулығын сақтаудың кейбір мәселелері

Дакенов Қ.М.
Қазақстан республикасының әлеуметтік медицинасының қазіргі уақыттағы бағыттары

Жабағыбаев А.С., Баймұқанов Б.К.
Жеке құрылымның жоғалтуларының орнын толтыру және медициналық эвакуациялау деңгейлері бойынша науқастар мен жарақаттанғандардың қимыл-қозғалыс процесін үлгілеуде орташа динамика әдісін қолдану

Камалбекова Г.М., Жузжанов О.Т.
Форсайт қоғамдық денсаулық – қоғам мәдениетінің қандай бағытта дамитындығын көрсетеді

Ким С.В., Аубақірова А.С., Ысқақов Е.С.
Жол - көлік апаттарындағы өлім-жітімнің ауыртпалығы және оған заң шараларының әсері

Ниязова Ш.С.
Медициналық көмек сапасын бақылау жүйесі жайында

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

321 *Авдеев А.В., Жақсылықова Г.А.*
Использование метода прогрессивного тестирования для оценки качества медицинского образования

324 *Земцова Т.Б.*
Астма - школа как метод вторичной профилактики

326 *Қуанышбаева Г.С.*
Развитие коммуникативной компетентности в медицинском образовании

329 *Kuanishbaeva G. S., Zhaksylykova G. A.*
Development of communicative competence Of medical education

331 *Раисова К.А., Жұмашева З.С., Жилкибаева К.Т., N Delellis*
Процессный подход в системе менеджмента качества медицинского вуза

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

334 *Баймұханов Б.К., Жабағыбаев А.С.*
Организация стоматологической помощи в госпитале республиканской гвардии Республики Казахстан

336 *Баймұханов Б.К., Жабағыбаев А.С.*
Управление военными лечебно-профилактическими учреждениями на основе разработки моделей устойчивого развития

338 *Дакенов Қ.М.*
Некоторые вопросы проблем охраны здоровья населения

340 *Дакенов Қ.М.*
Современные направления социальной медицины республики казахстан

342 *Жабағыбаев А.С., Баймұханов Б.К.*
Применение метода динамики средних в моделировании процесса движения раненых и больных по этапам медицинской эвакуации и восполнения потерь личного состава

345 *Камалбекова Г.М., Жузжанов О.Т.*
Форсайт общества здоровья - в каком направлении будет двигаться цивилизация

349 *Ким С.В., Аубақірова А.С., Исқақов Е.С.*
Время смертности от дорожно-транспортных происшествий и влияние законодательных мер

351 *Ниязова Ш.С.*
О системе управления качеством медицинской помощи

- Ниязова Ш.С.*
2012-2014 жж. Ақмола облысы бойынша тұрғындардың арнайы топтарын тегін дәрімен камтамасыз етуді әрі қарай дамыту және жетілдіру мен аурухана аралық тегін дәрімен камсыздандырылу бағдарламасы жайында
- Ниязова Ш.С.*
Медициналық бағыттағы қоймада ұзақ уақыт сақталған негізгі заттарды, дәрілерді, тану және медициналық заттарды түгелдеу тәртібі
- Ошақбаев Қ.П., Құттымұратов Ф.М., Оспанова А.Қ., және басқ.*
Қазақстанда халықтың ағза мен тіндер донорлығына келісім беру/бермеу себептерін қоғамдық пікір сұрағы бойынша зерттеу
- Рыскелдинова Л.Е.*
Израилдегі аурулар қабылдау бөлімінің жұмыс ерекшеліктері
- Садиров С.А.*
Әскерилердің тістерін протездеудің жаңа тәсілдерін енгізу мәселелері
- Садиров С.А.*
Қазақстан Республикасының қарулы күштер мекемелері мен бөлімшелеріндегі стоматологиялық жұмыстың кейбір ерекшеліктері
- Садиров С.А.*
Әскери стоматологияның дамуы және қалыптасуындағы кейбір аспектілер
- Усатова Л.С.*
Ақмола облысы балалар ауруханасында сәулемен емдеу бөлімінің жұмысын ұйымдастыру және қазіргі күнге сәйкестендіру
- Ниязова Ш.С.*
354 О программе совершенствования и дальнейшего развития бесплатного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан акмолинской области на 2012-2014 г.г. и организации меж-больничной базы бесплатного лекарственного обеспечения
- Ниязова Ш.С.*
357 О порядке проведения инвентаризации основных средств, медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения на складах длительного хранения
- Ошақбаев К.П., Куттымұратов Г.М., Оспанова А.К., Удербасев Н.Н.*
360 Причины согласия/несогласия к донорству органов и тканей: результаты социологического опроса в Казахстане
- Рыскелдинова Л.Е.*
364 Особенности работы приемного покоя Израиля
- Садиров С.А.*
366 Проблемы внедрения новых способов протезирования военнослужащих
- Садиров С.А.*
369 Некоторые особенности стоматологической работы в частях и учреждениях вооруженных сил Республики Казахстан
- Садиров С.А.*
371 Некоторые аспекты становления и развития военной стоматологии
- Усатова Л.С.*
373 Современный подход к организации работы отдела лучевой диагностики акмолинской областной детской больницы

ТӘЖІРИБЕДЕ КЕЗДЕСЕТІН ОҚИҒАЛАР

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

- Амрина Г.К.*
Қолқа-өкпе патологиясы бар балаларды күндізгі стационарда реабилитациялау
- Амрина Г.К.*
376 Реабилитация детей с бронхолегочной патологией в условиях дневного стационара
- Байкенова Ж. Ш.*
Созылмалы гастрит және асқазандағы *Helicobacter Pylori* инфекциясының клиникалық – морфологиялық диагностикасы. *Helicobacter Pylori* – мен таралған жара ауруларын емдеудің нәтижелері мен принциптері
- Байкенова Ж. Ш.*
377 Клинико – морфологическая диагностика хронического гастрита и инфекций *Helicobacter Pylori* в желудке. принципы и результаты лечения язвенной болезни ассоциированной с *Helicobacter Pylori*
- Бекаева Н.Н.*
Екіжақты овариэктомиямен 3 жыл бойы ауырған 31 жастағы пациентті клиникалық бақылау нәтижесі
- Бекаева Н.Н.*
378 Клинический случай наблюдения за пациенткой в течение трех лет, перенесшей двухстороннюю овариэктомию

- Бесжанова К.Т.*
Гипотиреозды емдеу
- Воробьёв Д.В.*
Жансыздандыру туралы жалпы түсінік
- Ж.К. Букеева, Г.А. Алдиярова*
Созылмалы уытты гепатиттің фетальді жасушалардың «медиаторлы заттарымен» емдеу
- Гончаров Б.Н.*
Балалардың жамбас сүйегі шығуын орнына салғаннан кейін жамбас сүйегінің ишемиялық некрозын консервативті емдеу
- Данбаева Ж.С.*
Тері ауруларын емдеуге ПУВА терапиясын енгізу
- Даутова С.К.*
Лейкотриен антогонистерін полипозды риносинуситті емдеуде қолдану
- Дурманова А. К., Такенова Ш. К.*
Йоддефициттілік және алдын алу шаралары
- Емелина И. А.*
Жыныс жолдарымен таралатын ауруларды комплексті емдеуде «Секнидокс» препаратын қолданудың тәжірибесі
- Ермекова К.Т.*
Офтальмологияда емдік мақсатында линзаны қолдану жайында
- Ермұхамбетова М.С.*
Мектепке дейінгі жастағы балаларда жіті респираторлы вирустық инфекцияларды емдеу тәжірибесі
- Жәкішева А.Н.*
Балалардағы жаракатты зақымдарды анықтаудағы жедел медициналық жәрдем қызметкерлерінің қателері
- Земцова Т.Б., Григорьевская С.В., Муфтулина С.В.*
Бронх демікпесі бар науқастарды ауруханаға жатқызу себептері
- Земцова Т.Б., Григорьевская С.В., Муфтулина С.В.* Бронх демікпесімен қоса жүретін ауруларды анықтау
- Земцова Т.Б.*
Бронх демікпесі және өкпенің созылмалы обструктивті аурулары кезіндегі жүрек ақауы
- Л.Н.Зарипова, Д.С.Тәжібаева, Н.Б.Кабдуалиева* 406
Созылмалы психикалық-элеуметтік стресстің әсерінен сүйек тіні құрылымдарының бұзылыстары
- 381 *Бесжанова К.Т.*
Лечение гипотиреоза
- 382 *Воробьёв Д.В.*
Популярно об общей анестезии
- 384 *Ж.К. Букеева, Г.А. Алдиярова* Терапия хронического токсического гепатита «медиаторными веществами» фетальных клеток
- 386 *Гончаров Б.Н.*
Консервативное лечение ишемического некроза головки бедренной кости у детей после вправления врожденного вывиха бедра
- 388 *Данбаева Ж.С.*
Внедрение ПУВА терапии при лечении кожных заболеваний
- 390 *Даутова С.К.*
Применение антогонистов лейкотриенов в лечении полипозных риносинуситов
- 393 *Дурманова А. К., Такенова Ш. К.*
Йоддефицитные состояния и их профилактика
- 394 *Емелина И. А.*
Опыт применения препарата «Секнидокс» в комплексном лечении ИППП
- 397 *Ермекова К.Т.*
Применение лечебных мягких контактных линз в офтальмологии
- 398 *Ермұхамбетова М.С.*
Опыт оптимизации лечения острых респираторных вирусных инфекций у детей дошкольного возраста
- 399 *Жәкішева А.Н.*
Ошибки медицинского персонала скорой помощи при диагностике и лечении травматических повреждений у детей
- 401 *Земцова Т.Б., Григорьевская С.В., Муфтулина С.В.*
Причины госпитализации пациентов с бронхиальной астмой
- 402 *Земцова Т.Б., Григорьевская С.В., Муфтулина С.В.*
Коморбидность при бронхиальной астме
- 404 *Земцова Т.Б.*
Кардиальная патология при бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких
- 406 *Л.Н.Зарипова, Д.С.Тәжібаева, Н.Б.Кабдуалиева*
Нарушение структуры костной ткани под влиянием хронического психосоциального стресса

- Исаева А.Б.*
Перинаталді энцефалопатия кезіндегі пневмониялардың клиникалық ағымының сипаттамасы 409 *Исаева А.Б.*
Характеристика клинического течения пневмонии на фоне перинатальной энцефалопатии
- Коваленко Т.Ф.*
Дъелафуа синдромы – асқазаннан қан кетумен байқалатын сирек кездесетін жағдай 410 *Коваленко Т.Ф.*
Синдром Дъелафуа – редкий случай профузного желудочного кровотечения
- Матжанов Б.Е.*
Лапароскопиялық аппендэктомия 412 *Матжанов Б.Е.*
Лапароскопическая аппендэктомия
- Матжанов Б.Е.*
Хирургиялық бөлімде лапароскопиялық технологияларды қолдану тәжірибесі 414 *Матжанов Б.Е.*
Лапароскопические технологии в практике хирургического отделения
- Молдахметов М.С.*
Балалардағы пиелонефриттің микробиологиялық сипаттамасы 415 *Молдахметов М.С.*
Микробиологическая характеристика пиелонефрита у детей
- Нуралина А.Ж.*
Өкпенің зақымдалуымен жүретін және дәріге тұрақтылығы анықталған біріншілікті туберкулезді гонит 417 *Нуралина А.Ж.*
Первичный туберкулёзный гонит с последующим поражением лёгких и лекарственной устойчивостью
- Павлова Э.Ф.*
Балалардағы дисбактериоз кезінде лацидофилді қолдану тәжірибесі 420 *Павлова Э.Ф.*
Опыт применения лацидофила при дисбактериозе у детей
- Рахимов С.К.*
«Силиконды» көкбауырдың клиникалық көрінісі 423 *Рахимов С.К.* Клинические проявления «силиконовой» селезенки
- Сарбалинова Г.К.*
Ревматоидты артрит анықталған науқастарда «Актемраны» қолданудың тәжірибесі 425 *Сарбалинова Г.К.*
Опыт применения актемры у больных ревматоидным артритом
- Сейсембаева А.Н.*
Операциядан кейінгі гипотиреозы бар ауруда кездесетін алғашқы гиперальдостеронизм 429 *Сейсембаева А. Н.*
Случай первичного гиперальдостеронизма у больной с послеоперационным гипотиреозом
- Смаилова К.И.*
Қайталанатын жіті респираторлық вирустық инфекциялары бар балалар анамнезі және иммундық жағдайының ерекшеліктері 431 *Смаилова К.И.*
Особенности анамнеза и иммунного статуса у детей с рецидивирующими острыми респираторными вирусными инфекциями
- Сутбаева Ы.О., Әширбекова Г.М., Бегімбетова Л.К., және басқ.*
Эпилепсия ауыртпалығының әлеуметтік аспектілерін талқылау 432 *Сутбаева Ы.О., Аширбекова Г.М., Бегимбетова Л.К., и др.*
Разбор социальных аспектов бремени эпилепсии
- Такенова Ш. К.* Балалар арасындағы йоджетіспеушілік аурулары мәселелері 434 *Такенова Ш. К.* Проблема йоддефицитных заболеваний у детей
- Такенова Ш. К.*
Балалар мен жасөспірімдердегі аутоиммундық тиреоидитті анықтау жолдары 436 *Такенова Ш. К.*
К проблеме диагностики аутоиммунного тиреоидита у детей и подростков
- Такенова Ш. К.*
Сотос синдромы (церебралдық алыптық) 439 *Такенова Ш. К.*
Синдром Сотоса (Церебральный гигантизм)
- Темирханова Р.Б.*
Балалардағы гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы еміне маастрихт – 4 қолдану 441 *Темирханова Р.Б.*
Рекомендации маастрихт – 4 при лечении гэрб у детей

- Тлеуф Д.Б., Ибраева Ж.Н.*
Сүт бездерінің гормон бұзылысымен байқалатын ауруларды «Бионорика» неміс компаниясының мастодинон препаратымен емдеудің нәтижесі
- Төлебаев Р.Қ., Жолдыбаева З.Т., Құдайбергенова А.У., А.Мергентай*
Ринологиялық патологиялар кезіндегі иіс сезу дисфункциясы
- Уразова С.Н., Галимгожина Н.И., Смаилова К.И., Шакенова Г.К.*
Балалардағы тыныс демікпесі мен эндокрин патологиясының аралас ағымы туралы
- Уразова С.Н., Шериева Б.Т., Исаева А.Б., Уандикова А.Б., Кokoшко А.Е.*
Балалардағы ауыр формадағы пневмония кезіндегі гемодинамика бұзылуын коррекциялау
- Шайкенова Ж.К.*
Синуситті емдеуде ринофлуимуцил препаратын қолдану тәжірибесі
- Шеремет С.В.*
Құрсақ арты кеңістігі ағзаларының және құрылымдардың зақым келуімен жүретін қарынның тесілген - кесілген жаралануларын емдеу тәжірибесі
- Экажева М.А.*
Егде жастағы адамдардағы пневмонияның клиникалық ағымының ерекшеліктері
- 444 *Тлеуф Д.Б., Ибраева Ж.Н.*
Результаты лечения дисгормональных заболеваний молочных желез препаратом мастодинон немецкой компании «Бионорика»
- 446 *Төлебаев Р.Қ., Жолдыбаева З.Т., Құдайбергенова А.У., Мергентай А.*
Изменение обонятельной функции при ринологической патологии
- 448 *Уразова С.Н., Галимгожина Н.И., Смаилова К.И., Шакенова Г.К.*
О сочетанном течении бронхиальной астмы и эндокринной патологии у детей
- 449 *Уразова С.Н., Шериева Б.Т., Исаева А.Б., Уандикова А.Б., Кokoшко А.Е.*
Коррекция гемодинамических нарушений при осложненных формах пневмонии
- 450 *Шайкенова Ж.К.*
Опыт применения ринофлуимуцила в лечении синуситов
- 451 *Шеремет С.В.*
Опыт лечения проникающих колото-резаных ранений живота с повреждением забрюшинных органов и структур
- 454 *Экажева М.А.*
Особенности клинического течения пневмоний у лиц пожилого возраста

УДК: 612.42: 12

*Abduldayeva A.A., Suleimenova R.K., Doszhanova G.N.***THE SIGNIFICANCE OF ASSESSMENT THE LIPID PEROXIDATION PRODUCTS FROM THE POINT OF ACHIEVEMENTS OF MODERN LABORATORY DIAGNOSIS***Medical University Astana, Astana, Kazakhstan*

One of the universal mechanisms involved in the change the intensity of the metabolic processes in the body cells and their membranes, is the peroxidation of unsaturated fatty acids, mainly phospholipids (LPO). Study the state of lipid peroxidation and antioxidant system (AOS) has attracted the attention of researchers who discovered the high information these indicators in assessing the severity and the effectiveness of the many inflammatory diseases treatment.

Oxidation of unsaturated fatty acids, phospholipids called as a peroxide, because the primary stable products of this process are hydroperoxides (ROOH). Free radical oxidation violates the structure of many molecules. Certain amino acids are oxidized in the proteins. This causes destruction of the proteins structure, among them a covalent "sewing" is formed, all it activates proteolytic enzymes in the cell, hydrolyzing damaged proteins.

Reactive oxygen species generated in the process of lipid peroxidation, provide cytotoxic action of phagocytes is the mechanism of regulation the process of cell division and provides modulation of apoptosis, and rotation of the lipid and protein components of biological membranes. [1] The emergence of oxidative stress is an important factor in the development of inflammation, cardiovascular diseases [2].

The following methods are used in study of free-radical processes: determination of reactive oxygen species by leukocytes (granulocytes, monocytes) blood chemiluminescent (CL) method, lipid peroxidation by malondialdehyde (MDA) in plasma, determination antiperoxide activity of plasma in its resistance to the initiation of free radical processes by the hydrogen peroxide. [3,4]. Identification of oxidative stress in the body is important in the early, sometimes preclinical stages of various diseases, assessing the severity of the pathological process, to monitor the effectiveness of prevention, treatment and rehabilitation. [5-7].

Lipid peroxidation (LPO) is a universal mechanism of pathology cell membranes and, in turn, plays an important role in the pathogenesis of hepatitis C. [8]. The content of peroxidation products in the blood may plays a diagnostic role in determining the period of the disease, the severity of the process and the degree of hepatitis C activity. Determination of lipid peroxidation products was carried out by the method Volchegorsky (1989). We studied the content of diene conjugates (primary products of lipid peroxidation) and trienes and ketodienes (secondary

products of lipid peroxidation). In determining the content of lipid peroxidation products in the blood of chronic viral hepatitis C was a significant ($p < 0.05$) increased diene conjugates in 1.3 times, and trienes ketodienes in 2.75 times. In addition to the products of lipid peroxidation it was noted an increasing the content of neutral lipids in 1.2 times.

Thus elevated levels of ketodienes and trienes can be an indicator of "chronic LPO", and the level of diene conjugates - an indicator of the active process of lipid peroxidation.

140 women in pregnancy from 24 to 36 weeks were examined, the state of lipid peroxidation (LPO) and antioxidant defense system (AODS) of blood was studied. [9]. The most informative method was the method of biohemilyuminometry in the group of pregnant women at high risk for development of chronic fetoplacental insufficiency (CFPI). In patients with compensated CFPI the changes were more pronounced, more different from normal blood indices in pregnant women with subcompensated pathology. Thus, the processes of free-radical oxidation state and AODS in pregnant can serve both to predict CFPI development, and to assess the severity of the disease state, monitoring the therapy effectiveness. [10 - 13].

According to a survey of 92 women in Saratov with inflammation of the reproductive system, for the first time urogenital chlamydiosis was diagnosed. Analysis of pre-treatment, laboratory parameters of cellular and humoral immunity and antioxidant status in women with urogenital chlamydiosis showed an active increase the relative indices T-helper and T-suppressor cells, reducing their absolute values, increased NO-cell subpopulations and concentrations of immunoglobulin classes A and E, activation of lipid peroxidation against the downward trend of TF, which shows a significant reducing the antioxidant defense. [14].

Scientists of the Saratov Medical University decided to substantiate the possibility to correct lipid peroxidation and antioxidant defense by pentoxifylline and mexidol in nephrolithiasis.

The study included 158 patients with kidney stones and a remote shock-wave lithotripsy has been done. Composition of stones and antioxidant system state were studied in all patients. Patients were divided into three groups: a control group, a group of pentoxifylline and mexidol. The effect of these drugs on lipid peroxidation and antioxidant defense were examined in different composition of stones.

Hemodialysis contributes to NO inactivation

due to the formation the leucocytes contact with the dialysis membrane of the large number of free radicals [22, 23]. Even a single session of hemodialysis increases lipid peroxidation and reduces antioxidants levels [24, 25], in patients on hemodialysis and peritoneal dialysis, the level of reduced glutathione is decreased [26-29].

Direct relationship between the content of a serum ferritin and the rate of progression the atherosclerotic carotid arteries in both men and women has been revealed. [30] Recent years an anemia impact on lipid peroxidation is a point of a key attention. Correction of anemia with erythropoietin reduces the content of malondialdehyde, indicating that the impact of anemia on a formation the lipid peroxidation products [31].

Determination of lipid peroxidation products was reflected in pediatrics. Among the 487 observed infants with local infectious and inflammatory diseases, 96 children were selected with mild disease. The children were diagnosed with catarrhal or purulent otitis, furunculosis, pyoderma, etc. Depending on the nature and extent of premorbid background deviation of lipid peroxidation of the age norm, children were divided into 4 groups, comparable forms of the disease. Modern micromethod of analysis the structural and functional state of the cells and the content of malondialdehyde has been used to assess the performance of lipid peroxidation in the erythrocyte membrane (VV Bankova et al., 1988-1990). In long-term administration of vitamin mixture to avoid hypervitaminosis the sensitiveness of red blood cells membranes to vitamins A and E in vitro was determined. [32].

Modern achievements in study of cellular structures of various organs indicate the lead oxidative stress (excess generation of reactive oxygen species) in the formation of gastrointestinal disease, urinary, cardiovascular and other systems in the body [33]. Especially dangerous excess, uncontrolled oxidation is in the children who have antioxidant defense mechanisms are imperfect and unstable that determines the ease of violation under the influence of various adverse factors (disease, environment, etc.).

The main source of ROS in the cells are the mitochondria, during normal operation, 98% of the incoming oxygen is used to oxidize fatty acids, to form ATP (the main energy substrate cells) and 2% - for the synthesis of ROS, which can significantly increase under various pathological conditions [30-33].

It was found that even minimal activity pathologic process, functional disorders are accompanied by changes in cell energy creating organelles in shock

organ with the hypoxia development and, therefore, lack of ATP [43]. Energy deficiency is aggravated by accumulation of incompletely oxidized fatty acids, a sharp increase in lipid peroxidation, electrolyte shifts. This concerns, first of all, the myocardium, kidneys, CNS and ANS, in which cells are the greatest energy needs. Development of most inflammatory diseases of the digestive system also leads to disruption of the energy supply of mucosa cells in gastrointestinal tract, and the products of lipid peroxidation, acting at the level of subcellular multienzyme systems, enhance process programmed apoptosis with possible damage to the bearer of cell genetic stability - the DNA. [32]

No doubts of the protective role of cell substrates – Coenzyme Q10 caused by his participation in the processes of energy metabolism and antioxidant properties.

The study of Coenzyme Q10 (Qudesan) effectiveness in 90 children and adolescents with chronic gastroduodenitis, chronic pyelonephritis and vegetative dystonia, proceeding with cardiac changes has been conducted. Examination revealed damages in the LPO system and antioxidant defense. Cardiac electrocardiographic changes are expressed in the form of isolated violations of repolarization in the myocardium or its combination with cardiac rhythm and conduction. After treatment by Coenzyme Q10 positive dynamics of the studied parameters was revealed, some of which had only a tendency to normalization. This allows to assign the medicine by a longer course (up to 6 weeks) and repeated courses. The results obtained can be used in practice of pediatrician. [28-33].

Based on a comprehensive study it was a significant breach of LPO and AODS during the exacerbations of chronic gastroduodenitis in adolescent. It is shown that an exacerbation of chronic gastroduodenitis simultaneous increasing the level of primary (DC), secondary (MDA), lipid peroxidation products and reduced the main indicators of antioxidant system (SOD, GTR, catalase, ceruloplasmin) were observed. For the first time in most patients with chronic gastroduodenitis found increasing tocopherol levels in the blood, which determines the varied selection of antioxidant drugs in the treatment of adolescents. It is noted that oxidative stress during exacerbations of chronic gastroduodenitis in 97.1% of patients with adolescent accompanied by a high level of anxiety, and is associated with reduced physical performance of the P\¥ C 170 W and autonomic dysfunction. The research allowed to justify the need for the treatment of chronic gastroduodenitis in adolescents the antioxidants, promoting restoration of LPO - AODS and physical performance.

REFERENCES

1. Владимиров Ю.А., Азизова О.А., Деев А.И. и др. Свободные радикалы в живых системах // Итоги науки и техники. Биофизика. 1992. Т. 29.
2. Курашвили В.А., Майлэм Л. Новые возможности предотвращения оксидативного

- стресса // Журнал натуральной медицины. — 2001. — № 1. — С. 7-14.
3. Овсянникова Л., Носач Е. Антиоксидантные препараты: проблема выбора // Doctor. — 2003. — № 1. — С. 74-76.
4. Beaumont C. Molecular mechanisms of iron homeostasis // *Med Sci*, 2004, 20(1), p. 68–72.
5. Васильева Е.М., Баканов М.И., Поддубная А.Е., Шор Т.А. Перекисное окисление липидов при неврологической патологии у детей // Клиническая лабораторная диагностика. — 2005. — № 2. — С. 8-12.
6. Зозуля Ю.А., Барабой В.А., Сутковой Д.А. Свободнорадикальное окисление и антиоксидантная защита при патологии головного мозга. — М.: Знание-М., 2000. — 9 с.
7. Каикалда Д.А., Бориско Г.А. Окислительно-антиоксидантный гомеостаз у подростков, рожденных в семьях ликвидаторов последствий аварий на ЧАЭС // Современная педиатрия. — 2008. — № 3. — С. 11-14.
8. Скляр Л.Ф., Куликова С.Е. Оценка перекисного окисления липидов у больных хроническим вирусным гепатитом с // Современные наукоемкие технологии. — 2005. — № 10 — С. 62-62.
9. Х.М. Клементе, Г.О. Гречканёв. Прогнозирование и диагностика хронической фетоплацентарной недостаточности на базе исследования перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы защиты. сточник: № 4 (9) ноябрь 2009 Медицинский альманах
10. Торчинов А.М., Цахилова С.Г., Сарахова Д.Х. и др. Показатели ПОЛ у беременных с гестозом. //Мать и дитя: Матер. 2-го Регионального форума. Сочи. 2008. С. 90–91.
11. Друккер Н.А., Погорельцева Т.Н., Крукиер И.И., Гунько В.О. Роль пероксиднитрита в патогенезе гестоза. //Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. М. 2008. С. 79.
12. Кореновский Ю.В., Горбенко Е.В., Фадева Н.И. и др. Антиоксидантные энзимы в амниотической жидкости при перинатальной гипоксии новорожденных. //Мать и дитя: Матер. VII Всеросс. науч. форума. М. 2005. С. 106.
13. Кокотина В.Ф., Картелишев А.В., Васильева О.А. Фетоплацентарная недостаточность (патогенез, диагностика, терапия, профилактика): Руководство для врачей. М.: ИД «Медпрактика». 2006. 224 с.
14. Саенко Ю. В., Шутов А. М Роль оксидативного стресса в патологии сердечно-сосудистой системы у больных с заболеваниями почек (Сообщение II. Клинические аспекты оксидативного стресса)*Журнал “Нефрология и диализ” >> Т. 6, 2004 г., №2
15. AnnukM, ZilmerM, LindL. et al. Oxidative stress and endothelial function in chronic renal failure. *J Am Soc Nephrol* 2001; 12: 2747-2752.
16. BorawskiJ, Pawlak K, Naumnik B, Mysliwiec M. Relations between oxidative stress, hepatocyte growth factor, and liver disease in hemodialysis patients. *Ren Fail* 2002; 24: 825-837.
17. Jialal I, Stein D., Balis D. et al. Effect of hydroxymethyl glutaryl coenzyme a reductase inhibitor therapy on high sensitive C-reactive protein levels. *Circulation* 2001; 103: 1933-1935.
18. Donate T.,HerrerosA,MartinezE. et al. Protein oxidative stress in dialysis patients. *Adv Perit Dial* 2002; 18: 15-17.
19. Drueke T., Witko-SarsatV.,Massy Z. et al. Iron therapy, advanced oxidation protein products, and carotid artery intima-media thickness in end-stage renal disease. *Circulation* 2002; 106: 2212-2217.
20. HimmelfarbJ,McMenaminME.,Loseto G, Heinecke J.W. Myeloperoxidase-catalyzed 3-chlorotyrosine formation in dialysis patients. *Free Radic Biol Med* 2001; 31: 1163-1169.
21. Huzl WH. Hemodialysis membranes: interleukins, biocompatibility and middle molecules. *J Am Soc Nephrol* 2002; 13: S62-S71.
22. Kalantar-Zadeh K, Rodrigues R., Humphreys MH Serum ferritin is a marker of morbidity and mortality in hemodialysis patients. *AmJ Kidney Dis* 2001; 37: 564-572.
23. Shurtz-Swirski R, Kristal B., Shasha SM. et al. Interaction between erythropoietin and peripheral polymorphonuclear leukocytes in continuous ambulatory dialysis patients. *Nephron* 2002; 91: 759-761.
24. Turunen M., Olsson J., Dallner G. Metabolism and function of coenzyme Q. *Biochim Biophys Acta.*- 2004 Jan. 28; 1660 (1-2):171-99.
25. Ключников С.О.,Петрунин А.А., Кондратьева Е.И. Опыт применения препарата Кудесан (коэнзим Q10) у детей с гастроудоденитом. В сб.: Применение антиоксидантов при гастроудоденальной патологии у детей. М 2008, 30-37.
26. Лазебник Л.Б., Хамерики С.Г. Оксидативный стресс в слизистой оболочке желудка: механизмы развития и возможности коррекции. В сб.: Применение антиоксидантов при гастроудоденальной патологии у детей. М 2008, 5-19.
27. Сухоруков В.С., Николаева Е.А. Нарушения клеточного энергообмена у детей. М 2004; 7-79.
28. Леонтьева И.В. Коэнзим Q10 в лечении нарушений клеточной энергетики при кардиомиопатиях. Ж. *Consilium medicum*. 2007, 1, 84-89.
29. Скоробогатова, Е. В..Состояние антиоксидантной системы и перекисного окисления липидов при хронических гастроудоденитах у детей. 2008 Автореф. Дис,с. 131
30. Захарова И.Н. Надежная защита ребенка. О пользе применения антиоксидантов в педиатрической практике// Медицинская газета. 2007. №94-12.12.
31. 22. Файзулина Р.А., влияние микроэлементарных нарушений на состояние ПОЛ при хроническом гастроудодените у детей // Педиатрия, 2002,№3, с.44-48.
32. 132. Щербак В. А. Процессы перекисного

окисления липидов в слизистой оболочке желудка при хроническом гастродуодените у детей // *Российский педиатрический журнал* 2006. №1 с.18.

33. Щербак В. А. Перекисное окисление липидов желудочного сока при хроническом гастродуодените у детей // *Клиническая лабораторная диагностика*. 2006., №4. с. 14-17.



УДК: 611.986-006:616-036.22

Алимбеков Ж.Ж.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКОЗОВ СТОП

*Главный военный клинический госпиталь
Министерства обороны Республики Казахстан*

По литературным данным, из заболеваний кожи наиболее часто встречающимся являются дерматомикозы – инфекционные дерматозы, вызываемые патогенными грибами. Самыми распространенными из них являются микозы стоп (МС), которыми, по данным ВОЗ страдают около 20% населения земного шара. Данная патология распространена во всех странах мира. Так, по данным G. Pierard, при обследовании 90085 человек из 16 стран Европы у 50% из них отмечаются микозы стоп. В Англии насчитывается почти 1,2 млн. больных онихомикозами [1]. МС страдает приблизительно 10% американской популяции. В Российской Федерации уровень заболеваемости МС также высок и занимает 1-ое место в структуре грибковых заболеваний – в 1993–1998гг он составил 135,7 – 103,3 случая на 100 тысяч населения. Чаще всего возбудителями МС являются такие дерматофиты, как *Tr.gubrum*. «Микозы стоп» - это собирательный термин, характеризующий хроническое воспаление кожи подошв, меж – и подпальцевых складок и включает в себя в основном два заболевания:

1) микоз, вызываемый грибом красный трихофитон (*Tr.gubrum*);

2) микоз, вызываемый грибом *Tr.interdigitale* (*Tr. mentagrophytes* var. *Interdigitale* или var. *digitale*);

В настоящее время микозы стоп доминирует среди грибковых инфекций во многих странах мира. Основным возбудителем их в последнее время является красный трихофитон (*Tr.gubrum*), поражающий кожу стоп, кистей и других участков кожного покрова и ногтевые пластины [2-4]. Особенно часто данная патология диагностируется у военнослужащих и спортсменов. Это связано как с длительным ношением закрытой обуви, так и с нарушением целостности эпидермиса, вызванным повышенной потливостью или сухостью кожи, опрелостью, потёртостью, мелкими травмами. Кроме того, высокая заболеваемость микозами стоп и онихомикозами, связана

с наличием огромного количества пациентов с иммунными нарушениями на фоне эндокринопатий, нарушений периферической иннервации и кровоснабжения, длительного приема антибиотиков широкого спектра действия, иммуносупрессантов и т.д.

Длительное существование процесса ведёт к распространению инфекции лимфогенным путем и вовлечению в процесс ногтевой пластины, могут осложняться лимфангитом и лимфаденитом вследствие присоединения пиококковой инфекции, которые часто сопровождаются повышением температуры и нарушением общего состояния [5]. Микозы стоп могут осложниться рожистым воспалением голени, развитием, прежде всего на кистях, вторичных аллергических высыпаний, в которых никогда не обнаруживаются элементы гриба. Длительное существование микотического процесса способствует интоксикация и сенсибилизации организма больного.

Кроме того, пациент с микозом опасен для окружающих в эпидемиологическом плане. Источниками заражения при микозах стоп являются больные и миконосители, а зараженные грибами предметы являются факторами передачи инфекции. Больные являются постоянным резервуаром инфекции и рассеивают её в окружающую среду. Заражение может произойти при непосредственном контакте с больным человеком в семье, на производстве, в банях и душевых, других учреждениях бытового обслуживания. Непосредственная передача микотической инфекции от больного человека здоровому наблюдается редко. Является общепринятым, что инфицирование происходит чаще через предметы, окружающие больного: обувь, одежда, предметы обихода (мочалки, маникюрные принадлежности и т.д.). При посещении бани, душа, бассейна, спортзала, если больной ходит босиком, он оставляет на полу инфицированные грибами чешуйки, которые легко прилипают

к влажной коже. Ежедневное пользование ванной, душем приводит к ослаблению защитных свойств так называемой «кислой мантии» и пересушиванию кожи, что способствует созданию благоприятных условий для развития грибковых заболеваний.

Развитие микозов стоп возможно при снижении защитной функции кожи под воздействием ряда местных и общих факторов состояния организма. К таким факторам риска относятся микротравмы, повышенная потливость или наоборот, чрезмерная сухость кожи (например, при кератозах, ихтиозе), узость межпальцевых складок, плоскостопие, вегетативные нарушения расстройства местного кровообращения, аномалии конечности и т.д. Благоприятным фоном для развития генерализованных, часто рецидивирующих, трудно поддающихся лечению форм МС являются сопутствующие заболевания (эндокринопатии, иммунодефициты, хронические инфекции и интоксикации, обменные нарушения, поражение нервной и сосудистой систем и др.); длительное применение антибиотиков, иммунодепрессантов, кортикостероидов и т.д.

Клиническая картина. Выделяют пять форм микоза стоп. Стертая форма характеризует начальную стадию заболевания. Проявления этой формы не имеют ярко выраженного характера: кожа начинает шелушиться в межпальцевых складках (особенно в 4-й межпальцевой складке) или на подошве стопы, иногда проявляются мелкие трещины.

Сквамозно-гиперкератотическая форма. При этой форме на сводах стоп появляются сухие плоские папулы и бляшки синевато-красного цвета, слегка утолщающие кожу. Высыпания имеют резкие границы с отслаивающимся эпидермисом и содержат (особенно в центре) множество серовато-белых чешуек. Сливаясь, они образуют диффузные очаги, распространяющиеся на всю подошву и боковые стороны стоп; при локализации процесса в межпальцевых пространствах заболевание распространяется на боковые поверхности пальцев. Иногда возникает мелкие пузырьки. Больные отмечают сухость кожи, умеренный зуд, иногда болезненность.

Интертригинозная форма. Характеризуется поражением межпальцевых складок (чаще всего между 3 и 4, 4 и 5 пальцами ног) – кожа отекает, мокнет, разрыхляется, иногда приобретает насыщенный красный цвет. Часто добавляются глубокие, сильно болезненные эрозии и трещины. Субъективно больные отмечают зуд, жжение, болезненность.

Клиническая картина интертригинозной формы микоза стоп похожа банальную опрелость. Их различает наличие резких границ с отслаивающимся эпидермисом при эпидермофитии.

При дисгидротической форме на сводах стоп, подошвах, в межпальцевых пространствах и на

коже пальцев появляются множество зудящих пузырьков. При слиянии они образуют крупные пузыри, а при вскрытии оставляют влажные розово-красные эрозии. Обычно пузырьки возникают на неизменной коже, которая в процессе развития заболевания отекает, становится гиперемизированной. Это обуславливает сходство дисгидротической формы микоза стоп с острой дисгидротической экземой.

Эпидермофития ногтей наблюдается примерно у 20-30% больных. Сначала на свободном краю пораженного ногтя появляются желтые пятна и полосы; со временем ноготь утолщается, деформируется и начинает крошиться. Часто эпидермофития ногтей сопровождается аллергическими высыпаниями – эпидермофитидами. В качестве эпидермофитидов могут выступать различные высыпания на коже (эритематозные пятна, папулы, везикулы); они могут быть региональными, т.е. расположенными близко к очагу эпидермофитии, отдаленными – поражающими преимущественно кисти рук и генерализованными – занимающими обширный участок кожи.

Диагностика основана на данных микроскопического культурального метода исследований.

Лечение МС должно быть комплексным и состоит из этиотропной терапии (фунгистатических фунгицидных средств); патагенотической терапии, направленной на устранение факторов, способствующих развитию заболевания; симптоматической терапии в виде препаратов, устраняющих симптомы заболевания. При назначении лечения необходимо учитывать вид и сенсibiliзирующие свойства возбудителя, характер и клиническую форму заболевания и т.д. Противогрибковая терапия должна включать в себя общие и наружные лекарственные средства, а при необходимости физиотерапию и другие лечебные мероприятия. Принципы наружной терапии соответствуют общепринятым в дерматологической практике: при резко выраженных воспалительных процессах используются примочки и влажно-высыхающие повязки, при стихании острых воспалительных явлений, но остаточных проявлениях бывшего экссудативного процесса – пасты, затем крема, мази.

Профилактика микозов. С целью профилактики распространения грибковых заболеваний стоп проводятся мероприятия, включающие:

1. Выявление источников инфекции, т.е. больных с грибковыми заболеваниями, особенно в стертой, маловыраженной форме заболевания. Лиц, выявленных (на основании клинических данных) как подозрительных на грибковую инфекцию, необходимо подвергать лабораторному обследованию. Выявленные больные регистрируются и подлежат лечению с последующим контрольным обследованием на грибы.

2. Ликвидация путей распространения инфекции может быть обеспечена лишь строги и

четки контроле за санитарным состоянием бань, душевых, спортивных залов и плавательных бассейнов. Ковровые дорожки и коврики в помещениях следует заменить резиновыми или синтетическими, чтобы можно было регулярно производить влажную дезинфекцию. Перед дезинфекцией в банях и душевых проводится тщательная механическая уборка: пол, резиновые коврики, скамейки моют горячей водой, потом проводят химическую дезинфекцию. Для химической дезинфекции можно использовать 1% осветленный раствор хлорной извести, 2% раствор неочищенной соды и 1% раствор хлорамина. Механическая уборка производится после помывки, а химическая дезинфекция не реже одного раза в неделю. Дезинфекцию обезличенной обуви или обуви больных производят в пароформалиновых камерах или с помощью обработок растворами фунгицидных химических средств.

3. Профилактически мероприятия, направленные на устранение причин, предрасполагающих к заражению и развитию грибковых заболеваний стоп, прежде всего, заключаются в соблюдении правил личной гигиены и выполне-

нии общих санитарно-гигиенических мероприятий.

Особое значение имеет мытье ног перед сном, систематическое проведение общих оздоровительных мероприятий: регулярная тренировка и закаливание организма, физкультура и спорт, солнечное облучение, водные процедуры – ежедневные обливания прохладной водой в зимнее время и купание в летнее время.

Санитарно-просветительная работа: лекции, беседы, показ кинофильмов. Необходимо знакомить с ранними признаками этих заболеваний, причинами возникновения, разъяснять важность раннего обращения к врачу, медработнику, а так же знание проводимых профилактических мероприятий.

Таким образом, во всем мире заболеваемость микозами стоп остается на высоком уровне. Необходимо своевременное выявление клинических симптомов заболевания. Профилактические мероприятия по борьбе с грибковыми заболеваниями должны быть направлены на выявление и ликвидацию источников инфекции, устранение путей передачи и на восприимчивый микроорганизм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аскарова Г.К., Абилкасымова Г.Е., Кудабаяева Н.А. Микозы стоп, эпидемиологические особенности, этиология, патогенез, лечение// Вопросы дерматологии и венерологии, Алматы - 2006, № 1-2, С. 13-14
2. Адаскевич В.П., Козин В.М. Кожные и венерические болезни - М. Мед.лит., 2006. – С.192-193
3. Родионов А.И. Грибковые заболевания кожи: руководство для врачей (2-е изд). С-П. Издание «Питер» 2000, С. 34-35,44
4. Самцов А.В. Диагностика, лечение и профилактика грибковых заболеваний в армии и на флоте. – М. 2001, С 12 – 13, 20.
5. Томас П. Хэбиф. Кожные болезни. Диагностика и лечение. Перевод с английского. Под общей редакцией акад. РАМН, проф. А.А. Кубановой. –М. 2008, С. 252,254.
6. Разнатовский К.И., Родионов А.Н., Корехова Л.П. Дерматомикозы. Руководство для врачей. С-П. Изд.дом СПбМАПО. 2006, С.79-81
7. Степанова Ж.В. Грибковые заболевания. Диагностика и лечение.-М.2011, С.37-39
8. Дерматовенерология. Клинические рекомендации/под редакцией А.А. Кубановой.-М.: «ГЭОТАР - Медиа», 2006. –С.162-163
9. Кожные болезни и инфекции передающиеся половым путем. Руководство для врачей/Под редакцией Ю.С. Бутова.-М. Медицина, 2002. – С.49-50
10. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. М. - : «Триада -фарм», 2001. –С. 172-176
11. Скрипкин Ю.К., Машикеллейсон А.Л., Шарипова Г.Я. Кожные и венерические болезни. М. - : Медицина, 1995. –С. 97-98
12. Павлов С.Т. Кожные и венерические болезни. Л. - : Медицина, 1969. –С. 124-125,130



УДК: 616.8-053.2-072

Байжуманова Т.Р.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

ГККП «Городская детская больница №1», Астана

Проблема перинатальных повреждений головного мозга (ППМ) является актуальной в связи с высоким удельным весом этой патологии в структуре неврологической заболеваемости у детей. Частота патологии центральной нервной системы (ЦНС) у новорожденных составляет 60-80% [1-6]. ППМ определяют высокую летальность в неонатальном периоде, приводят к развитию неврологических осложнений и определяют дальнейший прогноз и качество жизни ребенка [1,2]. Несмотря на многолетнюю историю изучения проблемы, в этой области остается много неясного и противоречивого. Особенно это касается диагностики перинатальной энцефалопатии (ПЭП), причем имеется как гипердиагностика легких форм, так и поздняя диагностика, что приводит к их неадекватной терапии. Трудность топической диагностики объясняется анатомической и функциональной незрелостью ЦНС и неспецифичной ответной реакцией мозга [2,3,4]. Основным этиологическим фактором перинатальной патологии нервной системы и, в частности, цереброваскулярных нарушений, признается гипоксия, приводящая к возникновению геморрагических и ишемических повреждений у новорожденных детей. Ее результатом являются психоневрологические расстройства, приводящие к минимальной мозговой дисфункции и детскому церебральному параличу [1-6].

Врожденные пороки (ВПР) ЦНС чрезвычайно разнообразны. Большинство из них проявляется клинически в периоде новорожденности и в раннем детском возрасте. Главная причина трудностей интерпретации клинической картины неврологических расстройств у больных с ВПР ЦНС заключается в высоком полиморфизме симптоматики [4, 5]. Однако существуют различные виды ВПР ЦНС, которые никак себя не обнаруживают до определенного момента и из-за недостаточно яркой симптоматики остаются незамеченными. Появление нейровизуализационных технологий разрешило проблему диагностических масок в виде энцефалопатии, детского церебрального паралича, олигофрении, задержки психомоторного развития и других, под которыми скрывались ВПР ЦНС [7-19].

Большое значение при этом приобретает ранняя и комплексная оценка состояния ЦНС на основании клинического и инструментального обследования новорожденного. В настоящее время для диагностики ранних (врожденных и перинатальных) поражений головного мозга

у новорожденных и детей раннего возраста активно внедряются современные методы нейровизуализации: нейросонография (НСГ), рентгеновская компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) [7-16]. В основе применения данных методов должна лежать определенная этапность, базирующаяся на целесообразности использования минимума диагностических методов для получения максимума информации и проведение на каждом этапе ведения ребенка именно того исследования, которое дает наиболее полную и достоверную информацию. Такой подход позволит не только решить задачи по раннему диагностированию пре- и перинатальных поражений ЦНС, но также проводить эффективное его лечение и контроль [8,9,10].

НСГ обследование мозга стало играть весьма важную роль, поскольку этот метод обладает рядом очевидных преимуществ: оборудование рядом сравнительно недорогим и портативным, что и определяет его роль как метода отбора для проведения дальнейших исследований. Однако данная методика имеет существенные ограничения: НСГ может проводиться только у очень маленьких детей, имеющих акустическое окно - большой родничок. Информация о конвексигальных отделах мозга и структурах задней черепной ямки, полученная этим методом часто является недостаточной для объективной диагностики [11,12].

Преимущества ультразвуковых методов в обследовании мозга у детей первого года жизни очевидны [7,9,10]. Неинвазивность, отсутствие лучевой нагрузки, возможность динамического исследования ставят эхографию в число основных диагностических методов в перинатальной неврологии. Современные ультразвуковые методы позволяют оценивать не только структуры мозга, но и состояния мозгового кровотока [10-12]. Исследование кровотока плода, новорожденного, а также у детей первого года жизни приобретает особое значение, поскольку его нарушения под влиянием различных факторов, действующих в перинатальном периоде, становятся основной причиной развития неврологической патологии. Ультразвуковое исследование является высокоинформативным методом пренатальной диагностики ВПР ЦНС [13]. Чувствительность метода в отношении всех пороков ЦНС составляет 88,7-96,4%, специфичность - 99,9%. При этом наиболее высокие результаты были получены при анэнцефалии, спинномозговой грыже

и гидроцефалии (чувствительность до 100%). При синдроме Арнольда-Киари и энцефалоцеле чувствительность пренатальной ультразвуковой диагностики составила 90,9 и 87,5%. Наибольшие проблемы вызывает диагностика микроцефалии и пороков мозжечка - 45,5 и 68,8% [17].

Выявление ВПР ЦНС у плода зависит от сроков проведения ультразвукового исследования. Анэнцефалия, энцефалоцеле могут быть обнаружены уже в конце I триместра беременности, тогда как другие пороки ЦНС - во II, начале III триместра беременности. Поэтому обследование структур головного и спинного мозга плода должно осуществляться в ходе скринингового ультразвукового исследования в каждом триместре беременности [13].

При опухолях головного мозга целесообразно комплексное использование НСГ, КТ и МРТ. Применение НСГ дает возможность определить наличие опухоли головного мозга высокой эхогенности, а так же во многих случаях выявить наличие кист и кальцификатов, уточнить отношение опухоли к желудочковой системе [15]. Определить распространенность опухоли, особенно, локализуемой в задней черепной ямке и обладающей низкой эхогенностью с помощью НСГ невозможно. КТ позволяет определить опухоли различной локализации, их структуру, визуализировать внутриопухолевые кальцификаты и кровоизлияния. МРТ во всех случаях уточняет характер роста опухоли, распространенность процесса, что дает более полное представление о вовлечении окружающих структур в патологический процесс, в том числе и по субарахноидальным пространствам спинного мозга [16].

Показаниями к НСГ являются: недоношенность (до 32 недель гестации); перинатальные повреждения головного мозга различного генеза; постнатальные травматические повреждения головного мозга; симптоматика поражения головного мозга на первом году жизни; воспалительные заболевания головного мозга; клинические проявления дизэмбриогенеза. Показаниями к повторной НСГ являются: отсутствие положительной динамики или ухудшение состояния ребенка на фоне проводимого лечения; в период новорожденности

у недоношенных детей с экстремально низкой массой тела контроль за развитием внутрижелудочковых кровотечений (ВЖК), перивентрикулярных кровотечений (ПВК); нарастание неврологической симптоматики и в первую очередь внутричерепной гипертензии; контроль за перивентрикулярной лейкомаляцией (ПВЛ) у недоношенных детей [17, 18, 19].

Стандартная методика скринингового УЗИ проводится во фронтальной и сагиттальной плоскостях, ее выполнение не зависит от тяжести состояния ребенка. Аксиальную плоскость следует считать дополнительной, как и сканирование через швы и большое затылочное отверстие. Выполнение УЗИ в данных срезах у детей реанимационного профиля ограничено. Для объективной оценки нарушений мозгового кровообращения рекомендуется комплексное УЗИ с обязательным применением спектральной доплерографии для оценки артериального кровотока в передней мозговой и основной артериях мозга и венозного кровотока в вене Галена и верхнем сагиттальном синусе. Результаты доплерометрии следует сравнивать с нормативными показателями кровотока для данного гестационного и постнатального возраста ребенка [18, 19].

В программах реабилитации детей, испытавших перинатальную гипоксию, целесообразно шире использовать комплексное УЗИ, включающее не только НСГ, но и спектральную доплерографию, которая значительно расширяет возможности ранней топической диагностики, в ряде случаев – до клинической манифестации синдромов и появления структурных изменений [19].

Таким образом, благодаря активному внедрению современных нейровизуализирующих технологий получены принципиально новые данные по прижизненной диагностике различных патологических состояний, которые ранее диагностировались только на аутопсии. Стала возможной диагностика перинатальных повреждений головного мозга, в том числе и аномалий развития, которые являлись ведущей причиной психоневрологической инвалидности и младенческой смертности и выявлялись лишь патоморфологически.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашнев Ю.И. *Перинатальная неврология*. М.: Триада-Х, 2001. С. 156.
2. Барашнев Ю. И. — «Перинатальная неврология». — Москва: Триада-Х, 2001 г. ,640 с.
3. Доманин Е.И., Волосников Д.К., Масленникова Н.В., Богданова Л.В. Частота пороков головного мозга у новорожденных // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*, 2000, 45, №2, с.28-31.
4. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. *Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных*, - Санкт-Петербург: «Питер», 2000, 224 с.
5. Кириллова Е.А., Никифорова О.К., Жученко Н.А. и др. Мониторинг врожденных пороков развития у новорожденных // *Росс. вестн. перинатол. пед.* 2000. № 1. С. 18-21.
6. Фрухт Э.Л., Тонкова-Ямпольская Р.В. *Некоторые особенности развития и поведения детей с перинатальным поражением нервной*

системы. // *Российский педиатрический журнал*. 2001. № 1. - С. 9-12

7. Благодатский М.Д., Александров Ю.А., Ларионов С.Н. Ультразвуковое исследование головного мозга у детей раннего возраста с мальформацией Арнольда-Киари // *Педиатрия*, 1994. - № 5. - С. 45 - 47.

8. Ватолин К.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний головного мозга у детей. 2-е изд., доп. М.: Издательский дом Видар-М, 2000; 136 с, ил.

9. Воеводин С.М. Оценка нормального и патологического развития головного мозга у плода и новорожденного с использованием эхографии Автореф. канд. дис., М., 1995, 21.

10. Гаврюшев В.В., Зубарева Е.А., Ефимов М.С. Диагностическая ценность нейросонографии у новорожденных детей // *Вопросы охраны материнства*, -1991.-№6,- С18-20.

11. Иова А.С., Гармашев Ю.А., Андрущенко Н.В., Паутницкая Т.С. Ультрасонография в педиатрии. Ст-Петербург 1997; 66-67

12. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике // Под ред. В.В. Митькова, М.В. Медведева. Ш том. — М.: Видар, 1997. — 320 е.: ил.

13. Нейросонография в диагностике опухолей головного мозга у детей раннего возраста / А.а. Сафианов, Ю.А. Александров,

А.В. Комаревский и др. // *Журн. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1999. - №6. - С.35-39.

14. Улезко Е. А., Богданович Б.Б., Глецевич О.Е. Ультразвуковая диагностика болезней новорожденных. // М.: ООО «Издательство АСТ», 2001. 80 е., ил.

15. Бейнарович О.В., Фастыковская Е.Д., Фокин А.П. Результаты ультразвукового исследования центральной нервной системы плода / Тезисы докладов I съезда врачей ультразвуковой диагностики Сибири // *Эхография*. 2001. № 3. С. 319.

16. Воеводин С.М. Пороки развития головного мозга, обусловленные неразделением конечного мозга // *Эхографическая диагностика пороков развития ЦНС у плода и новорожденного*

17. Зубарева Е.А. Комплексная ультразвуковая оценка перинатальных цереброваскулярных нарушений у детей первого года жизни // Автореф. д.м.н., 2006, Москва, 108 с.

18. Кусова С.О. Ультразвуковая пренатальная диагностика врожденных пороков центральной нервной системы // Дис. к.м.н., Москва, 2004, 112 с.

19. Горбунов А.В. Роль лучевой диагностики в оценке состояния центральной нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста // Дис. д.м.н., 2004, Москва, 209 с.



УДК: 618.396:614.8.027.1:618.8-053.2

Байкалова Е.В.

НЕДОНОШЕННОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

ГККП «ГДБ №1» г. Астана

Одной из актуальных проблем акушерства и неонатологии является невынашивание беременности и рождение маловесных детей. Преждевременно родившиеся дети составляют от 3% до 16% от всех новорожденных, причем 20% составляют близнецы [1, 2]. Частота рождения детей с малой массой тела при рождении в различных странах колеблется от 4% до 16,6% (США - 8,9%, Австралия - 5,9%, Франция - 5,6%), из них 80% происходит на сроке 32-37 недель гестации, 11% - 28-31 неделя, 9% - менее 28 недель [3].

В многочисленных исследованиях показано, что существует огромное количество причин возникновения недоношенности. В их числе социально-экономические, биологические, медицинские. Причем нередко имеет место сочетание нескольких факторов, и не всегда мож-

но уточнить значение каждого из них в происхождении данных преждевременных родов. Поэтому в большинстве случаев правильнее говорить о предположительной причине невынашивания [4]. Показатели смертности обратно пропорциональны массе тела при рождении и гестационному возрасту. Так среди детей, рожденных на сроке менее 26 недель, младенческая смертность повышалась на 52%, а более 26 недель - только на 21,1% [5]. Дети, родившиеся недоношенными, имеют высокий уровень развития различных осложнений, нарушающих качество их жизни в неонатальном, постнатальном и старших возрастных периодах.

За последние годы в мире достигнуты значительные успехи службы материнства и детства, происходит снижение показателей перинатальной и младенческой смертности, в

первую очередь за счет повышения качества оказания медицинской помощи детям, рожденным преждевременно. Однако многочисленными наблюдениями доказано, что недоношенные дети формируют до 50% долговременной неврологической патологии, у большинства из них развиваются хронические болезни, повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям, детский церебральный паралич, задержка психомоторного развития и другие состояния [6].

Неонатальная интенсивная помощь увеличила процент заболеваемости и появления различных осложнений, после предпринимаемых мер для сохранения жизни. При изучении состояния здоровья младенцев с гестационным возрастом 28 недель и менее, к 4 годам 50% были здоровы, у 11% регистрировались грубые нарушения, у 12% - умеренные, у 22% - малые [7]. Прогноз постнатального развития в значительной мере определяется наличием структурных повреждений головного мозга [8,9]. До настоящего времени остаются неясными патогенетические аспекты формирования патоморфологических изменений головного мозга и возможность их прогнозирования. В связи с этим актуальной и важнейшей задачей неонатологии, неврологии детского возраста и педиатрии в целом является создание патогенетически обоснованных моделей прогнозирования формирования ПВЛ (перивентрикулярная лейкомаляция), ДЦП (детский церебральный паралич), ПВК (перивентрикулярные кровоизлияния) и других инвалидизирующих состояний недоношенных детей.

Среди выживших недоношенных детей с массой тела при рождении 1500 грамм и менее, здоровыми оказываются не более 10-25% [4-5]. Нередко у детей, родившихся недоношенными, сохраняются стойкие, часто пожизненные осложнения, которые обрекают ребёнка на инвалидность [2,3,7]. Среди основных факторов, приводящих к детской инвалидности, более 60% всех причин связано с перинатальной патологией и приходится на нервно-психические заболевания [8]. Одним из часто встречаемых, но недостаточно изученных повреждений головного мозга у новорожденных с низким сроком гестации является ПВЛ - наиболее важная и грозная перинатальная причина неврологических заболеваний у недоношенных детей [9]. У выживших детей при сроке гестации менее 32 недель частота диагностируемой ПВЛ колеблется от 5 до 17% и составляет в среднем 9,2% [3]. С увеличением числа выживших недоношенных новорожденных растёт количество детей, у которых выявлена ПВЛ. Вместе с тем, взаимосвязь данного повреждения головного мозга с формированием отдельных форм неврологической патологии требует дальнейшего изучения. В разрозненных и, подчас, противоречивых исследо-

ваниях указывается, что последствиями перивентрикулярной лейкомаляции могут быть детский церебральный паралич, судорожные состояния, задержка психического развития [4]. В ряде работ указывается, что особенно частыми являются двигательные нарушения [2,4, 5], однако, данные по частоте детского церебрального паралича при ПВЛ существенно варьируют - от 38% до 97% [1-6]. В связи с этим необходимо раннее выявление двигательных нарушений и задержки психомоторного развития детей раннего возраста. Распознавание заболеваний, угрожающих инвалидностью, превентивная терапия, абилитация и реабилитация позволяют предупредить детскую инвалидность или значительно повысить уровень функциональной и социальной адаптации ребёнка [7,8,9].

Вместе с тем, ранняя диагностика детского церебрального паралича у недоношенных детей, перенесших ПВЛ, весьма затруднительна, с учётом следующих факторов: медленный прирост навыков развития, своеобразии сроков становления психомоторных функций у недоношенных детей [9]; появление симптомов спастичности только во втором полугодии жизни [10].

Несмотря на заметные положительные тенденции в исходах ПВК, литературные данные по количественной и качественной структуре в различных источниках неоднозначны. Это относится, прежде всего, к частоте различных форм детского церебрального паралича [11,12,14]. На сегодняшний день мнения о прогностическом значении факторов, определяющих отдаленный исход ПВК, у различных исследователей неоднозначны и, зачастую, противоречивы. Одни считают, что отдаленные исходы при ПВК напрямую зависят от степени его тяжести [13,15], другие указывают на непосредственную связь инвалидности и нарушений развития у детей, перенесших ПВК, с выраженностью постгеморрагической гидроцефалии и степенью ее декомпенсации [12,16]. По мнению третьих, ведущее значение для отдаленного исхода имеет наличие и величина поражения белого вещества головного мозга, возникающие вследствие паренхиматозных кровоизлияний и/или перивентрикулярных венозных инфарктов [16]. Четвертые не расценивают остаточные неврологические нарушения у ребенка, перенесшего ПВК, как следствие кровоизлияния как такового, а считают, что они обусловлены сопутствующей гипоксией и другими патофизиологическими сдвигами [17]. Наиболее прогностически значимыми клиническими факторами неблагоприятного отдаленного исхода, независимо от тяжести кровоизлияния, являются наличие опорозного состояния, выпадение окулоцефалического рефлекса, судороги в течение неонатального периода, сочетание которых в 92,3% предопределяют грубый неврологический дефект [18].

Особое значение для снижения инвалидности

с детства имеет проблема диспансерного наблюдения и реабилитации данного контингента детей. Для практического здравоохранения необходима разработка медико-организационного стандарта динамического наблюдения за недоношенными детьми (прежде всего в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений). Создание системы оценки

здоровья и прогнозирования исходов для недоношенных детей, перенесших критические состояния периода новорожденности, позволит сократить удельный вес неблагоприятных исходов, связанных с инвалидностью, улучшить качество жизни «проблемного» контингента детей и усовершенствовать систему оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аронскинд Е. В. Неврологическая заболеваемость детей раннего возраста, перенесших критические состояния периода новорожденности /ЕВ Аронскинд, О П Ковтун, Э Ш Сагутдинова // Матер Приволжской окружной науч -практ конференции (Пермь, 22-23 октября 2003 г) Пермь, 2003 - С 48-50
2. Акоев Ю.С. Функциональные особенности недоношенных детей в раннем онтогенезе. Дисс. докт. мед. наук. М., 1999.
3. Алексеев С.В. Янушанец О.И. Эрман Л.В. и др. Алгоритм оценки путей формирования детской инвалидности. Пособие для врачей. С-Птб, 2001г. 72 ст
4. Баранов А.А. Альбицкий В.Ю. Волгина С.Я. Менделевич В.Д. Недоношенные дети в детстве и отрочестве. М. 2001г.
5. Берман Р.Е. Воган В.К. Педиатрия. Книга 2 Болезни плода и новорожденного. Врожденные нарушения обмена веществ. М., Медицина, 1991,- 525 с.
6. Вуд Э.К. Недоношенность - пер. с англ. М., «Медицина» 1991.
7. Володин Н.Н. Актуальные проблемы неонатологии. М.,ГЭОТ АР-МЕД, 2004г. стр 446.
8. Малиновская О.Н. Факторы риска формирования и прогноз детского церебрального паралича и эпилептических синдромов у недоношенных детей с перивентрикулярной лейкомаляцией//Дис. К.м.н., 2004, 151 с.
9. Дементьева Г.Н. Вельтищев Ю.Е. Профилактика нарушений адаптации и болезней новорожденных. Приложение к Российскому вестнику перинатологии и педиатрии. М., 2000, 75 с.
10. Кешиян Е.С. Сахарова Е. С. Психомоторное развитие как критерий неврологического здоровья недоношенного ребенка. Лечащий врач -2004-№5, с. 57-60
11. Скворцов И.А. Ермоленко Н.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. МЕДпресс-информ, М., 2003
12. Аксенов Д.Б. Факторы риска развития и прогнозирование неврологической патологии у недоношенных детей с перивентрикулярными кровоизлияниями // Дис. к.м.н., 2005, 125 с.
13. Бадалян Л.О. Детская неврология. М: Медпресс,1998.- С.325-348.
14. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволожская Н.М. Руководство по неврологии раннего детского возраста. Киев: Здоровья, 1980. - 526 с.
15. Бадалян Л.О., Тёмин П.А., Мухин К.Ю. и др. Судорожные синдромы у детей раннего возраста. Инфантальные спазмы: диагностика, лечение, прогноз. // Метод, рекомендации. М., 1990. - С. 22-25.
16. Барашнёв Ю.И. Перинатальная неврология М.: Триада-Х, 2001. - С. 439-448.
17. Сахарова Е.С., Кешиян Е.С., Алямовская Г.А. Особенности психомоторного развития недоношенных детей, рождённых с массой тела менее 1000 г. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2002. - № 4 - С.20-24.
18. Язык Г.В., Бомбардирова Е.П., Токовая Е.И. Особенности нервно- психического развития незрелых недоношенных детей. // Материалы симпозиума. Профилактика и лечение ретинопатий недоношенных. М., 2000. - С. -119.



РОЛЬ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЖЕНСКОМ ОРГАНИЗМЕ

Кафедра внутренних болезней, АО «МУА»

Нормальное развитие, в частности, половой системы происходит под влиянием гонадотропных гормонов гипофиза при наличии нормально функционирующей щитовидной железы. [1-4].

По данным литературы показана взаимосвязь между гонадами и гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системой [5,6]. Эстрогены могут активизировать секрецию гормонов щитовидной железы, а тиреоидные гормоны воздействовать на метаболизм стероидных гормонов [7].

Установлено, что в возрасте до 18-20 лет размеры щитовидной железы заметно увеличиваются, затем остаются относительно стабильными, а к 60 годам уменьшаются. В возрасте 80-89 лет происходит уплотнение стромы, что связано с разрастанием коллагеновых и ретикулярных волокон [8]. По рекомендации ВОЗ пищевая суточная потребность в йоде составляет у детей и беременных женщин 200 мкг, а у взрослых - 150 мкг [3,9,10].

По данным ВОЗ, около 2 млрд. жителей Земли живут в условиях йодного дефицита, приводящего к развитию таких заболеваний, как эндемический зоб, гипотиреоз, умственная и физическая отсталость, кретинизм [5,9,11]. Общая площадь ареалов дефицита йода составляет в Казахстане 1580000 кв. м, что превышает половину территории республики [12]. Полихлорированные бифенилы влияют на транспорт тиреоидных гормонов, связываясь с тиреоглобулинами. Иллюстративным в этом плане является наблюдение, сделанное еще в начале 70-х годов XX в. в районе озера Мичиган, где через зараженную рыбу в организм беременных женщин проникли полихлорированные бифенилы и далее через плаценту и грудное молоко - в организм плода и новорожденных. При наблюдении в течение последующих 10 лет у детей этих женщин обнаружены нарушения функции щитовидной железы, умственной способности и иммунного статуса [2,12,13,14].

При йоддефицитном состоянии у девочек - подростков отмечается отставание физического и полового развития, наблюдаются функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем, выявляются анемия и лейкопения [1,15].

Изменение функции щитовидной железы у женщины во время беременности и у плода могут рассматриваться как математическая модель, в которой числителем явля-

ются возрастающие гормональные потребности, знаменателем - йодное обеспечение [1,11]. Эндемический зоб у беременных женщин не является компенсаторной реакцией. Он закономерно ухудшает течение беременности и родов, нарастает частота гестозов, угроза прерывания беременности [11]. Хронический йодный дефицит ведет к напряжению компенсаторно-приспособительных механизмов в системе «мать-плацента-плод». Эндемический зоб способствует формированию у беременных женщин субклинического гипотиреоза, а у плода - фетопатии (врожденный гипотиреоз и другие генетические аномалии, снижение иммунитета, патология неврологического и психоинтеллектуального развития). При беременности увеличивается объем почечного кровотока и гломерулярной фильтрации, что приводит к повышению почечного клиренса йода и усугубляет йоддефицитное состояние [5,7-11].

В зависимости от выраженности йодного дефицита диффузный зоб может формироваться у 60-80% населения. Обеспечение организма тиреоидными гормонами в условиях йодного дефицита происходит ценой хронической гиперстимуляции ЩЖ [11,16].

В настоящее время общепризнано, что йоддефицитный зоб - это скрытый гипотиреоз: гиперплазированная тиреоидная ткань лишь на определенное время может удерживать эутиреоидное состояние. Дефицит тиреоидных гормонов приводит к подавленному настроению, «необъяснимой тоске» и даже выраженной депрессии. При субклиническом гипотиреозе кроме депрессии отмечается рассеянность внимания, склонность к быстрой смене настроений, плохая адаптация, чувство виновности, беспокойства и озабоченности, снижается познавательная функция, ухудшается память [17-20]. Симптомы, характерные для гипотиреоза, встречаются чаще всего у женщин в пре- и постменопаузальном периоде. Если женщина пременопаузального периода жалуется на приливы, потливость, сердцебиение, эмоциональную лабильность, то нередко приходится проводить дифференциальный диагноз климактерического синдрома с диффузным токсическим зобом [21,22].

В клинической картине у женщин климактерического периода с тиреотоксикозом доминируют сердечно-сосудистые и психические расстройства: апатия, депрессия, отсутствие аппетита, слабость, сердцебиение, нарушения

сердечного ритма, симптомы недостаточности кровообращения. Помимо сходства клинических проявлений, у женщин в климактерическом периоде нередко отмечается стертая клиническая «картина» заболеваний: у женщин с тиреотоксикозом возможно отсутствие зоба, синусовой тахикардии, типичных проявлений со стороны кожи и глаз; у женщин с гипотиреозом - субклиническое течение заболевания [23-30].

У женщин с климактерическим синдромом и гипотиреозом отмечаются неврологические нарушения, которые могут быть разделены на несколько групп: нервно-мышечные расстройства, поражение периферических нервов, вегетативные расстройства, нервно-психические расстройства, поражения черепно-мозговых нервов и проявления микседематозного отека с имитацией их поражения, гипотиреоидная кома [31].

Дисбаланс секреции тиреоидных гормонов может способствовать прогрессированию нарушений гисто и органогенеза гормонозависимых структур и формированию гиперпластических процессов эндометрия [32,33]. Скрытый гипотиреоз способствует развитию ожирения – одного из ключевых факторов риска рака эндометрия. [34-37]. Гиперплазия эндометрия и ее варианты - железисто-кистозная гиперплазия, железистые полипы, аденоматозная и атипическая гиперплазия в пременопаузальном возрастном периоде встречаются значительно чаще [33,34,37]. У женщин с патологией щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит, диффузный зоб, диффузный токсический зоб) часто встречается патология яичников (хроническая ановуляция, полименорея, эндометриоз) [38,39].

В настоящее время установлено, что дефицит гормонов щитовидной железы приводит к качественным и количественным нарушениям эритропоэза, то есть к так называемой тиреоприивной анемии. [40,41]. В то же время, при гипотиреозе наблюдается железodefицитная анемия, при которой наряду с нарушением синтеза гемоглобина, вторично тормозится эритропоэз [42]. Поскольку гормоны щитовидной железы играют ключевую роль в процессах

потребления энергии организмом человека, в синтезе белков, опосредованно влияют на другие железы внутренней секреции, метаболизм железа не может оставаться интактным при патологии щитовидной железы [43].

Поскольку железо входит в состав гемати-реопероксидазы, при его дефиците могут возникнуть нарушения процессов дейодирования, что доказано в лабораторных исследованиях [44]. Одновременно имеется ряд эпидемиологических исследований в рамках мониторинга йоддефицитных заболеваний, доказавших, что в условиях зобной эндемии при сочетании дефицита микроэлементов йода и железа у детей отмечается снижение эффективности йодной профилактики [45].

По данным литературы больные с миомой матки, страдающие повторяющимися менометрорагиями, многие годы живут в условиях хронического стресса. У них утрачивается физиологическая способность эритропоэтинообразующего аппарата почек реагировать усиленной продукцией эритропоэтина в ответ на стимуляцию [44,46].

Как показывает анализ литературы, до настоящего времени данных о функции щитовидной железы у женщин климактерического периода недостаточно [47-49].

В ряде исследований показана взаимосвязь между гонадами и гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системой [47-51]. Но эта взаимосвязь не раскрыта полностью, требует дальнейшего изучения и определения гипофизарно – яичникового статуса у женщин климактерического периода с патологией щитовидной железы.

Таким образом, учитывая широкий диапазон воздействия гормонов щитовидной железы на организм женщины в климактерическом периоде, изучение функционального состояния щитовидной железы у женщин в пре-постменопаузальном периоде является весьма актуальным. Решение этой проблемы позволит определить алгоритм диагностики различной патологии щитовидной железы и особенности течения климактерического синдрома у женщин климактерического периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И.И., Свириденко Н.Ю., Герасимов Г.А. и др. «Оценка йодной недостаточности в отдельных регионах России», *Проблемы эндокринологии*, 2000.-т46.- №6.-стр.-3-7
 2. Маклакова Т.П., Аппельганс Т.В., Зорина В.Н., Бойко О.Н., Колбаско А.В. «Метаболизм железа при диффузном зобе у коренных жителей Горного Алтая», *Проблемы эндокринологии*, 2008, т.54, №1, стр.-36-39
 3. Дедов И.И., Свириденко Н.Ю., Стратегия ликвидации йоддефицитных заболеваний в

Российской Федерации», Проблемы эндокринологии, 2001.- т47.-№6.-стр.-3-13
 4. Федак И.Р., Трошина Е.А. «Проблема дефицита йода в Российской Федерации и пути её решения в ряде стран мира», *Проблемы эндокринологии*, 2007, т.53, №5, стр.- 40-48
 5. Эседова А.Э, «Реакция костной ткани на заместительную гормональную терапию у женщин в постменопаузе при тиреоидной дисфункции, обусловленной дефицитом йода», *Акушерство и гинекология*, 2006.- №2.- стр.-

51-54

6. Некрасова М.Р., Суплотова Л.А., Давыдова Л.И. «Проблема остеопении в йоддефицитном регионе», *Клиническая медицина*, 2006.- №1.- стр.- 62-65
7. Мамедалиева Н.М., Зельцер М.Е., Казыбаева А.С. «Течение климатерического синдрома и состояние тиреотропин - тиреоидной системы у женщин в перименопаузе, проживающих в регионе зобной эндемии», *Медицина*, 2005. - №4.- стр.- 29-37
8. Изможерова Н.В., Попов А.А., Стрюкова О.Ю., Андреев А.Н., Тагильцева Н.В. «Частота тиреоидной дисфункции и сердечно-сосудистой патологии у женщин в климатерическом периоде», *Проблемы эндокринологии*, 2007, т.53, №1, стр.-36-40
9. Захаренко Р.В., Сиротин Б.З. «К истории изучения зобной болезни на Дальнем Востоке», *Проблемы эндокринологии*, 2004.- т 50.- №5.-стр.-54-55
10. Материалы 73-го ежегодного съезда Американской Тиреологической Ассоциации, 7-10 ноября 2001, Вашингтон (США) 12с
11. Мельниченко Р.А., Фадеев В.В. «Йоддефицитные заболевания и беременность» Актуальные проблемы репродуктивной системы, Алматы, 2002.-С45-48
12. Терещенко И.В., Голдырева Т.П., Бронников В.И. «Микроэлементы и эндемический зоб», *Клиническая медицина*, 2004.-№1.- стр.- 62-68
13. Панин М.С. «Источники загрязнения окружающей среды тяжелыми металлами» Актуальные проблемы экологии. Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 30-летию Карагандинского государственного университета им. Букейтова Е.А и Году здоровья. Караганда, 2002, 21-22 ноября
14. Никитин А.Н. «Гормоноподобные ксенобиотики и репродуктивная система», *Проблема репродукции*, 2002.-№2.-стр.-1-12
15. Петунина Н.А. «Особенности диагностики и лечения заболеваний щитовидной железы у пожилых пациентов», *Проблемы эндокринологии*, 2008, т.54, №3, стр.- 36-42
16. Фадеев В.В. «Эутиреоидный зоб: патогенез, диагностика, лечение», *Клиническая тиреология*, 2003.- т 51.- №1.- стр.-1-20
17. Терещенко И.В. «Патогенез, диагностика и лечение субклинического гипотиреоза», *Клиническая медицина*, 2000.-№3.-стр.-8-13
18. Кияев А.В., Савельев Л.И., Герасимова Л.Ю., Королева Н.П., Боярский С.Н., Цвиренко С.В. «Референтные значения тиреотропного гормона и распространенность субклинических нарушений функции щитовидной железы у подростков в регионе легкого йодного дефицита», *Проблемы эндокринологии*, 2008, т.54, №4, стр.-14-17
19. Meier C., Staub J.J., Roth C.B., et.al. TSN - controlled L - thyroxine therapy reduces cholestrol levels and clinical symptoms in sub-clinical hypothyroidism: a double blind, Placebo - controlled trial (Basel Thyroid Stady).// *J Clin. Endocrinol. Metab.*-2001-Vol.86 №10.-P.-4860-4866
20. Santiago - Fernandes P, Torres - Barahona R, Muela-Mar - tines J.A. et al Intelligence quotient and iodine intake: a cross - sectional study in children // *J Clin. Endocrinol. Metab.*-2004.-89.-P.3851-3857
21. Dies J.J. Hyperthyroidism in patients older than 55 years: an analysis of the etiology and management // *Gerontology*, 2003. Vol.49.- P.316-323
22. Джаттингер С.Хайра «Заболевания щитовидной железы у пожилых людей», *Лечащий врач*, 2005.-№5.-стр.-1-6
23. Матюгина Л.П. «Артериальная гипертензия и новые возможности заместительной гормональной терапии в постменопаузе», *Вестник акушер - гинеколога*, 2005.-№4.-стр.- 22-24
24. Жушева Н.Ю., Рожинская Л.Я., Крыжова Н.С. «Влияние эстроген-гестагенной терапии на липидный состав крови и возможности профилактики сердечно - сосудистых заболеваний у женщин в постменопаузе», *Проблемы эндокринологии*, 2004.-т 50.- №6.- стр.- 48-54
25. Mohandas, Rajesh, Lal Gupta, Krishas. Managing disfunction of thyroid gland in elderly // 00325481. – May 2003.-113, 5
26. Шустов С.Б., Яковлев В.А., Яковлев В.В. «Особенности гемодинамики при нарушениях функции щитовидной железы», *Клиническая медицина*, 2000.-№8.-стр.-61-65
27. Demellis J, Panaretou M. Effects of thyroid replacement therapy on arterial blood pressure in patients with hypertension and hypothyroidism // *Am heart J.*- 2002.-Vol.143.-P.-718-724
28. Сыч Ю.П., Калашиников В.Ю., Сыркин А.Л. и др. «Нарушение функционального состояния сердечно - сосудистой системы при субклиническом гипотиреозе», *Клиническая медицина*, 2003.-№11.-стр.-4-9
29. Сыч Ю.П., Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. «Нарушение липидного обмена при субклиническом гипотиреозе», *Проблемы эндокринологии*, 2004.-т50.-№3.-стр.-48-52
30. Телькова И.Л., Карпова Р.С. «Роль тиреоидных гормонов в регуляции сердечной деятельности», *Клиническая медицина*, 2004.- №1.-стр.-12-18
31. Туровина Е.Ф., Суплотова Л.А., Южакова Н.Ю., Суплотов С.Н., Шарухо Г.В. «Ассоциации зобной эндемии и латентного дефицита железа в Западно-Сибирском регионе», *Проблемы эндокринологии*, 2007, Т.53, №5, стр.-18-21
32. Калинин П.Н., Котов С.В., Карпенко А.А. «Неврологические маски гипотиреоза у взрос-

- лых. Патогенез, клиника, диагностика», Клиническая медицина, 2003.-№10.-стр.-58-62
33. Фролова И.И. «Факторы риска рака эндометрия», Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2010, т.9, №1, стр.- 57-66
34. Brinton L.A., Sakoda L.S., Frederiksen K., et al. Relationships of Uterine and Ovarian Tumors to Pre-Existing Chronic Conditions. Gynecol.Oncol. 2007;107(3):487-94
35. Hees S.Y., Zimmermann M.B., Arnold M. et al // J.Nutr.-2002.-Vol.132,N7.-P.1951-1955.
36. Zimmerman M.B., Zeder C., Chaouki N. et.al.// Eur.J.Endocrinol.-2002.-Vol.147,N6.-P.747-753.
37. Руднев С.В, Воловцев А.И, Адамян Л.В и др. «Состояние щитовидной железы у больных с доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами женских половых органов», Акушерство и гинекология, 2000.-№2.-стр.-41-43
38. Стеколыщикова О.Н. «Нарушение функций яичников у женщин с заболеваниями щитовидной железы», Акушерство и гинекология, 2003.-№1.-стр.-60-62
39. Пашков В.М, Лебедев В.А, Коваленко М.В. «Современные представления об этиологии и патогенезе гиперпластических процессов эндометрия», Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2006, т.5,№3, стр.-51-59
40. Гусева С.А, Гончаров Я.П. Анемия, - К.: Логос, 2004.- 408с
41. Волкова М.А, Ширин А.Д. «Эритропоэтин в лечении анемии при онкологических заболеваниях», Гематология и трансфузиология, 1997.-т42.-№6,-стр.-33-36 Румянцев А.Г, Морщакова Е.Ф, Павлов А.Д. Эритропоэтин в диагностике, профилактике и лечении анемий. М 2003; 447
42. Бурлев В.А, Коноводова Е.Н, Нерсесян Р.А и др. Эритропоэтин у родильниц с анемией. Проблемы репродукции, 2002.-№5.-стр.-53-56
43. Вихляева Е.М. «Молекулярно - генетические детерминанты опухолевого роста и обоснования современной стратегии при лейомиоме матки», Вопросы онкологии, 2001; т47; стр.-2-3
44. Bachmann G.A Epoetin alfa use in gynecology. Past, present and future. J Reprod Med 2001; 46. Suppl 5. 539-544
45. Larson B., Bremme K., Clyne N., Nordstrom L. Preoperative treatment of anemic women with epoetin beta. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80.559-562
46. Бурлев В.А, Гаспаров А.С, Коноводова Е.Н и др. «Эпокрин в лечении железодефицитной анемии у больных миомой матки после гистерэктомии», Проблемы репродукции, 2003.-№3.-стр.-59-64
47. Нартаева М.М. «Коррекция нарушений витаминно-гормонального статуса у много-рожавших женщин в период пременопаузы», Автореферат дис. на соискании степени канд. мед.наук, Актобе, 2006, 22с
48. Калашикова М.Ф, Катхурия Ю.Б, Мельниченко Г.А, «Заболевания щитовидной железы и менопауза», Климактерий, 2002.-№1.-стр.-24-26
49. Хашаева Т.Х-М, Эседова А.М, «Клинические особенности и гипотизарно-яичниковый статус у женщин с эндемическим зобом с гипотиреозом в перименопаузе», Акушерство и гинекология, 2000.-№6.-стр.-17-20
50. Манукин И.Б, Тумилович Л.Г, Геворкян М.А, «Клинические лекции по гинекологической эндокринологии», Москва, 2003,
51. Саидова Р.А, Алексанян С.Г, Мкоян Л.А, Купцова Т.И. «Особенности гормональной коррекции нарушений менструальной функции у женщин старше 40 лет», Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2009, т.8 №4, с.36-44



РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

ГККП «Городская поликлиника № 8», Астана

В течение последних десятилетий в состоянии здоровья детей наблюдаются выраженные негативные тенденции [1, 3, 7, 11]. Вопросы снижения заболеваемости и смертности детей являются важнейшими для педиатрии, особое значение в этой связи занимает проблема ведения детей с нарушениями питания [1-19]. Наиболее распространенной формой таких нарушений является гипотрофия - хроническое расстройство питания с дефицитом массы тела относительно роста, обусловленное недостаточным поступлением в организм питательных веществ или нарушением их метаболизма [1-6]. Неадекватное питание увеличивает риск возникновения инфекций, нарушений физического развития и имеет долговременные отрицательные последствия для здоровья и умственного развития ребенка, что значительно снижает качество жизни подрастающего поколения [2, 6, 7]. Питание – ведущий «ключ» к управлению и формированию здоровья детей и взрослых [5]. Несмотря на разработанные программы и инициативы по поддержке грудного вскармливания, распространенность и продолжительность его остается крайне низкой [8, 14, 16]. Непосредственные неблагоприятные последствия вскармливания коровьим молоком хорошо изучены: риск развития дефицита железа, аллергические реакции, рахит, нарушение иммунного статуса и формирования кишечной микрофлоры, метаболический стресс, повышенная нагрузка на почки [8, 14, 16]. Интерес к изучению отдаленных последствий вскармливания неадаптированными молочными продуктами связан с активными исследованиями, основанными на теории метаболического программирования, в соответствии с которой нарушения питания на ранних этапах развития являются истоком многочисленных болезней взрослых – сахарного диабета II типа, ожирения, сердечно-сосудистой патологии [4, 15].

Первые 2-3 года жизни ребенка имеют решающее значение для нормального физического и умственного развития [7, 9, 12-13]. Тем не менее, существующие сегодня в некоторых странах методы вскармливания, возможно, приносят больше вреда, чем пользы для развития детей раннего возраста. Дети в возрасте до трех лет особенно чувствительны к последствиям неправильного питания; так как в этот период рост происходит более интенсивно, чем в любое другое время, и поэтому существует повышенный риск задержки роста. Кроме того, в этом возрасте иммунная система

сформирована еще не полностью, и это создает риск частых инфекций в тяжелых формах [10, 11]. Распространенность гипотрофии среди детей первых 3 лет жизни в различных странах составляет 7-30%, а смертность при тяжелой степени этого состояния достигает 30% [7]. Заболевания, протекающие на фоне гипотрофии, имеют более тяжелое и длительное течение, худший прогноз [1, 13]. Гипотрофия определяет не только течение раннего периода жизни ребенка, но его соматическое и нервно-психическое здоровье в дальнейшем [7, 9]. Выделяют экзогенную и эндогенную гипотрофию. Причиной экзогенной является нарушение поступления питательных веществ, что приводит к их дефициту в организме. В настоящее время экзогенная гипотрофия чаще встречается в странах с низким уровнем социально-экономического развития [15]. Актуальной является эндогенная гипотрофия, которая может быть первичной – вследствие нарушения расщепления и всасывания нутриентов, и вторичной, причиной которой могут быть пороки развития внутренних органов, хроническая патология и нарушения обмена веществ [7, 16]. В ряде работ показано, что при гипотрофии имеет место нарушение функционирования биологических мембран практически всех клеток организма, а это в свою очередь сопровождается глубокой дезорганизацией внутриклеточных биохимических процессов, приводящих к нарушению центральных нервно-регуляторных механизмов, функций вегетативной нервной системы и эндокринного аппарата, задержке психомоторного развития детей [4, 7, 15]. Высказываются различные мнения о сути нарушений биохимических процессов при гипотрофии, их взаимосвязи и выраженности, что обуславливает необходимость углубленного изучения нарушений метаболизма у детей с дефицитом массы тела [11, 14, 17]. По мнению Липатовой Е.С. (2011) [1], гипотрофия различной степени имеет определенные клинико-метаболические критерии – для легкой степени характерны рахит, снижение α 1-глобулиновой фракции, повышение активности щелочной фосфатазы; для гипотрофии средней степени – умеренная задержка психомоторного развития, анемия, рахит, снижение резистентности организма, нарушение переваривания в кишечнике, снижение холестерина и α 1-глобулиновой фракции, повышение α 2-глобулиновой фракции, активности щелочной фосфатазы; для тяжелой гипотрофии – выраженная задержка психомоторного

развития, анемия, рахит, пищеварительная недостаточность, снижение холестерина, повышение ЛПНП, наименьшее содержание α 1-глобулиновой фракции, наибольшее содержание α 2-глобулиновой фракции, повышение активности щелочной фосфатазы и содержания кортизола.

При различных патологических состояниях качественное и количественное несоответствие диеты потребностям организма приводит к развитию трофологической недостаточности, которая проявляется, в первую очередь, нарушением белкового обмена [17]. Это утяжеляет состояние пациента, замедляет сроки выздоровления, способствует развитию послеоперационных осложнений, росту летальности больных в детских хирургических стационарах [18], поэтому, наряду с этиотропной и патогенетической терапией, определяющее значение для исхода и прогноза ряда заболеваний приобретает лечение белковой недостаточности.

В настоящее время сведений о распространенности белковой недостаточности у детей раннего возраста и методах ее коррекции при различной патологии в зарубежной и отечественной литературе немногочисленны, а у детей с атопическим дерматитом подобные данные отсутствуют. С практических позиций

интересны вопросы диагностики белковой недостаточности, совершенствования лечебной тактики ее у детей раннего возраста с различной патологией посредством лечебного питания, как наиболее доступного и физиологичного метода коррекции метаболических нарушений [16]. В исследованиях последних лет появились публикации о встречаемости лактазной недостаточности, панкреатопатий, дисбиотических нарушений у детей, больных острыми кишечными инфекциями [6, 11], что диктует необходимость разработки новых терапевтических схем для улучшения исходов. Вместе с тем, на современном фармацевтическом рынке появилось значительное число корректирующих препаратов, пробиотиков, питательных смесей, требующих их клинической оценки. Появились единичные работы по корректирующему лечебному питанию у детей первого года жизни [19].

Таким образом, лечение гипотрофии в современных условиях требует комплексного подхода, включающего дифференцированную коррекцию метаболических нарушений, нервно-психическую реабилитацию, повышение неспецифической резистентности организма и лечение хронической патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Липатова Е.С., Печкуров Д.В., Володина Н.А. Распространенность, структура и клиническая характеристика гипотрофии по данным госпитализации в отделение младшего возраста // *Материалы VII Международной научно-практической конференции «Здоровье и образование в XX веке»*. – Москва, 2006. – С. 390-391.
2. Володина Н.А., Крышковец Д.В., Липатова Е.С., Балдина О.Ю. Внутритропные факторы, ведущие к нарушению питания у детей раннего возраста // *Материалы XXVI Межрегионального съезда врачей «Году семьи – новые технологии»*. – Самара, 2007. – С.192-194.
3. Крышковец Д.В., Липатова Е.С., Володина Н.А., Балдина О.Ю., Арсланова Ю.А. Формирование здоровья у детей, родившихся с задержкой внутриутробного развития // *Известия Самарского научного центра Российской академии наук, специальный выпуск «XII конгресс Экология и здоровье человека»* - Самара, 2007. – С. 50-53.
4. Баскакова, Е.Ю. Рост сейчас – плата позже (последствия вскармливания неадаптированными молочными продуктами) / Е.Ю. Баскакова // *Актуальные вопросы педиатрии, перинатологии и репродуктологии: межвузовский сборник научных работ / Под редакцией д.м.н. профессора А.В. Прахова, д.м.н., профессора С.Б. Артифксова*. – Вып.4. – Н. Новгород: Гладкова О.В., 2010. - С. 11-13.
5. Лукушкина, Е.Ф. Особенности углеводного обмена детей – последствия вскармливания неадаптированными молочными продуктами / Е.Ф. Лукушкина, Е.Ю. Баскакова, А.П. Дурмашкина // *Актуальные проблемы педиатрии: сборник научных работ / под ред. проф. А.Г. Муталова* – Уфа: Изд-во ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава», 2010. – С. 107-110.
6. Лукушкина, Е.Ф. Неадекватное вскармливание ребенка в грудном возрасте – риск метаболических нарушений в будущем / Е.Ф. Лукушкина, Е.Ю. Баскакова // *Сборник материалов VII Российской конференции «Педиатрия и детская хирургия в приволжском федеральном округе»* (Казань, 2010). – К., С. 79-80.
7. Кузмичев, Ю.Г. Оценочные таблицы физического развития детей раннего возраста (0-3 года), (методические указания) / Ю.Г. Кузмичев, Е.Ф. Лукушкина, А.С. Поляшова, М.И. Орлова, Е.С. Богомолова, Е.Г. Новопольцева, Т.В. Платонова, Е.В. Назарова, Е.П. Лазарева, Е.Ю. Баскакова и др. // *Методические указания: «Оценочные таблицы физического развития детей раннего возраста (0-3 года)»* (Нижегород, 2010). – Н.Новгород, С.24.
8. Лукушкина, Е.Ф. Молоко в питании детей и взрослых: благоприятные эффекты и потенциальный риск / Е.Ф. Лукушкина, О.К. Нетребенко, Е.Ю. Баскакова // *Вопросы современной педиатрии*. – 2011. - №4. - С.140-144

9. Баскакова, Е.Ю. Антропометрические данные как показатель питания детей в грудном возрасте / Е.Ю. Баскакова // *Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 80-летию педиатрического факультета Нижегородской государственной медицинской академии (Нижний Новгород, 2012)* – Н.Новгород., - С.14-15.
10. Баскакова, Е.Ю. Гигиеническая оценка фактического питания школьников, находившихся на разных видах вскармливания в грудном возрасте / Е.Ю. Баскакова // *Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 80-летию педиатрического факультета Нижегородской государственной медицинской академии (Нижний Новгород, 2012)* – Н.Новгород., - С. 22-23.
11. Баскакова, Е.Ю. Особенности обменов (белкового, жирового, углеводного) – последствия вскармливания неадаптированными молочными продуктами / Е.Ю. Баскакова // *Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 80-летию педиатрического факультета Нижегородской государственной медицинской академии (Нижний Новгород, 2012)* – Н.Новгород., - С. 57-58.
12. Кузмичев, Ю.Г. Результативность действующих антропометрических скринингов оценки физического развития доношенных детей первого года жизни / Ю.Г. Кузмичев, Е.Ф. Лукушкина, Е.А. Калюжный, М.И. Орлова, Е.Ю. Баскакова // *Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 80-летию педиатрического факультета Нижегородской государственной медицинской академии (Нижний Новгород, 2012)* – Н.Новгород., - С. 79-80.
13. Баскакова, Е.Ю. Особенности роста и оценка фактического питания у детей – последствия вскармливания неадаптированными молочными продуктами / Е.Ю. Баскакова // *Актуальные проблемы педиатрии: сборник научных работ / Под ред. проф. А.Г. Муталова – Уфа: Изд-во ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава», 2009.* – С.33-36.
14. Лукушкина, Е.Ф. Особенности пищевого статуса у детей в зависимости от характера вскармливания в грудном возрасте / Е.Ф. Лукушкина, О.К. Нетребенко, Е.Ю. Баскакова, А.П. Дурмашкина, Е.В. Погодина // *Сборник материалов XIV Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва, 2010).* – М., - С.502.
15. Лукушкина, Е.Ф. Особенности роста и углеводного обмена детей – последствия вскармливания неадаптированными молочными продуктами / Е.Ф. Лукушкина, О.К. Нетребенко, А.П. Дурмашкина, Е.Ю. Баскакова // *«Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология».* - 2010. - №1. – С. 41-47.
16. Баскакова, Е.Ю. Отдаленные последствия неадекватного вскармливания детей грудного возраста / Е.Ю. Баскакова // *Сборник научно-практической конференции, посвященный 15-летию медицинского образования в ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры» «Фундаментальные и клинические аспекты охраны здоровья человека на Севере» (Сургут, 2010).* – Изд-во ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО - ЮГРЫ», 2010. - С. 26-28.
17. Лукушкина, Е.Ф. Особенности физического развития и фактического питания детей г. Нижнего Новгорода / Е.Ф. Лукушкина, Е.Ю. Баскакова, А.П. Дурмашкина // *Медицинский альманах.* – 2010. - №2. – С. 105 - 108.
18. Лукушкина, Е.Ф. Long-term effects of cow's milk feeding in infancy on blood pressure and insulin resistance / Е.Ф. Лукушкина, О.К. Нетребенко, А.П. Дурмашкина, Е.Ю. Баскакова // *The power of programming International Conference on Developmental Origins of Health and Disease (Мюнхен, 2010).* – М., - С.61.
19. Ефимова, Ю.В. Эффективность лечебного питания в нормализации нутритивного статуса у детей с различной патологией / Ю.В. Ефимова // *Молодые ученые – здравоохранению региона: Материалы 64-й научно-практической конференции молодых ученых и студентов СГМУ.* - Саратов, 2003. - С. 130.



УДК 614.2 - 612.66

*E.D. Dalenov, G.N. Doszhanova, AA Abduldayeva***DEMOGRAPHIC TRENDS IN THE DYNAMICS OF THE AGE STRUCTURE OF KAZAKHSTAN POPULATION***JSC "Astana Medical University"*

One of the trends observed in recent decades in the developed world - the growth in the absolute number and relative proportion of the elderly population [5,6,11]. It is the steady, fairly rapid process of reduction in the total population of children and young people and increasing the proportion of the elderly.

The demographic situation in the present and in near future looks like. In 1983, the first time in history of the U.S. population the number of people who have exceeded the age of 65 years, has surpassed the number of "teenagers" - Youth on the 2nd decade of life. By 2050, in this country every third resident of over 55 years, and every 4th - 65-year-old age limit. By that year, a group of people in the U.S. aged 85 and above will be 16 million people.

The trend, shown in the U.S. and is the growth of both the absolute number and proportion of older people in the population is distributed to all the developed countries, including European countries. Already in Western Europe in each hundred people of working age (15 - 64 years), about 25% higher than the 65-year. By 2050, this percentage is expected to double. Close enough to the situation described in the developing countries, which now comprise 60% of all people of the planet, and have achieved more than 60 years of age. Presumably, by 2050 the part of these countries in the global statistics of older people will reach 80%. There is thus a reason to believe that the epicenter of the demographic aging of the world population has moved to the Third World countries. Human aging, therefore, has become global.

At present, on the world each month the sixtieth anniversary mark the 1 million people is overcoming, of which about two thirds - are residents of developing countries. At current trends, by 2050, the population of the developed countries will be composed of persons aged 65 years and over 20%, the population of America and Asia - 10%, the population of Africa countries to south of the Sahara - 5% [2, 6, 11, 12].

Thus, according to the UN, in 1950 the world's population of approximately 200 million people aged 60 years and older, by 1975 the number had increased to 550 million in 2000. - 610 million people, is forecast by 2015 elderly population of the world will exceed 1.5 billion. According to the prediction the world population in the next 40 years will be increased by 40%, from 6.9 to 9.1 billion. However, it will be growth, which is fundamentally different from that humanity has experienced ever before in its history. The population rate will be increased main-

ly due to the fact that people are living longer. Our planet is beginning to "go gray." In the nearest future we expect a proportional growth in the number of citizens who are over 60 years old and in the future - a significant growth in the number of those over 80 [2.5, 11].

Therefore, at the present time, the problem of aging population is highly relevant to society. And that is why 2011 has been declared as the International Year of Older Persons. The World Health Organization (WHO) defines active aging as "the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age" [6.12]. WHO's concepts of active aging is an attempt to determine the specificity of this phenomenon and to identify specific features of this process.

In 1956, the French demographer A. Sauvie wrote that the aging of the population of all modern social phenomena is the "most reliable, least contested and the most appropriate to measure and even predict."

The process of aging occurs along with a decline in fertility and mortality, increasing life expectancy and migration processes in society. Shifts in the age structure leads to an unfavorable ratio between the able-bodied and disabled people, and that is a serious demographic and economic problem in the world. Concern is due to the need for the maintenance of cost-increasing number of older people in society, which, in turn, can significantly reduce the state's economy. In many countries about half of the budget is available to the health care system and spent on services for elderly. For example, in the UK the cost of serving one person aged 75 years and older is almost 6 times higher than the cost of one person aged 16-64 years. It is also clear that in the future, these costs will be only increased. [13]

In ancient times, the number of older people has been negligible: persons older than 50 years were less than 1%. [25] Taking into account the fact that the average life expectancy was extremely low, and a very few people lived out to elderly, we can say that the ancient world was a world without the old people.

At the beginning of the 1990s in Eastern Europe and the former Soviet Union 8% of the total population and 13% of all older people lived in the world.

In the XX century, leadership in the rate of aging of the population belonged to Japan. Already by 1984, for relative number of people aged 65 and older (9.8%), it came close to France. However, if France to achieve a specified percentage took 175 years, for Japan - 25 years [8, 13,14].

Currently, the quantitative and qualitative changes in the age population structure is the interest to demographers, sociologists and economists. Age type of population can be determined by calculating the proportion of people in different age groups. On the basis of this division to distinguish between three types of people: progressive, regressive and stationary. Progressive is the type of population, when the proportion of children that of its ancestors. It is with this type it is possible to increase the population. Regressive is the type in which the proportion of persons aged 50 years and over more people under 14 years. Regressive type can lead to the gradual extinction of the nation. Finally, it should be called the stationary type, the number of children and grandparents, about the same.

To assess the type of population an aging scale is using proposed by the UN in 1959. According to which, if the rate of aging is more than 7%, the population should be considered old, from 4 to 7% - on the verge of aging, less than 4% - young. Age factor is calculated by the standard formula: the number of people aged 60 and over $\times 100$ / total population. In the last decade, the notion of "deep demographic aging", which means, when the proportion of people aged 60 years and older exceeds than 15% of the population [2,7, 8, 9,13,14].

Regressive type of population takes place in the Republic of Kazakhstan that is confirmed by the coefficient of age to 15.4, exceeding the level under which the country is considered as an "old demographic." According to the data of Agency of Statistics, the population of Kazakhstan at 01.01.2012 amounted to 16.7 million people, including the working-age population - 63.5%, children under the age of 15 years - 26.3%, while those of retirement age (men older than 63 and women older than 58 years) - 10.2%. [3].

The main directions of the aging process may be identified in the years ahead, by the way, the temps next 2-3 decades will be increased. The growing number of elderly and senile age is steadily increasing, but the birth rate is declining, which also leads to the demographic aging of. There is a clear direct link between fertility and the age structure of the population: the higher birth rate, the population is younger. Another of the reasons for the relatively rapid aging of the population can be considered emigration of people mainly working age, while older people are more likely to remain in country.

The following cause and characteristics of this low life expectancy and the aging of the population of Kazakhstan is associated primarily with a high level of early death among men. The mortality rate of men (the number of deaths from all causes per 1,000 males) in Kazakhstan is 9.95. Proposed by the World Health Organization index of average healthy life expectancy, which is deducted in calculating the years of illness and disability for men in Kazakhstan was only 63 years old. This low level is related to the prevalence of tobacco use, poor nutrition, alcohol

use, high mortality of working age men from injuries, poisoning, homicide and suicide, accidents at work and on the roads [7,8,9].

Another important feature of the aging of Kazakhstan population is the fact that men live in 10 years less than women. This is due to chromosomal apparatus «XY», the influence of stereotypes of pathological behavior (smoking, alcohol consumption, etc.), rather than factors related to the peculiarities of climate, environmental influences and the state of health, which are roughly equally affects both men and women. In old age, the number of women exceeds that of men by 2 times. Further, the older the age, the greater the gap: in 75-79 years - 2 times in the 80 years and older - almost 3 times.

Added to this is the appearance of old age such factors contributing to the feeling of loneliness and social «transcendence», as the loss of loved ones, to distance themselves from others because of the peculiar old hypochondria and depression background mood, loss of professional and restriction of social contacts. Single elderly people can easily acquire the status of residents of the house for the elderly, and living in his own apartment, have increasingly become targets of aggressive behavior of others. It is believed that older women are most often are suffering from relatives, and elderly men - from friends and strangers [7, 9].

After analyzing the situation in the different large regions of the world and the planet as a whole, we can say that in the XXI century. Aging of the population will be continued, with a higher speed rate than in XX century. The most significant growth indicators of aging will be in about 2035. It is also expected that the rate of aging in the second half of this century will be lower than in the first half.

Older people are selected as the demographic and social category, demanding for a special approach. Even the main purpose of child health is to ensure him a long life with high levels of health, and this is the interest of gerontology.

The emergence of gerontology - the section of biomedical science that studies the phenomenon of aging of living organisms, and particularly diseases of old body, was a reflection of the natural desire to find a way to longevity. Problems of older persons are the subject of gerontology as a special area of knowledge.

«Ageing», «old age» and «lifetime» refers to the basic concepts of gerontological terms and characterizes presentation about the life of man in the system of space-time coordinates. According to I. Davydovskiy (1966), these concepts are closely intertwined the objective laws of life and subjective anthropomorphic representation of humanity, as well as just a passionate desire of everyone to live for a long time [8,9].

Aging - is progressing in its development destructive process, which is a function of time. Human aging and the duration of his life is a complex fusion of effects of genetic and environmental influences. [8]

According to the WHO classification in 1963, people under the age of 60-74 years, are called elderly, 75-89 years - old, 90 years and over - survivor. The persons who have exceeded the 110-year-old age limit, offer to allocate a group over-centenarians, who in the world are about 150 thousand people under the age of 100 years. [11,13,14]

Today one of the most important problems in gerontology, is the study of the influence of life quality issues for the development and course of the aging process. On this issue, there are completely opposite points of view. One of them is that, all of the changes in the course of aging and possible serial life strictly programmed, the other - that the life span is almost completely determined by external factors and life quality of past years.

Most researchers have concluded that the primary programmed genetic changes determine the course and pace of aging. However, the quality of human life can create the optimum conditions for the development of the biological program, to make full use of its capabilities, or may distort the course and rate of flow of physiological processes, resulting in marked limitation of life expectancy.

Life expectancy since the time of ancient Rome to the Middle Ages hardly exceeds 20-27 years. In XVIII-XIX centuries, in Europe, it overcame the barrier of 30 years. By 1900, average life expectancy has reached 45 years of age. For centuries, the index of lifetime was low mainly due to epidemics, resulting in the deaths of tens of thousands or even millions of people. It was only in the second half of the twentieth century. An average life expectancy is of more than 70-year.

Biological limit of life, formed in the process of evolution of the species *H. sapiens*, modern man is the same as that of the man of antiquity and the Middle Ages. [9] But our contemporaries have the opportunity fully to implement the so-called species survival. In the world, the average life expectancy is growing: it increases by an average of 5 hours per day. On average, the countries of the Organization for Economic Cooperation and Development, male life expectancy at 30 years increased by 6 years, women - 6.5 years.

Observed during the second half of the last century, life expectancy, according to generally accepted estimates, was not accompanied by an adequate increase in the level of life quality of older people. Meanwhile, in the last group of distinguished persons, aging experts who qualifies as a «successful.» Referred to the three components of aging. It is the absence of disease and disability, possible long-term preservation of high physical and mental capacities, participation in an active social life. In the context of the issues of interest to follow the French gerontologists and demographers, an original figure of the situation in sub-populations of the elderly or people who have called the age - expectancy of a healthy work life (Healthy Working Life Expectancy or HWLE). Named indicator measures the number of years be-

tween the ages of 50 and 70 years spent working and, simultaneously, while maintaining good health.

In Kazakhstan, the life expectancy in 2011 increased to 69, including men - 64.2 years, for women - 73.8 years. As compared to 2008, life expectancy increased in 2011 by 1.9 years: for men - by 2.3 years for women - 1.4 years. Inside the Kazakhstan the largest regional average life expectancy owned to Astana (69 years for men and 77.5 years for women) and the lowest in Akmola and Karaganda region [4,6]. According to the target indicators of the Program “Salamat Kazakhstan” aimed at increasing the life expectancy of the population by 2013, that number will be reached 69.5 years in 2015 - up to 70 years [1,2,3,4].

In terms of the increasing lifetime in the nearest future to Kazakhstan there are two fundamental goals. The first one is the increase in average life expectancy due to the further reduction of infant mortality, and the second one is to improve the quality of life and longevity through health behaviors, disease prevention, introduction and widespread use of modern methods for the diagnosis and treatment of common diseases. Solutions challenges in lifetime will enable the full potential for the development of population, which, in turn, will allow Kazakhstan to enter the top 50 most competitive countries in the world [1,4,5].

The second half of the XX - beginning of XXI century characterized by rapid growth in the number of elderly in the world, due to the problem of old age and aging is in the search for ways to solve priority.

It is known, the Western European countries experienced a much earlier over the aging population and the response was immediate steps by the government, and in particular, the development of gerontological plans. For example, in Spain, in 1992, adopted a plan it was a geriatric social norm and are the main policy focused of social services in all regions of Spain. [2] Recommendations of plan are that, if necessary, to establish an agency and national committees in charge of aging. National committees on aging, which include representatives from relevant sectors of civil society, in particular organizations of older people, can make a very valuable contribution and to serve as the national consultative and coordination mechanisms of aging (p. 118) [2, 13,14].

Rudiments of gerontological services in Kazakhstan were observed in the early 90's of the XX century, when the offices of gerontologists were opened at outpatient care level. Analysis of the system for planning gerontology, let's talk about the lack of focus on the subject by the public authorities responsible for implementing the policy in this area, there is an underestimation of impending demographic changes in the population. Sometimes, because of their age they simply denied medical care. Despite the fact that the incidence of elderly people aged 60-74 years, almost a factor of 2, and the elderly 75 years and older - up to 6 times higher than in young adults [3, 11,13].

Thus, the presence of a sufficiently large number

of elderly and old makes hot issue protecting their health, whose decision is based not only on demographic information, but also on the analysis of their quality of life, morbidity, and, of course, psychological and socio-economic conditions. Accession of the Republic of Kazakhstan in the category of countries

with a predominance of older persons in the age structure and the available medical and social problems, suggest the need to review existing policies and requires the development of a unified concept of public policy for the independent safety and dignity of life of elderly and senile patients [2,5, 8].

REFERENCES

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан “Саламатты Қазақстан” на 2011 - 2015 годы
2. Доклад Уполномоченного по правам человека Республики Казахстан «О соблюдении прав пожилых людей в РК».
3. Сборник Агентства РК по Статистике «Демографический ежегодник интерактив 2012»
4. Послание президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева народу 28.01.2011г. «Новое десятилетие – Новые возможности Казахстана»
5. Шарман А. Горизонты долголетия // Астана, 2011
6. Национальный отчет о человеческом развитии за 2005г.
7. М.Э. Елютина, Э.К. Чеканова, 2004
8. Фролькис В.В., Мурадян Х.К. Старение, эволюция и продление жизни. Киев: Наукова думка, 1992.
9. Гериатрия/Под ред. Д.Ф.Чеботарова, В.В.Фролькиса и др.М.Медицина.-1990.-347с.
10. Rosset Edward. Proces starzenia sie ludnoszi. Warszawa, 1959.
11. Старение населения в мире: 1950-2050, отчет отделения народонаселения ООН для Всемирной ассамблеи 2002, посвящ.старению <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>.
12. Европейская база данных «Здоровье для всех». Европ.региональное бюро.- Копенгаген, 2006.- 246с.
13. Отчет о мировом развитии. Вашингтон, 2003
14. Электронные конференции сети «Internet» (Usenet)»Sci.Life-extension»и»Bionet.m.ageing».



УДК: 614.2-612.1/8

Г.Н. Досжанова

**ВЫСОКАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ –
КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТЬ СТРАНЫ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ
ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА**

АО « Медицинский университет Астана »

Президент страны в своем Послании народу Казахстана «новое десятилетие - новый экономический подъем – новые возможности Казахстана» подчеркнул, что важнейшая задача предстоящего десятилетия - улучшение качества и уровня жизни всех граждан Казахстана, укрепление социальной стабильности и защищенности. И государством будут созданы все необходимые условия для увеличения численности населения страны к 2020 году на 10% [1].

Проблема увеличения средней продолжительности жизни казахстанцев на сегодняшний день высоко актуальна. Важность проблемы обусловлена необходимостью оказания медицинской и социальной помощи пожилым людям в решении наиболее острых проблем и обеспечения им достойной старости. Именно пожилые люди, которых в нашей стране

более двух с половиной миллионов человек, служат связующим звеном между историческим прошлым, полным перемен настоящим и тем благополучным мирным будущим, ради наступления которого мы живем и трудимся. Забота о пожилых людях – это ключевой вопрос сильной социальной, в том числе социально-культурной политики в любой стране.

Казахстан, сегодня ставит долгосрочные задачи повышения качества жизни и долголетия своих граждан, ведь именно это - стратегические инвестиции в человеческий капитал, которые в современном мире считаются наиболее дальновидными и перспективными, являясь предпосылкой создания инновационной и конкурентоспособной экономики [5, 9].

Решение проблемы продолжительности жизни даст возможность задействовать весь потенциал населения для развития нашего государства,

что, в свою очередь, позволит Казахстану войти в число 50 наиболее конкурентоспособных государств мира.

К категории пожилых относятся разные люди — от относительно здоровых и крепких до глубоких стариков, выходцы из самых разных социальных слоев, имеющие разные уровни образования, квалификации и разные интересы [2, 4, 8, 9]. Многое зависит от того, как человек жил, какие проблемы он решал.

В соответствии с документами ООН и Международной организации труда, также согласно классификации ВОЗ к пожилым относятся люди в возрасте от 60 до 74 лет, к старым - в возрасте 75-89 лет, к долгожителям - люди в возрасте 90 лет и старше.

Рост абсолютного числа и относительной доли населения пожилых людей, становится тенденцией, наблюдаемых в последние десятилетия в развитых странах мира [7]. Увеличение данного показателя сегодня зависит от мер по предупреждению болезней сердца, дыхательных органов, инсульта, диабета, рака у лиц среднего и пожилого возраста.

В мире средняя продолжительность жизни неуклонно растет: она увеличивается в среднем на 5 часов ежедневно. В среднем в странах организации экономического сотрудничества и развития продолжительность жизни мужчин за 30 лет увеличилась на 6 лет, у женщин — на 6,5 лет. Население будет увеличиваться не за счет рождаемости, а за счет того, что люди будут жить дольше. Согласно прогнозам ООН население планеты в ближайшие 40 лет увеличится на 40%: с 6,9 до 9,1 млрд. доля пожилых людей увеличится к 2050 году до 14,7-15 процентов [9,10]. К середине 21-го столетия количество детей в возрасте до 5 лет уменьшится на 49 млн., в то время как численность жителей старше 60 лет увеличится на 1,2 млрд.

В ближайшей перспективе нас ожидает пропорциональное увеличение численности граждан, которым за 60 лет, а в последующем — значительное увеличение численности тех, кому за 80 [9,10].

Как известно западноевропейские страны намного раньше испытали на себя проблему старения населения и незамедлительно последовали ответные шаги со стороны правительств, и в частности, разработка геронтологических планов. К примеру, в Испании в 1992 году принятый геронтологический план представлял собой норму общественного поведения и являлся основным направлением политики социальных служб всех регионов Испании [5, 7].

По данным Агентства РК по статистике в Казахстане насчитывается свыше 2,6 миллионов пожилых людей, что составляет 15,4% всего населения. В Астане общее количество пожилых - 48 тысяч. Ожидаемая продолжительность жизни

в Казахстане, за 2011 год составила 69 лет, в том числе мужчин - 64,2 лет, женщин - 73,8 лет, что меньше статистического уровня Японии, самого высокого в мире, примерно на 15-20 лет. Согласно Целевым индикаторам реализации Программы «Саламатты Қазақстан» направленных на увеличения ожидаемой продолжительности жизни населения к 2013 году это число достигнет до 69,5 лет, к 2015 году - до 70 лет.

Внутри Казахстана наибольшая региональная средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни принадлежит Астане (73, 3 лет: мужчины- 69 лет, женщины- 77, 5 лет), наименьшая в Северо - Казахстанской (66, 5: мужчины – 61, 2 лет, женщины – 72, 2 лет) и Акмолинской области (66, 7: мужчины- 61, 7 лет, женщины – 72, 3 лет) [4, 6].

Современное состояние возрастной структуры населения Казахстана свидетельствует о том, что республика перешагнула порог старения населения свыше 7, 7 процента, что говорит о появлении негативных тенденций в возрастном балансе населения. [5,6].

Зачатки геронтологической службы в Казахстане наблюдались в начале 90-х годов XX века, когда открывались кабинеты геронтологов на уровне амбулаторно-поликлинической помощи. Однако геронтологические и гериатрические вопросы не получили должного развития в системе здравоохранения, социального обеспечения, юридической защиты и образования нашей страны.

Старение общества порождает множество социально-экономических, медицинских и морально-этических проблем и требует структурных преобразований в здравоохранении. Они уже сегодня сталкиваются с необходимостью решения множества технологических, научных, этических и других задач, в той иной степени связанных с демографической трансформацией. Согласно рекомендациям ООН в отношении пожилых людей, пожилые люди должны иметь доступ к медицинскому обслуживанию, позволяющему им поддерживать или восстанавливать оптимальный уровень психического и эмоционального благополучия, предотвращать или сдерживать начало периода болезней.

В соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О системе здравоохранения» льготным категориям граждан амбулаторно– поликлиническая помощь оказывается согласно постановлению Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 «О Перечне гарантированного объема бесплатной медицинской помощи». Согласно Перечню пожилые люди обеспечиваются лекарствами с 50% скидкой. С 2012 года отменили льготные препараты, и лекарственное обеспечение стало на 100% бесплатным. Перечнем также установлено, что по направлению специалиста

ПМСП и профильных специалистов участникам Великой Отечественной войны, инвалидам, пенсионерам по возрасту предоставляются льготы в сфере дорогостоящего исследования по медицинским показаниям. Из местного бюджета пожилые обеспечиваются лекарственными препаратами (больные с онкозаболеваниями, сахарным и несахарным диабетом, бронхиальной астмой, психическими заболеваниями, болезнью Паркинсона)[3].

Основная помощь пожилым в Республике Казахстан оказывается в рамках медико-санитарной помощи в связи с тем, что врачей – гериатров практически нет. Пока их обязанности выполняют терапевты, не имеющие специальной подготовки в области геронтологии.

Несомненно, отсутствие подготовки специалистов создает определенное напряжение в медико-социальном обслуживании населения и не позволяет использовать потенциал геронтологов в полном объеме. Поэтому для увеличения средней продолжительности жизни с нынешних 69 до 72 лет Министерство здравоохранения должно создать все условия для подготовки специалистов-геронтологов [1,2,4].

Пожилые люди становятся отдельной демографической и социальной категорией, требующей к себе специального подхода. Даже основная цель охраны здоровья ребенка состоит в обеспечении ему долгой жизни с высокими показателями здоровья, а это и есть интересы геронтологии. Поэтому можно смело говорить, что вся медицина работает на геронтологию, что все современные достижения медицинской науки ложатся в копилку гериатрии. Существует тенденция рассматривать старение как нечто, происходящее к концу жизни, и до некоторой степени такое представление неумышленно подкрепляется многим из-за того, что ныне существует под понятием «геронтология».

Возникновение геронтологии – раздела медико-биологической науки, изучающей явления старения живых организмов и особенности болезней старческого организма, было отражением естественного стремления найти пути к долголетию. С точки зрения увеличения продолжительности жизни в ближайшей перспективе перед Казахстаном стоят 2 кардинальные задачи. Первая - это повышение средней ожидаемой продолжительности жизни за счет дальнейшего снижения младенческой смертности; и вторая - повышение качества жизни и долголетия за счет здорового поведения, профилактики болезней, внедрения и широкого применения современных технологий диагностики и лечения распространенных заболеваний [7,9,10].

В послании главы государства Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Новое десятилетие - новый экономический подъем - новые возможности Казахстана» отмечается,

что «здоровье народа - это неотъемлемая составляющая успеха Казахстана в достижении своих стратегических целей. Уменьшить общую смертность на 30%, снизить заболеваемость от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и при этом увеличить продолжительность жизни до 72 лет, это и есть важнейшая цель. И мы обязательно должны ее достигнуть» [1,4].

В Казахстане важную роль в старении играют экономические условия, характеризующие уровень жизни пожилых людей, в том числе при затратах на медицинское обслуживание.

Финансирование гериатрической службы полностью зависит от государственного бюджета, а число пожилых людей постоянно увеличивается, следовательно, и вложения в эту область должны быть очень серьезными. Старение населения является одним из факторов увеличения потребностей здравоохранения в ресурсах для финансирования и их распределения по социально-демографическим группам. Это означает, что при прочих равных условиях потребности в финансовых ресурсах для здравоохранения страны, в которой доля пожилых составляет 15,4%, будет выше, чем в стране, где она достигает лишь 10%. На исследования в этой области практически во всех современных развитых государствах, а также во многих развивающихся тратятся государственные и частные средства, превосходящие траты в других областях (например, в США траты на здравоохранение составляют порядка 14% федерального бюджета) [5,13].

Одновременно подчеркивается, что принципиальная цель государственного здравоохранения - обеспечение помощи зависимым пожилым людям. В то же время во многих странах отмечается ухудшение экономической ситуации в общественном секторе, что способствует увеличению напряжения различных его уровней - национального, регионального, локального и, как следствие, между такими сферами, как медицинская помощь, социальные услуги, образование и другие. В некоторых развивающихся странах ситуация со старением населения все еще рассматривается главным образом как «еще одна обуза, отвлекающая на себя ресурсы», особенно ввиду миграции кормильцев в города и общей экономической напряженности в целом ряде развивающихся стран.

Увеличение продолжительности здоровой жизни населения является абсолютной необходимостью для благополучия современного государства.

Толчком для разработки национальной стратегии могут послужить Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года, Деклараций ООН по проблемам старения, Принципы ООН в отношении пожилых людей и т.д.

Рекомендации Мадридского плана состоят в том, что, если это необходимо, нужно учредить агентства, занимающиеся вопросами старения, и национальные комитеты. Национальные комитеты по вопросам старения, в состав которых входят представители соответствующих секторов гражданского общества, особенно организаций пожилых людей, могут внести весьма ценный вклад и послужить в качестве национальных консультативных и координационных механизмов по вопросам старения (п. 118). Другими мероприятиями являются: создание эффективных организаций пожилых людей; просветительская, учебная и исследовательская деятельность по вопросам старения; сбор и анализ национальных данных по проблемам пожилых людей. Независимое и беспристрастное наблюдение за ходом осуществления плана также имеет важное значение и может проводиться независимыми учреждениями. Правительство, а также гражданское общество могут способствовать мобилизации ресурсов организаций, представляющих пожилых людей или оказывающих им поддержку путем предоставления льгот (п.119) [1,3,7].

Анализ состояния системы геронтологического планирования, позволяет говорить об отсутствии должного внимания к данному вопросу со стороны государственных органов ответственных за осуществление политики в данной сфере, имеет место недооценка надвигающихся демографических изменений в составе населения республики. На практике это отражается в том, что существующая система организации оказания медицинской помощи практически не учитывает особенности и нужды лиц пожилого и старческого возраста. Иногда в силу возраста им просто отказывают в медобслуживании. Это притом что уровень заболеваемости у пожилых людей в возрасте 60-74 лет почти в 2 раза, а у лиц старческого возраста от 75 лет и старше - в 6 раз выше, чем у лиц молодого возраста. С возрастом у них увеличивается количество заболеваний, особенно хронических. [7,9,10]. В особых социальных и медицинских подходах нуждаются лица пожилого и старческого возраста проживающие в сельской местности [6, 7, 12]. Сравнительный анализ показателей заболеваемости городского и сельского населения в возрасте 60 лет и старше выявил, что пожилые городские болеют в 3,9 раза чаще чем, сельские. Низкая заболеваемость среди жителей сельской местности, в отличие от городской указывает не на лучшее их здоровье, а на меньшую активность в отношении обращаемости за врачебной помощью [6, 12].

К сожалению, в настоящее время, в Республике Казахстан официальной статистики по учету

заболеваемости лиц геронтологической группы не существует. В последние годы создаются базы данных о количестве больных лишь по социально значимым заболеваниям, таких как, онкология, туберкулез, сахарный диабет, на основании которых можно анализировать показатели здоровья пожилого и старческого населения [7,10,11]. В этой связи для улучшения оказания им медицинской помощи необходимо создание в республике системы геронтологической помощи.

Как показывает практика, идеального здравоохранения в мире не существует. В нынешних социально-экономических условиях Казахстана наиболее приемлема модель, ориентированная на пациентов и основанная на развитии конкурентоспособности медицинских организаций. Исключительно важным при этом является активное соучастие и солидарная ответственность самих граждан [3,4,8].

Главой государства поставлены фундаментальные и вполне реалистичные задачи увеличения продолжительности жизни, а именно, качественных лет жизни казахстанцев. В их решении важную роль будут играть государственные инвестиции в научную разработку и обеспечение доступа к инновационным технологиям диагностики, лечения, и профилактики болезней для достижения долголетия. [1,4,5,11].

Ведь качественное долголетие – это индивидуальная ответственность каждого здравомыслящего человека перед собой, перед близкими и перед обществом. Поэтому развитие системы геронтологической помощи должно получить необходимый импульс и широко применяться при оказании медицинской помощи пожилым людям [7]. Осуществление рекомендаций Всемирной организации здравоохранения по совершенствованию систем здравоохранения и обеспечение доступа к надлежащему медико-санитарному обслуживанию позволит увеличить ожидаемую продолжительность жизни.

Таким образом, вступление Республики Казахстан в категорию стран с преобладанием пожилых лиц в возрастной структуре и имеющиеся медико-социальные проблемы, предполагают, необходимость пересмотра осуществляемой политики и требует выработки единой концепции государственной политики по обеспечению безопасной и достойной жизни лиц пожилого и старческого возраста [7,11,12]. Поэтому любое исследование, направленное на изучение медико-биологического и медико-социального статуса, с целью создания геронтологического портрета (пожилые, старые люди, долгожители) на сегодняшний день является наиболее целесообразным и перспективным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Послание президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева народу Казахстана 28.01.2011г. «Новое десятилетие - Новый экономический подъем – Новые возможности Казахстана»
2. Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана 27.01.2012 «Построим Будущее Вместе»
3. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»
4. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы
5. Проект по реализации Долгосрочной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2010 - 2020 годы
6. Статистический сборник Агентства РК по Статистике «Казахстан за годы независимости 1991-2010», Астана 2011
7. Доклад Уполномоченного по правам человека Республики Казахстан «О соблюдении прав пожилых людей в РК».
8. Учебное пособие «Развитие национального здравоохранения в современных условиях», Астана 2011
9. Шарман А. Горизонты долголетия // Астана, 2011
10. Шарман А., Качество жизни, здоровье и долголетие // Назарбаев Университет, Центр наук о жизни.- Астана, 2011-С.13-20.
11. Национальный отчет о человеческом развитии за 2005 г.
12. Туребеков Д.К., автореферат, Астана 2010г.
13. Электронные списки рассылки «Internet» (Bitnet) -»Aging-DD»



УДК: 616.12-008.46-002.2-07

Ералиева Ш.О.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Поликлиника №1, г. Кызылорда

Сердечная недостаточность — синдром, при котором нарушение функционального состояния миокарда обуславливает неспособность сердечной мышцы поддерживать на адекватном уровне метаболизм организма. Общая **распространенность** ХСН составляет от 3220 случаев на 1000 человек, а у лиц старше 65 лет – до 100 на 1000 населения [1]. По данным популяционных исследований, в развитых странах мира средний возраст пациентов с ХСН колеблется от 70 до 75 лет [2].

В последние 5 лет появились американские (Американская ассоциация сердца) и европейские (Европейское кардиологическое общество) рекомендации по терапии ХСН, построенные на принципах доказательной медицины [3] и ступенчатом подходе к выбору препаратов для терапии (выбор групп препаратов основан на тяжести клинических проявлений заболевания) (см. таблицу 1).

Применение ингибиторов АПФ у больных с ХСН было изучено в ходе более чем 30 плацебо-контролируемых исследований, в которые было включено около 15 000 больных [4]. Ингибиторы АПФ (в сочетании с диуретиками) способны уменьшать выраженность всех симптомов ХСН, увеличивать толерантность больных к физической нагрузке, уменьшать смертность и потребность в госпитализациях, связанных с декомпенсацией ХСН. Положительное влияние ингибиторов АПФ на течение заболевания было доказано для всех форм ХСН любой степени тяжести [5,6]

Хорошо известно, что пациенты с ХСН имеют повышенный риск внезапной смерти, инсульта и венозных тромбозов. Распространенность инсульта в популяции пациентов с ХСН составляет 4–5 %, тогда как в общей популяции она не превышает 0,5 % в сопоставимой возрастной группе [7].

Таблица 1. Препараты, эффективность которых у больных ХСН доказана в ходе клинических исследований

ЛС	Стартовая доза, мг	Целевая доза, мг	Уменьшение симптомов	Уменьшение числа декомпенсаций ХСН	Уменьшение смертности
Ингибиторы АПФ					
Каптоприл	6,25-12,5	50 (3)	+++	+++	+++
Эналаприл	2,5-5	10 (2)			
Лизиноприл	2,5-5	10-20			
Рамиприл	1,25-2,5	5 (2)			
БАБ					
Карведилол	3,125-6,25	25 (2)	++	+++	+++
Метопролол	12,5	100			
Спиронолактон	12,5-25	25	++	+++	+++*
Диуретики					
Фуросемид	20-40	-	+++	?	?
Буметанид	1-2				
Торсемид	1-10				
Дигоксин	0,125	0,125	+++	+++	0
Гидралазин/ Изосорбида динитрат	25/10	100 (3) /40 (4)	++	++	++
Блокаторы рецепторов ангиотензина II					
Лозартан	25	50	++	+++	+/0
Кандезартан	4	16			
Валсартан	80	160			
Амлодипин	2,5-5	5			

(2) = 2 раза в день; (3) = 3 раза в день; (4) = 4 раза в день; * - только при ХСН NYHA III-IV

Ретроспективные анализы крупных многоцентровых исследований по ХСН показывают, что уровень тромбоэмболических состояний у пациентов с ХСН колеблется от 1,5 до 3,5 %, достигая максимума у пациентов с тяжелой ХСН [8–12]. Хроническая сердечная недостаточность остается одним из немногих кардиоваскулярных заболеваний, при которых использование антитромбоцитарной терапии является противоречивым.

Существующие рекомендации Европейского общества кардиологов по лечению хронической сердечной недостаточности 2005 года [13] также не дают исчерпывающей информации по применению антитромбоцитарной терапии.

Основные положения этих рекомендаций:

1. При ХСН, ассоциированной с фибрилляцией предсердий, тромбоэмболическим событием в анамнезе или мобильным внутрисердечным тромбом, показана антикоагулянтная терапия (класс рекомендаций I, уровень доказательности A).

2. Существуют некоторые доказательства того, что антитромбоцитарные препараты способны улучшать прогноз у пациентов с ХСН.

3. У пациентов с ХСН ишемического генеза антитромбоцитарные препараты показаны для профилактики смерти и инфаркта миокарда (класс рекомендаций IIa, уровень доказательности B).

4. Пероральные антикоагулянты должны использоваться у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда и пристеночным тромбозом

левого желудочка (класс рекомендаций IIa, уровень доказательности C).

5. После перенесенного инфаркта миокарда аспирин или пероральные антикоагулянты показаны в качестве средств вторичной профилактики (класс рекомендаций IIa, уровень доказательности C).

6. Следует избегать назначения аспирина у лиц с частыми госпитализациями по поводу обострения ХСН (класс рекомендаций IIb, уровень доказательности B). Только первый пункт этих положений имеет достаточный уровень доказательности. В то же время остается неясным вопрос целесообразности применения пероральных антикоагулянтов на фоне синусового ритма.

Положения Европейских рекомендаций по антитромбоцитарной терапии основаны на следующей доказательной базе. На данный момент проведено три рандомизированных многоцентровых исследования по рациональной антитромбоцитарной терапии у пациентов с ХСН: WASH, WATCH и HELAS. Исследование WASH (Warfarin/Aspirin Study in Heart failure) [14] было первым пилотным исследованием, а также единственным плацебо-контролируемым из представленных в данном обзоре. Пациенты с манифестной ХСН и систолической дисфункцией ЛЖ (ФВ < 35 %), требующие постоянного приема диуретиков, были рандомизированы к приему варфарина (с целевым значением МНО около 2,5), 300 мг аспирина или плацебо. Средний период наблюдения составил 27

месяцев. Первичной комбинированной точкой служила смерть/нефатальный инфаркт миокарда/нефатальный инсульт. исследование WASH не предоставило необходимых доказательств о пользе антитромбоцитарной терапии у пациентов с ХСН, но и не указало на вред использования этих агентов [14].

Самое крупное исследование — WATCH (The Warfarin and Antiplatelet Therapy in Heart Failure trial) [15]. В нем проводилось сравнение двух антитромбоцитарных препаратов — аспирина и клопидогреля с непрямым антикоагулянтом варфарином. К сожалению, из-за недостаточного набора пациентов оно было досрочно остановлено (набрано 1587 вместо запланированных 4500 участников). Средний возраст участников — 62 года, их них 85 % мужчин. Около 3/4 пациентов имели ХСН ишемического генеза, 99 % постоянно использовали петлевые диуретики, 98 % получали иАПФ или АРА II, 70 % — бета-блокаторы, 30 % — спиронолактон. Средняя фракция выброса левого желудочка составила 24 %. Результаты не продемонстрировали отличий в сравниваемых группах, однако среди компонентов первичной точки была зафиксирована тенденция, позволившая говорить о преимуществе варфарина в профилактике первичного инсульта. Последний вывод послужил предпосылкой для дальнейших исследований

В 2006 году были обнародованы результаты исследования HELAS (Heart Failure Long-Term Antithrombotic Study) [16]. Набор участников происходил очень медленно в 40 центрах и был крайне далек от целевой точки в 6000 пациентов, поэтому было принято решение остановить исследование.

Основной вывод исследований WATCH, WASH, HELAS: тромбэмболические события редки среди пациентов с ХСН и синусовым ритмом, и нет доказательств того, что этот риск может быть снижен антикоагулянтным или антитромбоцитарным лечением (по данным трех рандомизированных исследований). В настоящее время остается открытым вопрос, превышает ли вообще польза любого антитромбоцитарного лечения возможный риск у пациентов с ХСН и синусовым ритмом [17].

В других небольших исследованиях были созданы теоретические предпосылки целесообразности и возможности двойной антитромбоцитарной терапии у пациентов с ХСН. Так, в исследовании PLUTO-CHF (The Plavix Use for Treatment of Congestive Heart Failure Trial) [18] 50 пациентов были рандомизированы к приему аспирина или комбинированной терапии аспирином и клопидогрелем в течение 1 месяца. Спустя месяц в группе монотерапии аспирином не было зафиксировано изменений параметров тромбоцитарного гемостаза. В группе комбинированной терапии наблюдалось статистически значимое снижение адреналин- и АДФ-индуцированной

агрегации тромбоцитов, а также снижение экспрессии маркеров CD151 и PECAM-1.

Кроме того, в ряде исследований рассматривалась возможность альтернативного использования клопидогреля у лиц с частыми госпитализациями по поводу декомпенсации сердечной недостаточности. Так, в исследовании S. Kindavater et al. [19] у пациентов, находящихся на монотерапии клопидогрелем в дозе 75 мг в течение 14 дней в период декомпенсации ХСН, были зафиксированы лучшие результаты велоэргометрического теста по сравнению с лицами, получавшими аспирин в дозе 325 мг.

Критики совместного назначения аспирина и ингибиторов АПФ используют данные ретроспективных анализов исследований CONSENSUS II [20] и SOLVD. В исследовании CONSENSUS II было показано, что для пациентов, принимавших при рандомизации аспирин и эналаприл, характерно повышение относительного риска смерти на 30 % (95% доверительный интервал (ДИ) от 1,00 до 1,69) к 30-му дню наблюдения и на 23 % к концу наблюдения (95% ДИ от 0,99 до 1,53). При этом статистически значимые различия в показателе общей смертности между пациентами, принимавшими комбинацию препаратов или один эналаприл, были обнаружены только к концу исследования ($p = 0,047$). Достоверных отличий по показателю риска развития инфаркта миокарда или обострения ХСН как к 30-му дню наблюдения, так и к концу исследования отмечено не было. Сами авторы анализа призвали к осторожной интерпретации полученных результатов, прежде всего из-за его ретроспективного характера.

Схожие результаты возможного неблагоприятного взаимодействия аспирина и ингибиторов АПФ были получены при ретроспективных анализах исследований GUSTO-I [21] и EPILOG [22]. В качестве контраргументов выступают ретроспективные анализы шести рандомизированных исследований, не зафиксировавших неблагоприятного взаимодействия данной комбинации, — AIRE, SAVE, SMILE, GISSI-3, CATS и VIP [23–26].

Представленные данные свидетельствуют о том, что лечение сердечной недостаточности у людей пожилого возраста является достаточно сложной клинической задачей, для успешного решения которой необходимо учитывать особенности физиологии и психологии пожилого человека, возрастные особенности фармакокинетики и фармакодинамики препаратов, особенности межлекарственных взаимодействий в условиях старческого организма и целый ряд других моментов, знание которых позволит врачу успешно бороться за жизнь и здоровье своих пациентов пожилого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокарев И.Н., Аксенова М.Б., Великов В.К. Сердечная недостаточность острая и хроническая. Практическая медицина, Москва, 2006, 176 с.
2. Гуревич М.А. Хроническая сердечная недостаточность: руководство для врачей. 5-е изд., перераб. и доп. Практическая медицина, Москва, 2008, 414 с.
3. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. (2008) Лечение сердечной недостаточности в XXI веке: достижения, вопросы и уроки доказательной медицины. Кардиология, 48(2): 6–16.
4. Талицкий К.А., Булкина О.С., Карпов Ю.А. (2010) Бета-адреноблокаторы в терапии АГ: в прошлом или в будущем? Фокус на карведилол. Русский медицинский журнал (РМЖ) 18(22): 1343–1347.
5. Bristow M.R. (2000) Beta-adrenergic receptor blockade in chronic heart failure. Circulation, 101(5): 558–569.
6. Dickstein K., Cohen-Solal A., Filippatos G. et al.; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) (2008) ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur. J. Heart. Fail., 10(10): 933–989.
7. Stewart S., Jenkins A., Buchan S., McGuire A., Capewell S., McMurray J.J. The current cost of heart failure to the national health service in the UK // Eur. J. Heart Fail. — 2002. — 4. — 361-371.
8. The CONSENSUS Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS) // N. Engl. J. Med. — 1987. — 316. — 1429-35.
9. Dunkman W.B., Johnson G.R., Carson P.E., Bhat G., Farrell L., Cohn J.N. Incidence of thromboembolic events in congestive heart failure // Circulation. — 1993. — 87 (Suppl. 4). — 94-101.
10. Dries D.L., Rosenberg Y.D., Waclawiw M.A., Domanski M.J. Ejection fraction and risk of thromboembolic events in patients with sinus rhythm: evidence of gender difference in the studies of left ventricular dysfunction trial // J. Am. Coll. Cardiol. — 1997. — 336. — 251-7.
11. Loh E., Sutton M.J., Wun C.C. et al. Ventricular dysfunction and the risk of stroke after myocardial infarction // N. Engl. J. Med. — 1997. — 29. — 1074-80.
12. Falk R.H., Pollak A., Tandon P.K., Packer M. The effect of warfarin on prevalence of stroke in patients with severe heart failure // J. Am. Coll. Cardiol. — 1993. — 21. — 218 (Abstract).
13. The Task Force for the diagnosis and treatment of CHF of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure // Eur. Heart J. — 2005. doi:10.1093/eurheartj/ehi205.
14. Cleland J.G., Findlay I., Jafri S. et al. The Warfarin/Aspirin Study in Heart failure (WASH): a randomized trial comparing antithrombotic strategies for patients with heart failure // Am. Heart J. — 2004. — 148. — 157-164.
15. Massie B., Krol W., Ammon S. et al. Warfarin and Antiplatelet therapy in Chronic Heart Failure (WATCH) // <http://www.acc04online.acc.org/> (9 March 2004).
16. Cokkinos D.V., Haralabopoulos G.C., Kostis J.B. et al. Efficacy of antithrombotic therapy in chronic heart failure: The HELAS study // Eur. J. Heart. Fail. — 2006. — 8. — 428-432.
17. Serebruany V.L., Malinin A.I., Jerome S.D. et al. Effects of clopidogrel and aspirin combination versus aspirin alone on platelet aggregation and major receptor expression in patients with heart failure: the Plavix Use for Treatment Of Congestive Heart Failure (PLUTO-CHF) trial // Am. Heart J. — 2003. — 146. — 713-720.
18. Kindsvater S., Leclerc K., Ward J. Effects of coadministration of aspirin or clopidogrel on exercise testing in patients with heart failure receiving angiotensin-converting enzyme inhibitors // Am. J. Cardiol. — 2003. — 91. — 1350-1352.
19. Nguyen Kh. N., Aursnes I., Kjekshus J. Interaction between enalapril and aspirin on mortality after acute myocardial infarction: subgroup analysis of the cooperative new Scandinavian enalapril Survival Study II (CONSENSUS II) // Am. J. Cardiol. — 1997. — 79. — 115-119
20. Al-Khadra A.S., Salem D.N., Rand W.M. et al. Antiplatelet agents and survival: a cohort analysis from studies of left ventricular dysfunction (SOLVD) trial // J. Am. Coll. Cardiol. — 1998. — 31. — 419-425.
21. Acute Infarction Ramipril Efficacy (AIRE) Study Investigators. Effect of ramipril on mortality and morbidity of survivors of acute myocardial infarction with clinical evidence of heart failure // Lancet. — 1993. — 342. — 821-828.
22. Pfeffer M.A., Braunwald E., Moye L.A. et al. Effect of captopril on mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction // N. Engl. J. Med. — 1992. — 327. — 669-677.
23. Ambrosioni E., Borghi C., Magnani B.; the Survival of Myocardial Infarction Long-term Evaluation (SMILE) Study Investigators. The effect of the angiotensin-converting enzyme inhibitor zofenopril on mortality and morbidity after anterior myocardial infarction // N. Engl. J. Med. — 1995. — 332. — 80-85.
24. GISSI-3 Investigators. Aspirin does not affect circulatory or renal effects of lisinopril early

after myocardial infarction // *Circulation*. — 1993. — 88. — 2996.

25. Oosterga M., Anthonio R.L., de Kam P.-J. et al. Effects of aspirin on angiotensin-converting enzyme inhibition and left ventricular dilatation one year after acute myocardial infarction // *Am. J. Car-*

diol. — 1998. — 81. — 1178-1181.

26. Leor J., Reicher-Reiss H., Goldbourt U. et al. Aspirin and mortality in patients treated with angiotensin-converting enzyme inhibitors. A cohort study of 11 575 patients with coronary artery disease // *J. Am. Coll. Cardiol*. — 1999. — 33. — 1920-1925.



УДК: 616.72-002

Жубатканова Е.А.

К ВОПРОСУ ОБ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Городская Поликлиника № 1. ГКП на ПХВ

Остеоартроз (синонимы: деформирующий остеоартроз (ДОА), артроз, деформирующий артроз) — дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов, причиной которого является поражение хрящевой ткани суставных поверхностей.

Термин «остеоартроз» объединяет группу заболеваний различной этиологии, но со сходными биологическими, морфологическими и клиническими исходами, при которых в патологический процесс вовлекается не только суставной хрящ, но и весь сустав, включая субхондральную кость, связки, капсулу, синовиальную оболочку и периартикулярные мышцы. [1,4,9,18]

Основными клиническими симптомами остеоартроза являются боль, крепитация и деформация суставов, приводящие к функциональной недостаточности. В основе дегенеративных дистрофических изменений при артрозе лежит первичное повреждение хряща с последующей воспалительной реакцией, поэтому часто артроз называют артрозо-артритом. Артроз всегда связан с деформацией костной ткани, в связи с чем его также называют остеоартритом или деформирующим артрозом. [8,14,18,21,22].

Выделяют локализованную (с поражением одного сустава) и генерализованную формы остеоартроза (полиостеоартроз). Некоторые распространённые виды остеоартроза получили отдельные названия. В частности, термин «гонартроз» (от др.-греч. γόνυ — колено) используют для обозначения артроза коленного сустава, «коксартроз» (от лат. coxa — бедро) — для обозначения артроза тазобедренного сустава. Основной структурой, которая поражается и вовлекается в воспалительный процесс, является

суставной хрящ. Это специализированная ткань, покрывающая костные поверхности диартрозных суставов, одной из важных функций их является адаптация сустава к внешней нагрузке, компрессии. [2,5,10,17].

Эпидемиология. Остеоартроз — самая распространённая форма поражения суставов и одна из главных причин нетрудоспособности, вызывающая ухудшение качества жизни и значительные финансовые затраты, особенно у пожилых людей. Среди больных остеоартрозом в молодом возрасте преобладают мужчины, а в пожилом возрасте — женщины.

При остеоартрозе поражаются суставы кисти, первый плюснефаланговый сустав стопы, суставы шейного и поясничного отделов позвоночника, коленных и тазобедренных суставов. Однако по тяжести нарушения функции опорно-двигательного аппарата первое место занимают тазобедренный, коленный и голеностопный суставы, а также плечевой сустав. [3,6,11,15,24].

Этиология. Остеоартроз является результатом действия механических и биологических факторов, которые нарушают процессы образования клеток суставного хряща и субхондральной кости. Он может быть инициирован многими факторами, включая генетические, эволюционные, метаболические и травматические. Остеоартроз поражает все ткани синовиальных суставов. Заболевание проявляется морфологическими, биохимическими, молекулярными и биомеханическими изменениями в клетках и матриксе, которые приводят к размягчению, разволокнению, изъязвлению и уменьшению толщины суставного хряща, а также к остеосклерозу с резким утолщением и уплотнением кортикального

слоя субхондральной кости, формированию остеофитов и развитию субхондральных кист. Клинически остеоартроз проявляется артралгиями, болезненностью и ограничением движений, рецидивирующим синовитом, локальным воспалительным процессом в различных тканях сустава [7,11,16,23,26].

Остеоартроз бывает первичным и вторичным. Если причина развития заболевания не установлена, то такой артроз принято называть первичным, или идиопатическим (от др.-греч. ἴδιος — своеобразный, особый, необычный и πάθος — болезнь).

Вторичный остеоартроз имеет явную причину: он развивается после травмы, при нарушениях метаболизма, эндокринных заболеваниях, как исход дегенеративно-некротического процесса (асептический некроз головки бедренной кости, рассекающий остеохондрит (болезнь Кёнига), болезнь Пертеса), как исход воспалительного процесса (гнойное воспаление сустава, ревматоидный артрит, артрит при системной красной волчанке, при туберкулезе) [7,16,19,25].

Основные причины. Остеоартроз является мультифакториальным полиэтиологическим заболеванием. Три основные причины развития дегенеративно-дистрофического процесса в суставе: травма, дисплазия и воспаление. Травма сустава — самая частая причина артроза. На втором месте стоит дисплазия сустава — врожденные особенности, которые сопровождаются плохой биомеханикой сустава. Воспаление также достаточно часто приводит к повреждению тканей сустава и развитию вторичного артроза. Чаще всего это является результатом аутоиммунных заболеваний (например, ревматоидный артрит), реже — инфекционного процесса (к примеру, острое гнойное воспаление сустава, вызванное стафилококком или другой специфической инфекцией (при гонорее, сифилисе, клещевом энцефалите) [9,13,16,22,27].

Факторы риска: Факторами риска первичного остеоартроза являются: наследственная предрасположенность, избыточная масса тела, пожилой возраст, специфические профессии. Кроме этого, заболеваемость остеоартрозом зависит от пола и расовой/этнической принадлежности.

К генетическим факторам относятся: наследственные нарушения и мутации коллагена II типа, другие наследственные заболевания костей и суставов, врожденные нарушения развития сустава (дисплазии). Накладывают отпечаток на развитие и прогрессирование остеоартроза негенетические (ненаследуемые) множественные факторы, такие как:

- возраст, остеопороз;
- избыточная масса тела;
- нарушение эндокринного баланса организма, в том числе снижение секреции эстрогенов (пост-

менопаузальный период);

- метаболические нарушения в организме;
- нарушение развития (дисплазия) и приобретенные заболевания костей и суставов;
- нейродистрофические проявления патологического процесса в пояснично-крестцовом (синдром пояснично-подвздошной мышцы), или в шейном отделе позвоночника (плече-лопаточный периартрит);

-воспалительный процесс в суставе.

Следующие факторы риска остеоартроза — факторы окружающей среды:

- переохлаждение;
- нарушение экологического равновесия;
- действие химических токсинов;
- травма сустава, повторяющиеся микротравмы;
- операции на суставах (например, менискэктомия);
- род занятий и физическая активность на работе. [2,7,18,19,20,24,25].

Стадии артроза. Вне зависимости от причины, различают 3 стадии артроза. [9,11,23,28] При первой или начальной стадии артроза нет выраженных морфологических нарушений тканей сустава. Изменения относятся только к функции синовиальной оболочки, к биохимическому составу синовиальной жидкости, которая за счет диффузии питает хрящ и мениски сустава. Сустав теряет способность противостоять привычной для него нагрузке, и перегрузка сустава сопровождается воспалением и болевым синдромом.

Во второй стадии заболевания мы видим начинающееся разрушение суставного хряща и менисков. Кость реагирует на нагрузку суставной площадки краевыми разрастаниями — остеофитами.

Вторая стадия неизбежно переходит в третью — стадия тяжелого артроза. Ее признаки — выраженная костная деформация опорной площадки сустава, которая изменяет ось конечности. Несостоятельность, укорочение связок сустава приводит к патологической подвижности сустава и в сочетании с жесткостью суставной сумки — к резкому ограничению естественных движений — контрактур. Хроническое воспаление и хронический болевой синдром обычно сопровождают 2 и 3 стадию.

В начальной стадии заболевания мышцы, которые осуществляют движения в суставе, ослаблены, но, в общем, не изменены. Во второй стадии наблюдается нарушение функции мышц за счет нарушения рефлекторной нейротрофической регуляции. В третьей стадии заболевания нагружение сустава и двигательная активность резко нарушается, в связи с контрактурами и нарушением оси конечности изменяется амплитуда сокращения мышцы, изменяются нормальные точки прикрепления мышечно-сухожильного комплекса. Это



сопровождается укорочением или растяжением мышц, снижением способности к полноценному сокращению. Трофические нарушения при заболевании сустава касаются не только мышц, но и всех тканей конечности.

Патогенез: Структура хряща. В основе этого заболевания лежит нарушение функции и структуры хряща сустава. Суставной хрящ — высокоспециализированная ткань, состоящая из матрикса и погруженных в него хондроцитов. Матрикс содержит две главные макромолекулы, гликозамины (протеогликаны) и коллаген. Высокая концентрация протеогликанов в хряще держит коллагеновую сеть под напряжением, способствуя таким образом равномерному распределению нагрузки, которая воздействует на хрящ, и обеспечивая восстановление формы после прекращения действия нагрузки. При потере даже небольшого количества гликозаминов сопротивление матрикса хряща к воздействию физической нагрузки уменьшается, и поверхность хряща становится чувствительной к повреждению. На самых ранних стадиях артроза хрящ становится толще, чем в норме, но при прогрессировании — истончается. Хрящ становится мягким и рыхлым, на нем появляются глубокие язвы, обычно только в наиболее нагружаемой части сустава [2,3,12,24,26]

В норме, при периодических нагрузках, например при ходьбе, хрящевая пластинка деформируется и возвращает прежнюю форму, выполняя функцию своеобразного насоса, который обеспечивает выталкивание продуктов распада и «всасывание» питательных веществ и строительного материала. Сжатие и восстановление формы при нагружении — это основное условие регенерации поврежденной хрящевой ткани. Однако чрезмерное или длительное нагружение сустава неблагоприятно влияет на функцию суставного хряща и утяжеляет течение артроза.

Питание хряща и менисков сустава осуществляется только за счет синовиальной жидкости. От того, в каком количестве и какого качества жидкость секретирует синовиальная

оболочка, зависит «здоровье» скользящих и амортизирующих структур сустава.

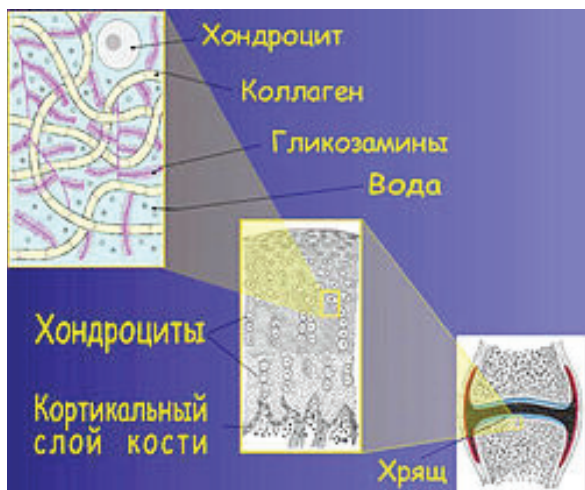
Синовиальная мембрана выполняет важную функцию фильтрации строительного материала хряща — гиалуроновой кислоты, она предохраняет вымывание последней из полости сустава. Нарушение биохимического состава синовиальной жидкости при травме или воспалении сустава собственно и приводит к развитию болезни именуемой остеоартроз.

Эффективность циркуляции и диффузии синовиальной жидкости напрямую связана с движением в суставе и нагружением сустава. Движение в суставе необходимо для обмена веществ в хряще. Само по себе длительное ограничение движений в суставе приводит к ухудшению питания хряща.

При артрозе нарушается равновесие между образованием нового строительного материала для восстановления хряща и его разрушением. Хрящ из прочной, эластичной структуры превращается в сухую, тонкую с шероховатой поверхностью. Подлежащая кость становится толще и разрастается в стороны от хряща, что ограничивает движение и является причиной деформации суставов. Суставная капсула уплотняется — фиброзируется, а также воспаляется. Сустав наполняется воспалительной жидкостью, которая растягивает капсулу и связки сустава. Боль, а в дальнейшем и деформация суставных поверхностей при артрозе ведет к тугоподвижности сустава и к контрактурам сустава. Утренняя и стартовая боль, а также скованность в суставе у больных с деформирующим артрозом собственно и обусловлена низкой эластичностью хряща и необходимостью стартовых движений для восстановления достаточной эластичности хряща. Это создает ощущение боли и скованности. [12,13,22,24,27]

При воспалении сустав принимает положение покоя или физиологическое положение. При этом положении обеспечивается максимальное расправление связок и капсулы сустава. В этом положении боль в суставе минимальна. Большое влияние на течение патологического процесса оказывает состояние так называемого мышечного корсета сустава, то есть системы мышц, которая не только осуществляет движение в суставе, но и является стабилизаторами сустава, поглощая мощные инерционные импульсы при движении. Так, внутренняя косая мышца в составе квадрицепса бедра предохраняет коленный сустав от боковой нестабильности в момент приземления на пятку при ходьбе, а средняя ягодичная мышца на стороне опорной ноги ограничивает наклон таза в момент переноса, что предохраняет тазобедренный сустав от перегрузки.

Исход заболевания. Исход артроза — полное разрушение сустава с формированием



анкилоза — полной неподвижности сустава или неартроза с неестественной подвижностью. Это сопровождается тяжелым нарушением функции конечности. В последнее время, не дожидаясь исхода заболевания, все чаще применяют специальные операции по замене сустава протезом — эндопротезирование сустава. На рисунке изображена типичная для терминальной стадии артроза коленного сустава варусная деформация колена в сочетании с боковой патологической нестабильностью коленного сустава. Артроз блоковидного или шаровидного сустава, такого как тазобедренный, завершается анкилозированием. При этом замыкание сустава обычно происходит в нефизиологическом (порочном) положении конечности. В данном случае мы видим бедро в положении сгибания и приведения, при котором нога укорачивается, а ось конечности и биомеханика опорно-двигательной системы существенно нарушается. [10,13,26,28,29].

Клиническое течение и диагностика. Если в начале болезни боль возникает лишь периодически, после значительной физической нагрузки, и быстро проходит в покое, то по мере прогрессирования заболевания интенсивность боли увеличивается, она не исчезает после отдыха и появляется в ночные часы.

Клиническая картина остеоартроза включает основные симптомы: «механический» характер боли, утренняя скованность не более 30 мин, ограничение объема движений, снижение функциональных возможностей сустава. Основные признаки клинической картины остеоартроза — это болезненные точки и плотные утолщения по краю суставной щели, крепитация, умеренные признаки воспаления, ограниченные болезненные движения, ощущения напряженности в суставе, нестабильность.

Клинические критерии, позволяющие поставить диагноз «остеоартроз»:

-боль в суставах, возникающая в конце дня и/или в первой половине ночи, а также после механической нагрузки, уменьшающаяся в покое;

-наличие деформации сустава за счет костных разрастаний. [9,10,21,24,25].

Рентгенодиагностика остеоартроза. Ранним рентгенологическим симптомом являются краевые костные разрастания — остеофиты — следствие активной пролиферации периферических отделов суставного хряща. Они проявляются вначале заострением краев суставных поверхностей, а затем, нарастая, образуют массивные костные шипы и губы. Краевые остеофиты, как правило, раньше обнаруживаются со стороны суставных впадин.

Сужение суставной щели свидетельствует о значительных изменениях суставных хрящей. Суставная щель может стать клиновидной, суживаясь с одной стороны и нередко расширяясь при этом с противоположной, что указывает на недостаточность связочного аппарата и нестабильность сустава.

При остеоартрозе утрачивается амортизационная функция суставных хрящей, предохраняющих костную ткань от механических перегрузок. Как компенсация развивается остеоэрозия субхондральной губчатой кости. Особенно он выражен при коксартрозе в крыше вертлужной впадины, распространяясь иногда почти на все тело подвздошной кости. Однако рано или поздно этот механизм компенсации становится недостаточным. Механические силы, передающиеся непосредственно с одной суставной поверхности на другую, вызывают атрофию от давления их наиболее нагружаемых участков и прежде всего центральных пикам механических напряжений. В результате этих процессов формируются кистовидные образования. Последние наиболее характерны для коксартроза, при котором они часто множественны и достигают больших размеров. положение (эрозивный артроз).

Остеоартроз рентгенологический:

В I стадии характеризуется главным образом краевыми костными разрастаниями при незначительном сужении суставной щели.

Во II стадии она сужена более отчетливо, возникает субхондральный остеоэроз.

В III стадии- резкое сужение суставной щели[2,10,25,26,27].

Лечение. Лечение остеоартроза — длительный процесс. Пациенты лечатся главным образом амбулаторно.

Основные принципы лечения: ограничение нагрузки, соблюдение ортопедического режима, ЛФК, физиотерапия, цель которых замедление прогрессирования остеоартроза, предотвращение развития контрактур и улучшение функции сустава. Важным этапом лечения остеоартроза является санаторно-курортное лечение.

Фармакотерапия. Поскольку поводом для обращения больного к врачу является боль, то на первом месте стоят нестероидные противовоспалительные препараты, назначаемые

для снятия боли и воспаления. В фазе острой боли, когда остеоартроз может быть осложнен синовитом, используем внутрисуставное введение кортикостероидов (дипроспан, кеналог, гидрокортизон) для снятия боли и воспаления.

В основе поддержания функции сустава лежит хондромодулирующая терапия. Препараты — хондропротекторы (хондроитин сульфат и глюкозамин) применяют в виде курсового лечения внутрь, внутримышечно, внутрисуставно в I и II стадии заболевания. Внутрь Структум по 500 мг 2 раза/сут. в течение 6 месяцев. Для внутримышечного введения назначают Алфлутоп и др. Для внутрисуставного введения применяют препарат гиалуроновой кислоты — Остенил и др. [26,27,28,29,5,6].

Эндопротезирование суставов. При наличии показаний к операции методом выбора может быть эндопротезирование суставов. В настоящее время разработаны и успешно применяются эндопротезы тазобедренного и коленного суставов. При остеопорозе эндопротезирование осуществляется конструкциями с цементным креплением. Дальнейшее консервативное лечение способствует снижению сроков реабилитации оперированных больных и повышению эффективности лечения.

Санаторно-курортное лечение. Санаторно-курортное лечение позволяет проводить комплексную реабилитацию, включающую положительное воздействие лечебных грязей, ванн, сауны, физиопроцедур, массажа, занятий лечебной физкультурой. Немаловажную роль играет смена обстановки, снятие стрессорных воздействий, нахождение на свежем воздухе. Санаторно-курортное лечение можно проводить только вне обострения болезни. [2,20,22,27,30].

Профилактика: Среди многочисленных путей профилактики остеоартроза можно выделить следующие, наиболее значимые:

- профилактика и эффективное лечение травм сустава;
- достаточная двигательная активность на протяжении всей жизни;
- снижение избыточного веса тела;
- своевременная коррекция приобретенного или врожденного нарушения биомеханики сустава (например, коррекция плоскостопия, исправление травматической деформации оси конеч-

ности, лечение врожденного вывиха бедра и т. п. [1,19,23,30].

Физические нагрузки: Мнение о том, что физическая нагрузка может привести к преждевременному «изнашиванию сустава» ошибочно. Исследования показывают, что само по себе занятие спортом не приводит к остеоартрозу. Напротив, любая двигательная активность, направленная на сохранение подвижности суставов, на укрепление мышц, на координацию движений позволяет длительное время поддерживать хорошую функцию сустава и противостоять болезням.

Для пациентов, относящихся к «группе риска» заболевания артрозом (травма или дисплазия сустава, избыточный вес, низкая физическая подготовленность) рекомендуется упражнения с дозированной нагрузкой на сустав (дозированная ходьба, восхождения, велосипед, плавание).

Ходьба — это основная естественная локомоция человека. Повседневной ходьбой человек занят несколько часов в день. Это в любом случае больше, чем время специальных ежедневных занятий физической культурой. Поэтому важно, чтобы ходьба стала основным средством профилактики остеоартроза. Именно поэтому при последствиях травм и артрозах суставов нижних конечностей рекомендуют дозированную ходьбу, как основной метод профилактики и лечения. Рекомендую увеличить двигательную активность, прежде всего, имеют в виду пройденные километры в течение дня (до 7 км). Дозирование ходьбы — это ограничение времени непрерывного (без отдыха) пребывания «на ногах», не более 30-40 минут, но не пройденного расстояния за день. [10,18,24,30]

Контроль массы тела : Избыточная масса тела — важный фактор развития и прогрессирования остеоартроза. Снижение массы тела уменьшает риск развития заболевания и сопровождается улучшением функции суставов, поэтому в программу лечения обязательно включают диетотерапию. Принято считать, что уменьшение веса тела на 1 килограмм снижает нагрузку на сустав на 4 килограмма. Именно поэтому при лечении артроза применяют программы ЛФК для снижению массы тела больного,— в основе которых лежит аэробная тренировка. [11,18,28,30].

ЛИТЕРАТУРА

1. Абишева С.Т., Батпенов Н.Д., Мирмуханова А.И. Минеральная плотность костной ткани у мужчин в зависимости от клинической формы остеоартроза // Травматология және ортопедия.-2011.-С.286-287.
 2. Калкаманов У.Б. Клиническая эффективность и переносимость препарата «Артра Хондроитин» при лечении остеоартроза. // Травматология және ортопедия.-2011.-С.386-387.
 3. Алексеева Л.И. Современные подходы к

лечению остеоартроза //РМЖ.-2003.Т.-11. —№4-С.201-205.
 4. Насонова В.А., Фоломеева О.М. Медико-социальное значение XII класса болезней среди населения России // Научно - практическая ревматология.-2001.-№1.-С.7-11.
 5. Smith M.M., Ghosh P. Osteoarthritis: Current status and future directions //APLAR J. Rheum.-1998.-Vol.2.-P. 27-53.
 6. Kuethner K., Goldberg V.M. Osteoarthritis dis-

- orders // American Akademy of Ortopedis Surgens Rosemont.-1995. -Vol.6.-P. 21-25.
7. Котельников Г.П., Ларцев Ю.В., Кудашеев Д.С. Комплексный подход в реабилитации больных с деструктивно-дистрофическими и травматическими поражениями геалинового хряща коленного сустава //Травматология және ортопедия.-2011.-С.387-390.
8. Лиля А.М., Карпов О.И. Остеоартроз: социально-экономическое значение и фармакоэкономические аспекты патогенитической терапии //РМЖ. Клинические рекомендации и алгоритмы для практикующих врачей.-2003.-№28.-С.1558-1563.
9. Мирмуқанова А.И. Современная стратегия терапии остеоартроза //Травматология және ортопедия.-2011.-С.394-397.
10. Алексеева Л.И., Зайцева Е.М. Субхондральная кость при остеоартрозе: новые возможности терапии.// РМЖ. 2004.-Т.12.-№20-С.1113-1136.
- 11 Бунчук Н.В. Дифференциальный диагноз остеоартроза коленного сустава // Consilium medicum.-2003.-Т.5.-2.-P.84-85.
12. Felson D. T., Lavrence R.C. et al. Osteoarthritis new insight. Patr 2. Treatment approach // Ann. Intern. Med.-2000.-133.-P.726-737.
13. Martel-Pelletier J., Lajenesse D., Etiopathogenesis of osteoarthritis. In arthritis and Allied Condions/A. Texbook of Rheumatology. Edited by Koortman .-2005.-P. 2199-2296.
14. Дроздов В.Н Остеоартроз(остеоартрит)/ Consilium medicum.-2004.-Т.6.-12.-P.31-32.
15. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита с позицией доказательной медицины; новые рекомендации // РМЖ .-2002.-10.-С.1-15.
16. Насонова В.А., Алексеева Л.И., Архангельская Г.С и др. Итоги многократного клинического исследования препарата Структум в России// Терапевтический архив.-2001.-11.-С.84-97.
17. Чичасова Н.В. Место медленнодействующих препаратов в рациональной терапии деформирующего остеоартроза // Consilium medicum.-2005.-8.-С 634-638.
18. Чичасова Н.В., Алексеева Л.И., Беневоляская Л.И. Новое направление в лечении остеоартроза-комбинированная терапия хондроитин сульфатом и глюкозамина гидрохлоридом(препарат АРТРА).-РМЖ.-2004.-23.-С.1337-1341.
19. Cappell M.S., Schein J.R. Diagnosis and treatment of nonsteroidal antri-inflamatory drug-associated upper gastrointestinal toxicity // Gastrointerol. Clin. N.Am.-2000.-29.-P. 97-129.
20. Tenenbaum O. The epidemiology of nonsteroidal antri-inflamatory drugs // Can. J. Gastrointerol.-1999.-13.-P. 119-122.
21. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the menagment of knee osteoarthritis: Report or a Task Forse of Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics Trials (ESCISIT) // Ann Rheum Dis.-2003.-62.-P.1145-1155.
22. EULAR evidence based recommendations of the menagment of hand osteoarthritis: Report or a Task Forse of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT) // Ann Rheum Dis.-2007.-66/-P.377-388.
23. Zhang W., Moscovits R.W., Niki G.,Abramson S. and etc. OARSI recommendations of the menagment of hip and knee osteoarthritis, part 2. . OARSI evidence based, expert consensus guidelines. Osteoarthritis Cartilage.-2008.-16.-P.137-162.
24. Cramer P., Hochberg M.C. Osteoarthritis. Lancet.-1997.-P. 503-508.
25. Cooper C., Snow S., Mc Alindon T.E. et al. Risk factors for the incidence and progression of radiographic knee osteoarthritis. Arthr. and Rheum.-2000.-5.-P.995-1000.
26. Tanamas S.K., Wluka A.E., Peletier J.P. et al. The association between subchondral bone cysts and tibial cartilage volume and risk of joint replacement in people with knee osteoarthritis:a longitudinal study. Arthr. Res. Ther.-2010.-12.-P.58-59.
27. Akamatsu Y. Mitsugi N. Taki N. et al. Relationship between low bone mineral density and varus deformity in postmenpausal women with knee osteoarthritis. J. Rheumatol.-2009.-36.-P. 592-597.
28. Brouwer G. M., van Tol F. W.,Bergink A. P/ et al. Association between valgus and varus alignment and the development and Rheum. 2007.-57.-P. 13-16.
29. Niu J.,Zhang Y.O.,Torner J. et al. Is obesity a risk factor for progressive radiographic knee osteoarthritis. Arthr. and Rheum.- 2009.-61.-P.329-335.
30. Bello J.N., Berger M.Y.,Reijman M. et al. Prognostic factors of progression of osteoarthritis of the knee: a systematic reviem of observational studies. Arthr. and Rheum.- 2007.-57.-P. 13-16.



ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ: АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ*КГП Аркалыкская региональная поликлиника*

Острый бронхиолит нередко сопровождают острые респираторные инфекции вызванные вирусом парагриппа (HPIV), гриппа (IFV), респираторно-синцитиальным вирусом (RSV), аденовирусом (AdV) и риновирусом (HRV) у детей в возрасте от 6 мес. до 6 лет, встречающиеся с частотой от 10% до 30% [1,2].

У новорожденных с риском атопии показано, что умеренные/тяжелые обструкции при РВ-заболевании – более значимый фактор риска не только для развития повторных эпизодов обструкции к 3 годам, но также к развитию астмы к 6 годам [3,4]. Главным фактором риска рецидивирующей бронхиальной обструкции после острого бронхиолита была РВ-инфекция и положительная наследственность по астме. У детей с РВ-инфекцией, которые получали оральную КС-терапию, вероятность развития рецидивирующей обструкции в последующем была существенно меньше [5]. Исследование баланса между Th1 и 2 типами иммунного ответа показало, что у детей с атопией периферические мононуклеарные клетки, инкубированные с РВ-вирусом, продуцируют IL-10, тогда как у неатопических субъектов – IFN- γ и IL-12 [6]. Сниженная способность мононуклеарных клеток крови к продукции гамма-интерферона (INF- γ) и IL-12 уменьшает вирусный клиренс и может приводить к развитию обострения астмы путем поддержки Th2 типа воспаления и недостаточности 1 типа антивирусного иммунного ответа.

РСВ бронхиолит сочетается с увеличением экспрессии цитокинов Th2 паттерна или, что также возможно, снижением Th1, что делает привлекательной гипотезу, что РСВ вызывает астму. Бронхиальная гиперреактивность после бронхиолита сохраняется длительно и может объяснить предрасположенность к бронхиальной обструкции в более позднем возрасте. С другой стороны, специфические РСВ IgE, найденные у детей с бронхиолитом, показывают, что результатом ранней РСВ инфекции у отдельных пациентов может быть Th2 иммунный ответ, таким образом предрасполагая к развитию у этих детей бронхиальной астмы [7,8].

Генетические исследования показывают, что полиморфизм, например, IL-8, IL-10, и TLR генов сочетается с тяжестью РСВ инфекции. Предполагается, что не сама РСВ ведет к астме у ребенка, не имеющего отклонений. Возможное влияние РСВ бронхиолита на развитие астмы обусловлено предшествующими генетическими факторами и антенатальными воздействиями. Это

позволяет рассматривать бронхиолит, как маркер данных проблем, а не причину последующих нарушений, и присоединение вирусных инфекций у таких детей будет протекать с большим числом проблем и более тяжелыми проявлениями обструкции дыхательных путей, которые требуют быстрого и адекватного терапевтического вмешательства.

Диагностика бронхиолита является чисто клинической процедурой и осуществляется на основании истории болезни и объективного осмотра [9]. Продромы бронхиолита являются типичными для инфекции верхних дыхательных путей (чихание и обильные выделения из носа) и длятся от двух до трех дней. Они, как правило, сопровождаются средней температурой (высокая температура не является типичным симптомом). После этого появляется затрудненное дыхание, тахипноэ, стридор и кашель [10]. Трудности с дыханием у детей, вызванные бронхиолитом, могут стать причиной проблем с кормлением [11]. Наконец, бронхиолит может сопровождаться апноэ в первые два или три месяца жизни [12]. При аускультации можно услышать четкие крепитации при вдохе и стридор при выдохе. Разные авторы по-разному интерпретируют эти результаты: в частности, европейские авторы считают, что наличие крепитаций является основным признаком для постановки диагноза бронхиолита, в то время как американские авторы подчеркивают наличие стридора при выдохе [12,13-16]. Одним из следствий этих разногласий стало то, что дети при втором или третьем эпизоде стридора, вызванном вирусной инфекцией, в течение длительного времени включались в исследования бронхиолита. Эта группа, возможно, состоит частично из детей с рано начавшейся астмой, а включение их в исследования бронхиолита часто приводило к противоречивым результатам и выводам.

Степень тяжести течения бронхиолита может варьироваться. Для определения степени тяжести течения заболевания используются следующие клинические показатели: трудности в кормлении, апноэ, летаргия, частота дыхания, превышающая 70/мин, расширение ноздрей, значительные межреберные ретракции и цианоз. Факторами, приводящими к более тяжелому течению заболевания, являются: возраст до 12 недель, преждевременное рождение, гемодинамически значимые врожденные сердечные заболевания, хронические заболевания легких и состояния, при которых иммунитет ослаблен.

Рентгенография грудной клетки. Рентгенография грудной клетки часто выявляет патологические аспекты во время бронхоолита. Однако нет никаких неоспоримых доказательств того, что эти аспекты имеют прогностическое значение в отношении тяжести и течения болезни. Исследование, проведенное в 30 педиатрических больницах Соединенных Штатов, показало крайне нестабильную полезность рентгенографии грудной клетки детей, страдающих бронхоолитом. Также выяснилось, что дети, которым была проведена рентгенография грудной клетки, получали больше антибиотиков и дольше оставались в больнице [17].

В настоящее время, по причине того, что не проводилось рандомизированных, контролируемых исследований, которые доказали бы пользу рентгенографии грудной клетки, проведение этой процедуры не рекомендуется для диагностики детей, страдающих бронхоолитом. Однако проведение данной процедуры настоятельно рекомендуется в случае, когда у детей наблюдается затянувшееся или особое тяжелое течение болезни, или в тех случаях, когда диагноз сомнителен.

Рандомизированное, контролируемое исследование, в котором участвовали дети, страдающие бронхоолитом, и дети, страдающие пневмонией, показало, что лечение антибиотиками не оказывало никакого эффекта на течение заболевания в подгруппе детей, страдающих РСВ-бронхоолитом.

Патогенетическая терапия. Ни руководство SIGN, ни руководство ААП не содержит рекомендаций по использованию бронходилататора (альфа- и бета-адренергетики) для лечения бронхоолита. Руководство ААП, однако, советует провести терапевтический тест с помощью бронходилататора, использование которого должно быть продолжено только в том случае, если регистрируется четкая клиническая реакция. Некоторые исследования, проведенные у детей, страдающих бронхоолитом, показали улучшение в клинических показателях и насыщении кислородом сразу же после приема Альбутерола [18, 19]. Однако эта эффективность не подтвердилась всеми исследованиями [20,21,22], и даже в тех случаях, где она была все-таки зарегистрирована, эти улучшения не длились более 60 минут после приема препарата.

При наличии бронхиальной обструкции независимо от причин возникновения основными симптоматическими препаратами для лечения являются β_2 -агонисты короткого действия, которые могут назначаться в ингаляционной форме или внутрь. К современным тенденциям относится применение комбинированных препаратов разнонаправленного, но взаимодополняющего действия. У детей раннего возраста при тяжелой и среднетяжелой обструкции показана эффективность

ингаляционного применения комбинации бронхолитика и муколитика [23]. Возможно добавление к этой комбинации ингаляционного глюкокортикостероида. Для эффективного отхождения мокроты и улучшения бронхиальной проходимости при острых респираторных вирусных инфекциях положительный эффект может быть достигнут при сочетанном назначении муколитиков и бронхолитиков.

Новый препарат, обладающим комплексным воздействием на патогенетические механизмы, является Аскорил экспекторант, в состав которого входят сальбутамол, бромгексин гидрохлорид, гвайфенезин, рацементол. Компоненты препарата оказывают бронхолитическое и отхаркивающее действие. Сальбутамол – селективный β_2 -агонист короткого действия с выраженным быстрым бронхолитическим действием. Он также влияет на мукоцилиарный клиренс (стимулирует секрецию слизи и активность реснитчатого эпителия) [24]. Сальбутамол традиционно используется для ингаляционной терапии, имеется ограниченное количество этого препарата для энтерального применения. Бромгексин гидрохлорид с его активным метаболитом амброксолом обладает выраженным муколитическим и отхаркивающим действием посредством деполимеризации и разрушения мукопротеиновых мукополисахаридов, входящих в состав мокроты. Он также стимулирует деятельность секреторных клеток слизистых оболочек бронхов, продуцирующих сурфактант. Гвайфенезин стимулирует секрецию жидкой части бронхиальной слизи, уменьшает поверхностное натяжение и адгезивные свойства мокроты [25]. Ментол (рацементол) оказывает мягкое спазмолитическое действие, обладает слабыми антисептическими свойствами. По российским данным, применение Аскорила экспекторанта у детей в возрасте от 2 до 10 лет с легким или среднетяжелым течением ОРЗ оказывает выраженное положительное влияние на течение заболевания по оценке врачей, а также по результатам анкетирования родителей. Острые респираторные заболевания у детей протекают с кашлем вследствие вовлечения в воспалительный процесс различных отделов респираторного тракта (ларингит, фарингит, трахеит, бронхит). У детей до 6 лет Аскорил экспекторант назначали по 5 мл (1 чайная ложка) 3 раза в сутки, детям от 6 до 10 лет – по 5–10 мл (1–2 чайные ложки) 3 раза в сутки. Результаты улучшаются при раннем начале лечения (с первых суток от начала заболевания). Продолжительность лечения составила 7–10 дней в зависимости от динамики состояния пациентов. Таким образом, главной задачей, стоящей перед педиатром, является восстановление бронхиальной проходимости. При этом необходимо учитывать факторы, предрасполагающие к возникновению нарушений бронхиальной проходимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белан Ю.Б., Старикович М.В., Голочалова С.А., Безрукова Л.А. Показатели интерферонового статуса при остром обструктивном ларингите и остром бронхолите у детей // *Современные проблемы науки и образования*. – 2007. – № 4 – С. 7-11
2. Martiner F. D. What have we learned from Tucson Children's Respiratory Study. *Paediatr. Respir Rev* 2002, v3, №3, 193–197.
3. Jackson DJ, Gangnon RE, Evans MD, et al. Wheezing rhinovirus illnesses in early life predict asthma development in high-risk children. *Am J Respir Crit Care Med* 2008; 178: 667–672.
4. Kotaniemi-Syrjänen A, Vainionpää R, Reijonen TM, et al. Rhinovirus-induced wheezing in infancy—the first sign of childhood asthma? *J Allergy Clin Immunol* 2003; 111: 66–71.
5. Lehtinen P, Ruohola A, Vanto T, et al. Prednisolone reduces recurrent wheezing after a first wheezing episode associated with rhinovirus infection or eczema. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 119: 570–575.
6. Papadopoulos NG, Stanciu LA, Papi A, et al. A defective type 1 response to rhinovirus in asthma. *Thorax* 2002; 57: 328–332.
7. Pala P, Bjarnason R, Sigurbergsson F, et al. Enhanced IL-4 responses in children with a history of respiratory syncytial virus bronchiolitis in infancy. *Eur Respir J* 2002; 20: 376–382.
8. Smyth RL, Fletcher JN, Thomas HM, et al. Respiratory syncytial virus and wheeze. *Lancet* 1999; 354: 1997–1998.
9. Behrman R. E., Kliegman R. M., Nelson W. E. *Textbook of pediatrics*. 16th edition. London: Elsevier Saunders; 2000.
10. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and management of bronchiolitis // *Pediatrics*. 2006; 118: 1774–1793.
11. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Bronchiolitis in children. NHS Quality Improvement Scotland [Internet] Available from www.sign.ac.uk [cited January 16, 2009].
12. Kneyber M. C., Brandenburg A. H., de Groot R., Joosten K. F., Rothbarth P. H., Ott A. et al. Risk factors for respiratory syncytial virus associated apnoea // *Eur J Pediatr*. 1998; 157: 331–335.
13. Papadopoulos NG, Gourgiotis D, Javadyan A, et al. Does respiratory syncytial virus subtype influence the severity of acute bronchiolitis in hospitalized infants? *Respir Med* 2004; 98: 879–882.
14. Midulla F, Scagnolari C, Bonci E, et al. Respiratory syncytial virus, human bocavirus and rhinovirus bronchiolitis in infants. *Arch Dis Child* 2010; 95: 35–41.
15. Haïtchi HM, Powell RM, Shaw TJ, et al. ADAM33 expression in human lungs and asthmatic airways. *Am Rev Respir Dis* 2005; 171: 958–65
16. Simpson A, Maniatis M, Jury F, et al. Polymorphisms in a disintegrin and metalloproteinase 33 (ADAM33) predict impaired early lung function. *Am Rev Respir Crit Care Med* 2005, 172: 55–60
17. Christakis D. A., Cowan C. A., Garrison M. M., Molteni R., Marcuse E., Zerr D. M. Variation in inpatient diagnostic testing and management of bronchiolitis // *Pediatrics*. 2005; 115: 878–884.
18. Schweich P. J., Hurt T. L., Walkley E. I., Mullen N., Archibald L. F. The use of nebulized albuterol in wheezing infants // *Pediatr Emerg Care*. 1992; 8: 184–188.
19. Schuh S., Canny G., Reisman J. J., Kerem E., Bentur L., Petric M. et al. Nebulized albuterol in acute bronchiolitis // *J Pediatr*. 1990; 117: 633–637.
20. Gadomski A. M., Lichtenstein R., Horton L., King J., Keane V., Permut T. Efficacy of albuterol in the management of bronchiolitis // *Pediatrics*. 1994; 93: 907–912.
21. Klassen T. P., Rowe P. C., Sutcliffe T., Ropp L. J., McDowell I. W., Li M. M. Randomized trial of salbutamol in acute Bronchiolitis // *J Pediatr*. 1991; 118: 807–811.
22. Dobson J. V., Stephens-Groff S. M., McMahon S. R., Stemmler M. M., Brallier S. L., Bay C. The use of albuterol in hospitalized infants with bronchiolitis // *Pediatrics*. 1998; 101: 361–368.
23. Генне Н.А., Старостина Л.С., Мальшиев В.С., Бераиа Т.Т. Возможности комбинированной бронхолитической терапии у детей с бронхиальной астмой. 2010, том 8, № 1–2, 27–31.
24. Baker J.G. The selectivity of beta-adrenoceptor agonists at human beta1-, beta2- and beta3-adrenoceptors. *Br. J. Pharmacol.* 2010 Jul; 160(5): 1048–61.
25. Dicipinigaitis P.V., Gayle Y.E. Sensitivity Effect of Guafenesin on Cough Reflex. *Chest* 2003; 124: 2178–2181.



УДК: 616.516-08

Жусанбаева Г.Б.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

ТОО «Дом Здоровья»

Актуальность. Красный плоский лишай (lichen guber planus), остается актуальной проблемой, связанной с постоянной частотой его выявления, отсутствием единой патогенетической концепции, а также наличием тяжело протекающих форм и хроническим течением, часто резистентным к проводимой терапии [1,2]. В общей структуре дерматологической заболеваемости красный плоский лишай (КПЛ) составляет 0,78–2,5%, среди болезней слизистой оболочки рта — 35%, чаще поражается у женщин от 40 до 60 лет [3,4]. Три основные группы этиологических причин: I – инфекция, о чем свидетельствуют острое начало, хроническое течение, связь обострений с переохлаждением, респираторными вирусными заболеваниями, активацией фокальной инфекции, феномен изоморфной реакции; II – экзогенная стимулирующая нагрузка: химические, лекарственные вещества бытового и профессионального характера; III – стимуляция эндогенного происхождения: собственные метаболиты, возникающие при стрессовых ситуациях, висцеропатиях; мутантные и абберантные клетки. [5,6]. Описаны 70 случаев семейного заболевания этим дерматозом, болели чаще родственники во втором и третьем поколениях. [7,8].

Иммунологические механизмы. В настоящее время в связи с обострением экологических проблем и возрастанием антигенной нагрузки на организм человека, сдвиги, происходящие в иммунной системе при красном плоском лишае, представляют особый интерес. [9]. В инициации данного заболевания существенная роль принадлежит клеткам Лангерганса. В результате активации эти клетки приобретают способность представлять Т-клеткам аутоантигены и продуцировать ряд провоспалительных цитокинов: интерлейкин (ИЛ)-1, ИЛ-6, фактор некроза опухоли (ФНО) и ряд других. Последние вызывают синтез на клетках эндотелия молекул адгезии (ICAM-1), способствующих миграции нейтрофилов и лимфоцитов в пораженный участок, и активируют продукцию Th1-лимфоцитами другого провоспалительного цитокина - γ -интерферона (γ -ИФН). В свою очередь все это ведет к инфильтрации пораженного участка кожи или слизистой оболочки Т-лимфоцитами и прилипанию их к кератиноцитам и разрушению последних [10]. На ранних этапах заболевания в пораженных участках превалируют Т-клетки CD4⁺, на поздних -CD8⁺ [10]. Большую роль в этиопатогенезе КПЛ играют и сами кератиноциты: после активации они продуцируют провоспалитель-

ные цитокины в значительно большем количестве, чем мононуклеарные клетки, инфильтрирующие пораженные ткани [11]. В конечном счете КПЛ можно отнести к таким аутоиммунным процессам, в этиопатогенезе которых главная роль принадлежит Th1-клеткам (воспалительным Т-хелперам CD4⁺), вызывающим воспалительный процесс типа гиперчувствительности замедленного типа [12]. Как известно, главным маркерным цитокином этой популяции клеток является γ -ИФН [13], который, как уже указывалось, в значительной степени опосредует имеющиеся при КПЛ иммунопатологические явления.

Электронно-микроскопическая картина инфильтрата в очаге поражения при красном плоском лишае соответствует основному морфологическому выражению ГЗТ (преобладание Т-клеток, их иммунный характер – крупные гетерохромные ядра, много органелл, различная степень дифференцировки, отсутствие плазматических клеток и их предшественников). Лимфоциты проникают в эпидермис, скапливаются в виде розеток вокруг кератиноцитов, меланоцитов, осуществляют цитопатогенное действие. В инфильтратах обнаруживаются лимфоциты с церебриформными ядрами по типу клеток Сезари.[14]. Наиболее существенным признаком в клинической картине является возникновение узелков – элементов пролиферативного характера эпидермо-дермального происхождения – в основном за счет гипергранулеза в эпидермисе и лимфоцитарного инфильтрата в дерме. Этому заболеванию присущи и другие первичные морфологические элементы – пятнистые, буллезные, веррукозные, эрозивно-язвенные, а также гиперпигментация и атрофия кожи и слизистых оболочек, являющиеся морфологической основой разнообразных атипичных клинических форм заболевания.

Выделяют следующие формы красного лишая: 1) типичная – полигональные папулы характерного розового цвета с лиловым оттенком; 2) гипертрофическую – крупные узелки и бляшки с веррукозной поверхностью; 3) атрофическую – с гиперпигментацией или без нее; 4) буллезную – субэпидермальные пузыри; 5) эритематозную – распространенную, вплоть до вторичной эритродермии. Различают локализованный, диссеминированный и генерализованный красный плоский лишай. [15].

Атипичные формы красного плоского лишая [16]:

- гипертрофическая, бородавчатая форма (lichen planus hypertrophicus, seu verrucosus);

- атрофическая и склеротическая формы (lichen planus atrophicus, lichen planus sclerosus);
- пемфигоидная, или пузырчатая, форма (lichen ruber pemphi goides, seu bullosus);
- монилиформный красный лишай (lichen ruber moniliformis);
- остроконечная, перифолликулярная форма (lichen planus acuminatus, sen planopilaris);
- эрозивно-язвенная форма (слизистой оболочки).

Изменения ногтей отмечены у 12–20% больных, они бывают при всех формах дерматоза, но наиболее тяжелые поражения возникают при острых распространенных формах (буллезная и эрозивно-язвенная). Ногтевые пластинки при этом деформируются в виде продольных гребешков, канавок, бороздок, поверхность ногтя становится бугристой, появляется медиальная трещина, пластинка истончается, вплоть до онихолизиса.

Синдром Литтла – Ласюэра характерен высыпанием фолликулярных папул на туловище и конечностях, нерубцовой алопецией подмышечных впадин и лобка и рубцовой атрофией волосистой части головы. Описанное сочетание красного плоского лишая с сахарным диабетом и гипертонической болезнью в литературе известно как синдром Гриншпана – Потеева.

По течению красный плоский лишай может быть острым (до 1 мес) или подострым (до 6 мес) и длительно протекающим – хроническим без ремиссий или рецидивирующим.

Представляют интерес факты сочетания красного плоского лишая с диффузными болезнями соединительной ткани (дискоидная красная волчанка и склеродермия), причем всегда высыпания красного плоского лишая предшествуют проявлениям аутоиммунных заболеваний.

Поражение слизистых оболочек (чаще полости рта) встречается у 75% больных с высыпаниями на коже или существующее изолированно (lichen oris); морфологическим проявлением могут быть папулезные, экссудативно-гиперемические, буллезные или эрозивно-язвенные элементы. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта (КПЛ СОПР) характеризуется полиморфизмом симптомов клинического проявления, тяжелым, длительным, рецидивирующим течением, торпидностью к проводимой традиционной терапии [17]. Несмотря на совершенство методов диагностики и лечения заболевания, число больных данным кератозом имеет тенденцию к постоянному росту [18].

Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы заболевания являются факультативными предраками с вероятностью озлокачествления до 7% [19]. Отсутствие результата от консервативной терапии в связи с онкологической настороженностью диктует необходимость проведения радикального хирургического лечения.

При КПЛ СОПР отмечаются выраженные

нарушения как в гуморальном, так и в клеточном звеньях системы иммунитета [20], поэтому основным аспектом в комплексном лечении данной патологии является иммунокоррекция. [21] Низкая эффективность местного лечения при традиционной консервативной терапии обусловлена дефицитом емкости антиоксидантного потенциала ротовой жидкости, что объясняет необходимость включения препаратов с антиоксидантным действием в схему комплексного лечения КПЛ СОПР.

На развитие и течение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта оказывают влияние эндогенные факторы риска (перенесенные стрессовые ситуации - у 63% больных и сопутствующая соматическая патология - у 88% больных) и местные экзогенные факторы риска, устранение или ослабление действия которых существенно повышает эффективность лечебных мероприятий. У больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта выявлены нарушения психоэмоционального состояния, которые характеризуются наличием высокого и очень высокого уровня тревоги (у 92% пациентов). При красном плоском лишае слизистой оболочки полости рта происходит усиление процессов свободнорадикального окисления и снижение активности антиоксидантной системы ротовой жидкости, что проявляется увеличением величины прооксидантно-антиоксидантного баланса, повышением содержания диеновых и триеновых конъюгатов, увеличением концентрации оснований Шиффа и снижением коэффициента окисления.

Терапия. Для прерывания кооперативной связи иммунокомпетентных клеток в качестве базисной терапии назначают глюкокортикостероиды в сочетании с производными 4-аминохинолина (гидроксихлорохин, хлорохин), особенно при распространенных и резистентных формах. [22].

Ретиноиды — дериваты витамина А (Ти-газон, Неотигазон, Этретинат) уменьшают интенсивность воспалительной реакции, влияют на состояние клеточных мембран и нормализуют процессы пролиферации. Витамин Е (альфа-токоферола ацетат), используемый как антиоксидант и ингибитор системы цитохрома P450, позволяет при комплексном лечении кортикостероидами снизить суточную дозу и сократить сроки стероидной терапии. Наружное лечение аппликациями кортикостероидных мазей, растворами и взбалтываемыми смесями с ментолом, анестезином, лимонной кислотой, антигистаминными средствами назначают при интенсивном зуде. Гипертрофические очаги разрушают путем криодеструкции или электрокоагуляции. Эрозивно-язвенные очаги подлежат местной терапии эпителизирующими средствами, в их числе Солкосерил, облепиховое масло, масло шиповника. [23].

Комбинированная фототерапия (UVAB, ультрафиолетовое облучение) и физиопроцедуры. Из физиотерапевтических процедур используют электросон, диадинамические токи паравертебрально, индуктотермию поясничной области. [24].

В последнее время все шире используется иммунотропная терапия красного плоского лишая, в том числе с применением экзогенных интерферонов (Реаферон, Интерлок) и интерферогенов (Неовир, Ридостин). [25].

Необходимо тщательное обследование больных для выявления у них внутренних болезней. В первую очередь нужно исследовать желудочно-кишечный тракт, показатели сахара крови, нервно-психическое состояние. Наружно назначают противозудные взбалтываемые взвеси, кортикостероидные мази, 2–5% дегтярно-нафталанные мази. Прогноз для жизни благоприятный.

Местно препаратами выбора являются кортикостероиды. Назначают кортикостероиды I и II класса. [26]. При веррукозном процессе рекомендуются окклюзионные повязки с кортикостероидами II класса. Кортикостероиды эффективны при lichen planopilaris волосистой части головы, однако их следует наносить по периферии бляшки, а не в ее центре. Для очагов на слизистой оболочке, особенно если они эрозивные или изъязвлены, назначают пасты или гели с триамцинолоном, который улучшает состояние у 65% таких пациентов через 2 нед. Применение 0,025% флуоцинолона на основе 4% геля гидроксицеллюлозы в комбинации с гелем хлоргексидина и миконазола для противогрибкового эффекта улучшало состояние у 50% пациентов и служило профилактикой кандидоза полости рта. Можно назначать полоскание полости рта в течение 5 мин с применением одной растворимой таблетки (500 мкг) препарата бетаметазона, изначально предназначенного для системного применения.

Флуоцинонид 0,025% 6 раз в день в течение 2 мес действует активно по сравнению с плацебо и без побочных эффектов. Предпочтительным препаратом является триамцинолона ацетонид, его назначают в дозе 5–10 мг/мл еженедельно или 2 раза в неделю в течение 3–4 нед.

Местно ретиноиды применяются при пора-

жении полости рта. Фенретинид, например, давал отличные результаты при двукратном ежедневном применении, причем без местных или отдаленных побочных действий.

Системное лечение. Циклоспорин А (ЦиА). Начальная доза обычно составляет 5 мг/кг/сут. Ее снижают до 2 мг/кг/сут. Лучшим показателем для применения ЦиА является тяжелый эрозивный КПЛ. Другие препараты, обладающие полезным действием для регрессии клинического процесса при КПЛ, включают Талидомид, гидроксихлорохин, ретиноиды и левамизол.

Гидроксихлорохин применяется в дозе 200–400 мг/сут в течение нескольких месяцев у пациентов, которые имеют очаги в полости рта. При анализе соотношения риска и пользы необходимо учитывать побочное действие на сетчатку глаза и тщательно его контролировать. Для системного лечения КПЛ применяются ацитретин (0,25–0,75 мг/кг/сут) и изотретиноин (0,25–0,50 мг/кг/сут).

При тяжелых формах эрозивного плоского лишая полости рта, которые не реагируют на традиционное лечение, может оказать положительное влияние ПУВА-терапия (PUVA = Psoralens + UltraViolet A). Доза 0,6 мг/кг 8-метоксипсоралена назначается внутрь за 2 ч до облучения длинноволновым ультрафиолетовым светом. Побочные эффекты аналогичны наблюдаемым после ПУВА-терапии всего тела [27].

Оценка эффективности лечения. При условии правильно подобранной терапии регресс патологического процесса наступает в течение 1–2 нед, высыпания исчезают через 1–1,5 мес. Эрозивно-язвенная, гипертрофическая и атрофическая формы красного плоского лишая обычно резистентны к терапии, и высыпания сохраняются на протяжении нескольких месяцев или даже лет. Первичная профилактика заключается в санации очагов хронической инфекции, лечении психоневрологических расстройств; следует также избегать переутомлений, стрессов. Профилактика обострений: назначение водных процедур — ванн, душа (в остром периоде заблеивания не рекомендуются), сероводородных и радоновых ванн; соблюдение диеты (исключение из рациона кофе, пряностей, шоколада, меда, алкоголя) [28].

ЛИТЕРАТУРА

1. Томас П. Хэбиф. Кожные болезни. Диагностика и лечение. М.: «МЕДпресс-информ», 2008. 672 с.: ил.
2. *Потоцкий И. И. Справочник дерматовенеролога. Киев, 1985. С. 88.*
3. *Rebora A. Плоский лишай. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. Под ред. А. Д. Кацамбаса, Т. М. Лотти. М.: «МЕДпресс-информ», 2008. С. 371–374.*
4. *Довжанский С.И., Слесаренко Н.А. Красный плоский лишай. Саратов. Издательство СГУ – 1990. – С. 176*
5. *Федоров С. М., Селицкий Г. Д., Тимошин Г. Г. Красный плоский лишай // Кожные болезни. М.: ГЭОТАР-Медицина, 1997. С. 67–69.*
6. *Базыка Д. А., Базыка А. Д. Этиология, патогенез и терапия красного плоского лишая // Вестн. дерм. и вен. 1977, № 11, с. 58.*

7. Singal, A. *Familial mucosal lichen planus in three successive generations.* // *Int. J. Dermatol.* 2005. - Vol. 44, № 1. - P. 81-82.
8. Bermejo-Fenoll, A. *Familial oral lichen planus: presentation of six families* / A. Bermejo-Fenoll, P. Lopez-Jornet // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* 2006. - Vol. 102, № 2. - P. 12-15.
9. Слесаренко Н. А. *Красный плоский лишай (современные иммунологические и биохимические аспекты) и методы патогенетической терапии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1995.*
10. Ханухова Л.М., О.Ф. Рабинович, Н.М. *Особенности клеточного иммунитета у больных красным плоским лишаем* *Российский журнал кожных и венерических болезней* No 5, 1999, стр. 48-51
11. Спицына В. И. *Патогенез иммунодефицита у больных красным плоским лишаем слизистой оболочки рта* // *Российский стоматологический журнал.* 2002, № 3, с. 30–34.
12. Рабинович О. Ф. *Иммунологические аспекты патогенеза красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (клиника, диагностика, лечение).* Дисс. д-ра мед. наук. М., 2001, 190 с.
13. Дымо, В.Н. *Иммунологические сдвиги у больных красным плоским лишаем* / В.Н. Дымо, Т.В. Святенко // *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.* 2003. - № 1-4(6). - С. 123-126.
14. Федоров С. М., Селицкий Г. Д., Тимошин Г. Г. *Красный плоский лишай* // *Кожные болезни. М.: ГЭОТАР-Медицина, 1997. С. 67–69.*
15. *Дифференциальная диагностика кожных болезней.* Под ред. Б. А. Беренбейна и А. А. Студницина. М., 1983. С. 269.
16. Гаджимурадов М. Н., Гунаева А. А. *Атипичные формы красного плоского лишая: клинические проявления, дифференциальная диагностика и лечение* // *Клиническая дерматология и венерология.* 2009, № 3, с. 85–80.
17. Петрова Л. В. *Особенности клинического течения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта* // *Рос. журн. кожн.-вен. бол.* 2002; 3: 28–31.
18. Машикллейсон А.Л. *Красный плоский лишай.* В кн.: *Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ.* – М. – 1984. – С. 190–204.
19. Pinkus H. *Lichenoid tissue reactions: A speculative review of the clinical spectrum of epidermal basal cell damage with special reference to erythema dyschromicum perstans* // *Arch Dermatol.* 1973;107:840–6.
20. Райхлин А. Н. *Субклеточные механизмы развития красного плоского лишая слизистой оболочки рта и его лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1986.*
21. Шахнес, И.Е. *Опыт лечения красного плоского лишая интерфероном* / И.Е. Шахнес, В.П. Барчене, А.Г. Туманян // *Рос. журн. кожных и венерических болезней.* 2001. - № 3. - С. 29-30.
22. Машикллейсон А.Л., Абрамова Е.И., Петрова Л.В. *Лечение больных красным плоским лишаем слизистой оболочки рта и красной каймы губ.* // *Вестн. дерматол. и венерол.* – 1995. – 2. – 55–58.
23. Максимовская А. Н., Царев В. Н., Гусейнова С. С. *Бактериологическое обоснование лечения красного плоского лишая слизистой оболочки рта с использованием лазерного излучения.* В кн.: *Труды VI съезда Стоматологической ассоциации России.* М., 2000, с. 275–277.
24. Дракин, В.А. *Применение фотомодификации и гемосорбции в комплексной терапии больных эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая (КПЛ)* / В.А. Дракин, А.М. Пасек-ков, Т.В. Юдина // *Новое в стоматологии.* 2005. - № 1. - С. 81-82.
25. Корсунская И. М., Невозинская З. И., Захарова А. Б., Константинов Е. М., Андрюшкова Ю. А. *Опыт терапии красного плоского лишая препаратом Глутоксим* // *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2008, № 1, с. 44–46.
26. Хамаганова И. В. *Адвантан (метилпреднизолон ацепонат) в комплексном лечении красного плоского лишая* // *Вестник дерматологии и венерологии.* 2004, № 3.
27. Файзулин Р. А. *Применение димочифона и селективной фототерапии больных красным плоским лишаем с учетом иммунологических показателей крови: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1992. 21 с.*
28. Потоцкий И. И. *Справочник дерматовенеролога.* Киев, 2005. С. 88.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ТЕРАПИЯ ДЕРМАТОМИКОЗОВ

ТОО «Дом Здоровья»

Актуальность данной нозологии обусловлена, во-первых, большой распространенностью этой инфекции, во-вторых, трудностями ее терапии. Не случайно грибковые заболевания называют «всенародной заразой», «возмездием цивилизации».[1]. Так, по данным зарубежных исследователей, онихомикозом страдает от 2 до 18,5% от общего числа жителей планеты, а в возрастной группе 70 лет и старше этим недугом поражено 50% населения Земли [2]. По данным разных авторов, грибковое поражение стоп наблюдается у трети всех жителей Европы [3,4]. По данным одного из самых крупных исследований, проведенных за последние годы [5], средняя распространенность дерматофитий за 10 лет среди пациентов в поликлиники Москвы составила 63,9 на 1000 обследованных. [6]. Дерматофиты, являясь довольно активными патогенами, гораздо чаще внедряются в изначально поврежденные участки кожи или ногтевые пластинки. Есть расхожая поговорка у дерматологов – «на здоровый ноготь грибок не садится». Весьма оригинальной в этой связи является теория аутосомно–доминантного наследования восприимчивости к грибковой инфекции [7]. В 1928 г., российские ученые высказывались в пользу возможной семейной предрасположенности к заражению дерматофитией [1]. Гораздо чаще, чем среди других профессиональных групп, онихомикозы встречаются у шахтеров, рабочих–металлургов, военнослужащих, спортсменов. Предрасполагающими к инфекции факторами в данных случаях являются замкнутость производственных территорий, общие душевые и раздевалки, а также ношение специальной одежды и обуви: военной формы, комбинезонов, сапог, тяжелых закрытых ботинок [8,9]. Места общего пользования: бани, бассейны, спортзалы являются резервуаром и постоянным источником распространения инфекции для окружающих [10,11].

Из системных препаратов действуют только на дерматофиты или разрешены к применению только при дерматофитии гризеофульвин и тербинафин.

Одним из эффективнейших современных антимикотиков является Ламизил (тербинафина гидрохлорид) [12,13]. Ламизил состоит из двух связанных между собой бензольных колец и аллиламиновой группы. Местом приложения препарата является цитоплазматическая мембрана грибковой клетки. Фунгицидный эффект (основной) обусловлен накоплением в грибковой клетке скваленов, которые, подобно своеобразной липидной губке, экстрагиру-

ют из мембран липидные компоненты. Накапливаясь внутри клетки липидные гранулы, постепенно увеличиваясь в объеме, разрывают ущербные цитоплазматические мембраны, приводя грибковую клетку к гибели. Подавляя фермент скваленоксидазу, тербинафин тормозит формирование эргостерола – основного компонента клеточной стенки грибов, препятствуя их дальнейшему размножению [14].

Терапия микоза стоп проводится в два этапа: подготовительный и основной. Цель подготовительного этапа – регресс острого воспаления при интертригинозной и дисгидротической форме и удаление роговых наслоений при сквамозно–гиперкератотической. [15]. При обширной мацерации, обильном мокнутии и сплошных эрозивных поверхностях показаны холодные примочки из слабого раствора перманганата калия, 2% раствора борной кислоты или раствора хлоргексидина биглюконата. Затем на пораженные участки наносятся комбинированные препараты, содержащие кортикостероиды, антибактериальные и антимикотические компоненты в форме крема (но не мази!), т.к. экссудативный микоз богат кокковой флорой. При угасании острого воспаления следует кремы заменить мазями, содержащими те же компоненты. При умеренном воспалении (скудное мокнутие, ограниченное эрозирование) нет необходимости в назначении примочек; лечение можно начинать с применения кремов, а затем и мазей. С целью удаления роговых наслоений прибегают к различным кератолитическим средствам и методам. [16] Обычно ограничиваются 5–15% салициловым вазелином, который наносят на подошвы 1–2 раза в сутки (на ночь под окклюзионную повязку) до полного удаления роговых масс. Более эффективна отстойка по Ариевичу: на подошвы в условиях стационара на двое суток, а амбулаторно на ночь 4–5 дней подряд под окклюзионную повязку наносят мазь, содержащую салициловую кислоту 12,0, молочную 6,0 и вазелин 82,0. Хороший эффект дает молочно–салициловый коллодий (молочной и салициловой кислоты по 10,0, коллодия 80,0), которым смазывают подошвы утром и вечером в течение 6–8 дней, затем на ночь под повязку наносят 5% салициловый вазелин, после чего назначают ножные мыльно–содовые ванны и отслаивающийся эпидермис удаляют пемзой. Основной этап лечения микоза стоп – применение топического препарата: кетоконазола, сертаконазола – 2 раза в сутки 2–4 недели, тербинафина (крем Ламизил) – 1–2 раза в сутки в течение 1 недели. [17.] В случае острой и

распространенной инфекции назначают системный противогрибковый препарат и применяют наружные противогрибковые средства 2 раза в сутки. Для купирования «ид»-реакций необходимы прохладные примочки, топические стероиды, в редких случаях – короткий курс преднизолона.[18]

Профилактика рецидивов включает ношение свободной обуви и расширение межпальцевого пространства специальными прокладками, а также использование различных присыпок для поглощения влаги. Эти уникальные свойства обосновали применение новой лекарственной формы – Ламизил Уно не только для эффективного лечения [19], но и для профилактики заражения микозами стоп лиц перечисленных групп риска, в том числе страдающих различной дерматологической патологией (псориаз, атопический дерматит, хроническая экзема и т.д.). Ламизил Уно представляет собой революционную технологию принципиально нового пленкообразующего раствора. Он наносится однократно на обе стопы на 24 ч. Уже через 1–2 мин этанол, входящий в состав препарата, испаряется и на коже остается пленка, содержащая тербинафин. Благодаря своему составу она плотно соединяется с эпидермисом и становится «микрорезервуаром» действующего вещества. Максимальная концентрация Ламизила в роговом слое кожи достигается уже через 1,5 ч после его применения. В течение 3 дней он проникает из пленки в роговой и более глубокие слои эпидермиса и сохраняется в них до 2 нед.

Тербинафин относится к щадящим противогрибковым препаратам системного действия. В исследованиях отечественных дерматологов было показано, что недельный курс применения 1% спрея и геля тербинафина при однократном использовании в сутки достаточен для полной санации гладкой кожи от грибковой инфекции. Препарат хорошо переносился больными, общих и местных явлений при его использовании зарегистрировано не было. Наблюдаемое в процессе лечения быстрое стихание воспалительных симптомов – отека, гиперемии, мацерации, а также зуда еще раз подтверждало мнение о наличии у тербинафина противовоспалительного действия [20,21]. При интертригинозной и дисгидротической форме микоза стоп целесообразно применять самые гигроскопичные лекарственные формы – спрей и дермгель, кремовую форму – при шелушении и трещинах. Их наносят на чистую кожу стоп тонким слоем 1 раз в сутки в течение 7 дней до полного исчезновения всех симптомов заболевания. При необходимости лечение может быть продолжено. Недельный курс использования геля или спрея достаточен для полной санации от микотической инфекции [22,23].

При сквамозно-гиперкератотической форме,

особенно в случае выраженного гиперкератоза, до начала этиотропной терапии целесообразно провести отслойку гиперкератотических масс с помощью отшелушивающих средств (5–10%–я салициловая мазь, кремы и мази с мочевиной и молочной кислотой).[24] Для лечения этой формы микоза стоп наиболее подходит крем Ламизил. Его применяют 1–2 раза в сутки в течение 14 дней. Стертая форма микоза стоп является показанием для назначения любой из лекарственных форм Ламизила, в том числе и пленкообразующего раствора ЛамизилУно.

Было проведено рандомизированное двойное слепое плацебоконтролируемое исследование эффективности однократного нанесения 1% пленкообразующего раствора **тербинафина** у 324 больных с микозом стоп. Результат оценивался спустя 6 нед. после применения препарата. Как показало исследование, частота отрицательных посевов, микроскопии и микологического излечения составила, соответственно, 91, 81 и 78%, в то время как эффективность плацебо составила 17% [25,26].

Поверхностные очаги дерматофитий гладкой кожи и кожи лица (*Tinea corporis*, *Tinea faciei*) регрессируют на наружной противогрибковой терапии (клотримазол, миконазол, эконазол, бутенафин, кетоконазол, которые применяют 2 раза в сутки в течение 2–4 недель, тербинафин (крем Ламизил) – 1–2 раза в сутки в течение 1 недели). При наличии обширных очагов требуется системная терапия. При присоединении вторичной инфекции назначают антибактериальную терапию, при развитии глубоких воспалительных очагов рекомендован короткий курс преднизолона, чтобы свести к минимуму рубцевание.[27] В лечении дерматофитии кистей (*Tinea manuum*) топические противогрибковые кремы могут быть эффективны, однако при развитии онихомикоза необходима системная терапия. При выявлении нераспознанной дерматофитии (*Tinea incognita*) важно прекратить применение топического стероида и перейти на противогрибковые кремы 2 раза в сутки в течение от 2 до 4 недель, в зависимости от выбранного препарата.[28,29] Отмечается высокая эффективность применения спрея и дермгеля для лечения больных отрубевидным лишаем. По данным Л.П. Котреховой с соавт., эффективность терапии дермгелем и спреем составила 94,8 и 93,8% соответственно. При этом пациенты отмечают удобство применения и хорошие органолептические свойства препарата, такие как отсутствие салынсти и жирного блеска кожи. Гигроскопичные свойства препарата позволяли наносить его на складки кожи даже у больных с ожирением [30]. Тербинафин более эффективен, чем гризеофульвин в целом, однако также менее активен в отношении *M. canis*. Это проявляется в расхождении отечественных и зарубежных рекомендаций,

поскольку в Западной Европе и США под *tinea capitis* чаще подразумевают трихофитию, а в России - микроспорию. В частности, отечественными авторами отмечена необходимость повышения дозы при микроспории на 50% от рекомендованной.

В лечении паховой дерматофитии эффективны противогрибковые кремы и мази, воздействующие на дерматофиты и *Candida*, содержащие кетоконазол, клотримазол, миконазол, эконазол при ежедневном двухразовом применении в течение 10–14 дней, эффективность тербинафина (крем Ламизил) в случае паховой эпидермофитии доказана после ежедневного однократного применения в течение 7 дней. Длительное применение комбинированных препаратов, содержащих, помимо противогрибковых агентов, кортикостероидные гормоны, может модифицировать типичную клиническую картину дерматофитийной инфекции (*Tinea incognita* – нераспознанная дерматофития) и

привести к развитию атрофии и стрий в интертригинозном участке. При стойких инфекциях проводится системная терапия: интраконазол или флуконазол в течение 2–4 недель. При выраженном зуде возможно назначение антигистаминных препаратов. Для уменьшения влажности и предупреждения повторной инфекции возможно использование присыпок, не содержащих

И, в заключении, хочется отметить, что, для предотвращения заражения имеет место **личная профилактика**. Особенно актуальны профилактические мероприятия у лиц, регулярно посещающих бани, бассейны, сауны, спортивные секции, фитнес-клубы, а также у лиц определенных специальностей (спортсмены, военнослужащие, шахтеры и т.д.). Регулярное использование с целью профилактики хорошо впитывающихся и не пачкающих одежду кремов (Экодакс и др.) является надежной гарантией предотвращения заражения микозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции: Руководство для врачей. Москва, Издательство «Бином», 2008 – 480 с.
2. Gill D., Marks R. A review of the epidemiology and treatment of tinea unguinum in the community/ Austral. J Dermatol. 1999, 40:1:6–13
3. Рукавишников В.М. Микозы стоп. М.: ЭликсКом, 2003.
4. Разнатовский К.И., Родионов А.В., Котрехова Л.П. Дерматомикозы. – СПб: Издательский дом СПбМАПО, 2006. – 159 с.
5. Сергеев А.Ю., Иванов О.Л., Сергеев А.Ю., и др. Исследование современной эпидемиологии онихомикоза. Вестник дерматологии и венерологии, 2002, №3, с.31–35.
6. Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю. Проект “Горячая линия”: итоги и результаты. Успехи медицинской микологии, 2003, том №2, с.153–154. Москва, Национальная академия микологии.
7. Varan R., Onychomycosis: the current approach to diagnosis and therapy. London: Malden MA: 1999
8. Gill D., Marks R. A review of the epidemiology of tinea unguinum in the community/ Austral. J Dermatol. 2009; 40:1:6–13
9. Позднякова О.Н. Микозы стоп у работников электронной промышленности. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1998.
10. Рукавишников В.М. Эпидемиология, патогенез, клиника, лечение и профилактика микозов стоп. Materia medica, 1997, №2, с. 11–40.
11. Елинов Н.П., Васильева Н.В., Разнатовский К.И. Дерматомикозы, или поверхностные микозы кожи и ее придатков–волос и ногтей. Лабораторная диагностика. Проблемы медицинской микологии–2008.–Т.10–№1.–С. 27–34.
12. Потеекаев Н.С., Потеекаев Н.Н., Рукавишников В.М. Ламизил: 10 лет в России. М.: Медицинская книга, 2003.
13. Nolting S., Brautigam M. The clinical meaning of terbinafine, s antimicrobial activity.// Br. J Dermatol. 1992. 126 supp. 39: P. 56–608.
14. Schmid–Wendtner M.H., Korting H. Topical terbinafine. Reduction of duration of therapy for tinea pedis // Hautarzt. 2008 Dec. Vol. 59 (12). P. 986–991.
15. Janknegt R, Bessems PJMJ, Dekker SK, van Tiel F. Antimycotics in toenail onychomycosis. Drug selection by means of the SOJA method. J. Drug Asses 2003; 6: S1–18.
16. Васильева Н.В., Разнатовский К.И. Мониторинг чувствительности клинически значимых микромицетов к изоконазолу, оценка его эффективности и безопасности в терапии больших микозами кожи. Проблемы медицинской микологии. – 2007. – Т.9, №2. С. 19–22
17. Цыкин А.А. Онихомикозы: ДНК–диагностика, совершенствование комбинированной терапии. Автор. дисс. на соиск учен. степени канд. мед. наук. М. 2008.–24с
18. Котрехова Л.П. Этиология, патогенез, клинические формы микоза стоп и основные методы его лечения. РМЖ. 2010;Т.18, №12, С. 770
19. Позднякова О.Н. Результаты клинической и микологической эффективности препарата «Ламизил Уно» в наружной терапии микозов стоп. Рос. журн. кожн. и венерич. болезней. 2009; 1: 26–9
20. Потеекаев Н.С. Программа лечения онихомикоза у взрослых. РМЖ. 2005;Т.13, №5С.249–250
21. Martin Feuilhade De Chauvin. Study of decontamination of insjles colonised by skin scales infected with dermatophyte action of terbinafine 1% spray. EADV Berlin, October 2009.
22. Халдин А.А., Цыкин А.А., Изюмова И.М. Клинико–этиологическая эффективность 1% спрея «Ламизил» при лечении грибо-

вых поражений крупных складок кожи. *Рос. журн. кож. и вен. бол.*— 2007.—№ 1.—С. 56–61
23. Kienzler J.L., Queille-Roussel C., Mugglstone C. et al: *Stratum Corneum Pharmacokinetics of a Novel formulation for single dose treatment in dermatophytosis.* // *JEADV.* 2005. 19 suppl. 2: FC 02.7.

24. Позднякова О.Н., Поздняков А.В. Ламизил крем в терапии микотических поражений кожи. *Новые лекарственные препараты.* (Вып. 6). М.:2000;с.3-6.

25. Cribier B. J., Bakshi R. *Terbinafin in treatment of onychomycosis: a review of its efficacy in high-risk populations and in patients with nondermatophyte infections* // *B. J. Dermatol.* 2004. Vol.150. P. 414–420.

26. De Chauvin M.F., Viguie-Vallanet C., Kienzler J.L., Larnier C. *Novel, single-dose, topical treatment of tinea pedis using terbinafine: results of a dose-finding clinical trial* // *Mycoses.* 2008 Jan. Vol. 51 (1). P. 1–6.

27. Степанова Ж.В., Новоселов А.Ю. Ре-

зультаты клинического изучения 1% крема «Тербизил» при лечении микозов гладкой кожи. *Consilium medicum.— Приложение » Дерматовенерология.*— 2004.—С. 5–7.
28. Елинов Н.П., Васильева Н.В., Разнатовский К.И. *Дерматомикозы, или поверхностные микозы кожи и ее придатков-волос и ногтей. Лечение. Проблемы медицинской микологии—2008.*—Т.10—№1.—С. 27–34.

29. Deng S., Hu H., Abliz P., Wan Z., Wang A., Cheng W., Li R. *A random comparative study of terbinafine versus griseofulvin in patients with tinea capitis in Western China* // *Mycopathologia.* 2011 Nov. Vol. 172 (5). P. 365–372.

30. Revankar S.G., Nailor M.D., Sobel J.D. *Use of terbinafine in rare and refractory mycoses* // *Future Microbiol.* 2008 Feb. Vol. 3 (1). P. 9–17

31. Gianni C. *Update on antifungal therapy with terbinafine* // *G Ital Dermatol Venereol.* 2010 Jun. Vol. 145 (3). P. 415–424



УДК:616.155.194.18-053.1/3

Звягинцева В.П.

ПАТОГЕНЕЗ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Гемолитическая болезнь плода и новорожденного (ГБПН) - врожденное заболевание, характеризующееся усиленным распадом эритроцитов и симптомами, обусловленными токсическим действием продуктов гемолиза на организм. ГБПН развивается при наличии в крови у матери антител к антигенам эритроцитов плода, способных проходить через плацентарный барьер в кровотоке ребенка. В рамках единой функциональной системы мать-плацента-плод формируются иммунологические взаимоотношения матери и плода, которые в настоящее время являются предметом пристального внимания ученых. При этом актуальной является проблема иммунизации матери к антигенам системы резус плода с целью предотвращения развития гемолитической болезни [1, 2].

Статистические данные о частоте ГБПН новорожденных разноречивы. Длительное время к гемолитической болезни относили лишь появление тяжелой желтухи и выраженного отека. Выяснение причины заболевания, а также введение в диагностику серологических исследований крови матери и плода позволили правильно устанавливать диагноз не только при тяжелом течении, но и в легких случаях. Это

отразилось на статистике гемолитической болезни. В настоящее время принято считать, что ГБПН, обусловленная резус-несовместимостью, встречается с частотой 1 случай на 250-300 родов [3]. По данным ряда авторов гемолитическая болезнь в России диагностируется приблизительно у 0,6% новорожденных [4]. Другие исследователи указывают, что частота ГБПН варьирует от 10 до 50 на 10000 всех детей, родившихся живыми [5]. В США изоиммунизация, развившаяся в результате не совместимости крови матери и плода по антигенам эритроцитов встречается в 6,7 случаях на 1000 женщин [6]. Вследствие этой иммунизации, более 30000 плодов ежегодно имеют риск развития анемии. В России перинатальная заболеваемость и смертность от гемолитической болезни плода и новорожденных превышает таковую, зарегистрированную в развитых странах Европы и Америки [7]. Это обусловлено тем, что до настоящего времени профилактика ГБПН либо не применялась вообще, либо носило не повсеместный характер. Следовательно, количество женщин, имеющих изоиммунизацию при беременности, остается высоким и не имеет тенденции к снижению. Данные центра планирования семьи и репродукции в Москве, где концентрируются пациентки

с резус-сенсбилизацией, подтверждают актуальность проблемы профилактики и лечения гемолитической болезни, так как число родов при резус-конфликтной беременности существенно не меняется: 116 (2,2%) – в 1999 году и 195 (2,7%) – в 2006 [8]. По мнению большинства авторов, профилактика ГБПН помимо медицинского, имеет и социальный аспект [9]. Так, у 87-92% женщин с резус-отрицательной кровью, которым после первой беременности не проводилась иммунопрофилактика, последующие беременности заканчивались трагически [10].

В многочисленных работах ученых сделаны попытки улучшить диагностику и лечение гемолитической болезни [11,12]. Однако ряд положений в этой области на сегодняшний день следует считать устаревшими. Несмотря на многолетний опыт и существенные наработки в области диагностики и лечения ГБПН, многие вопросы, связанные с охраной здоровья плода и новорожденного при этом заболевании не могут считаться до конца решенными. До настоящего времени не достаточно внедрены в практическое здравоохранение обязательные мероприятия, направленные на профилактику заболевания детей. Вышесказанное указывает на необходимость продолжения научных разработок в этой области, создания научного обоснования алгоритма ведения беременности и родов при резус-сенсбилизации, а также профилактических мероприятий.

Современная пренатальная диагностика ГБПН использует самые различные технологии. Все они обладают разными возможностями и степенью надежности. Некоторые из этих технологий, такие как биопсия хориона или амниоцентез, кордоцентез являются инвазивными, то есть предполагают хирургическое вторжение в полость матки с целью взятия плодного материала для последующего лабораторного исследования. При этом повышается риск развития осложнений в виде кровотечения из места пункции пуповины, гематомы пуповины, плодово-материнские кровотечения, отслойка плаценты, острая гипоксия плода, преждевременное излитие вод и начало родовой деятельности, инфицирование [13]. Кроме того, при проведении инвазивных манипуляций возможен обмен кровью матери и плода, что в случае беременности резус-отрицательной женщины резус-положительным плодом может привести к выработке организмом женщины антител к клеткам крови плода и развитием гемолитической болезни.

В качестве неинвазивных диагностических методов при ГБПН предлагаются ультразвуковое исследование (УЗИ) и доплерометрия кровотока в средней мозговой артерии плода [14, 15]. Однако в настоящее время в качестве скринингового диагностического и прогностического теста развития гемолитической болезни используются современные неинвазивные методы, такие как

раннее выявление титра анти-D резус-антител и его рост в течение беременности, а также выделение и изучение фетальных клеток плода и фетальной ДНК из крови матери [16, 17, 18].

Основной причиной развития гемолитической болезни плода и новорожденных является несовместимость крови матери и плода по аллоантигенам эритроцитов. Наиболее часто данная патология возникает при несовместимости крови матери и плода по фактору D [19, 20]. При этом материнская кровь должна быть резус-отрицательной, а кровь плода содержать резус-фактор. Клетки крови плода, содержащие резус-фактор или групповые антигены и обладающие соответствующей антигенной активностью, проникают в материнский кровоток. Вследствие этого происходит иммунизация женщины. Это сопровождается выработкой в ее организме или антирезус-антител или антител против групповых антигенов [21]. Иммунизация женского организма происходит либо уже при первой беременности резус-положительным плодом, либо после переливания резус-положительной крови. Элементы крови плода, содержащие соответствующие антигены, наиболее часто попадают в материнский кровоток во время родов, особенно при оперативных вмешательствах, когда выполняют кесарево сечение или ручное отделение плаценты и выделение последа. Попадание элементов крови плода в материнский кровоток и последующая иммунизация женщины возможны и во время беременности при нарушении целостности ворсин плаценты, что бывает при токсикозе беременных, угрозе прерывания беременности, предлежании плаценты, при отслойке плаценты, внутриутробной гибели плода. Учитывая то, что резус-фактор образуется с самых первых дней беременности, попадание их в материнский организм и иммунизация возможны при выполнении аборт или при внематочной беременности [22]. Доказано, что после первой беременности иммунизируется около 10% женщин [23].

Установлено, что эритроцитами резус-положительного плода иммунизируется только одна из 25-30 резус-отрицательных женщин, а все остальные женщины не подвергаются сенсбилизации, несмотря на повторные беременности [24]. Зная распределение резус-фактора среди населения, можно считать, что наиболее вероятным у большинства резус-отрицательных женщин будет резус-положительный муж. Если при этом предположить, что часть отцов гомозиготны (Rh0 – D – D) и все дети будут резус-положительными, а часть отцов гетерозиготны (Rh0 – Hr0; D – d) и у них только половина детей будет резус-положительна, то вероятность несовместимости по резус-фактору во время беременности оказывается высокой. Резус-конфликт чаще

возникает, если отец ребенка имеет гомозиготный тип крови (DD). Имеет значение также наличие повышенной чувствительности резус-отрицательной женщины к резус-фактору [25]. При этом неодинаковую чувствительность резус-отрицательной женщины к резус-фактору объясняют генотипическими и структурными особенностями резус-фактора у одних и развитием иммунологической толерантности – у других. В естественных условиях антиген может поступать к плоду от матери, но в связи с толерантностью плод не иммунизируется и не образует антител. Это означает, что резус-отрицательная девочка, родившаяся от резус-отрицательной матери, легко подвергается сенсибилизации резус-фактором, в то время как резус-отрицательная девочка, родившаяся от резус-положительной матери, приобретает иммунологическую толерантность, так как в периоде эмбрионального развития, она получила от своей матери через плаценту резус-антиген и стала иммунологически ареактивной к резус-фактору.

В последние годы получила развитие разработка безопасных и одновременно точных методов, связанных с циркулирующими в крови беременной нуклеиновыми кислотами плода. В сыворотке беременной женщины молекулярно-генетическим методом выделяют фетальные ДНК плода и в режиме реального времени путем ПЦР-амплификации двух различных сегментов определяют Rh-D ген [20]. Свободно циркулирующие плодные ДНК - это короткие участки плодных нуклеиновых кислот, циркулирующих в материнской плазме, которые могут выявляться в несвязанной форме, свободными от обычных клеточных компонентов. Выделение и изучение фетальных клеток плода и фетальной ДНК из крови матери является одним из перспективных методов пренатальной диагностики гемолитической болезни. До определенного времени считалось, что ДНК находится только в клеточных структурах, преимущественно в ядрах клеток и некоторое количество - в митохондриях, где она исполняет роль носителя генетической информации. К настоящему времени уже установлено, что некоторое количество ДНК обнаруживаются и вне клеток, прежде всего в плазме крови человека [14]. Циркулирующая ДНК может появляться в кровотоке в результате гибели ядросодержащих клеточных элементов, созревания эритроцитов и тромбоцитов, а также активной секреции нуклеиновых кислот во внеклеточное пространство.

Одним из известных механизмов появления свободных ДНК в кровотоке может быть процесс образования и созревания постклеточных структур крови - тромбоцитов и эритроцитов. Объяснением появления внеклеточных нуклеиновых кислот в крови могут быть постоянно идущие в организме

процессы отмирания клеток и деградации их хроматина [25]. Таким образом, в первую очередь источником внеклеточной ДНК крови может быть некроз или апоптоз ядросодержащих клеточных элементов крови или эндотелиальных клеток.

В 1997 году впервые было продемонстрировано присутствие фетальной внеклеточной ДНК в плазме и сыворотке беременных женщин [26]. Это открытие способствовало интенсивному изучению плодной ДНК в качестве потенциального маркера для неинвазивной пренатальной диагностики гемолитической болезни. Метод измерения концентрации внеклеточной ДНК плода в крови матери основывался на обнаружении последовательности Y-хромосомы (SRY) методом количественной ПЦР в реальном времени [27]. Была прослежена положительная связь между сроком беременности и уровнем фетальной внеклеточной ДНК. Биологические основы, благодаря которым происходит увеличение концентрации внеклеточной ДНК матери и плода с развитием беременности, остаются неясными. К этому приводит усиление трансплацентарного транспорта нуклеиновых кислот или интенсификация пролиферативных/апоптотических процессов в самой плаценте. Существует мнение, что повышение концентрации внеклеточной фетальной ДНК в материнской циркуляции происходит вследствие возможной редукции выведения ДНК из организма матери, причиной чего могут быть различные физиологические изменения функций органов выделения женщины в течение беременности [28].

Доказано, что в плазме крови беременных женщин циркулируют более длинные молекулы ДНК, чем в плазме небеременных женщин. При этом молекулы фетальной ДНК в целом короче, чем материнской ДНК, и более фрагментированы. Предполагается, что фетальная ДНК попадает в кровь матери путем транспорта через плаценту фетальных клеток, которые быстро разрушаются иммунной системой матери, а также в результате лизиса клеток плаценты и прямого выброса ДНК плода в кровь матери [29]. Фетальная ДНК обнаруживается уже на первых неделях развития плода, а у 80% беременных женщин - на 28-й день после зачатия. Эти данные свидетельствуют в пользу того, что фетальная ДНК появляется в крови матери раньше времени формирования системы кровообращения плода.

Принимая во внимание вышесказанное, можно сказать, что дальнейшее изучение проблемы диагностики гемолитической болезни, проведение работы по раннему выявлению титра анти-D резус-антител и резус-антигена Rh-D плода в крови резус-негативных женщин, позволят сформировать группу риска и как можно раньше начать мероприятия, направленные на предотвращение резус-конфликта между матерью и плодом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жибурут Е., Баранова Б.В., Ильин А.Б. Гемолитическая болезнь новорожденного // Трансфузиология. - 2006. - № 3-С. 76-93.
2. Мальцева Л. И. Иммуноконфликтная беременность. Казань, 2006. - 34 с.
3. Макогон А.В., Дегтерев И. Комплексная пренатальная диагностика и лечение гемолитической болезни новорожденных: возможности и перспективы // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2002. - № 6. - С. 11-13.
4. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. - М.: 2004. 191с.
5. Макогон А.В., Дегтерев М.А., Андрияшина И.В. и соавт. Комплексная перинатальная диагностика и лечение гемолитической болезни плода: возможности и перспективы // Российский вестник перинатологии и педиатрии - 2002. - № 6. - С. 11-13.
6. Lee KK, Cho JJ, Park EJ, Choi JD. An integrated microfluidic biochemical detection system for protein analysis with magnetic bead-based sampling capabilities // *Int J Cosmet Sci.* - 2001. - Vol.23(6). - P. 341-346.
7. Рау И. В. Сенсibilизация беременных женщин и родильниц к антигенам системы АВО и резус-фактору /Автореф. дисс. . канд. биол. наук. Сыктывкар, 2003. - 23 с.
8. Протокол Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины. Диагностика и лечение гипербилирубинемии у новорожденных детей. - М., 2006. - 25 с.
9. Кулаков В.И. Новые технологии и научные приоритеты в акушерстве и гинекологии // Акушерство и гинекология. - 2002. - № 5. - С. 3-5.
10. Суханова Л.П. Динамика перинатальной смертности в акушерских стационарах России в 1991-2002 гг. // Акушерство и гинекология. - 2005. - № 4. - С. 46-48.
11. Araujo F. Real-time PCR assays for high-throughput blood group genotyping // *Methods Mol Biol.* 2009. - Vol. 496: - P: 25-37.
12. Савельева Г.М., Конопляников А.Г., Курцер М.А. Резус-сенсibilизация. Старые проблемы. Новые решения // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2005. - Т. 4, № 3. - С. 89-93.
13. Саакян Е.Н. Внутриматочные диагностические и лечебные инвазивные процедуры у беременных с резус-сенсibilизацией. Мониторинг плода и новорожденного: Дис.канд. мед. наук. М., 2002. -141 с.
14. Баранов А.А., Володин Н.Н., Самсыгина Г.А. Рациональная фармакотерапия детских болезней: - М.: Литтерра, 2007. - 800 с.
15. Чистозвонова Е.А. Отечная форма гемолитической болезни новорожденных (диагностика, лечение, отдаленные результаты): Дис.канд. мед. наук. - М., 2004. - 145 с.
16. Меркулова Н. Н. Иммуносерологическая диагностика гемолитической болезни новорожденных // Акушерство и гинекология. 2004. - № 5. - С. 42-44.
17. Хватова А. В. Прогностическое значение подклассов анти-D-антител при гемолитической болезни новорожденных // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2005. - Т. 4. - № 2. - С. 60-63.
18. Waring P, Rustevsky S, Wang C, Wilson T. Inactivation of the transcription factor E1f3 in mice results in dysmorphogenesis and altered differentiation of intestinal epithelium // *Gastroenterology.* - 2002.-Vol.122 (5).- P. 55-66.
19. Конопляников А. Г. Гемолитическая болезнь плода при резус-сенсibilизации: современные аспекты диагностики, лечения и профилактики / А. Г. Конопляников // Акушерство и гинекология. 2005. - №6. - С. 63-67.
20. Aref K., Voctor F.N., Pande S. et al. Successful perinatal management of hydropsfetalis due to hemolytic disease associated with D-maternal phenotype // *J. Perinatal;* 2002, Dec. - Vol. 22. - № 8. - P. 667-668.
21. Тоинов А.А., Рау И.В., Мороков В.А. Особенности диагностики Rh- принадлежности крови новорожденных, страдающих гемолитическим заболеванием, обусловленным анти-Rh (D) антителами // Вестник службы крови России. - 2004. - № 1. - С. 2425.
22. Савельева Г.М., Панина О.Б., Сичинава Л.Г. и др. Пренатальный период и его значение в развитии плода и новорожденного // Акушерство и гинекология - 2004. - № 2.- С. 60-62.
23. Шмагель С.В., Черешнев В.А. Иммуитет беременной женщины М.: Медицина. - 2003. - 224 с.
24. Хватова А.В. Провоспалительные интерлейкины и подклассы анти D-резус антител в прогнозе развития гемолитической болезни плода и новорожденного при резус-сенсibilизации: Дис.канд. мед. наук. М., 2007.- 183 с.
25. Amess P. Use of red cells preserved in extended storage media for exchange transfusion in anti-k haemolytic disease of the newborn / P. Amess, N. Win, M. Needs, P. E. Hewitt // *IBMJ.* 2002. - № 5. - P. 312.
26. Минеева Н.В., Пашкова И.А. Специфичность аллоантител беременных женщин и особенности течения гемолитической болезни новорожденных // Гематология и трансфузиология. - 2002. - Т. 47. - № 6. -С. 35-36.
27. Achargui S., Benchemsi N. A quantitative determination of Ig G anti-D subclasses by Elisa in hemolytic disease of the newborn. // *Transfus. Clin Biol.* - 2003. - № 4. - P. 284-291.
28. Ahlfors C.E. Bilirubin-albumin binding and

free bilirubin // J. Perinatol. 2001. - Vol. 21.- Suppl. 1. - P. 40-42.

29. Павлова Н.Г., Аймалазян Э.К. *Современные*

представления о патогенезе и диагностике анемии у плода // Пренатальная диагностика. - 2007. - Т.6.№3. - С.172-175.



УДК: 615.9:616.24-002-053.2

Зулкарнаева А.Г.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

ГККП «Городская поликлиника № 8», Астана

Пневмония по-прежнему остается одним из наиболее широко распространенных инфекционных заболеваний с серьезным прогнозом [1-6]. У пациентов детского возраста, в течение последних лет, пневмонии занимают одно из ведущих мест в структуре бронхолегочной патологии. Несмотря на высокую эффективность лечения антибактериальными препаратами, пневмонии остаются в ряду 10 важнейших причин смертности в экономически развитых странах. По данным некоторых исследователей, показатель смертности детей от внебольничной пневмонии (ВП) составляет в среднем 13,1 на 100 000 детского населения [3, 5, 6]. Причём погибают преимущественно дети раннего возраста (11,3 на 100 000 детей, родившихся живыми), а также дети и подростки с нарушениями противоинфекционной защиты [7]. Заболеваемость острыми пневмониями колеблется от 10 до 25 на 1000 детского населения в раннем постнатальном периоде и до 5 - 8 на 1000 у детей старшего возраста [8]. Несмотря на совершенствование профилактики, диагностики и прогресс медицины в разработке новых антибактериальных препаратов, до настоящего времени существенных тенденций к снижению удельного веса пневмоний в заболеваемости и смертности детского населения не отмечается [7, 9]. Это подчеркивает актуальность и большое значение методов определения этиологии инфекционного процесса.

Наряду с этим растет удельный вес пневмоний с атипичными клиническими проявлениями, для которых характерно затяжное нетяжелое течение, афебрильная температура и негомогенная инфильтрация на рентгенограмме [10]. Наличие бронхиальной обструкции (свистящего дыхания) также с высокой вероятностью исключает типичную внебольничную пневмонию и возможно лишь при атипичных формах и внутрибольничном заражении [11].

Слабым звеном в изучении проблемы этиопатогенеза пневмоний у детей является этиологическая расшифровка диагноза. На

современном этапе развития педиатрии требуется изыскание эффективных методов диагностики и лечения острых пневмоний. Несмотря на сохраняющуюся ведущую роль *S.pneumoniae* в этиологии пневмонии у детей [12], смена микробного пейзажа (пневмококк, хламидии, микоплазма), реактивности - делают актуальным изучение аспектов патогенеза внебольничной пневмонии, для оптимизации диагностики, профилактики и лечения [13]. Основными возбудителями при нетяжелой пневмонии оказываются пневмококк, гемофильная палочка, микоплазма и хламидия [4, 7]. В случаях тяжелой, тем более жизнеугрожающей, пневмонии пневмококк остается лидирующим возбудителем, роль гемофильной палочки возрастает, но так и остается, вторичной, а вот микоплазма и хламидия по мере утяжеления болезни как бы отступают назад, предоставляя место основным возбудителям - легионелле (при тяжелой пневмонии) и представителям семейства *Enterobacteriaceae* - *Escherichia coli* и *Klebsiella pneumoniae*. В большинстве исследований [3, 5, 9, 11] отмечено, что при бактериальных инфекциях нижних дыхательных путей основным возбудителем (в более половины случаев) является гемофильная палочка. Большое значение имеют также *S. pneumoniae* и *Moraxella catarrhalis*. Ведущие патогены ВП (в Великобритании): пневмококк (36%), гемофильная палочка (10%), вирус инфлюэнцы (1%) и микоплазма (2-10%, чаще у молодых). Тяжелую внебольничную пневмонию, обычно вызывают: пневмококк, легионелла, кишечные грамотрицательные бактерии, золотистый стафилококк, микоплазма, респираторные вирусы. Смешанная инфекция определяется у 10-20% всех пневмоний (как правило, один из патогенов - пневмококк). Во многих исследованиях показано, что при тяжелой ВП этиологический агент не выявлялся в 50-60% случаев, даже при проведении инвазивных диагностических процедур. Вероятно, большая часть больных, ранее получала антибактериальную терапию [2-5, 11-14].

В 60-80% случаев назначение стартовой терапии при острых пневмониях бывает неэффективным, неправильно выбирается доза препарата, кратность его введения, что в итоге определяет тенденцию к затяжному процессу течения пневмоний и частым осложнениям, таким как ателектаз и плеврит. В связи с этим, часто назначают повторные, не всегда этиологически обоснованные курсы антибактериальной терапии, что выявляет острую необходимость в бактериологическом подборе антибактериальных средств [3, 11].

Успешность лечения внебольничной пневмонии у детей, как в амбулаторных условиях, так и в стационаре определяется в первую очередь адекватностью антибактериальной терапии, которая является ведущей в лечении острых респираторных заболеваний бактериальной природы и служит одним из наиболее действенных средств снижения летальности и улучшения прогноза бронхо-легочных болезней. Для уменьшения ошибок в последние годы были разработаны рекомендации по эмпирическому выбору стартовых антибиотиков [8, 7, 10]. Принципиальным положением разработанных алгоритмов является выбор препаратов в зависимости от эпидемиологических условий, возраста заболевших, преморбидного состояния. Однако в настоящее время, результат эмпирической антибактериальной терапии зачастую не соответствует ожиданиям. Это порождает необходимость проведения фармакоэпидемиологического анализа проводимого антибактериального лечения детей с внебольничной пневмонией в условиях поликлиник и стационаров. Фармакоэпидемиологические исследования служат основой мероприятий по оптимизации применения фармакологических препаратов. Путем проведения ретроспективных исследований они выявляют существующие проблемы фармакотерапии и становятся базой для разработки мероприятий направленных на оптимизацию лекарственной терапии, отвечающих нуждам и условиям конкретного региона [11-18]. Принципиально важным для выбора стартовой антимикробной химиотерапии пневмонии является учет наиболее вероятных возбудителей. К ним относятся типичные бактериальные агенты, а также атипичные пневмотропные возбудители [16]. В рамках вопроса этиологической расшифровки ВП широко обсуждается клиническое значение атипичной флоры, а также микст-инфекции, составляющей по результатам серологических исследований 19-48% у больных ВП [5]. На практике педиатры, как прави-

ло, эмпирически выбирая антибактериальный препарат, ориентируются на бактериального моновозбудителя ВП, недооценивая роли сочетаний пневмотропных патогенов.

Наиболее изученной среди атипичных возбудителей, с точки зрения эксперимента и клиники, является *M.pneumoniae*, способная вызывать у детей респираторный микоплазмоз с поражением различных участков дыхательного тракта, среди которых на долю пневмонии приходится от 15 до 27% случаев [6]. С позиций доказательной медицины антибактериальная терапия является единственным рациональным методом лечения нетяжелой ВП у детей [7, 9]. Поэтому наиболее актуальными на современном этапе являются проблемы применения антибиотиков в условиях первичной медицинской помощи. Они связаны с трудностями диагностики и верификации возбудителя, возможностью лишь ориентировочно установить этиологию болезни, региональными особенностями инфекции (эпидемиологические факторы, уровень резистентности), чем определяется ограниченность применения национальных рекомендаций и федерального формуляра лекарственных средств.

Рациональный выбор антибиотика для лечения ВП у детей зависит от места возникновения и степени тяжести заболевания [4, 10, 13], вероятного возбудителя и его антибиотикочувствительности [7], возраста, антибактериального анамнеза ребенка и морфологии легочного процесса [11, 15], фармакоэкономических аспектов, пути введения препарата [9]. Однако, необходимо отметить, что в настоящее время в педиатрии отсутствуют согласованные протоколы и четкие алгоритмы лечения пневмонии, учитывающие все вышеизложенные факторы. Нередко в амбулаторной практике имеет место нерациональное использование антибиотиков, что ведет к снижению их эффективности, увеличению частоты госпитализаций, затрат на лечение и летальности [16]. Наиболее угрожающим итогом нерациональной антибактериальной терапии респираторных инфекций у детей, в том числе и ВП, является глобальный рост резистентности микроорганизмов, следствием которого становятся учащение хронических инфекций, бессимптомного носительства и увеличение потребления антибиотиков. Важными задачами исследования в этой области являются анализ необходимых показателей фармакотерапевтической деятельности на амбулаторно-поликлиническом этапе [17] и учет локальной резистентности установленных возбудителей.

Одним из современных методов лечения тяжелой ВП является ступенчатая антибактериальная терапия. Основная идея ступенчатой терапии заключается в сокращении

длительности парентеральной терапии, что обеспечивает значительное уменьшение стоимости лечения, сроков пребывания пациента в стационаре, уменьшение частоты постинъекционных осложнений при сохранении высокой клинической эффективности [18]. Объективным методом оценки ведения больных является внедрение индикаторов качества. Использование индикаторов качества позволяет выявить и количественно охарактеризовать

элементы лечебно-диагностического процесса в реальной клинической практике.

Таким образом, актуальным вопросом остается оптимизация антибактериальной терапии пневмоний. В понятие оптимизации следует включать не только проблему правильного выбора стартовой терапии, но и адекватность режима дозирования антибиотиков, который при этиотропной терапии зависит от вида возбудителя инфекции и его чувствительности к препарату.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барлетг Д. Инфекции дыхательных путей/Д. Барлетг,- М.: Бином, Санкт-Петербург: Невский диалект, 2000 192 с.
2. Алексанян Л.А. Принципы антибактериальной терапии пневмонии/Л.А. Алек-санян, А.Л. Верткин, М.М. Шамуилова// Лечащий врач-2001 №1 - С.4 -7.
3. Алексеева В.М. Фармакоэкономика: лечение внебольничных пневмоний/В.М. Алексеева, Т.Н. Кушкина/ Здоровоохранение.-2002.-№11- С.39 41.
4. Архипов В.В. Антибактериальная терапия инфекций нижних дыхательных путей в амбулаторной практике с позиций доказательной медицины/В.В. Ар-хипов// Атмосфера. Пульмонология и аллергология-2003. №1. -С. 40 - 42.
5. Баранов А.А. Региональные особенности смертности детского населения России/А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Т.В. Яковлева, А.И. Глуша-ков//Вопросы современной педиатрии. 2002. - Т.1, №.5. - С. 8 - 10.
6. Безбородова Н.В. Ступенчатая терапия: перспективный антибактериальный режим в педиатрии/Н.В. Безбородова, В.А. Прошин, Л.А. Куликова//Лечащий врач,- 2001 -№.10- С.12- 16.
7. Белобородова Н.В. Эффективность и безопасность ступенчатой и последовательной антибиотикотерапии внебольничной пневмонии у детей/ Н.В. Белобородова, Г.М. Полухина, Е.В. Андрющенко// Детский доктор- 2001. -№.1.- С. 29-32.
8. Генне Н.А. Тактика лечения пневмоний у детей раннего возраста с использованием антибиотиков пенициллинового ряда / Н.А. Генне, А.В. Карпушкина// Consilium medicum. 2001. - №2. - С.7 - 11.
9. Дворецкий Л.И. Внебольничная пневмония. Алгоритмы диагностического поиска и антибактериальной терапии/ Л.И. Дворецкий// Русский медицинский журнал. 2002. - Т.10,№17. - С. 752 - 757.
10. Дворжецкий Л.И. Рациональная антибактериальная терапия пневмоний/ Л.И. Дворжецкий// Лечащий врач. 2002. - №.10. - С. 26 - 34.
11. Самсыгина Г.А. Антибактериальная терапия респираторных заболеваний у детей/Г.А. Самсыгина, М.Р. Богомилский, Т.И. Гаращенко// СопзШит medi-сип. 2001. - №2. - С.3 - 7.
12. Самсыгина Г.А. Антибиотики в лечении острых бронхитов у детей/Г.А. Самсыгина// Лечащий врач. 2002. - №.10. - С. 1 - 4.
13. Синопальников А.И. Атипичная пневмония/ А.И. Синопальников//Русский медицинский журнал. 2002. - Т.Ю, №23. - С. 1080 - 1085.
14. Синопальников А.И. Рациональная антибактериальная терапия пневмоний/А.И. Синопальников// Российские медицинские вести. 1996. - №1. - С.5 - 13.
15. Страчунский Л.С, Современная антимикробная химиотерапия: руководство для врачей/Л.С. Страчунский, С.Н. Козлов М: Боргес, 2002. - 436 с.
16. Таточенко В.К. Антибактериальная терапия заболеваний дыхательных путей у детей/В.К. ТаТ04еНКО//Consilium medicum. 2001. - Экстра выпуск. - С.3 -5.
17. Таточенко В.К. О тактике антибактериальной терапии ОРЗ у детей на поликлиническом участке/ В.К. Таточенко, А.М. Федоров, А.А. Ефимова//Вопросы современной педиатрии. 2002. - Т.1, №5. - С. 11 - 14.
18. Таточенко В.К. Этиологический спектр пневмонии у детей/ В.К. Таточенко, Л.К. Катосова, А.М. Федоров// Пульмонология. 1997. - №2. - С.29 - 35.



УДК: 613.888.151.7

С.С. Искаков, Г.О. Бекенова, Б.Ж. Саурбаева, А.А.Тулемисова,
А.И. Хожамуратова, А.К. Козыбаева

НЕКОТОРЫЕ НЕКОНТРАЦЕПТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана

Актуальность проблемы: Без контрацепции человек не может выбрать, когда и сколько детей он хотел бы родить (Baird, 1965, 2000). Контрацепция – это основа репродуктивного здоровья населения. Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) являются высокоэффективным способом контрацепции, которые помимо предупреждения наступления нежелательной беременности оказывают многочисленные неконтрацептивные эффекты. Значимые эффекты КОК на репродуктивную систему включают устранение нежелательных симптомов, сопровождающих менструацию (обильных и болезненных менструаций, нерегулярных кровянистых выделений). Многие женщины также отмечают уменьшение симптомов гиперандрогении (акне и гирсутизма). Более того, КОК можно использовать для лечения меноррагий. Прием КОК сопровождается долгосрочным снижением риска развития рака яичников и эндометрия.

Появляется все больше данных о том, что прием контрацептивов может оказывать дополнительное положительное влияние на здоровье. Так, краткосрочные эффекты комбинированных оральных контрацептивов (КОК) включают снижение выраженности многих нежелательных симптомов, сопровождающих менструацию. Долгосрочные эффекты включают снижение риска рака яичников, эндометрия и, возможно, также колоректального рака (Burkman и соавт., 2004). Долгосрочные обсервационные исследования показали отсутствие повышения или снижения смертности женщин, принимающих КОК (Beral и соавт., 1999; Vessey и соавт., 2003). С социальной точки зрения важным является снижение работоспособности из-за дисменореи и меноррагии, которыми ежегодно страдают до $2,5 \times 10^6$ женщин США, что в результате обходится экономике США 8% общего фонда заработной платы (Thomas and Ellertson, 2000). Возможно, в будущем можно будет разработать способы снижения риска таких грозных заболеваний как рак молочной железы.

В этом обзоре представлены данные о благоприятных неконтрацептивных эффектах КОК. Обзор составлен на результатах рандомизированных контролируемых и эпидемиологических исследований женщин,

использующих для контрацепции КОК. Данные по использованию КОК с лечебной целью (например, при дисменорее) не менее важны для определения неконтрацептивных эффектов КОК у женщин, использующих их с целью контрацепции.

Наиболее частым нарушением менструальной функции является дисменорея и встречается у 50-90% молодых женщин (Andersch и Milsom, 1982; Sundell и соавт., 1990). В Швеции 15% молодых девушек предъявляют жалобы на болезненные менструации, что приводит к ежемесячным пропускам на работе или в школе. В США были получены данные о том, что дисменорея является причиной потери 600×10^6 рабочих часов и 2 миллионов долларов в год (Thomas и Ellertson, 2000). В Великобритании у женщин, принимающих КОК, дисменорея является причиной 26 госпитализаций на 100000 женщин в год, при этом у тех, кто не использует КОК, этот показатель равен 50 (Vessey и соавт., 1996).

При дисменорее боль возникает из-за избытка синтеза простагландинов, что приводит к повышению сократительной активности миометрия (Lundström и Gréen, 1978). В нескольких исследованиях было показано, что КОК снижают выброс простагландинов во время менструации и тем самым снижают сократительную активность матки и уменьшают боль (Lundström и Gréen, 1978; Hauksson и соавт., 1989). Прием КОК обеспечивает облегчение боли у 70-80% женщин с первичной дисменореей (Lundström и Gréen, 1978; Hauksson и соавт., 1989; Milsom и соавт., 1990).

Влияние низкодозированных КОК на дисменорею было изучено в продольном рандомизированном исследовании с участием молодых девушек ($n = 596$) (Milsom и соавт., 1990). Среди тех, кто не использовал КОК, частота дисменореи составила 72 % в возрасте 19 лет и 67% в возрасте 24 лет. У женщин, использующих КОК, частота и тяжесть дисменореи оказались на 10-20% ниже, чем девушек того же возраста, не принимающих КОК. Те женщины, которые начали прием КОК после 19 лет, в течение 5-летнего применения отмечали снижение выраженности симптомов дисменореи.

В исследовании Larsson и соавт. (1992) доказано, что лечение низкодозированными

КОК приводит к значимому снижению симптомов дисменореи. 14 из 20 участниц до включения в исследование предъявляли жалобы на болезненные менструации. Спустя 6 месяцев лечения КОК такие жалобы сохранялись лишь у 4 пациенток.

В одном рандомизированном контролируемом исследовании приняли участие 52 женщины младше 32 лет, которые в течение 4 месяцев принимали плацебо или КОК, содержащий 20 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела с дополнительным приемом 20 мкг этинилэстрадиола в течение последних 5 дней стандартного 7-дневного перерыва в приеме таблеток (Hendrix and Alexander, 2002). По сравнению с плацебо на фоне терапии КОК болезненные маточные сокращения во время менструации значимо уменьшились ($p < 0,001$). В другом рандомизированном контролируемом исследовании с участием женщин в возрасте 17-45 лет (средний возраст 28 лет) частота дисменореи после 6 месяцев приема КОК, содержащих 20 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела или 100 мкг левоноргестрела, снизилась с 56% до 39% (Winkler и соавт., 2004).

В результате рандомизированных контролируемых, перекрестных и несравнительных исследований подтверждены данные о том, что низкодозированные КОК уменьшают боли, возникающие во время менструации.

Меноррагией страдают приблизительно 10% фертильных женщин, которая определяется как потеря более 80 мл крови за менструацию. С возрастом частота меноррагии растет. Избыточная потеря крови приводит к железодефицитной анемии и необходимости проведения гистерэктомии (Hallberg и соавт., 1966). Было показано, что при использовании как высокодозированных (Nilsson и Solvell, 1967; Nilsson и Rybo, 1971), так и низкодозированных КОК (Fraser и McCarron, 1991; Larsson и соавт., 1992) в 50% случаев объем менструальной потери крови снижается. В Великобритании среди женщин, принимающих КОК, частота госпитализаций по поводу меноррагий составляет 267 случаев на 100000 женщин в год, в то время как среди тех, кто не использует КОК, этот показатель равен 611 (Vessey и соавт., 1996).

В несравнительном исследовании Larsson и соавт. (1992) кровопотерю во время менструации определяли с помощью щелочного гематинного метода. 20 здоровых молодых женщин с кровопотерей выше среднего (в среднем $60,2 \pm 5,6$ мл) получали КОК, содержащие 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела. Через 3 и 6 месяцев лечения средняя кровопотеря составила $36,5 \pm 5,2$ мл и $33,7 \pm 4,1$ мл соответственно ($p < 0,001$). Во время использования препарата продолжительность менструации также уменьшилась ($p < 0,001$). Австралийская группа исследователей получила схожие результаты. В проведенном ими исследовании участвовали 45

женщин с меноррагией, которые в течение 8 циклов получали лечение мефенамовой кислотой или напроксеном или низкодозированным КОК или даназолом (Fraser и McCarron, 1991). Значимое снижение менструальной кровопотери (43%) на фоне приема КОК наблюдалось в рандомизированном контролируемом исследовании, проведенном в США, с участием 201 женщин с меноррагией и дисфункциональными маточными кровотечениями, которые принимали плацебо или КОК, содержащий 35 мкг этинилэстрадиола и норгестимат трехфазно. Среди пациенток, принимавших КОК, 87% отметили снижение менструальной кровопотери, в то время как на фоне приема плацебо этот показатель составил 45% (Davis и соавт., 2000). Эти исследования показали, что низкодозированные КОК снижают менструальную кровопотерю и являются эффективным методом лечения меноррагии.

Многие современные методы контрацепции (например, КОК, чистые гестагены (мини-пили), импланты, внутриматочные гормональные системы и инъекционные контрацептивы) у части женщин вообще вызывают аменорею, а КОК можно использовать в пролонгированном режиме, снижая тем самым количество менструаций в год. Подавляя менструации или снижая их частоту можно устранить меноррагию и ее последствия. В одном рандомизированном контролируемом исследовании, продолжавшемся 1 год, сравнивались 4 цикла пролонгированного режима приема КОК (84 дня приема КОК с последующим 7-дневным перерывом) ($n=397$) и 13 циклов стандартного режима контрацепции (21 день приема с последующим 7-дневным перерывом) ($n=195$) (Anderson и Hait, 2003). Пролонгированный режим контрацепции сопровождался более частыми прорывными кровянистыми выделениями, чем стандартный режим контрацепции, но суммарно за 364 дня исследования кровянистые и мажущие выделения при использовании пролонгированного режима продолжались 35 дней, а при стандартном режиме - 53 дня.

При исследовании 220 женщин, которым предложили принимать КОК в пролонгированном режиме, 174 пациентки согласились и 121 (67%) продолжили использовать этот режим контрацепции в течение 1,6 лет наблюдения и более. Основные причины принятия такого решения были следующими: предменструальный синдром (45%), дисменорея/тазовые боли (40%), обильные нерегулярные кровянистые выделения (36%) и головные боли во время менструации (35%). Большинство пациенток, начавших принимать КОК в пролонгированном режиме, отметили уменьшение жалоб, сопровождающих менструацию, а 99% тех, кто продолжил использовать этот режим контрацепции, сообщили о повышении качества своей жизни (Sulak и соавт. 2004). Несмотря на то, что ежемесячные менструации являются естественным и физио-

логичным процессом, они полезны не для всех женщин. По показаниям количество менструаций можно свести к минимуму с помощью безопасных и доступных методов гормональной контрацепции.

Гиперандрогения: Наиболее частой причиной гиперандрогении, которая сопровождается акне и гирсутизмом, является синдром поликистозных яичников (СПКЯ). Основным источником андрогенов при СПКЯ являются яичники, хотя надпочечники также могут внести свой вклад в продукцию андрогенов (Yen, 1999).

Акне: Акне является наиболее частой патологией кожи, по поводу которой обращаются за врачебной помощью, и встречается у 40% подростков и у 10% взрослых женщин (Redmond и соавт., 1997; Thiboutot и соавт., 2001). Акне и себорея являются клиническими проявлениями гиперандрогении, и на фоне лечения КОК они могут уменьшаться, что также является дополнительным неконтрацептивным эффектом КОК. В развитии акне ведущую роль играют андрогены, а КОК, особенно с входящими в их состав антиандрогенами, несомненно, оказывают положительное влияние на акне. В недавно опубликованном обзоре среди наиболее эффективных методов лечения акне наряду с топическими ретиноидами и пероральными антибиотиками указаны и комбинированные оральные контрацептивы (Haider и Shaw, 2004). В другом систематическом обзоре представлены результаты пяти плацебо-контролируемых исследований, в которых изучались влияние КОК на акне умеренной и тяжелой степени тяжести (Arowojolu и соавт., 2004). По данным врачей и по оценке самих пациенток КОК снижают количество высыпаний. По клиническим данным женщин с улучшением клинической картины акне на фоне приема КОК было на 10-20 % больше, чем пациенток, принимавших плацебо. У женщин, использующих КОК с целью контрацепции и страдающих при этом акне, прием контрацептивов также должен оказывать положительное влияние. Результаты рандомизированного контролируемого исследования нельзя перенести на пациенток с легкой степенью акне, причины которого могут быть более разнообразными, и эффективность КОК соответственно также может быть различной. Влияние КОК на акне также зависит от прогестагенной активности. Теоретически преобладание прогестагенов усиливает акне, в то время как преобладание эстрогенов, наоборот, оказывает антиандрогенное влияние на сальные железы. В сравнительных исследованиях было изучено влияние различных КОК на течение акне у женщин. Сравнивались препараты, содержащие ципротерон ацетат (Erkkola и соавт., 1990), норгестимат (Redmond и соавт., 1997), дезогестрел (Volpe и соавт., 1994), гестоден (Piégarde-Franchimont и соавт., 2000), хлормадион ацетат (Worget и соавт., 2001) и дроспиренон (van Vloten и

соавт., 2002). Систематический обзор выявил 14 исследований, посвященных сравнению эффективности различных КОК в лечении акне (Arowojolu и соавт., 2004). КОК, содержащие хлормадион ацетат и ципротерон ацетат, оказались лучше, чем КОК, содержащие левоноргестрел или дезогестрел, и сравнимы по эффективности с КОК, содержащими дроспиренон. Однако в некоторых исследованиях по одним и тем же препаратам были получены противоречивые данные (Arowojolu и соавт., 2004).

Гирсутизм: Систематический обзор по лечению гирсутизма обнаружил лишь одно небольшое исследование, в котором проводилось сравнение эффективности КОК, содержащее этинилэстрадиол и ципротерон ацетат, и плацебо. На фоне терапии КОК пациентки отмечали значимое снижение роста волос, однако доверительный интервал оказался слишком большим (Van der Spuy и le Roux, 2003). Побочные эффекты ципротерон ацетата включали увеличение массы тела, отеки, головную боль, утомление, изменение настроения, снижение либидо и нагрубание молочных желез. В некоторых странах этот препарат можно использовать для контрацепции применения только у лиц с явлениями андрогенизации, а в отдельных странах распорядительные органы рекомендуют проведение анализа печеночных ферментов до и во время лечения препаратами, содержащими ципротерон ацетат.

Выводы: КОК являются чрезвычайно эффективным методом контрацепции. Помимо предотвращения наступления нежелательной беременности они обладают многочисленными неконтрацептивными эффектами. Одной из причин их широкого применения является существование так называемых положительных побочных эффектов. Неудивительно, что влияние на репродуктивную систему, особенно на менструальный цикл, выражено в наибольшей степени. Для многих женщин, изначально принимающих КОК с целью контрацепции, немаловажным является и быстрое устранение нежелательных симптомов, сопровождающих менструацию (обильных и болезненных менструаций и нерегулярных кровянистых выделений), и уменьшение симптомов гиперандрогении (акне и гирсутизма). К тому же КОК часто используют для лечения меноррагии и симптоматических форм эндометриоза. Более того, использование КОК сопровождается долгосрочным снижением риска развития рака яичников и эндометрия. Влияние на развитие доброкачественных заболеваний молочной железы, колоректального рака и состояние костной ткани не так однозначно и требует дальнейшего изучения.

Эти неконтрацептивные эффекты КОК важны не только для здоровья конкретной женщины, но для популяции в целом. Результаты исследования Оксфордского Центра Планирования Семьи (Vessey и соавт., 1996) показали, что частота

госпитализаций женщин по поводу обильных болезненных и нерегулярных менструаций на фоне приема КОК снизилась на 25-50%.

Для некоторых женщин снижение кровопотери во время менструации на фоне приема КОК является основной причиной их непрерывного и длительного применения. При разработке новых контрацептивов следует учитывать не только их безопасность и эффективность, но и наличие положительных неконтрацептивных эффектов. Эти эффекты станут дополнительным пре-

имуществом для широкого использования КОК. Аменорея, возникающая на фоне некоторых форм контрацепции (непрерывный режим КОК, депо-формы прогестагенов и гормональные внутриматочные системы) устраняет жалобы, сопровождающие менструации. Также необходимо разрабатывать новые препараты, которые бы позволили снизить риск развития рака молочной железы (селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов, селективные модуляторы прогестероновых рецепторов и др.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Andersch B (1982) The effect of various oral contraceptive combinations on premenstrual symptoms. *Int J Gynaecol Obstet* 20,463–469.
2. Andersch B and Milsom I (1982) An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol* 144,655–660.
3. Larsson G, Milsom I, Lindstedt G and Rybo G (1992) The influence of a low dose combined oral contraceptive on menstrual blood loss and iron status. *Contraception* 46,327–334.
4. Lundström V and Gréen K (1978) Endogenous levels of prostaglandin F_{2α} and its metabolites in plasma and endometrium of normal and dysmenorrheic women. *Am J Obstet Gynecol* 130,640–646.
5. Nilsson L and Solvell L (1967) Clinical studies on oral contraceptives – a randomized double-blind cross-over study of 4 different preparations: Anovlar mite, Lyndiol mite, Ovulen and Volidan. *Acta Obstet Gynecol Scand, Suppl* 6,3–25.
6. Piérard-Franchimont C, Gspard U, Lacante P, Rhoa M, Slachmuylders P and Pierard GE (2000) A quantitative biometrological assessment of acne and hormonal evaluation in young women using a triphasic low-dose oral contraceptive containing gestodene. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 5,275–286.
7. Redmond GP, Olson WH, Lippman JS, Kafriksen ME, Jones TM and Jorizzo JL (1997) Norgestimate and ethinyl estradiol in the treatment of acne vulgaris: a randomized, placebo-controlled trial. *Obstet Gynecol* 89,615–622.
8. Sulak PG, Carl J, Gopalakirshnan I, Coffee A and Kuhl TJ (2004) Outcomes of extended oral contraceptive regimens with a shortened hormone free interval to manage breakthrough bleeding. *Contraception* 70,281–287.
9. Thomas SL and Ellertson C (2000) Nuisance or natural and healthy: should monthly menstruation be optional for women? *Lancet* 355,922–924.
10. Van der Spuy, ZM and le Roux PA (2003) Cyproterone acetate for hirsutism. *Cochrane Database Syst Rev* 2003,CD001125.
11. Vessey M, Painter R and Mant J (1996) Oral contraception and other factors in relation to hospital referral for menstrual problems without known underlying cause. Findings in a large cohort study. *Br J Fam Plann* 22,166–169.
12. Vessey M, Mane J and Painter R (1998) Oral contraception and other factors in relation to hospital referral for fracture. Findings a large cohort study. *Contraception* 57,231–235.
13. Vessey M, Painter R and Yeates D (2003) Mortality in relation to oral contraceptive use and cigarette smoking. *Lancet* 362,185–191.
14. Volpe A, Silferi M, Mauri A et al. (1994) Efficacy on hyperandrogenism and safety of a new oral contraceptive biphasic formulation containing desogestrel. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 53,205–209.
15. Wilson JS, Honey E, Templeton A, Paavonen J, Mardh P-A, Stary A, Stray-Pedersen B, for the EU Biomed Concerted Action Group (2002) A systematic review of the prevalence of Chlamydia rachomatis among European women. *Hum Reprod Update* 8,385–394.
16. Winkler UH, Ferguson H and Mulders JAPA (2004) Cycle control, quality of life and acne with two low-dose oral contraceptives containing 20 µg ethinylestradiol. *Contraception* 69,469–476.
17. Worret I, Arp W, Zahradnik HP, Andreas JO and Binder N (2001) Acne resolution rates: results of a single-blind, randomized, controlled, parallel phase III trial with EE/CMA (Belara) and EE/LNG (Microgynon). *Dermatology* 203,38–44.
18. Yen SSC (1999) Polycystic ovary syndrome (Hyperandrogenic Chronic Anovulation). In Yen SSC, Jaffe RB and Barbieri RL (eds) *Reproductive Endocrinology. Physiology, Pathophysiology and Clinical Management*. 4th edn. WB Saunders Company, Philadelphia, pp. 436–478.



УДК: 616.34-616.093

Канатбаева А.С.

ОРВИ: ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

ГККП Городская поликлиника № 7

По данным статистики, острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают первое место в мире среди всех инфекционных заболеваний и составляют 95% всех случаев инфекций. В среднем в течение года взрослый человек болеет ОРВИ не реже 2–3 раз, [1,2-5]. ОРВИ вызывают различные вирусные возбудители, которых на сегодня насчитывают более 200 видов (аденовирусы, риновирусы, респираторно-синцитиальные вирусы и др.). Как правило, грипп в структуре респираторной вирусной заболеваемости составляет около 20%. Это определяется особенностями сезона, возбудителя и другими факторами [6].

Учитывая этиопатогенетические аспекты ОРВИ и гриппа, пути и механизмы инфицирования, препараты выбора для их лечения должны обладать следующими основными фармакодинамическими свойствами [7]:

- прямым противовирусным действием на всех стадиях развития вирусной инфекции;
- прямым противовирусным действием широкого спектра (воздействовать на РНК и ДНК-вирусы);
- подавлять нейраминидазную активность вирусов гриппа;
- высокой биодоступностью к слизистой оболочке ВДП;
- детоксикационными и антиоксидантными механизмами действия;
- иммуностимулирующим действием, без развития рефрактерности иммунных клеток.

В межэпидемический период, согласно рекомендациям ВОЗ, необходимо проводить профилактику гриппа и ОРВИ [8]. Традиционным способом их предупреждения является вакцинация, которую осуществляют за 2–3 мес до ожидаемого начала эпидемии соответствующей ведущему штамму вакциной для профилактики гриппа, которая, как правило, содержит антигены 3 штаммов вирусов гриппа [9]. Предложенная вакцина для профилактики гриппа может быть в форме живой, убитой (инактивированной), субъединичной и другой. Эффективность вакцинации зависит от того, насколько ее создателям удастся спрогнозировать циркулирующие в данном эпидемиологическом сезоне штаммы гриппа.

Основные механизмы действия антигриппозных препаратов должны быть направлены на создание препятствия для прикрепления вирусов гриппа к клеткам ВДП,

то есть воздействия на сialоспецифические рецепторы, адсорбцию, проникновение и выход вируса из клетки, подавление нейраминидазной активности, а также на процессы транскрипции РНК.

Препараты с различными механизмами действия, которые применяют для лечения ОРВИ, в том числе гриппа, и условно делят на:

1. Противовирусные препараты прямого противовирусного действия.
2. Противовирусные препараты опосредованного действия.
3. Лекарственные средства смешанного механизма действия.
4. Другие средства.

К первому поколению относятся препараты амантадинового ряда – амантадин и ремантадин. Эти вещества являются блокаторами ионных каналов, ингибиторами переноса протонов, повышающих рН внутри эндосом, что в конечном итоге подавляет репликацию вируса гриппа. Однако применение препаратов амантадинового ряда ограничено узким спектром их действия (только против вирусов гриппа А), наличием серьезных побочных эффектов, особенно со стороны нервной системы, быстрым возникновением резистентности вирусов к ним [10]. К препаратам второго поколения относятся ингибиторы нейраминидазы

Согласно рекомендациям ВОЗ, для лечения гриппа применяют ингибиторы нейраминидазы: осельтамивир и занамивир (World Health Organization, 2005; . Эти лекарственные средства эффективны против многих штаммов гриппа, включая птичий. Они подавляют распространение вируса в организме, снижают тяжесть симптомов, сокращают продолжительность заболевания и снижают частоту вторичных осложнений. Кроме того, имеются данные о появлении устойчивости вирусов гриппа к осельтамивиру. Также следует помнить, что наряду с гриппом в структуре респираторных заболеваний могут быть другие вирусы ОРВИ, для лечения которых осельтамивир и занамивир неэффективны. Также следует отметить, что противовирусные препараты эффективны только на ранней стадии вирусной репродукции, поэтому их назначение оправданно не позднее 48 ч после появления клинических симптомов заболевания.

Амантадин и римантадин обладают выраженной противовирусной активностью, преимущественно по отношению к вирусам

гриппа А. Кроме того, необходимо отметить, что наряду с узким спектром действия, они неэффективны для лечения даже гриппа А, поскольку все вирусы гриппа А уже не чувствительны к ним. По данным Центра по контролю и профилактике болезней (Centers for Disease Control and Prevention — CDC), США, глобальная резистентность к амантадину и римантадину возросла с 1,8% в 2001–2002 гг. до 12,3% — в 2003–2004 гг., а среди 120 штаммов гриппа А (H3N2), протестированных с 01.10.2005 по 14.01.2006 г., резистентными оказались 109 (91%) изолятов. Необходимо помнить также о возможных осложнениях при применении данных препаратов (повышение уровня билирубина в крови, головная боль, бессонница, нервозность, головокружение, нарушение концентрации внимания).

N-метил-4-бензилкарбамидопиридиния йодид относят к йодсодержащим препаратам, которые в норме тормозят секрецию тиреоидных гормонов, подавляя присоединение неорганического йода к тиреоглобулину и образование T₃ и T₄ из моно- и дийодтирозина (вызванный йодом гипотиреоз, или феномен Вольфа — Чайкова). У здоровых людей эффект йодсодержащих препаратов исчезает через 1–2 нед. У лиц с хроническим лимфоцитарным тиреоидитом, леченным диффузным токсическим зобом, йодсодержащие препараты могут вызывать гипотиреоз.[11]

Большинство препаратов для профилактики и лечения ОРВИ выпускаются в твердой лекарственной форме (таблетки или капсулы) и не обладают тропностью к эпителиальным клеткам слизистой оболочки ВДП и тем самым не могут защитить фарингеальные ворота от вирусной инфекции на этапе проникновения вируса в ворота инфекции. На сегодня только протекфлазид (Протефлазид, Иммунофлазид) и занамивир, благодаря жидкой и аэрозольной форме выпуска, осаждаются в ВДП, обеспечивая доставку действующих веществ к входным воротам инфекции. В отличие от занамивира, препараты протекфлазида не провоцируют развитие бронхоспазма.

Широкое применение препаратов с интерферон-индуцирующей активностью может привести к истощению иммунной системы, активации других инфекций (как вирусных, так и бактериальных), развитию хронических заболеваний. В доступной литературе имеются только единичные доказательные исследования по изучению иммунологической рефрактерности при применении противовирусных препаратов с иммунологическим механизмом противовирусного действия.

Доказано, что протекфлазид не приводит к развитию рефрактерности. Его применение в течение 6–9 мес не приводит к утрате способности индуцировать α- и γ-интерфероны иммунокомпетентными клетками [12].

При применении арбидола в дозе 600 мг иммунологическая рефрактерность развивается на 2-е сутки. Препарат должен быть безопасным, иметь прямое противовирусное действие на все типы ДНК- и РНК-содержащих вирусов, воздействовать на основные патогенетические звенья развития инфекции, включая защиту фарингеальных ворот, блокирование нейраминидазы вируса гриппа, иметь иммунологическое действие без развития рефрактерности иммунной системы и, конечно, иметь высокую степень безопасности..

Симптоматическое лечение. В состав комбинированных препаратов для симптоматической терапии ОРВИ и гриппа могут входить следующие компоненты: анальгетик/антипиретик, деконгестант, антигистаминное средство, аскорбиновая кислота, кофеин, противокашлевое средство. Компоненты подобраны таким образом, чтобы устранить практически все симптомы ОРВИ — лихорадку, заложенность носа, ринорею, неприятные ощущения в носоглотке и гортани, кашель, слабость. ОРВИ — это разнородная группа вирусных инфекций, клиническая картина которых может существенно отличаться. Так, кашель, например, наиболее часто отмечается при респираторно-синцитиальной инфекции, в то время как при гриппе ведущими проявлениями являются высокая температура, сильная головная боль, артралгии, миалгии, а при аденовирусной инфекции — катаральные явления. Согласно современным принципам терапии гипертермического синдрома, рекомендациям ВОЗ [13] и отечественным протоколам лечения [14] жаропонижающие средства (основной компонент комбинированных препаратов для симптоматического лечения ОРВИ и гриппа) не рекомендуется назначать при отсутствии выраженного болевого синдрома, если температура тела не превышает 38,5–39° С у детей старше 2 мес без серьезной сопутствующей патологии и взрослых, так как это может угнетать продукцию эндогенных пирогенов и отрицательно влиять на качество иммунного ответа организма на инфекцию. Для устранения таких симптомов, как заложенность носа и ринорея (вирусный ринит), более предпочтительными считаются местные, а не системные деконгестанты, что также отмечено во многих руководствах [14]. Некоторые из системных деконгестантов, такие как эфедрин, псевдоэфедрин, фенилпропаноламина гидрохлорид, помимо периферического, оказывают выраженный центральный эффект, поэтому препараты, их содержащие, отпускаются только по рецепту. Следовательно, их не рекомендуется принимать больным с патологией сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, сердечная

недостаточность и т. д.), а также в пожилом и старческом возрасте. Этим же группам лиц не рекомендуется принимать и кофеин, который также входит в состав комбинированных препаратов. Более безопасным деконгестантом для приема внутрь является фенилэфрин, он разрешен для безрецептурного отпуска в составе комбинированных средств для симптоматического лечения ОРВИ и гриппа. [15]. Сравнительная оценка переносимости парацетамола, ацетилсалициловой кислоты и ибупрофена в качестве обезболивающих препаратов первой линии для лечения легкой и умеренной острой боли у взрослых пациентов проводилась в многоцентровом рандомизированном слепом исследовании PAIN [16,17]. Исследование проходило во Франции с участием 1108 врачей общей практики и включало 8677 взрослых пациентов (мужчины и женщины в возрасте от 18 до 75 лет). Пациенты были рандомизированы в 3 группы: 2900 пациентов составили группу ацетилсалициловой кислоты, 2886 – ибупрофена и 2888 – парацетамола). Результаты проведенного исследования позволяют выделить следующие закономерности при использовании анальгетических доз исследованных препаратов: ибупрофен переносится пациентами, по меньшей мере, так же хорошо, как парацетамол, и значительно лучше ацетилсалициловой кислоты; частота развития побочных реакций со стороны ЖКТ значительно ниже при применении ибупрофена, чем при назначении ацетилсалициловой кислоты или парацетамола. Ибупрофен имеет относительно большой терапевтический индекс (примерно в 4 раза выше, чем у парацетамола), отмечает John van den Anker [17]. оказывать в таких случаях нужно как можно быстрее.

Из таблетированных препаратов ибупрофена Имет обеспечивает максимально быстрое высвобождение активной субстанции благодаря особому составу и структуре лекарственной формы. Уже через минуту таблетка полностью распадается в желудке, через 5 мин высвобождается 100% действующего вещества, после чего оно становится доступным для всасывания. А уже через 10 мин достигается эффективная концентрация препарата в плазме крови, которая сохраняется в течение 5 ч. В таблетках Имет содержится 400 мг ибупрофена. Дозирование препарата зависит от возраста и массы тела. Разовая доза у детей в возрасте 13-14 лет (масса тела около 44-52 кг) – 200-400 мг ибупрофена; суточная доза – 600-1000 мг. Разовая доза для детей старше 15 лет и взрослых – 200-400 мг ибупрофена; суточная – 800-1200 мг. Рекомендуемая суточная доза для взрослых составляет 20-30 мг/кг массы тела. Имет принимают во время или после еды, не разжевывая. Пациентам с заболеваниями желудка рекомендуется принимать ибупрофен во время еды. Таким образом, учитывая особенности течения и развития гриппа и ОРВИ, особенности иммунитета, экологическую ситуацию, разнообразие лекарственных препаратов и возможности синергического применения различных препаратов, необходимо выбрать базисный препарат для лечения и профилактики. Препарат должен быть безопасным, иметь прямое противовирусное действие на все типы ДНК- и РНК-содержащих вирусов, воздействовать на основные патогенетические звенья развития инфекции, включая защиту фарингеальных ворот, блокирование нейраминидазы вируса гриппа, иметь иммунологическое действие без развития рефрактерности иммунной системы и, конечно, иметь высокую степень безопасности [19,20]

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева И.В., Стецюк О.У. Инфекции дыхательных путей: новый взгляд на старые проблемы. *Клин. микробиол. антимикроб. химиотер.*, 2009.-11(2): 143–151.
2. Германенко И.Г. Диагностика и лечение острых респираторных инфекций у детей. *Асобны, Минск, 2007- 40 с.*
3. Зайцев А.А. Лечение острых респираторных вирусных инфекций. *Лечащий врач*, 2008.- 8: 42–45.
4. Журнов О.П. Станет ли «свиной грипп» более опасным для людей? *В мире науки*, 2009.- 6: 14–15.
5. Ленева И.А. Пандемический вирус гриппа 2009 H1N1 и современные противогриппозные препараты. *РМЖ (Русский медицинский журнал)*, 2010.- 18(9): 597–601.
6. Zambon M.C. *Laboratory diagnosis of influenza*. In: R.G. Webster, A.J. Hay, K. Nicolson (Eds.) *Textbook of influenza*. Oxford Blackwell, 1998.- p. 291–313
7. Рыбалко С.Л., Краснобаев Е.А., Жеребцова Э.Н. и др. Современное состояние проблемы гриппа А H1N1 2009. *Україна. Здоров'я нації*, 2010. - 3(15): 169–178.
8. *World Health Organization Recommended laboratory tests to identify avian influenza A virus in specimens from humans*. WHO, 2005. - Geneva, 7 p.
9. Nicoll A. *A new decade, a new seasonal influenza: the Council of the European Union Recommendation on seasonal influenza vaccination*. *Euro Surveill.*, 2010.- 15(1): pii 19458.
10. Белоусов Ю.Б., Зырянов С.К., Гуревич К.Г. Эффективность и безопасность лекарственных средств, применяемых при ОРВИ и гриппе // *РМЖ*. – 2004. – Т. 12. – № 2.

11. Хорошилова Н.В. Иммунопато-генетические особенности респираторных вирусов и новые возможности иммунокоррекции. *Детские инфекции*, 2009.-8(4): 22–26.
12. Пинчук М.П. Роль иммунных нарушений при гриппе и пути их коррекции. *Новая медицина тысячелетия*, 2010.- 2: 16–23.
13. *The management of fever in young children with acute respiratory infection in developing countries/ WHO/ARI/93.90, WHO Geneva, 1993.*
14. *BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. Clin Exp Allergy 2008; 38 (1): 19-42.*
15. Hatton R.C., Winterstein A.G., McKelvey R.P., Shuster J., Hendeles L. *Efficacy and safety of oral phenylephrine: systematic review and meta-analysis. Ann Pharmacother. 2007 Mar; 41(3):81-90. Epub 2007 Jan 30.*
16. Moore N., van Ganse E., Le Parc J.-M. et al (1999). *The PAIN study: paracetamol, aspirin and ibuprofen new tolerability study. A large-scale, randomised clinical trial comparing the tolerability of aspirin, ibuprofen and paracetamol for short-term analgesia. Clin Drug Invest 18: 89-98.*
17. Sutter A.I., Lemiengre M., Campbell H., Mackinnon H.F. *Antihistamines for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(3): CD001267.*
18. David A. Perrott; Tiina Piira; Belinda Goodenough; G. David Champion. *Efficacy and Safety of Acetaminophen vs Ibuprofen for Treating Children's Pain or Fever: A Meta-analysis Arch Pediatr Adolesc Med, Jun 2004; 158: 521-526.*
19. Al Hajjar S., McIntosh K. (2010) *The first influenza pandemic of the 21st century. Ann. Saudi Med., 30(1): 1–10.*
20. Allwinn R., Preiser W., Rabenau H. et al. (2002) *Laboratory diagnosis of influenza—virology or serology? Med. Microbiol. Immunol., 191(3–4): 157–160.*



УДК: 616.34:616.093/-098-053.2

М.Б. Каримова, А.М. Дусмагамбетова, М.У. Дусмагамбетов

ЖИІ АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫҢ ІШЕК МИКРОФЛОРАСЫН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ

АО «Медицинский университет Астана»

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша балалардың аурушандығы мен өлім-жітімінің негізгі себептерінің бірі – тыныс алу жолдарының инфекциялары болып табылады. Балалардың жедел респираторлы инфекцияларын емдеу мен алдын алу осы күнге дейін педиатрлардың назарларынан шықпауда. Бұның негізгі себебі амбулаторлық көмекке байқауға алынғандардың ішінен бұл аурулардың үлесі 90% құрайды. Тыныс алу жолдарының ауруға шалдығу жиілігі жоғары болғандықтан бұл балалар жиі ауыратын балалар тобына біріктірілді [1].

Жиі тұмау ауруларына шалдықтыратын факторлар бүгінгі күнге дейін белгісіз. Жиі ауыратын балалар тобының жоғары аурушандығын көптеген зерттеушілер иммундық жүйенің қалыпсыз жұмысымен, түрлі дисбиотикалық бұзылыстармен және оның нәтижесінде болатын шырыштың төмен колонизациялық резистенттілігімен байланыстырады [2].

Ішек микрофлорасы бала организмнің патогенді және шартты-патогенді микроорганизмдерге қатысты колонизациялық

резистенттілігін, оның ас қорыту жүйесінің қалыпты жұмыс істеуін, зат алмасу процесстері мен иммундық статустың қалыптасуын қамтамасыз ететін факторлардың бірі болып табылады. Сонымен қатар, асқазан-ішек жолдарының негізгі функцияларының бірі – организмнің жалпы иммунобиологиялық реактивтілігінің қалыптасуына қатысу [3]. Түрлі қолайсыз факторлардың әсерінен тұрақты дисбиотикалық ауытқулар қалыптасады. Бұл ауытқулар өз алдына макроорганизмнің иммундық жүйе жұмысының бұзылуы, дисметаболизмдік жағдайлар мен қалыпты емес иммунологиялық реакцияларға алып келеді [4, 5].

Соңғы уақытта қалыпты микрофлораның бұзылыстарын қалпына келтіруге бағытталған өнімдердің қасиеттері мен адам организмне көрсететін әсерлері белсенді зерттелуде [6].

Микрофлораның түрлі дисбиотикалық өзгерістерін қалпына келтіретін препараттардың ішіннен пробиотиктер мен пребиотиктер қазіргі уақытта кең қолданылуда [6]. Пробиотиктер – бұл организмнің физиологиялық және

метаболизмдік қызметтеріне, сонымен қатар, биохимиялық және иммундық реакцияларына жағымды әсер көрсететін тірі микроорганизмдер мен микроб текті заттар. [7, 8].

Пробиотиктердің микроорганизмдерге көрсететін әсері қалыпты микрофлораның компоненттерімен бірдей болып келеді. Пробиотиктердің әсері ас қорыту жолдарының қоныстануымен ғана байланысты емес, олардың көрсететін әсері одан да күрделі. Бұл: патогенді және шартты-патогенді микрофлорамен бәсекелестігі, ішектің шырышты қабаттарына адгезиялануы, иммундық модуляциялаушы әсер көрсетуі [6, 9].

Соңғы жылдары жедел респираторлы инфекцияларды емдеу мен алдын алу мақсатында пробиотиктерді қолданудың тиімділігі туралы мәліметтер алынууда. Л.В. Феклисова және бірлескен авторлардың көпқабатты зерттеуі бойынша респираторлы инфекциялы ауруларды емдеуде құрама препарат-пробиотик «Флорин форте» қолданылды [10].

«Флорин форте» қабылдағаннан кейін пациенттерде облигатты микрофлораның сандық және сапалық құрамының қалпына келуі байқалды: бифидобактериялар и лактобактериялардың құрамы қалпына келген балалардың саны көбейді, гемолиздеуші ішек таяқшасының кездесу жиілігі төмендеді. «Флорин фортенің» клиникалық тиімділігін айтатын болсақ пациенттер антибактериальды терапияны сирек қажет етті, стационарлық ем мерзімінің сенімді қысқаруы байқалды [10].

Сонымен қатар, de Vrese M. зерттеуінде пробиотикалық бактериялар комплексін (*Lactobacillus gasseri* PA 16/8, *Bifidobacterium longum* SP 07/3, *B. bifidum* MF 20/5) қолдану барысында жедел респираторлы ауруларының негізгі көріністері мен аурудың орташа созылмалылық уақытының азаюы байқалды [11]. Алынған нәтиженің негізгі механизмі – биоценоз қызметімен байланысты клеткалық иммунитеттің белсендірілуі (цитотоксикалық Т-лимфоциттер (CD8⁺) мен Т-хелперлер (CD4⁺) деңгейінің жоғарылауы).

Жүргізілген басқа зерттеудің барысында мультипробиотикалық комплексті (*Lactobacillus GG*, *Streptococcus thermophilus*, *Lactobacillus*

acidophilus и *Bifidobacterium*) қабылдау жоғары тыныс алу жолдарының шырышты қабатындағы патогенді бактериялар (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* және А тобының бета-гемолитикалық стрептококк) санының төмендеуімен қатар жүрді [12]. Қабылдаған пробиотикалық микроорганизмдер тыныс алу жолдарында байқалмағанын ескере отырып келесі тұжырымға келеміз: бұл пробиотикалық микроорганизмдердің конкуренттік немесе бактерицидтік әсерімен емес, организмнің иммундық статусының жоғарылауымен байланысты. Демек, пробиотиктердің терапевттік эффективтілігі бөлек алынған биотоптағы микроэкологиялық бұзылыстарды қалпына келтірілуімен ғана шектелмейді, сонымен қатар, иммунологиялық гомеостаз жүйесінің белсендірілуі нәтижесінде әртүрлі ауруларды емдеу эффективтілігін жоғарылату қабілетіне ие [13].

Жиі ауыратын балалардың ішек микрофлорасын пробиотиктерді қолдана отырып қалпына келтіру арқылы инфекцияларға қарсы тұру қабілеттілігін жоғарылатудың болашағы айтарлықтай жоғары [14]. Оның себебі қалыпты микрофлораның өкілдері болып келетін бактериялар мен олардың тіршілігі нәтижесінде бөлінетін заттар адамның иммундық реактивтілігінің табиғи ынталандырушылары мен реттеушілері болып келеді. Құрамында бифидобактериялар, лактобактериялар, энтерококктар мен ішек таяқшалары бар пробиотиктер жиі қолданылады. Организмге еңгізілген бактериялық препараттар иммундық жүйені табиғи жолмен белсендіреді, бұл жағдайда антибактериалды иммунитет қана емес, сонымен қатар, вирустар, саңырауқұлақтар мен ісіктерге қарсы организмнің қорғаныс механизмдері жоғарылайды [15, 16].

Сонымен, жоғарыда келтірілген тұжырымдарға сәйкес, жиі ауыратын балалардың өмір сапасын жоғарылату, сонымен қатар, ішек микробиозының жағдайы мен оны қалпына келтіру әдістерін зерттеу бүгінгі күні де өзекті мәселелердің бірі болып табылады. Сол себептен бұл жағдайларды ерте анықтап, оны дәрігер қадағалауымен уақытында қалпына келтіру өте маңызды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Шамлева О.В., Учайкин В.Ф. Лечение и профилактика рецидивирующих инфекций респираторного тракта у детей. Детские инфекции, 2008, №3. С. 49-53.
2. Захарова Е.А., Микроэкологические подходы в формировании концептуальной шкалы риска респираторных заболеваний у детей: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Караганда, 2010.

3. Султанова О.Д. Состояние микроэкологии кишечника у часто и длительно болеющих детей: Дисс. на соиск. ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2005.
4. Стрелмоухов А.А. Дисбиоз кишечника и дерматозы: диагностика и лечение сочетанной патологии. Справочник врача общей практики, 2010, №8. С. 20-58.
5. Азизов И.С. Основы клинической микробиологии. Караганда, 2006.

6. Плоскирева А.А., Усенко Д.В. Роль пробиотиков и пробиотических продуктов в лечении и профилактике инфекционных болезней. *Инфекционные болезни*, 2010, №3. С. 58-64.
7. Учайкин В.Ф. Пробиотики в педиатрии. *Детские инфекции*, 2008, №3. С. 57-61.
8. Карпова Н.В., состояние иммунной и цитокиновой систем у часто болеющих детей и методы коррекции выявленных нарушений: Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2008.
9. Корниенко Е.А. Современные принципы выбора пробиотиков. *Детские инфекции*, 2007, №3. С. 63-68.
10. Феклисова Л.В., Целипанова Е.Е., Галкина Л.А. и др. Результаты многоцентрового исследования применения комбинированного препарата-пробиотика у больных респираторными инфекционными заболеваниями. *Детские инфекции*, 2010, №3. С. 53-57.
11. de Vrese M, Winkler P, Rautenberg P et al. Effect of LactoBacillus gasseri PA 16/8, Bifidobacterium longum SP 07/3, B. bifidum MF 20/5 on common cold episodes: a double blind, randomized, controlled trial. *Clin Nutr* 2005; 24 (4): 479-80.
12. Gluck U, Gebbers JO. Ingested probiotics reduce nasal colonization with pathogenic bacteria (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, and β -hemolytic *Streptococci*). *Am J Clin Nutr* 2003; 77: 517-20.
13. Плоскирева А.А., Усенко Д.В., Горелов А.В. Адаптогенные свойства метаболитного пробиотика Хилак форте. *Инфекционные болезни*, 2010, №1. С. 48-54.
14. Холодова И.Н., Ильенко Л.И., Демин В.Ф. и др. Новые возможности диагностики и лечения дисбиотических нарушений кишечника у детей. *Русский Медицинский Журнал. Детская гастроэнтерология и нутрициология*, 2003, № 20, статья № 1124. http://www.rmj.ru/articles_768.htm
15. Караулов А.В., Кокушков Д.В. Иммуномодуляторы: классификация, принципы и практика применения при инфекциях дыхательных путей у детей. *Детские инфекции*, 2007, №4. С. 68-70.
16. Барановский А.Ю., Кондрашина Э.А. Дисбактериоз кишечника. 3-е издание. Санкт-Петербург, 2007.



УДК: 614.894.7-08:618.396

Лапушкина А.Г.

ВЛИЯНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

ГККП «Городской родильный дом №1»

Респираторный дистресс синдром является основной причиной смертности и инвалидности среди недоношенных новорожденных [1]. Публикации ученых указывают на снижение летальности при использовании заместительной терапии экзогенным сурфактантом у новорожденных, требующих искусственной вентиляции легких [2]. В основном, исследуется качественный состав препаратов сурфактанта, оптимальная доза, частота и время введения. Для детей, имеющих высокий риск развития респираторного дистресс синдрома, рекомендуют профилактическое введение сурфактанта (до развития признаков РДС) [3] или раннее введение (в течение первых 2 часов жизни). Именно эта стратегия респираторной терапии позволяет значительно улучшить выживаемость при ИВЛ, а также снизить случаи развития бронхолегочной дисплазии и хронических болезней легких [4, 5, 6]. У недоношенных детей с дефицитом сурфактантной системы ИВЛ - ассоциированное повреждение возникает в результате циклического раздувания легкого, когда

посредством высокого инспираторного давления происходит перерастяжение отдельных участков, травмируется альвеолярная стенка, нарушается проницаемость легочных капилляров.[7] Циклически производимые аппаратом открытия и закрытия альвеолярных единиц приводят к дальнейшему травмированию легких и все большей инактивации сурфактантной системы. [8] В 1989 г. Meredith К. заявила, что болезнь гиалиновых мембран не является болезнью как таковой, а возникает в результате циклической аппаратной вентиляции.[9]

К методам респираторной терапии, позволяющим избежать ателектазирования и перерастяжения альвеолярных единиц посредством постоянного положительного давления, относятся высокочастотная осцилляционная вентиляция и различные методики самостоятельного дыхания под постоянным положительным давлением (СДППД). [10,11]

На сегодняшний день известно, что сама искусственная вентиляция легких может приводить к повреждению легочной ткани и потен-

цировать развитие бронхолегочной дисплазии [12]. Исследования, выполненные на животных (обезьянах, белых новозеландских кролика), демонстрируют, что повреждение легочной ткани наступает уже через несколько минут после начала ИВЛ [13]. Клиническое исследование, изучающее распространенность хронической заболевания легких (ХЗЛ), проявляющейся в потребности в дополнительном кислороде к 36 неделе постконцептуального развития, показало, что основным фактором, способствующим развитию ХЗЛ у новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) является инициация ИВЛ [14]. Раннее применение постоянного расправляющего давления (CDP - continuous distending pressure - постоянное расправляющее давление) позволяет избежать традиционной искусственной вентиляции легких, а также продленной интубации трахеи [15] и эффективно лечить респираторный дистресс синдром у недоношенных новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела [16]. Некоторые исследования продемонстрировали эффективность NIPPV и SIPAP по сравнению с традиционными формами CPAP (CPAP - continuous positive airway pressure - постоянное положительное давление в дыхательных путях) при ранней экстубации недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой тела, а также для предотвращения эпизодов апноэ у маловесных детей [17]. Назначение раннего CPAP для новорожденных с РДС является эффективной альтернативой традиционной ИВЛ примерно в 30% случаев, но если вместе с назальным CPAP применяется всего одна доза сурфактанта, то такая стратегия позволяет снизить количество новорожденных с ЭНМТ требующих ИВЛ с 85% до 40%. Кроме того, стратегия раннего введения курсурфа с последующим CPAP приводит к снижению летальных исходов и, в целом, снижает стоимость неонатального обеспечения; таким образом, приводит к выраженному экономическому эффекту.

Критерии для проведения ИВЛ у недоношенных:

Дыхательный объём - ДО (V_i)

- Достаточным можно считать - 5 - 6 мл/кг или даже меньше - 3 - 5 мл/кг у новорождённых менее 1000 гр.;

- При тяжёлых паренхиматозных поражениях лёгких или в необычных клинических ситуациях может потребоваться ДО - 6 - 8 мл/кг, реже более;

- Следует всегда учитывать, что высокий ПДКВ (CPAP) «обкрадывает» истинный подаваемый объём. [18,19]

Температура и влажность в дыхательном контуре

- Температура более 37,0°C может привести к повреждению дыхательных путей, дисфункции сурфактанта, избыточной конденсации в контуре

ре вентилятора;

- Слишком низкая температура (менее 32,0°C) приводит к температурной нестабильности (особенно у недоношенных детей), меньшему увлажнению, бронхоконстрикции;

- Слишком низкая влажность приводит к увеличению вязкости мокроты, и, как следствие, к обтурации эндотрахеальной трубки. [20,21]

Задачи механической вентиляции

1. Поддержание адекватной вентиляции (Ра CO₂ 40-55, РН более 7,25).

2. По возможности, самые минимальные режимы дыхательной терапии (риск волюмтравмы).

3. Возможное использование VC/SIMV, VC/A/C.

4. Адекватное энтеральное и парентеральное питание и поддержание нормального уровня гемоглобина делают гораздо больше, чем манипуляции с режимами вентиляции!!!

Варианты использования некоторых режимов конвенционной вентиляции при некоторой патологии у новорождённых А. РДС

Патофизиология

- нестабильность альвеол вследствие снижения активного сурфактанта

- диффузные альвеолярные ателектазы

При проведении дыхательной терапии необходимо принимать во внимание:

1. Для расправления альвеол с дефицитом сурфактанта может потребоваться высокое инспираторное давление PIP (иногда до 20-30 см и более).

2. Снижать лучше медленно и не снижать при этом FiO₂ более 0,6.

3. Для предупреждения альвеолярного коллапса следует задать более высокий PEEP до 4-6 см.

4. Достаточный ДО(от 3мл/кг) для восстановления и поддержания ФОЕ.

5. В начале вентиляции - режим IPPV, A/C.

6. Ускорьте выздоровление сурфактантом, это уменьшает риск развития поздних пневмотораксов, уменьшает риск БЛД.

7. В дальнейшем - перевод на SIMV, по возможности - SIMV/PSV.

8. Экстубация возможна и на SIMV после установки PSV/Апноэ Backup[22]

Периодическое дыхание и апноэ являются характерными респираторными паттернами у недоношенных детей. Различают три типа апноэ [23]. Центральные апноэ (ЦА) - одновременно прекращаются дыхательные движения и поток воздуха в дыхательных путях. Обструктивные апноэ (ОА) - отсутствует ток воздуха в дыхательных путях при сохраненных дыхательных движениях. Смешанные апноэ (СМА) - нарушение тока воздуха в дыхательных путях сочетается с периодами наличия и отсутствия дыхательных движений. Периодическое дыхание (ПД) характеризуется тремя и более респираторными пау-

зами продолжительностью 3 секунды и более, отделенными друг от друга эпизодами нормальной дыхательной активности продолжительностью 20 секунд и менее [24].

C. Fajaro et al. обнаружили большее количество ОА при сходном количестве ЦА у таких детей (33 недели ПКВ). В обоих случаях доминировали ЦА. отмечают меньшую продолжительность ПД при БЛД [25].

В практике неонатальной реанимации и интенсивной терапии исследований, посвященных пермиссивной гиперкапнии, меньше, чем у взрослых. В исследовании, организованном Magiani G и соавторами участвовало 49 недоношенных новорожденных с весом при рождении 854 ± 163 гр сроком гестации $26 \pm 1,4$ недели. Новорожденные были разделены на две группы: группа гиперкапнии (pCO_2 45-55 mmHg, $pH > 7,2$) и группа нормокапнии (pCO_2 35-45 mmHg, $pH > 7,25$). Гиперкапния поддерживалась в течение 96 часов. В группе гиперкапнии достоверно меньше была продолжительность ИВЛ, а также пациенты требовали более мягких параметров традиционной ИВЛ.

В другом исследовании приняли участие 220 новорожденных с весом 500-1000 гр. В группе минимальной вентиляции PCO_2 был > 52 mmHg в течение 10 дней, в контрольной группе PCO_2 был < 48 mmHg.

Анализ этих двух рандомизированных исследований, проведенный в рамках Кохрейновского обзора, не выявил преимуществ при использовании пермиссивной гиперкапнии у недоношенных новорожденных. Достоверных различий в уровне смертности, легочном и неврологическом исходе, а также в отношении некоторых других показателей (ретинопатия, кислородотерапия, необходимость повторной интубации, частота развития ОАПа) между группами не получено. Побочных эффектов также не было обнаружено. Следует, однако, отметить, что отсроченный неврологический исход не отслеживался.

Возможно, на результат анализа повлияли несколько факторов. Во-первых, для более объективной оценки необходимо, чтобы нужный уровень гиперкапнии достигался как можно раньше

после рождения. Из представленных данных не ясно, как быстро достигалась гиперкапния. В одном исследовании разница в уровне pCO_2 достигалась к 12 часам после рандомизации. Во-вторых, необходима большая разница в значениях PCO_2 между группами. Экспериментальные данные показывают, что уровень гиперкапнии, который влияет на легочный и неврологический исход выше, чем в приведенных исследованиях.

Учитывая небольшой опыт изучения пермиссивной гиперкапнии в неонатологии, а также результаты уже проведенных исследований, нельзя рекомендовать рутинное применение стратегии пермиссивной гиперкапнии у новорожденных в повседневной практике, так как не выявлено значимых преимуществ на небольшом количестве пациентов. Вентиляция с поддержанием $PaCO_2 > 60$ мм рт.ст. должна применяться только в рамках организованных исследований. Но, тем не менее, необходимо избегать низких значений $PaCO_2$, так как гипокапния и гипервентиляция приводят к повреждению легочной ткани и, следовательно, ухудшению легочного и неврологического исхода.

Исследования на животных показали ряд преимуществ, которые гиперкапния оказывает на организм, однако, рандомизированные клинические исследования у новорожденных с РДС пока не подтвердили преимуществ данной стратегии. Безопасный или идеальный уровень $PaCO_2$ не найден. Он может быть различен для новорожденных с различной массой тела при рождении, сроком гестации, для разных типов ИВЛ. Все это можно установить лишь с помощью больших рандомизированных клинических исследований с использованием различных способов ИВЛ, разделением гиперкапнии по степени выраженности и длительности и мониторингом первичных и отдаленных результатов.

Таким образом, своевременно начатая и качественно проводимая ИВЛ в сочетании с интенсивным уходом улучшает прогнозы для ребенка, упрощает работу с ним и снижает койко-день на ИВЛ, сокращая тем самым период реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Greenough A, Milner AD, Dimitriou G. Synchronized mechanical ventilation for respiratory support in newborn infants (Cochrane Review). The Cochrane Library 2002;1:Update Software, Oxford.
2. Gortner L, Wauer RR. Early versus late surfactant treatment in preterm infants of 27 to 32 weeks' gestational age: a multicenter controlled clinical trial. *Pediatrics* 1998;102:1153-60.
3. Stevens, TP; Blennow, M; Soll, RF. Early surfactant administration with brief ventilation vs selective surfactant and continued mechanical ventilation for preterm infants with or at risk for respiratory distress syndrome. The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration. Volume (1)2005
4. Soll RF, Morley CJ. Prophylactic versus selective use of surfactant for preventing morbidity and mortality in preterm infants (Cochrane Review). The Cochrane Library 2002;1:Update Software, Oxford.
5. Soll RF. Prophylactic natural surfactant extract for preventing morbidity and mortality in preterm infants (Cochrane Review). The Cochrane Library 2002;1:Update Software, Oxford.

6. Yost CC, Soll RF. Early versus delayed selective surfactant treatment for neonatal respiratory distress syndrome (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2002;1:Update Software, Oxford.
7. Фомичев М.В. Респираторная поддержка в неонатологии // Екатеринбург, 2002, стр 31-38
8. Иванов С.Л. Бронхолегочная дисплазия. Обзор современных подходов. Интенсивная терапия в неонатологии. Екатеринбург, 2004. - 1;15-26.
9. Meredith K, et al. Role of lung injury in the pathogenesis of hyaline membrane disease in premature baboons. // *J Appl Physiol*, 1989.
10. Robert Lindwall B.I. Respiratory distress syndrome aspects of inhaled nitric oxide, surfactant and nasal CPAP // *Stockholm, Karolinska University* 2005, p.3-13.
11. P Jegatheesan, RL Keller, Hawgood S. Early variable-flow nasal continuous positive airway pressure in infants ? 1000 grams at birth // *Journal of Perinatology*, 2006 26, p.189-196
12. Aschner JL Prevention and treatment of BPD: common but questionable therapies // *Ipokrates, Neonatal respiratory critical care*, 2005, p. 7-17.
13. Morley P.T./Work of Breating//*Inten Car World* - 1996 - V.11 - N.3 -P.117-121.
14. Van Marter LJ, Allred EN, Pagano M, Sanocka U, Parad R, Moore M, Susser M, Paneth N, Leviton A. Do clinical markers of barotrauma and oxygen toxicity explain interhospital variation in rates of chronic lung disease? *The Neonatology Committee for the Developmental Network. Pediatrics* 2000;105:1194-1201.
15. Jonsson B, Katz-Salamon M, Faxelius G, Broberger U, Lagercrantz H. Neonatal care of very-low-birthweight infants in special-care units and neonatal intensive-care units in Stockholm. Early nasal continuous positive airway pressure versus mechanical ventilation: gains and losses. *Acta Paediatrica* 1997;419 (Suppl Apr):4-10.
16. Kamper J. Early nasal continous positive airway pressure and minimal handling in the treatment of very-low-birthweight infants, *Biology of the Neonate* 1999;76(Suppl 1):22-8.
17. Lemyre B, Davis PG. Nasal intermittent positive pressure ventilation versus nasal continuous positive airway pressure for apnea of prematurity. *The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software*, 2002.
18. Martin L., Rafferty J., Wetzel R., Gioia F./ *Inspiratory work and response times of a modified pediatric volume ventilator during synchronized intermittent mandatory ventilation and pressure support ventilation//Anesthesiology* - 2007 -V.71 - P.977-981.
19. Гойтсман Б.В., Веннеберг Р.П./ *Руководство по интенсивной терапии в неонатологии*, пер. с англ. - Екатеринбург, 1996г.
20. Куликов А.В., Казаков Д.П. и соавт./ *Анестезия и интенсивная терапия в акушерстве и неонатологии* - М., Н-Новгород, НГМА, 2001г.
21. AARC Clinical Practice Guideline./ *Neonatal time-triggered, pressure-limited, time-cycled ventilation//Respir Care* - 2004 - V.39-N.8
22. American Thoracic Society/ *International consensus conferences in intensive Care medicine: VALI in ARDS//Am. Respir Crit. Care Med.* - 1999 - V. 160 - P. 2118.
23. Sekar K.C., Duke J.C. Sleep apnea and hypoxemia in recently weaned premature infants with and without bronchopulmonary dysplasia // *Pediatr Pulmonol.* - 1991. - Vol.10. - P. 112 - 116.
24. Eichenwald E.C., Aina A., Stark A.R. Apnea frequently persists beyond term gestation in infants delivered 24 to 28 weeks // *Pediatrics.* - 2007. - Vol. 100. - P. 354 - 359.
25. Fajardo C., Alvarez J., Wong A., Kwiatkowski K., Rigatto H. The incidence of obstructive apneas in preterm infants with and without bronchopulmonary dysplasia // *Early Human Development.* - 1993. - Vol. 32. - P. 197 - 206.
26. В.А. Любименко, А.В. Мостовой, С.Л. Иванов. *Высококачественная искусственная вентиляция легких в неонатологии. Руководство.* - Москва, 2002. - с. 16-20.
27. D.A. Kregenow and E.R. Swenson: *The lung and carbon dioxide: implications for permissive and therapeutic hypercapnia // Eur Respir J* 2002; 20:6-11
28. Woodgate PG, Davies MW. Permissive hypercapnia for the prevention of morbidity and mortality in mechanically ventilated newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev. Issue 2*, 2001.
29. John G. Laffey, et al. *Therapeutic Hypercapnia Reduces Pulmonary and Systemic Injury following In Vivo Lung Reperfusion. Am. J. Respir. Crit. Care Med., Volume 162, Number 6, December 2000, 2287-2294*
30. *The Acute Respiratory Distress Syndrome Network. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med* 2000; 342:1301-1308



ХОБЛ И КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Городская поликлиника № 6, г. Астана

В настоящее время ХОБЛ рассматривают как прогрессирующее нарушение функции внешнего дыхания, индуцированное преимущественно поллютантами и ассоциированное с воспалительным ремоделированием бронхиального аппарата, приводящего к редукции легочной функции [1].

В Казахстане за последние 10 лет число больных ХОБЛ выросло более чем в 2 раза, составив в 2011 г. 321,0 на 100 тыс. населения. Для сравнения, одно из самых распространенных заболеваний - сахарный диабет – встречается у 158,3 человек на 100 тыс. населения – было сказано на конференции 14-15 ноября проходившей в Астане.

Наиболее часто встречающимися коморбидными состояниями при ХОБЛ являются артериальная гипертензия (АГ) (28%), сахарный диабет (14%), ишемическая болезнь сердца (10%) [2,3,4]. Различные коморбидные состояния могут иметь более отчетливое влияние на клинические исходы у пациентов с ХОБЛ, чем непосредственно нарушение бронхиальной проходимости и редукция легочной функции. [5] Об этом, в частности, свидетельствуют результаты эпидемиологических исследований, согласно которым основной причиной смерти пациентов с документированной ХОБЛ являются не респираторные заболевания [6]. Так, наиболее часто пациенты с ХОБЛ погибали от кардиоваскулярных причин (25% случаев), опухолей различной локализации (преимущественно от рака легких, 20–33% случаев) и других различных причин (30% случаев) [7]. Респираторные заболевания, в основном легочная недостаточность, развившаяся вследствие обострения ХОБЛ, была зарегистрирована как непосредственная причина наступления смертельного исхода не более чем в 4–35% общего количества смертей в когорте пациентов с тяжелой ХОБЛ.

В национальных клинических рекомендациях в разделе «АГ в сочетании с патологией легких» обсуждаются особенности ведения АГ у больных с ХОБЛ и бронхиальной астмой, проблемы подбора антигипертензивных препаратов, предпочтительные терапевтические стратегии [8].

Не вызывает сомнения, что в лечении АГ при ХОБЛ оправдано назначение препаратов, не только эффективно снижающих АД, но и отвечающих ряду требований:

- адекватный контроль АД в ночные и ранние утренние часы;

- совместимость препаратов с базисными средствами лечения ХОБЛ;

- отсутствие эффектов, ухудшающих вентиляцию легких, бронхореактивность и усугубляющих гипоксемию;

- положительное влияние на гемодинамику малого круга кровообращения;

- выраженные кардио- и вазопротективные эффекты;

- отсутствие влияния на фармакодинамику антигипертензивных препаратов в условиях гипоксии.

Проблемы применения ингибиторов АПФ (ИАПФ) у больных с бронхообструктивным синдромом неоднократно обсуждались. И связаны они, прежде всего, с накоплением бронхоритантов (брадикинин, субстанция Р, оксид азота) и появлением или усугублением кашля с возможным усилением бронхообструктивного синдрома. По данным клинических исследований частота этого побочного эффекта достигает 10–20%, причем среди больных без сопутствующей патологии [9]. Появление брадикининового кашля у больных ХОБЛ может ошибочно расцениваться как обострение ХОБЛ и приводить к неоправданному изменению лечебной тактики: усилению противовоспалительной и бронходилатирующей терапии, что, в свою очередь, ведет к усугублению течения АГ, микроциркуляторным расстройствам и ухудшению качества жизни больных.

Блокаторы АТ₁-ангиотензиновых рецепторов (БАР) в отличие от ИАПФ не влияют на активность других нейрогуморальных систем, с которыми связывают такие характерные для ИАПФ побочные эффекты, как сухой кашель и ангионевротический отек, при этом сохраняя плеiotропные эффекты, характерные для блокады РААС (антиоксидантные эффекты, эндотелий-регулирующие свойства). Большой селективностью и специфичностью блокады РААС объясняют лучшую переносимость БАР, по сравнению с ИАПФ. Частота побочных эффектов при лечении БАР такая же, как при назначении плацебо. [10, 11-13].

Необходимо отметить, что ХОБЛ можно рассматривать как независимый маркер некоторых компонентов метаболического синдрома, таких как снижение толерантности к углеводам или сахарный диабет 2-го типа, артериальная гипертензия или редукция минеральной плотности костной ткани (Hjalmarson A. et al., 1996). Сахарный диабет 2-го типа часто ассоциируется не только с

артериальной гипертензией, абдоминальным ожирением, различными сердечно-сосудистыми заболеваниями, но и с редукцией легочной функции и снижением ОФВ₁, ухудшая клиническую картину и эволюцию ХОБЛ. Интенсивность системной провоспалительной активации у пациентов с ХОБЛ хорошо коррелирует с риском возникновения метаболического синдрома [14] и сахарного диабета 2-го типа [15]. Примечательно, что в когорте пациентов с сахарным диабетом 2-го типа с сопутствующим ХОБЛ наблюдаются более высокие концентрации СРП, фибриногена, ИЛ-6, ФНО, а также наиболее низкий уровень плазменного альбумина по сравнению с лицами без обструктивных заболеваний легких, независимо от их пола и возраста [16,17].

Метаболический синдром/сахарный диабет 2-го типа, с одной стороны, а также нарушение бронхиальной проходимости и снижение легочной функции, с другой, могут взаимно потенцировать друг друга [18]. Сахарный диабет манифестирует в возрасте, как правило, старше 40 лет. В основе проявлений СД лежат микро- и макроангиопатии, в результате которых возникают диабетические нефропатия, ретинопатия, нейропатия, синдром диабетической стопы, прогрессирует ИБС [19]. Сегодня выделяется и диабетическое сердце, возникновение которого связано не только с ускоренным развитием атеросклероза и снижением энергетического обеспечения миокарда, но и с микроангиопатией [20]. Известно и об изменениях легочной микроциркуляции под влиянием СД [21]. Однако данные литературы свидетельствуют о недостаточной изученности проблемы

взаимного влияния ХОБЛ и СД [22]. У больных ХОБЛ в сочетании с СД в сравнении с больными ХОБЛ, более выражены клинические проявления поражения легких, в первую очередь одышка, сердечная недостаточность по правожелудочковому типу, более частые обострения ХОБЛ. Более глубокие изменения, обнаруживаемые при инструментальном исследовании у больных ХОБЛ с СД проявляются в виде гипоксемии, повышения легочного сосудистого сопротивления и поражения микрососудов по данным МСКТ. Микроангиопатия легких, вероятно, играет решающую роль в неблагоприятном течении ХОБЛ у больных СД.

При СД признаки нарушения микроциркуляции легких могут рассматриваться как проявление диабетической микроангиопатии, что морфологически манифестируется в виде внутрисептальных перикапиллярных узелков, гранулематоза в стенке мелких артерий [23]. МСКТ выявляет микроангиопатию легких у больных СД как одно из проявлений универсальной ангиопатии [24].

Сердечная недостаточность верифицируется по разным данным у 20–33% пациентов с документированной ХОБЛ. При этом оказалось, что снижение ОФВ₁ является не только мощным маркером наступления неблагоприятного исхода, ассоциированного с респираторными причинами, но и высокого риска сердечно-сосудистой смертности [25]. Установлено, что тканевая гипоксия, нейрогуморальная и провоспалительная активация обуславливают интенсификацию оксидативного стресса и апоптоза миофибрилл I типа, что в свою очередь способствует редукции развиваемого скелетными мышцами и диафрагмой механического усилия. Это создает условия для дальнейшего усугубления тканевого дефицита субстратов окисления вследствие редукции легочной функции. С другой стороны, не исключается возможность нарушения глобальной и локальной контрактильной способности миокарда за счет снижения интенсивности энергетического обмена миокарда и апоптоза миокардиоцитов, потенцируемых системной цитокиновой активацией.

Повышение жесткости артериальной стенки ассоциируется с тяжестью бронхиальной обструкции и также может быть расценена в качестве фактора сердечно-сосудистого риска у пациентов с ХОБЛ [26]. Ряд исследователей обращают внимание на наличие устойчивой взаимосвязи между сердечной недостаточностью, фибрилляцией предсердий и частотой инсульта, которая в когорте пациентов с ХОБЛ является более выраженной, чем в общей популяции.

Таким образом, факторы риска возникновения ХОБЛ способны оказывать синергичное влияние на клинические исходы. В настоящее время не разработано способов излечения ХОБЛ, но существующие рекомендации позволяют предотвратить прогрессирование заболевания и улучшить качество жизни пациентов со снижением смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rabe K.F., Hurd S., Anzueto A. et al.; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2007) *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary*. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 176(6): 532–555.

2. Hurd S. S., Lenfant C. COPD: good lung health is the key. *Comment // Lancet*. 2005; 366: 1832–1834.

3. *Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких / Пер. с англ. Под ред. Чучалина А.Г. - М.: Издательский дом «Атмосфера», 2007. - 96 с.*

4. Crisafulli E., Costi S., Luppi F. et al. Role of comorbidities in a cohort of patients with COPD undergoing pulmonary rehabilitation // *Thorax*. 2008; 63: 487–492.

5. Sin D.D., Man S.F. (2005) Chronic obstructive pulmonary disease as a risk factor for cardiovascular morbidity and mortality. *Proc. Am. Thorac. Soc.*, 2(1): 811
6. Mannino D.M., Thorn D. (2008) Prevalence and outcomes of diabetes, hypertension, and cardiovascular disease in COPD. *Eur. Respir. J.*, 32(4): 962–969.
7. McGarvey L.P., John M., Anderson J.A. et al.; TORCH Clinical Endpoint Committee (2007) Ascertainment of cause-specific mortality in COPD: operations of the TORCH Clinical Endpoint Committee. *Thorax*, 62(5): 411–415.
8. Задионченко В. С., Адашева Т. В., Федорова И. В., Нестеренко О. И., Миронова М. А. Артериальная гипертензия и хроническая обструктивная болезнь легких — клиничко-патогенетические параллели и возможности терапии // *Российский кардиологический журнал*. 2009; 6: 62–69.
9. Адашева Т. В., Федорова И. В. Клиничко-функциональные характеристики артериальной гипертензии у больных хронической обструктивной болезнью легких // *Сердце*. 2009; 6: 345–351.
10. Задионченко В. С., Адашева Т. В., Мациевич М. В. Артериальная гипертензия и хроническая обструктивная болезнь легких. Набор слайдов с комментариями. М., 2009: 40.
11. Mancía G., De Backer G., Dominiczak A. et al. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // *J Hypertens*. 2007; 25: 1105–1187.
12. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов, 2010. www.gypertonic.ru.
13. Hunninghake D. B. Cardiovascular Disease in Chronic Obstructive Pulmonary Disease The Proceedings of the American Thoracic Society. 2005; 2: 44–49.
14. Schmidt M.I., Duncan B.B., Sharrett A.R. et al. (1999) Markers of inflammation and prediction of diabetes mellitus in adults (Atherosclerosis Risk in Communities study): a cohort study. *Lancet*, 353(9165): 1649–1652
15. Barzilay J.I., Abraham L., Heckbert S.R. et al. (2001) The relation of markers of inflammation to the development of glucose disorders in the elderly: the Cardiovascular Health Study. *Diabetes*, 50(10): 2384–2389.
16. Rana J.S., Mittleman M.A., Sheikh J. et al. (2004) Chronic obstructive pulmonary disease, asthma, and risk of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care*, 27(10): 2478–2484.
17. Ridker P.M., Rifai N., Rose L. et al. (2002) Comparison of C-reactive protein and low-density lipoprotein cholesterol levels in the prediction of first cardiovascular events. *N. Engl. J. Med.*, 347(20): 1557–1566
18. Poulain M., Doucet M., Major G.C. et al. (2006) The effect of obesity on chronic respiratory diseases: pathophysiology and therapeutic strategies. *CMAJ*, 174(9): 1293–1299.
19. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Микроангиопатия — одно из сосудистых осложнений сахарного диабета // *Consil. Med.* — 2000. — № 5. — С. 215–220.
20. Дедов И.И., Александров А.А. Диабетическое сердце: Causa Magna // *Сердце*. — 2004. — № 1. — С. 5–8.
21. Титова Е.А., Дуков Л.Г., Леонова Н.В. и др. Изменение показателей функции внешнего дыхания под влиянием беротека и гистамина у больных сахарным диабетом // *Тер. арх.* — 2008. — № 3. — С. 66–69.
22. Шмелев Е. И. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания // *Пульмонология*. 2007. — № 2. — С. 5–9.
23. Титова Е.А., Шойхет Я.Н., Коновалов В.К. и др. Рентгено-морфологические и гистологические изменения в легких при сахарном диабете // *Паллиативная мед. и реабил.* — 2007. — № 3. — С. 29–33.
24. Шойхет Я.Н., Е.А. Титова, Коновалов В.К. и др. Рентгенологические и доплерографические признаки поражения легких у больных сахарным диабетом // *Казанский мед. ж.* - 2007. - № 6. - С. 532–536.
25. Young R.P., Hopkins R., Eaton T.E. (2007) Forced expiratory volume in one second: not just a lung function test but a marker of premature death from all causes. *Eur. Respir. J.*, 30(4): 616–622.
26. Sabit R., Bolton C.E., Edwards P.H. et al. (2007) Arterial stiffness and osteoporosis in chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 175(12): 1259–1265.



УДК: 616.12-036

Мамбина Н.А.

ХРОНИЧЕСКИЕ БРОНХИТЫ: НОВЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ

Городская поликлиника № 6, г. Астана

Основное место в структуре хронических заболеваний органов дыхания принадлежит хроническому бронхиту, доля которого, по данным разных авторов, составляет 70-80% [1,2,3]. Значительное количество эпидемиологических исследований хронического бронхита и ХОБЛ проведено за рубежом [4,5].

Хронический бронхит протекая многие годы с симптомами, не доставляющими особого беспокойства больным, и не вызывая тревоги у врачей, приводит к развитию

дыхательной недостаточности, легочному сердцу и мучительной гибели больных [6].

Этиотропная терапия как наиболее рациональный вид терапии при хроническом бронхите неосуществима из-за неспецифичности повреждающих слизистую бронхов факторов окружающей внешней среды [7]. Поэтому правильный выбор патогенетического лечения, основанный на диагностике нарушенных механизмов защиты легких, является определяющим в судьбе больного (табл. 1).

Таблица 1. Основные патогенетические звенья при хроническом бронхите и принципы их коррекции

Патогенетический механизм	Принцип терапии
Нарушение слизееобразования и слизееотделения	Назначение препаратов, воздействующих на адгезию, вязкость, эластичность мокроты
Нарушение цилиарной активности	Назначение препаратов, усиливающих частоту и силу биения ресничек
Бронхиальная обструкция	Бронхолитики, муколитики, при необходимости кортикостероиды, системно и в ингаляциях
Неспецифическое воспаление	Антиоксиданты
Микробное воспаление	Антибиотики системно и антисептики местно в ингаляциях
Приобретенная иммунологическая недостаточность	Иммуностимулирующая и при необходимости иммунозаместительная терапия
Легочная гипертензия	Устранение альвеолярной гипоксии за счет восстановления бронхиальной проходимости, кислородотерапия, периферические вазодилататоры
Полицитемия	Гемоделиция, антиагреганты, антикоагулянты
Недостаточность кровообращения	Периферические вазодилататоры, сердечные гликозиды, мочегонные

Но качестве ведущей причины как обострений, так и осложнений хронического обструктивного бронхита (ХОБ) выступают эпизоды респираторных инфекций. Поэтому рациональная антибактериальная терапия относится к одному из ключевых направлений комплексной терапии обострений ХОБ.

Что в данном случае следует понимать под рациональной антибактериальной терапией? Во-первых, этиотропная направленность, базирующаяся на знаниях этиологической структуры актуальных возбудителей. Это *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*. Во-вторых, максимальное стремление к монотерапии. В-третьих, предпочтение должно отдаваться препаратам с более удобным режимом дозирования. В-четвертых, препарат должен

хорошо проникать в ткани бронхов и мокроту. В настоящее время считается, что с позиций доказательной медицины антибактериальная терапия при инфекционных обострениях ХБ является обоснованной и клинически оправданной. В более позднем исследовании показано, что неназначение антибиотиков при обострении ХБ может приводить к прогрессивному ухудшению легочных функций [8]. С точки зрения доказательной медицины, только три класса антибиотиков рекомендуют для использования у пациентов с обострением ХБ. Это – б-лактамы (амоксциллин, амоксициллин/клавулановая кислота, цефалоспорины II поколения), макролиды (эритромицин, азитромицин, кларитромицин и др.) и фторхинолоны, преимущественно нового

поколения (левофлоксацин и моксифлоксацин). Для выявления значимых различий в клинической эффективности того или иного антибиотика в исследованиях должны участвовать несколько тысяч пациентов. До настоящего времени результатов таких исследований нет. Согласно данным метаанализов, оценивающих эффективность различных антибиотиков у пациентов с обострением ХБ, все указанные классы антибиотиков (β -лактамы, макролиды и фторхинолоны) одинаково эффективны у данной категории больных [9].

Важнейшими условиями являются одновременное применение методов физического воздействия, обучение пациента правильной технике откашливания, дренажным упражнениям, применение устройств, создающих вибрацию экспираторного потока за счет прерывистого сопротивления в дыхательных путях [9,10]. Не выполняя данных условий, трудно рассчитывать на значительный эффект мукоактивных препаратов [11]. В большинстве исследований, в которых эффективность муколитиков при ХОБЛ не подтвердилась, не включали в дизайн обучение пациентов методам откашливания. В связи с этим представляется целесообразным дальнейшее изучение роли мукоактивных препаратов с включением в протоколы методов кинезитерапии. [12] Клинические симптомы заболевания в виде кашля, мокроты и в той или иной степени выраженности одышки являются следствием мукоцилиарной недостаточности. Морфологическим эквивалентом которой является метаплазия бронхиального эпителия: изменение соотношения реснитчатые/бокаловидные клетки в пользу бокаловидных, гипертрофия бокаловидных клеток и подслизистых желез, атрофия ресничек и появление нехарактерного для бронхов эпителия. [13,14] Поэтому рекомендуемая базисная терапия хронического бронхита включает в себя назначение следующих препаратов:

– муколитики (с учетом особенностей их действия): а) препараты преимущественно влияющие на адгезию и синтез сурфактанта (лазолван, бромгексин) в суточной дозе 80 – 90 мг; б) препараты, преимущественно влияющие на вязкость и эластичность (ацетилцистеин), обладающие антиоксидантной активностью в суточной дозе 600 мг [15]; в) препараты, преимущественно влияющие на синтез слизи (карбоцистеин) в суточной дозе 1500 – 2250 мг.[16]

Кроме того, амброксол имеет прямое секретолитическое действие, которое является дозозависимым. В рандомизированных исследованиях, использовавших амброксол в дозе 60 мг/сут у больных с хроническим бронхитом и ХОБЛ, не получено доказательств превосходства препарата над плацебо. Однако

в дозе 90–120 мг/сут доказана эффективность препарата в облегчении симптомов и снижении числа рецидивов заболевания [17]. Уникальным свойством амброксола, выделяющим его из группы мукоактивных препаратов, является индуцирующее влияние на синтез сурфактанта. Как известно, сурфактант не только снижает поверхностное натяжение альвеол, коллапс респираторных бронхиол и адгезию бронхиального секрета, но и несет иммунные функции, участвуя в противовирусной и антибактериальной защите. Вероятно, именно через продукцию сурфактанта амброксол реализует свои иммуотропные эффекты. К. Nobata и соавт., назначая амброксол, карбоцистеин и плацебо пациентам с частыми эпизодами респираторных вирусных инфекций в течение полугода, установили достоверное уменьшение числа острых респираторных заболеваний в группе амброксола, тогда как получавшие карбоцистеин не отличались по данному показателю от группы плацебо. В 2009 г. группа итальянских исследователей представила результаты работы по профилактическому назначению амброксола у больных, перенесших лобэктомии по поводу рака легких. Амброксол вводили внутривенно в дозе 1000 мг/сут и в течение 3 сут после операции. Оказалось, что в группе, получавшей амброксол, послеоперационные осложнения, прежде всего инфекционные, наблюдались более чем в 3 раза реже, чем в контрольной (6% против 19%), сроки пребывания в стационаре были меньше на 2,5 дня и стоимость пребывания ниже на 2765 евро.

Ингаляционные антихолинергические препараты – АХП (атровент) или β_2 -агонисты (вентолин, беротек) короткого действия назначаются по потребности при появлении у больного продуктивного или непродуктивного кашля. Особенно эффективна комбинация фенотерола (беротека) с атровентом – беродуал, который принимается по 2 дозы 4 раза в сутки в период усиления кашля (табл.2)

Широкое распространение получили фиксированные комбинации β_2 -агонистов длительного действия и иГКС: серетид (комбинация сальметерола с флутиказоном пропионата в дозе 50/500 мкг) и симбикорт (комбинация формотерола с будесонидом в дозе 9/320 мкг). И тот, и другой препарат применяется 2 раза в сутки. Первоначальная эффективность АХП не снижается при длительном регулярном применении, то есть у них отсутствует тахифилаксия (редко встречающееся положительное качество лекарственного препарата), наряду с этим практически отсутствует синдром отмены.

Чувствительность М-холинорецепторов бронхов (в отличие от β_2 -адренорецепторов) не ослабевает с возрастом.

Таблица 2 Характеристика основных бронхолитических препаратов

Наименование препарата		Дозы, мг		Начало действия, мин	Пик действия, мин	Продолжительность действия, час
междуна-родное название	торговое название	дозированный ингалятор	небулайзер			
Ипратропиум бромид	Атровент Н	0,02	0,25 – 0,50	5 – 30	45 – 60	6 – 8
Тиотропиум бромид	Спирива	0,018	-	30 – 45	60 – 120	24
Сальбутамол	Вентолин	0,1	2,5 – 5	5 – 15	30 – 60	4 – 6
	Вентолин небулы	-	2,5 – 5	5 – 15	30 – 60	4 – 6
	Сальгим	0,1	2,5 – 5	5 – 15	30 – 60	4 – 6
	Саламол- Эко	0,1	2,5 – 5	5 – 15	30 – 60	4 – 6
Фенотерол	Беротек Н	0,1	0,5 – 2	5 – 15	30	4 – 6
	Беротек	0,1	0,5 – 2	5 – 15	30	4 – 6
Фенотерол + Ипратропиум бромид	БеродуалН	0,02 – 0,05	0,5 – 2,0 (2-4 мл)	5 – 15	60	6
	Беродуал	0,02 – 0,05	0,5 – 2,0 (2-4 мл)	5 – 15	60	6
Сальбутамол +Ипратропиум бромид	Комбивент	0,02 – 1,0	0,5 – 3,0	5 – 15	60	6
Сальметерол	Серевент	0,025 – 0,05	-	10 – 30	120 – 360	12
Формотерол	Оксис	0,0045- 0,009	-	5 – 7	120 – 360	12
	Форадил	0,012	-	5 – 7	120 – 360	12

Это особенно важно, поскольку ХОБЛ – «привилегия» лиц пожилого возраста. АХП практически не всасываются и не вызывают системных побочных эффектов, в связи с чем могут применяться при сопутствующей сердечно-сосудистой патологии (ИБС, артериальная гипертония). У них совершенно отсутствует кардиотоксическое действие.

Свойства экспекторантов имеют йодистые соли, в частности йодиды калия и натрия, и ряд субстанций растительного происхождения – гуайфенезин, термопсис, корень алтея, чабрец и др., издавна использующиеся в медицинской практике. Их назначение должно сопровождаться рекомендациями по дополнительному приему жидкости. [18, 19]. Помимо пероральных, существуют ингаляционные экспекторанты. К ним относят гипертонический раствор NaCl в концентрациях от 2 до 7%. Даже при муковисцидозе длительные ингаляции гипертонического раствора приводили к улучшению дренажной функции бронхов и улучшению функции внешнего дыхания [20]. Недавнее исследование S.Valderramas и соавт. показало, что изотонический раствор NaCl не только не уступает, но даже превосходит ингаляции 3% раствора по влиянию на дистанцию 6-минутного теста при равной эффективности в

отношении качества жизни и одышки по шкале MRC с условием выполнения реабилитационных программ. Эффективным экспекторантом зарекомендовал себя ингаляционный порошок маннитол, создающий гиперосмолярную среду на поверхности слизистой оболочки, приводящую к гидратации мокроты. У больных с бронхоэктазами доказано его положительное влияние на качество жизни, ОФВ1 и облегчение откашливания.

Ограничением для приема экспекторантов является неэффективность кашля, возникающая в силу разных причин – слабости дыхательной мускулатуры, травмы грудной клетки, подавленного кашлевого рефлекса в результате поражений центральной нервной системы, приема психотропных препаратов и т.д. Также нужно иметь в виду, что гипергидратация может привести к усилению отека слизистой оболочки бронха и нарушению центральной гемодинамики, что особенно опасно при выраженной бронхиальной обструкции и застойной сердечной недостаточности. Ингаляционные экспекторанты являются сильными провокаторами бронхоспазма, что требует их крайне осторожного назначения у больных с исходным нарушением бронхиальной проходимости и гиперреактивностью бронхов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кокосов А.Н. Хронический простой (необструктивный) бронхит / А.Н. Кокосов // Хронические обструктивные болезни легких/ под ред. А.Г. Чучалина. М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 2000. - Гл. 9. - С. 117-120.
2. Палеев Н.Р. Хронический бронхит / Н.Р. Палеев, В.А. Ильченко // Болезни органов дыхания: Руководство для врачей: в 4 т. / Под общей ред. Н.Р. Палеева. М.: Медицина, 1989. - Т.3. - С. 110179.
3. Александрова Н.И. Хронический бронхит / Н.И. Александрова // Кокосов А.Н. Клиника и лечение болезней органов дыхания. СПб., - 2002. - С. 70-85.
4. Agusti A.G. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease/ A.G. Agusti // Novartis Found. Symp. 2001. - Vol.234/ - P. 242249.
5. Ball P. Acute exacerbations of chronic bronchitis / P. Ball // Curr. Opin. Infect. Dis. 2000.-Vol.13, No.2. - P. 171-176.
6. Barbera J.A. Pulmonary hypertension in COPD: Old and new concepts / J.A. Barbera, V.I. Peinado, S. Santos // Arch. Chest. Dis. 2000. -No. 55.-P. 445-449.
7. Ball P. Epidemiology and treatment of chronic bronchitis and its exacerbations / P. Ball // Chest. 2005. - Vol. 108(2). - P. 43-52.
8. Дворецкий Л.И. Инфекция и хронический обструктивный бронхит / Л.И. Дворецкий // Consilium medicum. 2001. - Т.3, №12. - С. 587-594.
9. Ripoll L, Reinert P, Pe'p'pin LF, Lagrange PH. Interaction of macrolides with alpha (sic) dornase during DNA hydrolysis. J Antimicrob Chemother 1996; 37 (5): 987-91.
10. Valderramas S, Atallah N. Effectiveness and safety of hypertonic saline inhalation combined with exercise training in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A Randomized Trial. Resp Care. March 2009; 54 (3): 327-33.
11. Homnick D. Mechanical Insufflation-Exsufflation for Airway Mucus Clearance. Respir Care 2007; 52 (10): 1296-307.
12. Rubin B. Designing clinical trials to evaluate mucus clearance therapy. Respir Care 2007; 52 (10): 1348-58.
13. Daviskas E, Anderson SD, Gomes K et al. Inhaled mannitol for the treatment of mucociliary dysfunction in patients with bronchiectasis: effect on lung function, health status and sputum. Respirol 2005; 10 (1): 46-56.
14. King M, Brock G, Lundell C. Clearance of mucus by simulated cough. J Appl Physiol 1985; 58 (6): 1776-82.
15. Guyatt GH, Townsend M, Kazim F, Newhouse MT. A controlled trial of ambroxol in chronic bronchitis. Chest 1987; 92 (4): 618-20.
16. Ericsson CH, Juhaa'sz J, Joe'nsson E, Mossberg B. Ambroxol therapy in simple chronic bronchitis: effects on subjective symptoms and ventilatory function. Eur J Respir Dis 1986; 69: 248-55.
17. Zheng JP, Kang J, Huang SG et al. Effect of carbocisteine on acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (PEACE Study): a randomised placebo-controlled study. Lancet 2008; 371 (9629): 2013-8.
18. Rubin BK, Ramirez O, Ohar JA. Iodinated glycerol has no effect on pulmonary function, symptom score, or sputum properties in patients with stable chronic bronchitis. Chest 1996; 109 (2): 348-52.
19. Kuhn JJ, Hendley JO, Adams KF et al. Antitussive effect of guaifenesin in young adults with natural colds. Chest 1982; 82: 713-8.
20. Elkins MR, Robinson M, Rose BR et al. National Hypertonic Saline in Cystic Fibrosis (NHSCF) Study Group. A controlled trial of long-term inhaled hypertonic saline in patients with cystic fibrosis. N Engl J Med 2006; 354 (3): 229-40.



УДК: 614.2-084:347.518.3

*Мухамбетова А.Е., Сүлейменова Р.Қ., Шарбаков А.Ж.***ЕҢБЕК ЖАҒДАЙЫН ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАЛАУ ПРОБЛЕМАСЫНЫҢ
ҚАЗІРГІ АХУАЛЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ АВТОБУС ЖҮРГІЗУШІЛЕРІНІҢ
ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ***«Астана Медицина Университеті» АҚ,
Еңбек гигиенасы, коммуналдық гигиена және ТҚН кафедрасы.*

Еңбек гигиенасы, кәсіби гигиена — еңбектің және айналадағы өндірістік ортаның адам организміне тигізетін әсерін зерттейтін, еңбек етуге қолайлы жағдай туғызу, кәсіби ауруларға жол бермеу шараларын қарастыратын гигиена саласы. Еңбек гигиенасының Қазақстанда ғылым ретінде қалыптасуы Қазақ медицина институтының (қазіргі Қазақ ұлттық медицина университеті) санитарлық-гигиеналық факультетінің ашылуымен байланысты. Бұл саладағы жүйелі ғылыми зерттеулер Қазақстан ұлттық Академиясының Еңбек гигиенасы және кәсіби аурулар секторында басталды. 1950 жылдары ауыл шаруашылығындағы Еңбек гигиенасы мәселесімен Қазақ эпидемиология, микробиология және жұқпалы аурулар ғылыми-зерттеу институты (қазіргі Гигиена және эпидемиология ғылыми-зерттеу орталығы) айналысты. Еңбек гигиенасының негізгі бағыттары: өндірістегі әр түрлі физикалық, химиялық, биологиялық факторлардың адам организміне тигізетін әсерін зерттеу; өндірістің зиянды жағдайларын жоюда инженерлік-техникалық шараларды жетілдіру арқылы іске асыру, т.б. Еңбек гигиенасы, физиология, токсикология, химия, физика, санитария, статистика және кәсіби патология ғылымдарымен тығыз байланысты. Еңбек гигиенасының тәжірибе жүзіндегі ұсыныстарының орындалуын санитарлық-эпидемиология стансалары қадағалап отырады.

Қызметкерлердің кәсіби денсаулығын және кәсіби ұзақ өмір сүруін сақтау, қазіргі қоғамның негізгі міндеттердің бірі болып табылады, оның шешімін өндірісте ілгері технологиялар енгізу есебінен жарақаттануды, аурушандықты төмендету бойынша шараларды жүзеге асыру қажет. Бұл, елдің экономикалық даму қарқыны мен мүмкіндіктерін белгілі бір деңгейде алдын ала анықтайтын, мемлекеттің маңызды қызметі және оның әлеуметтік саясатының негізі. Кез-келген елдің мемлекеттік саясатының басым бағыттарының қатарында еңбекке жарамды тұрғындардың денсаулығын қорғау және қауіпсіз еңбек жағдайымен қамтамасыз ету сұрақтары ерекше орын алады [1]. Бұл, кәсіби аурушандықпен жарақаттанудың жоғары деңгейлігіне себепші болады, гигиеналық нормативтік талаптарды сақтамау және қолайсыз еңбек жағдайлары, денсаулық бұзылуының жетекші

қауіпті факторларының бірі болып табылатыны белгілі [2].

Автокөлік жүргізушілердің денсаулық жайы. Автокөлік жүргізушілерінің арасында, көпшілік кәсіби топ өкілдеріне қарағанда, уақытша еңбекке жарамдылығын жоғалтуымен өте жоғары аурушандық белгіленген (100 жұмыс істейтіндерге 955 күн) және мүгедектікке бірінші рет шығу көрсеткіштерінің тым жоғарылығы [3]. Көптеген басқа да авторлар автокөлік жүргізушілерінде уақытша еңбекке жарамсыздықпен аурушандықтың жоғары деңгейін көрсетеді [4]. Уақытша еңбекке қабілетті жоғалту аурушандығы құрылымының пайда болуы, жалпы алғанда, барлық еңбекке жарамсыздықтың 87,0%-ын [5] және мүгедектікке шығудың барлық себептерінің 66, 0% дейін құрайтын [6] аурулардың бес классынан пайда болады: тыныс алу мүшелерінің, қанайналым, жүйке жүйесі мен сезім мүшелері, ас қорыту мүшелері, сүйек-бұлшық ет жүйесінің асқынулары. Тыныс алу мүшелерінің аурулары осы тізімде бірінші орын алады, негізгілері тұмау және -жедел респираторлы аурулар болып табылады. Соңғылары, әртүрлі авторлардың деректері бойынша еңбекке жарамсыздықтың 30,0%-дан 44,0% дейін жағдайларының себептері болып табылады [7]. Тыныс алу мүшелерінің созылмалы аурулары салдарының еңбекке жарамсыздықтың пайда болуымен тығыз байланысы келесі факторлардың болуымен анықталады: «тиеубосату және жөндеу жұмыстарына қатысу», «берілген уақытынан артық атқарылатын жұмыстар», «жасы», «өндірістік өтілім». Уақытша еңбекке жарамсыздық жағдайлары және Ауырған тұлғалар санының жасы бойынша стандартталған көрсеткіштері осы тәуелдікті растайды. Автоматтық топтамалардың алгоритмін олардың корреляциялық байланыс дәрежесі бойынша қолдану, берілген аурулар классына тән корреляциялық санлақты айыруға мүмкіндік береді. Әрбір осындай санлақты, белгілі дәрежеде нәтижелі сипатты анықтайтын біртұтас фактор ретінде қарастыруға болады.

Уақытша және тұрақты еңбекке жарамсыздықпен аурушандықтың құрылымында, негізінен жедел және созылмалы гастритпен, он екі елі ішек және асқазанның

ойық жарасымен, бауыр, өт безі және ұйқы безі ауруларымен көрінген, ас қорыту ағзаларының сырқаттары маңызды орын алады [8]. Уақытша еңбекке жарамсыздықтың жасы бойынша стандартталған көрсеткіштері жүргізушінің жұмыс кезегі ұзақтылығының арттыруымен анық жоғарылағаны көрсетілген. Корреляциялық талдаулардың нәтижелері, зерттелетін фактор және УЕЖ пен аурушандықтың көрсеткіштері арасындағы байланыс, асқазанның ойық жарасымен аурулар топтарында бар екендігін куәландырады, мысалға берілген уақытынан артық атқарылатын жұмыс ұзақтығының корреляциялық коэффициенті +58 жеткен.

Асқорту ағзалары ауруларының салдарынан мүгедектіктің ауырлығын зерттеген кезде, әлеуметтік қамтамасыз ету бөлімінде есепте тұратын әрбір үшінші жүргізуші-мүгедектің І немесе ІІ топ мүгедектікке жататындығы айқындалған. Жоғарғы жүйке-эмоциялық кернеу, гипокинезия, гиподинамия, діріл, шу және инфрадыбыстан басқа жүргізушілердің тамақтану сипаты мен ұйымдастырылуы талданатын аурулар класына арнайы ықпал ететіндігі көрсетілген [9]. Жүргізілген зерттеулер, әр үшінші жүргізушінің ас уақытының ұзақтығы 30 минуттан кем екенін көрсетті. Бұдан басқа, ұсынылған түскі ас үзілісі мақсаты бойынша қолданылмайды: жанармай құю станциясына бару үшін, майда жөндеу және автокөлікті тексеру жұмыстарына және т.б. Қалалық жолаушылар жүргізушілердің энергोजұмсауы өндірістік мерзімде орташа 814 ккал, жұмыстан тыс уақытта – 1966,3 ккал екені айқындалған. Тамақтану рационының құндылығы қыс – көктем уақытында орташа 2824,4 тәулігіне/ккал құрады. Сонымен қатар майларды тиімсіз қабылдау құрылымы, А және С витаминдерін жетіспеушілігі анықталды, әсіресе қыс–көктем уақытында. Осы зерттеулер жүргізушілердің тамақтануын түзетудің негізгі принциптерін ұйымдастыруға мүмкіндік берді [10].

Жүргізушілердің жұмысында едәуір жүктеме жүрек-қантaмыр жүйесіне түседі. Өрдайымғы кәсіби қауіп, жұмыс күнінің ұзартылуы, ұйқы қанбау әсерінен дамиды, орталық жүйке жүйесінің ауруларын жүйке-эмоционалдық кернеуінің жоғарылауымен байланыстырады. Әдебиет деректері бойынша, жұмыс ортасының кешенді әсер ету факторлары, сонымен қатар еңбек үрдісінің факторлары, жүргізушілерде жүрек және қантaмыр аурулары қауіп индексі басқа кәсіптік жұмыскерлерге қарағанда 3 есе жоғары болуына алып келеді, ал кәсіби жүргізушілер топтарын артериальді гипертензия даму қауіпінің жоғарғы тобына жатқызуға болады [11]. Жоғары деңгейдегі психикалық-эмоциялық стресс жастық шақтағы артериальді қысым көтерілуінің предикторы болып шығады [12]. Сөйтіп, зерттеу кезінде жоғары артериальді қысым кезінде 58,0% жағдайда

жоғары стресс белгіленген. Бұл ретте өндірістік стрессорлар 48,0% жағдайларында бөлінген. Қазіргі уақытта созылмалы әлеуметтік және психикалық-эмоциялық стресс жағдайында 10,0% аса еңбекке қабілетті халық өмір сүреді [13]. М.Б. Ценципер (2000), Н.Ф. Измеров (2000) психикалық-эмоциялық стрессті Қиыр Солтүстікте артериальді гипертензияны дербес қауіп факторы ретінде қарайды.

Кейбір авторлар, автобус жүргізушілерінде, қағида бойынша, жұмысқа кірескенен кейін бірінші секундтарынан бастап тамыр соғу жиілігі басталады және бүкіл ауысым бойы сақталатынын көрсеткен [14]. Тамыр соғуының жиілеуі жұмыс өтілімі және тәжірибесіне тәуелді болатыны көрсетілген. Тамыр соғудың (42,3%) бастапқы жиілігінен ең көп жоғарылауы кенет тоқтау және озу, әр дайым қауіп-қатер жағдайы кезінде байқалады. Апат алдындағы жағдайлардан басқа, тамыр соғудың жиілеуі, қиылыстарды, жоғары көтерулерде, шалт бұрылуларды өткен кезде тіркелген. Гипертоникалық ауру уақытша еңбекке жарамсыздық күндері мен жарты жағдайлардың және әр үшінші берік еңбекке жарамсыздық жағдайының себебі болып табылады. Жүргізушілердегі жоғары артериальді гипертензияның жиілігін А.Н. Бриттов және т.б. белгілеген (2002) [15].

Жүргізушілердің артериальді гипертензия мәселесі өзіне мамандардың жоғары назарын аударады, бұл осы аурудың медициналық аспектісіне ғана емес, кәсіби маңызды қызметтеріне және сапасына әсер етуімен байланысты. Осындай кәсіби топтардың бірі жүргізушілер болып табылады. Артериальді гипертензия - жол-көлік оқиғалары қауіпін 1,5-1,8 рет артуына әкеледі.

Жүргізушілердің бұрыс іс-қимылдарынан, олардың автокөлік басқару кезіндегі қателері 90,0-95,0% жағдайда қайғылы оқиғаларға әкеліп соғады [16]. Сонымен қатар артериальді гипертензиясы бар жүргізушілер тобында бір және одан жоғары ЖКО-н жасан үлесі 80,0% құрайды, сондай ақ қалыпты артериальді қысым тобында осындайлар тек қана 37,5%. А.А. Эльгаров деректері бойынша (2001), артериальді гипертензияның 5,6% асқынулары автокөлікті жүргізу кезінде тікелей пайда болады. Осы мерзімде тексерілетіндердің әр үшіншісінде гепиртоникалық кризистер туындаған 15,0% ми қанайналымының жедел бұзылымдары, ал ЖИА соның ішінде жедел миокард инфарктісі 20,0% тексерілетіндерде пайда болған. Жүргізушілердің өтілімі мен жасының гипертоникалық ауруына әсерін салыстырмалы бағалауында, кәсіби өтілімінің маңыздылығы басымдылық көрсетеді, өйткені бұл ауру әсіресе жиі 40 жастан асқан және 10-20 жылдан аса жұмыс істеген жүргізушілерде диагностикаланады.

А.И. Вайсманның жұмыстарында (1979, 1988) авкөлік жүргізушілерінде (2,9%-дан 36,9%-ға дейін, тасымалдаудың түрлеріне тәуелді) вегетотамырлы дистония жиі табылатыны айқындалған. М.Н. Евлампиев және т.б. (1990); Д.Н. Евнин және т.б. (1991); Н.П. Головкина және т.б. (1991); тағыда осы кәсіби топта жиі кездесетін патологияны айқындаған. М.Д. Назарова (1993); Р.И. Лапытова (1988) жүргізушілерде жүйкелік шағымдарды көп мөлшерде белгілеген. Жасымен жүрек-қантaмыр аурулары, кәсіби өтіліммен және бір айда сағатының мерзімінен тыс орташа ұзақтығының салдарынан жүргізушілерде уақытша еңбекке жарамсыздық пайда болуымен анық корреляциялық байланыстар бары мәлім.

Перифериялық жүйке жүйесінің ауруларына қатысты, олардың денелерінің үздіксіз шайқалуы мен салқындануының байланысына негізделген ұсыныс берілді [17]. 60,0% жағдайларда бұл аурулар дененің ұзақ салқындануымен байланысты болды. Сонымен қатар, отыру қалпы, дененің кенет қозғалуы, омыртқаның бел-сегізкөз бөліміне жүктеменің жоғарылауы, соның ішінде температураның өзгеруі әсерімен байланысты, линияда жөндеу жұмыстары, маңызды орын алады. Жалпы транспорттық-технологиялық діріл, статикалық және статикалық-динамикалық жүктемелер, стереотипті қозғалыстар, қолайсыз микроклиматтық жағдайлар және автокөлікті ұзақ айдау перифериялық жүйке жүйесінің патологиялық өзгерістеріне және тірек-қозғалыс аппаратының әсіресе омыртқаның мойын және бел бөлімінің зақымдануын тудыратын қабілеті айқындалған [18]. Жүргізушілердің нейро-ортопедикалық зерттеулері (В.Н. Дружин, 1995) цервикальді және люмбалды деңгейлерде вертеброгенді (мойын және мойын-иық радикулопатия, цервикалгия, цервикобрахиалгия, цервикокраниалгия, созылмалы бел-сегізкөз радикулопатия, люмбоишалгия) патологияларының басым болатынын көрсетті. Сүйек-буын аппаратының табиғи картау үрдістеріне, еңбек жағдайын дамуының желделуін қозғандыратын, рентгенологиялық зерттеудің қосымша әдістемелік кешені кәсіпке байланысты оссеоморфты бейненің өзгерулерін айқындауға мүмкіндік берді. А.И. Вайсман (1988) жұмыс өтілі және созылмалы бел-сегізкөз радикулопатиясына қатысты патологияның дамуы арасында байланысты орнатты, ол жиілігі 8,1%-дан 36,9% дейін ауытқиды (жасы және өтілі бойынша зерттелетін сипаттамаларға, автокөліктің және тасымалдау түріне байланысты). Бұл ретте, рентгенографиялық зерттеуде омыртқаның дегенеративті-дистрофикалық өзгерістерін 40,4% жағдайларда анықтады, ал жас жүргізушілерді (30 жасқа дейін) тексеру кезінде омыртқаның дегенеративті өзгерістері бар тұлғалардың үлесі 30,0% құрады. В.Н. Дружининнің деректері бойынша (1995), ауыр жүкті автокөлік жүргізушілерінің омыртқа

зақымдану жиілігі және деңгейі жасы мен жұмыс өтіліне тәуелді. Осы патологиямен ең жоғарғы зақымдануы жұмыс өтілімі 16 жыл, жасы 40-тан асқан жүргізушілерде тіркелген.

Айтылғандарды ескере отырып, жүргізушілердің бекітілген «отыру» жұмыс кейіпінде ұзақ болуы, тиімсіз тамақтануды және гипокинезияны қоса алғанда, жүргізушілер арасында көтеу (геморрой) жағдайларының көп болуын күтпегендік деп санауға болмайды [19].

Кәсіби қызметтерінің жағдайларына бейімделуі қиындылығы, жүйке-эмоционалдық кернеудің жоғары бейнесімен үйлесімді, басқа да қолайсыз өндірістік факторлармен жүргізушілерде психосоматикалық ауруларды, сондай-ақ психикалық бұзылыстардың кейбір түрлерін, нақты невроздарды, жүйке жұқаруды, «сипаттамалық даму» деп аталатын, алкоголизмді тудырады [20].

Жұмыс орнында зиянды кәсіби факторлардың бейнесіне қоса таралған зиянды әдеттермен үйлесімді (темекі тарту және ішімдікті қолдану), онкологиялық аурулардың туындауы, кәсіби жүргізушілердің топтары үшін, сипатты [21]. Уақытша еңбекке жарамсыздық себептерінің арасында жаңа түзілістер маңызды рөл ойнайды, өйткені көп жағдайда наукастың өліміне немесе оның мүгедектікке ауыстыруына әкеліп соғады. Бұл ретте мүгедектік көрсеткіштер кәсіби өтілімнен анық тәуелділігі анықталады, әсіресе бұл асқазанның қатерлі ісігіне, қатерлі лимфомаға [22], өкпе рагына [23] және қуықтың қатерлі ісігіне қатысты [24]. Осыған қоса, келесі зерттеулер жүргізілген, онда жүргізушілерде пайда болған қуықтың қатерлі ісігін мұнай өнімдерімен (бензин, керосин, жағармайлар) байланыстырған. Қауіп факторлары қатарында келесілерді ағайды: антиоксидант ретінде кейбір жанармай түрлеріне қосылатын, α - және β -нафталиндермен байланыс, шағын мөлшерде сұйықтық қолданудың әдеті, ол зәр концентрациясының жоғарылауына мүмкіндік туғызады, сонымен қатар ағзаның салқындау мен қызып кетуінің жиі алмасуы.

Автокөлік жүргізушілерінің уақытша еңбекке жарамсыздығы мен аурушандығын талдай отырып, А.И. Вайтман (1988) және В.Д. Жидков (1984) автобус және жүк автокөлік жүргізушілерінде аурулардың аса жоғары, ал жеңіл автокөлік жүргізушілерінде біршама төмен көрсеткіштері байқалатынын анықтады. Мұндай заңдылық, осы жүргізушілер топтарының еңбек жағдайы ерекшелігіне сай. Жүргізушілер аурушандығының жоғарылауы, олардың жиі мүгедектігіне әкеліп соғады, ол орташа 1000 жұмыс істейтіндерге 5,25 адамға дейін құрайды, сондай ақ оның ең жоғарғы деңгейі автобус және жүк автокөліктерінің жүргізушілерінде тіркелінген. Мүгедектіктің себептерін зерттеу [25] қанайналым жүйесі ауруларының (37,0%), жаңа түзілістердің (19,4%),

жарақат және қайғылы оқиғаның (13,9%), тыныс алу мүшелер ауруының (8,4%), жүйке жүйесінің және сезім мүшелері ауруларының (7,7%) басымдығын көрсетті. 45 жасқа дейінгі жүргізушілерде мүгедектікке шығуының жоғары пайызы (18,9%) көрсетілді, ал 20 жыл еңбек өтілі бар 50-59 жастағы жүргізушілер тобында ол 4 есеге жоғарылайды. Осылайша, жүргізушілердің 94,6%-ы еңбекке жарамсыз жаста болса да, өз мамандығынан кетуге мәжбүр [26]. Жүргізушілердің зейнетақы жасына дейін жұмыс істей алмуының екінші себебі ЖИА [27],

миокард инфарктісі [28] және қатерлі ісіктер салдарынан қайтыс болуының жиіленуі болып табылады.

Осылайша, еңбек гигиенасының мәселелері мен қалалық автокөлік жүргізушілерінің денсаулық жағдайы өзекті екені жоғарыда көрсетілген. Қазіргі таңда, отандық және шет елдік авторлардың жариялаған мәліметтері бұл мәселені толық сипаттамайды. Сол себепті әрі қарай осы мәселені ашу үшін зерттеуді талап етеді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Пуликовский К.Б. Комплексная оценка соответствия опасных производственных объектов требованиям безопасности / Пуликовский К.Б., Щепкин А.В. Безопасность труда в промышленности. -2007.-№2.-С.5-8.
2. Крайкин В. Профилактика производственного травматизма // Крайкин В. Охрана труда и социальное страхование. –М., 2005.-№8. –С.33-35., Кузнецов Г. Реальный травматизм и официальная статистика / Кузнецов Г.// Охрана труда и социальное страхование.- 2005. -№10. -С. 43-47.
3. Дорофеева Е.Д. Сравнительная оценка состояния здоровья водителей автобусов за 10 лет // Медико-биологические проблемы на автотранспорте/ Под ред. Вайсмана А.И. –М., 1982. – С. 57-68.
4. Вайсман А.И., Эльгаров А.А. Автотранспортная медицина – опыт, нерешенные вопросы // Медицина труда и промышленная экология. – 1996. - №8. – С. 29-31;
- Зайцева Н.В., Тырыкина Т.И., Землянова М.А. Влияние на здоровье населения выбросов свинца автотранспортом // Гигиена и санитария. – 1999. - №3. – С. 3-4.
5. Гурович М.З. Физиолого-гигиенические аспекты изменений состояния здоровья стажированных водителей городских автобусов. Автореф.дисс.на соискание ученой степени канд. мед.наук. – Ниж.Новгород, 1992. –С. 22;
- Богданова Т.С. Прогнозирование риска возникновения психосоматических заболеваний у водителей оперативного транспорта // Медицина труда и промышленная экология. – 1995. -№4. – С.29-30.
6. 16. Московский А.Ю. Социально-гигиеническая характеристика здоровья водителей автомобилей в Западной Сибири. Диссертация на соискание ученой степени канд.мед.наук. –Оренбург, 1991. -205с.
7. Гомеллаури Л.З. Социально-гигиенические аспекты автомобильного травматизма. –Тбилиси. -1997. –С.181;
- Saffes H. Forensische Proben bei Alkoholmissbrauch // Therapiewoche -1983. – Bd.33, H.-S. 3231-3233.
8. Житков В.Д., Шамин С.А. Гигиеническая оценка микроклимата и загазованности воздушной среды кабины автобусов «Икарус-260» // Актуальные проблемы профилактики травматизма при дорожно-транспортных происшествиях / Тезисы докладов.- Горький, 1984. –С.33-34.
9. Мацсурадзэ Д.И. О некоторых особенностях трудовой деятельности водителей // Актуальные проблемы профилактики травматизма при дорожно-транспортных происшествиях / Тезисы докладов.- 1984. –С.44-45;
- Бегма И.В. Оценка тяжести и назначение оптимального режима работы на маршруте // Актуальные проблемы профилактики травматизма при дорожно-транспортных происшествиях. Под ред. Благодатина В.М., Вайсмана А.И. – Горький, 1984. –С. 81-83.
10. Смоляр В.И., Кондратенко А.Г. Рациональное питание водителей автотранспорта // Актуальные проблемы профилактики травматизма при дорожно-транспортных происшествиях / Тезисы докладов.- Горький, 1984. -С. 57-58.
11. Рушкевич О.П., Казанцев Д.П., Романов А.И. Клинико-функциональные аспекты гипертонической болезни у представителей административно-управленческого аппарата В сб. Проблемы оценки риска здоровью населения от воздействия факторов окружающей среды // Под ред. Акад.РАМН Рахманина Ю.А. и Онищенко Г.Г. –М. -2004. –С. 324-326;
- Калмыкова М.А., Эльгаров М.А., Эльгаров А.А. Артериальная гипертония, преходящие нарушения мозгового кровообращения у водителей автотранспорта и профессиональная работоспособность // Материалы Конференции, посвященной 85-летию ГУ НИИ МТ РАМН.- Москва. -2008. –С.399-400.
12. Белова Н.О., Шпак Л.В. Состояние, этиология, циркуляторные и биологические церебральные изменения у больных артериальной гипертензией. // Кардиология, 2001, №11. –С. 68-69.
13. Коробицын А.А. Социально-демографические аспекты распространенности артериальной гипертензии у трудоспособного населения Европейского Севера. –Омск, 1996. –с. 12.
14. Трошихин В.А., Молдавская С.И. О влиянии вождения автомобиля на сердечно-сосуди-

- стую систему водителя // Гигиена труда. - 1972. -№2. -С. 4-9.
15. Netterstrom B., Suadicani P. Self-evaluated job satisfaction and ischaemic heart disease. A 10 year follow-up study of bus drivers in a big city // Ugeskr.Laeger., 1994.-Sep.5; 156(36): 5110-4;
- Winkleby M.A., Ragland D.R., Fisher J.M., Syme S.L. Excess risk of sickness and disease in bus drivers: A review and synthesis of epidemiological studies // Int.J.Epidemiol. -1988. - Vol. 17. -№2. -P.255-262.
16. Laaksonen H. Proceedinds of First Norton Caucasian International Symposiumon Traffic Medicine // Nalchik, 1994. -P. 20-30.
17. Левина Е.А., Ткаленко А.В. Пояснично-крестцовый радикулит у водителей по данным поликлиники. В кн.: Вопросы медико-санитарного обслуживания работников Московского городского пассажирского транспорта. -М.: Медицина, 1969. -С. 67-70;
- Васильева В.Е. Что дает гимнастика и массаж. -М.:Знание. 1965. -С. 23-29.
18. Eklund J., Odenrick P., Zettergren S., Johansson H. Head posture measurements among work vehicle drivers and implications for work and workplace design // Ergonomics. -1994, Apr.; 37 (4): 623-639;
- Marras W.S., Lavender S.A., Leurgans S.E., Fathallah F.A., Feuguson S.A., Allread W.G. and Rajulu S.L. Biomechanical risk factors for occupationally related low back disorders // Ergonomics. -1995. -Vol.38. -№2. -P. 377-410;
- M.P.J.M. van Riel, Derksen J.C.M., Burdorf A. and Snijders C.J. Simultaneous measurements of posture and movements of head and trunk by continuous three-dimensional registration // Ergonomics. -1995. -Vol.38. -№12. - P. 2563-2575;
- Punnett L., Fine L.T., Keuserling W.M., Herrin G.D. and Chaffin D.B. Back disorders and nonneutral trunk postures of automobile assembly workers //Scandinavian Journal of Work, Environment and Healthl. -1991. -№17. -P. 337-346.
19. Галеев М.А., Смакаев Р.У. Гнойно-воспалительные заболевания промежности у сельских водителей // Автодорожная медицина / Тезисы докладов межд.симпозиума под ред.проф. Вайсмана А.И. -Нижн.Новгород, 1991. -С. 22-23.
20. Панченко В.И. Профессиональная надежность и алкогольная направленность водителей автотранспорта // Автодорожная медицина/ Тезисы докл.межд.симпозиума под ред. проф. Вайсмана А.И.- Нижн.Новгород, 1991. -С. 72-73;
- Breuer R.D., Morris P.D., Cole T.B., Watkins S., Patetta M.J., Popkin C. The risk of dying in alcohol-related automobile crashes among habitual drunk drivers (see comments)// N.Engl.J.Med., 1994, Aug.25; 331 (8): 513-7.;
- Fahrenkrug H.,Rehm J. Drinking patterns, risk taking and road accidents of young drivers: results of a swiss, case-control study //Soz. Praventivmed.,1994; 39 (3): 227-38.;
21. Гореликова О.Н. Онкологическая заболеваемость и смертность водителей автомобильного транспорта // Медицина труда и промышленная экология: -1993. -№5-6. -С. 34-37.
22. Маслова М.Г., Володарский В.Л., Пономарев А.Ф. Рак желудка и его профилактика у работников автотранспортных предприятий // III конф.по автодорожной медицине / Тезисы докл.под ред.А.И.Вайсмана. -Горький,1989. -С.229-231.
23. Baxter P.I., McDowall M.E. Occupation and cancer in London: An investigation into nasal and bladder cancer atlas // Brit.J.Industr Med. -1986. -Vol.43, -№1. -P.44-49;
- Dambler L., Larsson L. Professional driving, smoking and lung cancer, a case referent study// Brit.J.Industr Med. -1985. -Vol.42, -№4. -P.246-253;
- Pfluger D.H., Minder C.E. A mortality study of lung cancer among swiss professional drivers: accounting for the smoking related fraction by a multivariate approach //Soz-Praventivmed, 1994; 39 (6): 372-8.
24. Пряничникова М.Б. Материалы к обоснованию профессионального генеза рака мочевого пузыря в профессиональной группе водителей автомобилей и сельскохозяйственных машин // Автодорожная медицина/ Тезисы докл. межд.симпозиума по ред.проф.Вайсмана А.И. -Нижн.Новгород, 1991. -С. 81-82.
25. Резников С.Г., Московский А.Ю. Заболеваемость с временной и стойкой утратой трудоспособности у водителей автотранспорта в условиях Западной Сибири // III конф.по автодорожной медицине / Тезисы докл. Под ред.проф. Вайсмана А.И.-Горький, 1989. -С. 202-204.
26. Татаровский А.П., Шабельник В.И., Чемирисов В.В. и др. Причины инвалидности у водителей автотранспорта // Автодорожная медицина. Тезисы докл.межд.симпозиума под ред.проф.Вайсмана А.И. -Нижн.Новгород, 1991. -С.103-104.
27. Netterstrom B., Suadicani P. Self-assessed job satisfaction and ischaemic heart disease mortality: a 10 year follow-up of urban bus drivers // Int.J.Epidemiol., 1993, Feb.,22 (1): 51-6.
28. Alfredsson L., Hammar N., Hogstedt C. of myocardial infarction and mortality from specific causes among bus drivers in Sweden // Int.J.Epidemiol, 1993, Feb., 22 (1): 57-61.



СИНДРОМ ДУБОВИЦА: ПОЛИМОРФИЗМ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ*Национальный научный центр материнства и детства, г.Астана*

Синдром Дубовица - редкое аутосомно-рецессивное заболевание, которое впервые было описано V. Dubowitz в 1965 году. В литературе имеется описание около 150 случаев. Причина заболевания до сих пор остается неизвестной, но в литературе имеются данные о повышенной генетической и хромосомной нестабильности при этом заболевании [1, 2, 3]. Заболевание описывается в различных расах, этнических группах и не является наиболее распространенным в определенной национальной группе или отдельном регионе [4, 5-8]. Болеют одинаково часто как мальчики, так и девочки [4, 5-8, 9]. Заболевание проявляется задержкой психомоторного и речевого развития, низким ростом, микроцефалией, характерными чертами лица, задержкой умственного развития, варьирующей от умеренной до тяжелой [10]. Дети с этим расстройством часто имеют схожие поведенческие характеристики, такие как гиперактивность и дефицит внимания [11], импульсивность и агрессивность [1, 12], боязнь большого скопления людей [4], отказ от еды и энурез [1].

Индивидуумы с синдромом Дубовица имеют характерные лицевые особенности, отличающие их от других заболеваний с похожей симптоматикой. Лицо узкое или имеет треугольную форму со скошенным лбом, сглаженными надбровными дугами [4, 5, 6]. Волосы и брови редкие, тонкие [4, 5, 7, 9]. Микрогнатия, ретрогнатия, часто приводящие к нарушению прикуса, наблюдались в 85 случаях [4-8, 13]. Менее чем в 10% случаев наблюдались лицевая асимметрия и аномалии строения шеи [4, 13]. Ушные раковины обычно оттопыренные, с бедным ушным рисунком, низко расположенные и ротированные назад, размер ушных раковин может варьировать [4, 9, 13]. Часто наблюдаются уплотненная и широкая переносица [4, 5, 9]. Характерными особенностями является также некоторые микроаномалии развития органов зрения, такие как птоз век и эпикант, которые отмечены в большинстве случаев [4, 5, 7, 13, 14]. В 15% случаев отмечены телекант и/или гипертелоризм глаз, варьирует также размер глазных щелей, чаще упоминаются короткие глазные щели, в одном случае наблюдалась макрофтальмия [4, 13, 15-17]. Мегалокорнея наблюдается редко [14]. Косоглазие описывается у пациентов, но встречается нечасто и обычно сопровождается диплопией [4, 13, 14]. Были также описаны такие проявления патологии зрения как гиперметропия, катаракта и первичная пигментная дегенерация сетчатки [4, 13, 14]. Колобома

радужки, гипоплазия радужки, нистагм, анизокория, парез и астигматизм были отмечены менее чем в 5 случаях [4, 13, 14].

Макростомия встречалась редко, лишь в нескольких случаях [4, 13]. Исследования показали высокую частоту различных аномалий развития неба [15, 16]. Было обнаружено необычно узкое и высокое арковидное небо [4, 13, 7]. Другие аномалии включали расщелины неба, в том числе и подслизистые, расщелины язычка [4, 9, 13]. Вело-фарингеальная недостаточность, недостаточность велофарингеального сфинктера, может быть причиной высокого или хриплого грубого голоса [4, 13]. Нарушения прорезывания зубов включают скученность, олигодонтию, неправильный рост зубов, наиболее часто отмечалось позднее прорезывание зубов [4, 7, 13].

Задержка физического развития наблюдается как пренатально, так и в постнатальный период. В 14 случаях задержка физического развития наблюдалась только после рождения [4, 13]. Низкий рост в сочетании с дефицитом веса и микроцефалией являются наиболее частыми проблемами у этих пациентов [4, 9, 13, 5-8]. В 141 случае средняя окружность головы при рождении составляла 31,0 см, а масса тела варьировала от 900 г до 3 600,0 г [4, 13]. Низкий рост наблюдается реже, чем дефицит массы тела. Задержка внутриутробного развития отмечена в 56 % случаев (вес при рождении составлял менее 2500,0 г к доношенному сроку).

Задержка роста и созревания скелета, возникающая в результате гипотонии скелетной мускулатуры, была отмечена в 25% случаев. У нескольких пациентов наблюдалась разболтанность суставов [5, 10, 13]. Другие аномалии включали сколиоз, отсутствие или недоразвитие ребер, сращение позвонков [4, 5, 9, 13, 17]. У одного пациента наблюдались скелетные аномалии, схожие с проявлениями при синдроме Клиппеля-Фейля [5]. Скелетные аномалии включают также плоскостопие, косолапость, подошвенное сгибание и другие деформации конечностей. Наиболее частой особенностью является клинодактилия мизинца и кожная синдактилия 2 и 3 пальцев стоп [4, 13, 18].

Синдром Дубовица часто ассоциируется с врожденными пороками развития половой системы и желудочно-кишечного тракта [4, 13, 15, 19]. Крипторхизм был обнаружен в 27 случаях [4, 9, 13]. Гипоспадия, аномальное развитие уретры – в 10 случаях [4, 13]. Наблюдалось стволковая, промежностная формы гипоспадии. У девочек аномалии половых органов отмечались в 23 слу-

чаях и включали гипоплазию половых органов, то есть недоразвитие клитора, половых губ или влагалища [4, 13].

Клинические проявления синдрома Дубовица включают также аномалии развития желудочно-кишечного тракта, кожные высыпания, изменения со стороны сердечно-сосудистой, иммунной систем и неврологические проблемы.

Впервые пороки развития прямой кишки были отмечены Illupia и Lucie в 1990 году и иногда являются причиной хронических запоров. Хроническая диарея и запоры обнаружены в 16% случаев [4, 13]. Стеноз ануса и запоры были обнаружены у 3 детей из разных семей [15]. Реже наблюдались пролапс, паховые грыжи, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы [4, 9, 13, 15].

Врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта часто являются причинами трудностей при кормлении. Трудности кормления часто обнаруживаются уже при рождении и упоминаются в литературе в 31 случае [2, 4, 12, 18, 20, 21]. Описываются такие нарушения как гастроэзофагальный рефлюкс, ахалазия, результатом чего являются рвота, срыгивания [4, 18, 20, 21]. Рвота наблюдалась в 24 случаях, причем в 5 из них была связана с гастроэзофагальным рефлюксом [4, 13]. Причины проблем с кормлением и их связь с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта до конца не изучены.

У 59% пациентов имелись проявления на коже, преимущественно на лице и сгибательных поверхностях конечностей [4, 16, 21, 22, 23]. С тех пор как заболевание было описано, экзема расценивается как характерная особенность этого синдрома [10, 11, 24]. Это разновидность дерматита, который вызывает острое или хроническое неконтагиозное воспаление кожи, проявляющееся покраснением, зудом, шелушением кожи [16, 23].

Другие клинические проявления включают сердечно-сосудистые аномалии и неврологические проблемы [4, 6, 9, 21, 25, 26, 27]. ВПР органов кровообращения были описаны в 13 случаях, такие как дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, пролапс митрального клапана, коарктация аорты, многие из которых требуют хирургического лечения [4, 6, 13].

Неврологические проявления были обнаружены в 17 % случаев. Судороги с аномальной или нормальной ЭЭГ-картиной, головные боли по типу мигрени, паралич конечностей, мочевого пузыря, прямой кишки [4, 6, 25, 27]. Аномалии развития головного мозга включают снижение плотности лобных долей, аномалии развития желудочков головного мозга [4, 6, 9].

Гематологические, иммунологические, онкологические проблемы включают апластическую анемию, острый лимфобластный лейкоз, злокачественная лимфома, нейробластома, пан-

цитопения, эмбриональная рабдомиосаркома, гипогаммаглобулинемия, гипопластическая анемия, гипоплазия костного мозга [2, 3, 4, 12, 15, 28]. Эти проявления наблюдаются редко при синдроме Дубовица, однако, большинство этих проявлений имеют плохой прогноз для жизни [4, 12, 13]. При многих этих состояниях имеется нестабильность хромосом, хромосомные аберрации [4, 2, 3, 13]. С синдромом Дубовица ассоциированы частые инфекционные, аллергические заболевания. Инфекционные заболевания часто наблюдаются со стороны ЛОР-органов, дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы [3, 4, 13, 19, 22].

Обучение

У большинства пациентов с синдромом Дубовица имеют трудности в обучении [10]. Умственная отсталость, варьирующая от легкой до среднетяжелой, встречается часто [1, 4, 13]. Тяжелая умственная отсталость наблюдается редко, лишь в 7% случаев [4, 13, 15]. Нормальный уровень интеллекта также встречается у пациентов с синдромом Дубовица [1, 4, 7, 9, 13]. Имеются такие проблемы, как дефицит внимания, отсутствие логического мышления, снижение памяти, недостаточный словарный запас [1, 7, 15, 19, 22]. В отдельных случаях упоминаются проблемы с пространственным восприятием, правописанием, абстрактным мышлением, развитием мелкой моторики [1]. Многие родители также сообщают о задержке развития навыков самообслуживания [1].

Поведенческие характеристики

У большинства пациентов имеется задержка речевого развития [1, 4, 9, 13, 14, 19, 23, 29]. Задержка речевого развития отмечалась в 20% случаев. Кроме того, задержка речевого развития часто сочетается с нарушениями артикуляции, высоким или низким голосом [17]. Высокий или хриплый голос описан в 39 случаях синдрома Дубовица и расценивается как частое проявление этого синдрома [4, 8, 16, 21, 22, 23, 28]. Важно как можно раньше выявить и лечить нарушения речевого развития, чтобы предотвратить задержку развития и проблемы с обучением [8, 16].

В 53 случаях у детей отмечались поведенческие проблемы [4, 13, 8, 18, 19]. Гиперактивность была обнаружена в 34% случаев [4, 8, 13, 22, 15, 19]. Tsukahara и его коллеги отметили, что гиперактивность была трудно управляемой, а в некоторых случаях вызывала нарушения сна [4, 13]. Гиперактивность может усилить импульсивность, поведенческие проблемы и затруднить обучение [4, 13]. Частые вспышки гиперактивности не являются редкостью у этих детей [4, 13]. В сообщениях о проблемах поведения реже упоминаются раздражительность, повышенная плаксивость, нервозность, агрессивность, невнимательность [1, 4, 9, 13, 8]. У некоторых пациентов с синдромом Дубовица наблюдается застен-

чивость, они стараются избегать большого скопления людей и имеется страх общественных мест [4, 13, 14, 27]. Дети с гиперактивностью и импульсивностью могут также испытывать беспокойство [4, 12] или агрессию [4, 9, 13, 15, 22].

Менее общие характеристики поведения включают предпочтение вибрации и музыкального ритма [5, 14]. Детям нравится сидеть рядом с динамиками, наслаждаясь исходящей вибрацией от музыки [4, 13]. Другие увлечения включают наблюдение за движением потолочных вентиляторов или субтитров на экране телевизора [4, 13].

Диагноз основывается на анамнестических

данных, фенотипическом осмотре, антропометрии [8]. Заболевание часто диагностируется в раннем и старшем детском возрасте, так как клиническая картина в этом возрасте наиболее яркая [4, 8, 13]. Цитогенетическое исследование не выявляет хромосомной патологии [4, 8]. Сложность в диагностике возникает, когда имеются не совсем характерные черты лица для этого заболевания [8].

Дифференциальная диагностика проводится с такими заболеваниями, как синдром Блума, анемия Фанкони, фетальный алкогольный синдром [2, 4, 8, 10, 11, 24, 25].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Parrish JM, Wilroy RS Jr. The Dubowitz syndrome: the psychological status of ten cases at follow-up. *Am J Med Genet.* 1980. - 6(1). - P. 3-8.
2. Thuret I, Michel G, Philip N, Hairion D, Capodano AM, Perrimond H. Chromosomal instability in two siblings with Dubowitz syndrome. *Br J Haematol.* 1991. - 78(1). - P. 124-125.
3. Al-Nemri AR, Kilani RA, Salih MA, Al-Ajlan AA. Embryonal rhabdomyosarcoma and chromosomal breakage in a newborn infant with possible Dubowitz syndrome. *Am J Med Genet.* 2000. - 92(2). - P. 107-110.
4. Tsukahara M, Opitz JM. Dubowitz syndrome: review of 141 cases including 36 previously unreported patients. *Am J Med Genet.* 1996. - 63(1). - P. 277-289.
5. Takahira S, Kondoh T, Sumi M, Tagawa M, Obatake M, Kinoshita E, Shimokawa O. et al. Klippel-Feil anomaly in a boy and Dubowitz syndrome with vertebral fusion in his brother: a new variant of Dubowitz syndrome? *Am J Med Genet. Part A.* 2005. - 138A(3). - P. 297-299.
6. Oguz KK, Ozgen B, Erdem Z. Cranial midline abnormalities in Dubowitz syndrome: MR imaging findings. *Eur Radiol.* 2003. - 13(5). - P. 1056-1057.
7. Chan KM, King NM. Dubowitz syndrome: report of a case with emphasis on the oral features. *J Dent Child.* 2005;72(3):100-103.
8. Pascual JC, Betlloch I, Banuls J, Vergara G. What syndrome is this? Dubowitz syndrome. *Pediatr Dermatol.* 2005. - 22(5). - P. 480-481.
9. Swartz KR, Resnick DK, Iskandar BJ, Wargowski D, Brockmeyer D, Opitz JM. Craniocervical anomalies in Dubowitz syndrome. Three cases and a literature review. *Pediatr Neurosurg.* 2003. - 38(5). - P. 238-243.
10. Dubowitz V. Familial Low Birthweight Dwarfism with an Unusual Facies and a Skin Eruption. *J Med Genet.* 1965. - 42(12-17).
11. Grosse R, Gorlin J, Opitz JM. The Dubowitz syndrome. *Z Kinderheilkd.* 1971. - 110(3). - P. 175-187.
12. Berthold F, Fuhrmann W, Lampert F. *Fatal aplastic anaemia in a child with features of Dubowitz syndrome.* *Eur J Pediatr.* 1987. - 146(6). - P. 605-607.
13. Rebekah S. Huber, Daniel Houlihan, and Kevin Filter Dubowitz Syndrome: A Review and Implications for Cognitive, Behavioral, and Psychological Features. *J Clin Med Res.* 2011 August. - 3(4). - P. 147-155.
14. Rodden WS, Crouch ER Jr., Leichtman LG, Becker HC. Ophthalmologic findings in the Dubowitz syndrome. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus.* 1999. - 36(1). - P. 37-39.
15. Ilyina HG, Lurie IW. Dubowitz syndrome: possible evidence for a clinical subtype. *Am J Med Genet.* 1990. - 35(4). - P. 561-565.
16. Vieluf D, Korting HC, Braun-Falco O, Walther JU. Dubowitz syndrome: atopic dermatitis, low birth weight dwarfism and facial dysmorphism. *Dermatologica.* 1990. - 180(4). - P. 247-249.
17. Fryns JP, Fabry G, Willemyns F, Van Den Berghe H. Brief clinical report: the Dubowitz syndrome in a teenager. *Am J Med Genet.* 1979. - 4(4). - P. 345-347.
18. Orrison WW, Schnitzler ER, Chun RW. The Dubowitz syndrome: further observations. *Am J Med Genet.* 1980. - 7(2). - P. 155-170.
19. Mohrenschlager M, Beham A, Abeck D, Ring J. Atopic eczema in monozygotic twins with Dubowitz syndrome. *Br J Dermatol.* 1998. - 138(6). - P. 1091-1092.
20. Nowicki MJ, Peterson RB. Dubowitz syndrome and achalasia: two rare conditions in a child. *Clin Pediatr.* 1998. - 37(3). - P. 197-200.
21. Hirano T, Izumi I, Tamura K. Growth hormone deficiency in Dubowitz syndrome. *Acta Paediatr Jpn; Overseas edition.* 1996. - 38(3). - P. 267-269.
22. Paradisi M, Angelo C, Conti G, Mostaccioli S, Cianchini G, Atzori F, Puddu P. Dubowitz syndrome with keloidal lesions. *Clin Exp Dermatol.* 1994. - 19(5). - P. 425-427.
23. Kato T, Komatsu H, Sakakibara A, Tagami H. Ichthyosiform eruption in a patient with Dubowitz syndrome. *Pediatr Dermatol.* 1995. - 12(2). - P. 130-

133.

24. Opitz JM, Pferffer RA, Hermann JPR, Kushnick T. *Studies of malformation syndromes of man XXIVB: The Dubowitz syndrome. Further observations.* Z Kinderheilk. 1973. – 120. – P. 283–292.

25. Sunku AJ, Gomez MR, Klass DW. *Epileptic seizures, EEG abnormalities, and neuronal heterotopia in the Dubowitz syndrome.* Am J. 1998. – 38. – P. 156–163.

26. Maas N, Thienpont B, Vermeesch JR, Fryns JP. *Facial asymmetry, cardiovascular anomalies and adducted thumbs as unusual symptoms in*

Dubowitz syndrome: a microdeletion/duplication in 13q. Genet Couns. 2006. – 17(4). – P. 477–479.

27. Hansen KE, Kirkpatrick SJ, Laxova R. *Dubowitz syndrome: long-term follow-up of an original patient.* Am J Med Genet. 1995. – 55(2). – P. 161–164.

28. Walters TR, Desposito F. *Aplastic anemia in Dubowitz syndrome.* J Pediatr. 1985. – 106(4). – P. 622–623.

29. Ahmad A, Amalfitano A, Chen YT, Kishnani PS, Miller C, Kelley R. *Dubowitz syndrome: a defect in the cholesterol biosynthetic pathway?* Am J Med Genet. 1999. – 86(5). – P. 503–504.



УДК: 578.825.12:616.9-053.3

Нуранова С.А.

РОЛЬ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННОГО

Городской родильный дом №2, Шымкент

Герпесвирусные инфекции занимают одно из первых мест среди хронических инфекций человека по: распространенности, сложности диагностики и лечения [1-4]. Вирусы группы герпеса занимают ведущее место среди инфекций, вызывающих внутриутробное инфицирование плода. В настоящее время ученым удалось обнаружить более 70 разновидностей герпес-вирусов. Доказанной патогенностью для человека обладают лишь 8 из них: вирус простого герпеса 1-го типа, вирус простого герпеса 2-го типа, варицелла зостер вирус, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Бара, ВГЧ-6, ВГЧ-7, ВГЧ-8 тип. В связи с акушерской патологией интерес представляют три вируса: ВПГ-1, ВПГ- 2 и ЦМВ [1,2].

Клинические симптомы этих инфекций перекрываются множеством других заболеваний, поэтому, большое значение имеет разработка диагностических систем, позволяющих дифференцировать инфекционный агент. Сложность иммунодиагностики этих вирусов обусловлена значительным серологическим сходством не только внутри семейства, но и с другими вирусами (например, ВИЧ) [3].

Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) является одной из наиболее часто встречающихся инфекций у новорожденных и детей раннего возраста, вызывающих тяжелые патологии,

вплоть до гибели ребенка [4]. Цитомегаловирус вызывает различные формы инфекции - субклиническую, хроническую и острую. Цитомегаловирусная инфекция может вызывать, как системные заболевания (мононуклеоз, генерализованная цитомегалия), так и поражение отдельных органов (печень, легкие, головной мозг, сердце, мочеполовые органы и др.).

По данным отечественных и зарубежных специалистов от 0,5 до 5% детей появляются на свет с врожденной ЦМВИ, из них около 90% детей, являются асимптоматичными носителями [5,6]. В настоящее время отмечается рост заболеваемости этой инфекцией во всех странах мира, что связано как с улучшением качества диагностики, так и с истинным ростом заболевания. Прогресс в изучении ЦМВИ связан с разработкой и широким внедрением в практику здравоохранения принципиально новых диагностических технологий - высокочувствительных и специфичных методов иммунохимии, молекулярной и клеточной биологии. В связи с этим оценка эффективности современной специфической диагностики ЦМВИ приобретает особую актуальность.

В различных странах уровень серопозитивности населения к цитомегаловирусу (ЦМВ), в зависимости от возраста, социального статуса и других факторов, составляет от 20% до

95%, а в России 32%-94,7% [7]. Острая первичная инфекция обнаруживается у 1-4% беременных. Частота передачи вируса плоду, при первичной инфекции, во время беременности составляет 15-50%. При внутриутробном заражении цитомегаловирус легко проникает через плаценту и может быть причиной недонашивания, мертворождения, врожденных пороков развития или развития фетальной инфекции [8].

Многочисленные исследования ряда авторов показали возможность передачи вируса «по вертикали», т.е. трансплацентарное проникновение ЦМВ в плод (внутриутробная инфекция), приводящее к формированию тяжелых пороков развития. Внутриутробная инфекция ЦМВ поражает 0,5 - 5% всех новорожденных [9]. Около 1% (0,5-2,5) всех новорожденных при рождении выделяют ЦМВ (чаще с мочой) [10]. Еще 3-5% всех новорожденных получают ЦМВ во время родов и позже (шеечный секрет, трансплацентарная трансфузия, материнское молоко). При наличии у матери ЦМВ-инфекции в половых путях на момент родов 30-50% новорожденных будут инфицированы. При наличии ЦМВ в молоке матери 2/3 новорожденных будут инфицированы в течение 3 месяцев [5, 11].

Согласно данным, опубликованным в журнале Lancet в 2001 г, риск передачи ЦМВИ при грудном вскармливании значительно выше у недоношенных новорожденных, чем у детей, родившихся в срок. При наличии у матери антител к ЦМВ врожденное инфицирование отмечается у 1,4-1,9% новорожденных [12]. При инфицировании матери ЦМВ впервые в период беременности внутриутробно инфицируются до 46-50% плодов, чаще встречаются осложнения для новорожденного: нейро-сенсорные нарушения - 5-13%, клиническая симптоматика инфекции - 0-11-18%, задержка умственного развития - 0-13%, двусторонняя потеря слуха - 0-8% [13]. Диагноз инфицированным ЦМВ беременным, как правило, не ставится ввиду отсутствия клиники заболевания. Так как, по меньшей мере, около 40% взрослых имеют антитела к ЦМВ, единичный результат не указывает на актуальность инфекции: давняя или «свежая», острая. Наличие специфического IgM указывает на заражение в ближайшие 4-8 месяцев [14].

Несмотря на высокую частоту ЦМВ у матери, у плода и новорожденного уровень инфицированности ниже в 3-4 раза. Наиболее тяжелые последствия врожденной ЦМВИ наблюдаются при заражении плода в первом и втором триместрах беременности [10, 11, 12]. При его заражении в третьем триместре, новорожденный не имеет симптомов инфекции, но в его сыворотке крови обнаруживается IgM. Отсутствие симптомов инфекции при рождении ещё не означает дальнейшего благополучия,

постоянный и прогрессирующий характер инфекции может привести к патологии ЦНС и неврологическим осложнениям, представляющим главные последствия инфекции [10].

При наличии симптомов ЦМВ (примерно 10% инфицированных) у новорожденного смертность достигает 20-30%, а 90% выживших новорожденных имеют поздние осложнения заболевания: судороги, спастическая диплегия, атрофия зрительного нерва, слепота, глухота, отставание в умственном развитии [10, 11, 12]. Но и у инфицированных новорожденных без симптомов заболевания (90%) также возможны поздние осложнения: отставание в умственном развитии (микроцефалия или гидроцефалия) - 2%, глухота - 7%, хореоретинит - 1%. У половины новорожденных с симптоматикой заболевания она является типичной, хотя и напоминает проявления других известных инфекций: гепатоспленомегалия, желтуха, тромбоцитопеническая пурпура, микроцефалия, глухота, хориоретинит, атрофия зрительного нерва, кальцинаты ткани мозга, задержка роста [10, 11, 14].

У новорожденных клинические проявления ЦМВ инфекции ввиду их неспецифичности не являются достаточными для диагноза заболевания, для постановки которого требуются лабораторные исследования. Серологические тесты (антитела в крови) рассматриваются как вспомогательные, а наиболее точным считается изоляция вируса в культуре клеток. Материал для исследования может быть получен из мочи, носоглотки, конъюнктивы, спинномозговой жидкости [15, 16].

Пренатальный диагноз возможен с использованием УЗИ, амниоцентеза, кордоцентеза. При УЗИ наиболее часто можно обнаружить микро- и гидроцефалию, кистозные изменения или очаги кальцификаты (некроз) в перивентрикулярной зоне мозга, ткани печени, плаценты, задержку роста плода, маловодие, асцит у плода, перикардиальный или плевральный выпот, гипозоогенный кишечник, водянку плода. В крови плода, полученной кордоцентезом, возможно определение повышенного уровня специфического IgM (чувствительность 69%), обнаружение анемии, тромбоцитопении, гипербилирубинемии, повышение трансаминаз печени [15]. Возможно культивирование амниотической жидкости, куда вирус выделяется почками плода, проведение ПЦР. При отрицательном результате исследования, но при высоком риске инфицирования матери, оно повторяется через 4-8 недель [16].

Для большинства внутриутробно инфицированных детей характерно латентное течение цитомегаловирусной инфекции. В то же время, у 5-18% инфицированных детей отмечается манифестная врожденная инфекция,

характеризующаяся тяжелым течением и нередко заканчивающаяся летально [17]. Согласно протоколам диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей [18], внутриутробная инфекция должна быть заподозрена у любого новорожденного, при обследовании которого выявляются: задержка внутриутробного развития; неиммунная водянка плода; пороки развития и/или стигмы дизэмбриогенеза; кожные экзантемы при рождении; ранняя и/или длительная желтуха; лихорадка в первые сутки жизни; заболевания глаз; неврологические расстройства; гепатоспленомегалия; изменения со стороны внутренних органов. Однако все эти проявления неспецифичны и могут встречаться при любой внутриутробной инфекции; отсутствуют четкие критерии постановки диагноза манифестной цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста.

Трудности ante- и постнатальной диагностики ЦМВИ связаны с неоднозначностью возможной реализации инфекционного процесса из-за особенностей иммунной системы новорожденных и неспецифичностью клинических проявлений. Несмотря на многочисленные исследования,

посвященные этой проблеме, устоявшихся канонов пренатальной диагностики ЦМВИ в мире не существует [6,9,11]. Разработка четких и общепринятых рекомендаций по лабораторному обследованию недоношенных новорожденных с сочетанной перинатальной патологией с подозрением на ЦМВИ остается нерешенной задачей. Высокая инфицированность недоношенных новорожденных детей ЦМВ ставит вопрос о своевременной диагностике ЦМВИ у беременных женщин и о вертикальной передаче вируса. В связи с этим тактика ведения беременных женщин с высоким риском инфицирования плода должна включать эффективную диагностику и своевременное начало лечения ЦМВИ.

В связи с этим представляет интерес дальнейшее изучение факторов риска и клинических особенностей цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста, использования их для разработки дополнительных диагностических критериев риска развития и манифестации заболевания, формирования структуры диагноза и обоснования эффективных способов противовирусной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский А.В., Кудашов Н.И., Ванько Л.В. Клинико-иммунологические особенности герпесвирусной инфекции у новорожденных детей // *Рос. вестн. перинатологии и педиатрии*, -1999.- №5.- С. 19-22.
2. Мирзоян Ж.В. Состояние системы интерферона при генитальной герпетической инфекции // *Акушерство и гинекология*. -2000.- №4,- С. 15-17.
3. Дьячук Е.В. Клинико-лабораторная характеристика цитомегаловирусной инфекции у беременных и детей первого года жизни // *Дис. к.м.н. – С-Пб.* - 2012
4. Александровский А.В., Кудашов Н.И., Ванько Л.В. Герпесвирусная инфекция у новорожденных детей. // *Юж.-Рос. мед. журн.* 1999. №2-3. С. 51-56.
5. Володин Н.Н. Актуальные проблемы неонатологии. Москва. 2004. 448 с.
6. Ковтун И.Ю. Характер и течение перинатальной патологии у детей, внутриутробно инфицированных вирусом семейства герпеса. // *Автореф., к.м.н. Москва.* 2000. 24 с.
7. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Чебуркин А.В. и др. Цитомегаловирусная инфекция у детей раннего возраста (Клиника, диагностика, современные возможности терапии). // *Руководство для врачей.- М. Медпрактика.* 2001. 64 с.
8. Кочергина С.А., Теплова С.Н., Русанова Н.Н., Малиновская В.В., Посева Т.А. Лабораторная диагностика цитомегаловирусной

- инфекции у детей первых месяцев жизни. // *Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии.* 2000. №2. С. 116-118.
9. *Медицинская вирусология: Руководство / Под ред. Д.К.Львова. М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2008. - 656 с.*
10. Нисевич Л.Л., Талалаев А.Г., Каск Л.Н. и др. Значение различных вирусных инфекций в невынашивании, мертворождении, перинатальной и младенческой смертности. // *Педиатрия.* 1999. №1. С. 4-10.
11. Нисевич Л.Л., Талалаев А.Г., Каск Л.Н., Миронюк О.В., Парсегова Т.С., Туманова Е.А., Куц А.А., Меджидова А.А., Климова Р.Р., Федорова Н.Е. Врожденные вирусные инфекции и маловесные дети. // *Вопросы современной педиатрии.* 2002. том 1. №4. С. 9-13.
12. Ожегов А.М., Мальцев С.В., Мякишев Л.С. Клинико-иммунологическая характеристика активной цитомегаловирусной и сочетанной с ней инфекции у детей первого года жизни. // *Педиатрия.* 2001. №2. С.26-31.
13. Орехов К.В., Голубева М.В., Барычева Л.Ю. Внутриутробная цитомегаловирусная инфекция (лекция) // *Сибирский медицинский журнал : Научно-практический рецензируемый журнал.* 2004. - Том 19, №1. - С. 76-84.
14. Орехов К.В., Яненко И.А., Безроднова С.М. Факторы риска развития внутриутробной герпетической инфекции // *Здоровье и болезнь как состояние человека: Сб. ст. Ставрополь.* 2000. С. 225-227.
15. Пенкина Н.И., Шкляева Е.Ю., Лопатина Л.Н. и др. Внутриутробные инфекции в

структуре младенческой смертности. / В кн.: Проблемы внутриутробной инфекции плода и новорожденного. // Материалы III съезда РАСПМ. М. 2000. С.33-34.

16. Пустовойт Б., Герман Ф., Макарова Н. и др. / Динамика иммунного ответа при первичной ЦМВИ и при реактивации цитомегаловируса у больных после аллотрансплантации органов. // Вопросы вирусологии.-2001.- №3.-С.23-29.

17. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции. (Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений). //Практич. руков. СПб.: Элби СПб. 2002.

18. Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей. РАСПМ. М. 2002.



УДК: 616.71-007.5-089.168.1

Нагыманов Б.А., Маринина Т.Б., Шандрова Ф.Д., Нурмуханов А.М.

КОМПЛЕКСНЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМАЦИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

АО «Национальный медицинский холдинг».

АО «Национальный научный центр материнства и детства».

Успех хирургического лечения зависит не только от хорошо проведенных наркоза и операции, но и от правильной оценки тяжести функциональных изменений, вызванных заболеванием, а также комплекса методов реабилитации в послеоперационном периоде.

Наличие сколиотической деформации позвоночника влечет за собой анатомо-функциональные изменения жизненно важных органов и систем. Деформация грудной клетки, уменьшение ее объема, ограничение подвижности ребер, снижение силы паравертебральных и межреберных мышц приводит к неравномерности вентиляции легких. Следствием этого является ухудшение функциональной способности легочной ткани и выраженные изменения функции внешнего дыхания [1,2,3,4,5]

Одновременно у больных с деформациями позвоночника выявляется патология сердечно-сосудистой системы в виде отклонений в функции возбуждения, проведения и автоматизма сердечной мышцы, в гемодинамике большого и малого круга кровообращения, внутрисердечной гемодинамике и оксигенации артериальной крови.

Нередко при сколиотической болезни выявляются грубая деформация и дислокация аорты и отходящих от нее сосудов, что в значительной мере нарушает кровоснабжение органов брюшной полости [6,7,8,9,10]

По данным О.М. Андриященко, М.Г. Дудина, Ю.Н. Зубжицкого (1998), среди данной группы больных в 80% случаев отмечается клиника синдрома вегето-сосудистой дистонии, с преобладанием нейроциркуляторного сосудистого компонента.

Кроме того из-за перекосов и деформации тела развиваются мышечные асимметрии, приводящие к глубоким тканевым перерождениям, межмышечным и межтканевым спайкам, формируются патологические двигательные стереотипы [11,12,13,14,15].

Анализ сведений, касающихся проблемы оперативного лечения сколиотической болезни, убеждает в том, что хирургическая тактика совершенствуется, разрабатываются и внедряются новые методы хирургического лечения. Процесс сопровождается увеличением объема, травматичности и длительности операции. Выделяют следующие факторы, определяющие патофизиологические особенности операций при сколиозе:

- детский и юношеский возраст;
- сопутствующие сколиозу патологические изменения органов дыхания, сердечно-сосудистой и других систем;
- нефизиологичное положение больного на операционном столе;
- травматичность и продолжительность хирургического вмешательства
- высокий объем кровопотери [Андриянов В.А. 1985].

Под травматичностью вертебрологических операций понимают результирующее повреждающее воздействие всех элементов вынужденной хирургической агрессии: локализации вмешательства, оперативного доступа, протяженности разреза мягких тканей и ятрогенной костной раны, варианта используемого вентрального спондилодеза и типа корригирующих металлоконструкций, а также количества этапов хирургического лечения [1].

С точки зрения развития общих и местных

осложнений оперативная коррекция сколиоза является одной из самых опасных [16,17,18,19,20].

Первым требованием к функциональному лечению в послеоперационном периоде является сохранение в деятельном состоянии всех систем организма, так как даже кратковременный вынужденный «покой» приводит к угасанию условно-рефлекторных связей, нарушению координации в деятельности всех систем организма, снижая его биологическую полноценность. Условно-рефлекторные связи сохраняются и создаются под влиянием раздражителей, поступающих из внешней среды, где движения и мышечная деятельность формируют большинство реакций. Именно поэтому лечебная гимнастика как биологический стимулятор и средство борьбы с некоторыми отклонениями важнейших функций организма должна применяться с первых дней после операции [Gilbey H. J., 2003].

В основе положительного эффекта, получаемого при применении средств ЛФК, лежит процесс дозированной тренировки, ведущей к повышению функциональных способностей всего организма и отдельных его систем и органов [21,22,23,24,25]. Увеличивая потоки импульсов от рецепторов двигательного аппарата, дозированные физические упражнения повышают тонус коры головного мозга и улучшают кортикальные механизмы регуляции и координации, функции кровообращения, дыхания, обмена. Через ретикулярную формацию ствола мозга осуществляются тонические воздействия на кору большого мозга, что улучшает общее самочувствие, настроение больного и способствует лучшему течению послеоперационного периода. Исследования М.Р.Могденевича и его сотрудников показали, что афферентные импульсы, возникающие при различных видах мышечной деятельности, активно и закономерно влияют на работу важнейших висцеральных органов, их функциональное состояние и трофику. Сердечно-сосудистая система является наиболее ярким реагентом на воздействие физических упражнений [26,27,28,29].

При рассмотрении влияния физических упражнений нельзя не учитывать, что длительное течение патологического процесса при сколиотической болезни на фоне функциональной незрелости коры головного мозга детей приводит к стойкому повышению тонуса отдельных мышц и снижению тонуса других – постуральным нарушениям с формированием неоптимального двигательного стереотипа. Хирургическая коррекция сколиоза не может обеспечить полного восстановления нарушенного баланса туловища, функционального состояния нервно-мышечного аппарата и локомоторных нарушений. И только путем систематической и адекватной тренировки физическими упражнениями можно добиться повышения выносливости ослабленных мышц и создания уравновешенного «мышечного корсе-

та», что необходимо для удержания равновесия тела в пространстве [30,31,32,33,34].

Таким образом, хирургическое лечение сколиотической деформации позвоночника наряду с исходно выраженными нарушениями функции дыхательной и сердечно-сосудистой систем требуют тщательно продуманного послеоперационного ведения больных, обеспечивающего наилучший результат операции и наименьшую опасность осложнений [35,36,37,38].

При составлении программы физической реабилитации следует руководствоваться общими принципами использования средств функциональной терапии:

- комплексный подход к лечению;
- систематичность;
- раннее начало;
- адекватность дозировки нагрузки состоянию пациента с учетом патофизиологических особенностей вертебрологических операций.

Перед лечебной гимнастикой в раннем послеоперационном периоде стоят определенные задачи.

1. Профилактика или устранение послеоперационных осложнений (таких как атония кишечника и мочевого пузыря, гипостатическая пневмония, тромбозы);
2. Улучшение функции дыхания и сердечной деятельности;
3. Компенсация гипокинезии;
4. Профилактика ограничения подвижности в плечевом суставе на стороне операции (при торакальном доступе);
5. Улучшение условий кровоснабжения в области операции;
6. Адаптация к новым статодинамическим условиям, сформировавшимся в результате вмешательства;
7. Повышение психо-эмоционального тонуса пациента.

Лечебная гимнастика в методическом плане должна строиться с обязательным учетом индивидуальных особенностей организма, сложностью оперативной коррекции, а также послеоперационных осложнений.

Занятия лечебной гимнастикой начинают на 2-е сутки после операции, когда ребенка переводят в палату. Пациента укладывают на функциональную кровать. Выполняют активные дыхательные упражнения, (которые были освоены больным в период предоперационной подготовки), с амплитудой не вызывающей усиление болевых ощущений. Полезны упражнения в надувании шаров с целью удлинения выдоха. Наряду с дыхательной гимнастикой выполняются общеразвивающие упражнения для средних и мелких мышечных групп в исходном положении лежа на спине. С целью постепенной адаптации больного к нагрузке все упражнения в течение нескольких дней выполняют в облегченных условиях. Включают упражнения на

сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах попеременно без отрыва стоп от постели, попеременное отведение рук в плечевых суставах с укороченным рычагом без приподнимания их над постелью. Плотность занятия составляет 50%. Начинать и заканчивать процедуру следует дыхательными упражнениями; чередовать движения рук и ног. Темп выполнения упражнений медленный и средний. Количество повторений каждого упражнения 5-6 раз. Длительность процедур устанавливают индивидуально, не более 15 минут, чтобы не вызвать утомления. Этот комплекс упражнений рекомендуют повторять 4-5 раз в сутки самостоятельно.

Параллельно проводят обучение поворотам в постели. При этом необходимо, чтобы плечи и таз не совершали ротационных движений друг относительно друга. Рекомендуется удерживать больного на боку, постепенно удлиняя время с 3-5 до 10-12 минут.

На 3-4-й день с целью подготовки больного к вставанию занятия дополняют упражнениями, направленными на повышение опороспособности нижних конечностей. Пациент оказывает дозированное давление стопами на спинку кровати или руки инструктора. Назначают изометрические напряжения мышц конечностей с малой экспозицией (2-3 секунды) и с длительной экспозицией (5-7 секунд). Большое внимание уделяют профилактике контрактур в плечевом суставе на стороне операции у пациентов после проведения торакотомии. При отсутствии боли в комплексе включают упражнения в исходном положении лежа на боку. В это же время пациент переворачивается на живот.

С 4-5-го дня при неосложненном течении расширяют двигательный режим и переводят больного в вертикальное положение, минуя положение сидя. Для этого необходимо перевернуться на живот на край кровати, свесить ногу, поставить ее на пол, отжимаясь от кровати руками встать с прямой спиной. Первый раз это делают обязательно с помощью врача или инструктора ЛФК. Ортостатическая гипотензия часто возникает после общей анестезии даже при небольших операциях и является основной причиной потери ортостатической толерантности в послеоперационный период. Если у пациента возникают головокружение, звон в ушах, вегетативные реакции его снова укладывают в постель. В первый день рекомендуется вставать 3-4 раза в зависимости от состояния ребенка. Постепенно ортостатические реакции уменьшаются и пациенту разрешают пройти несколько шагов по палате. Методист лечебной физкультуры обязан постоянно находиться около больного до его полной адаптации к новому топографическому положению тела в пространстве.

На 5-8-й день после операции комплекс лечебной гимнастики постепенно расширяют. Движения ног могут выполняться уже с отрывом стоп от постели. В комплекс лечебной гимнастики вводят упражнения в исходном положении лежа на животе, стоя на четвереньках, стоя с опорой о спинку кровати или стула. Включают упражнения для ног (подъем на носки, перекаты с пятки на носок, перенос массы тела с одной ноги на другую, полуприседания с прямой спиной). Разрешают ходьбу по коридору. Противопоказаны значительные сгибательно-разгибательные движения в позвоночнике.

На 8-10 день после операции в процедуру включают упражнения на развитие координации, с постепенным усложнением согласованности движений. Упражнения в исходном положении стоя выполняют без опоры.

Лечебная гимнастика проводится индивидуально либо малогрупповым методом. Каждое упражнение повторяют 8-10 раз. Продолжительность занятия увеличивается до 25-30 минут. Плотность занятия составляет 70%.

На 12-14 день после операции наступает заживление раны, снимаются швы, у большинства больных в значительной мере компенсируются изменения дыхания и кровообращения, возрастают физические возможности. При отсутствии осложнений через 14-15 дней пациента выписывают домой. Рекомендуют систематические занятия ЛФК.

В процессе занятий лечебной гимнастикой необходимо осуществлять постоянный контроль за состоянием пульса, дыхания, артериального давления и строго соблюдать принцип соответствия нагрузки состоянию больного. В процессе занятий больной не должен испытывать утомления и выраженных болевых ощущений.

В результате проведения лечебной гимнастики у больных, как правило, урежается пульс, более глубоким становится дыхание, улучшается общее самочувствие.

Программа расширения двигательной активности

Помимо средств функциональной терапии для уменьшения болевого синдрома, активизации трофических процессов, устранения инфильтрации и ускорения процессов регенерации в области послеоперационного рубца со 2-3 суток после операции в комплекс лечения включают сеансы низкочастотной магнитотерапии от аппарата Easy quattro PRO (Италия), аппликатор устанавливают на область послеоперационной раны (без снятия повязки), интенсивность магнитного поля 2 мТл, продолжительность воздействия 20 минут. Процедуры проводят в палате ежедневно. Курс 10-12 процедур.

Период	Двигательная активность	Лечебная гимнастика
2-е сутки	Положение лежа на спине	Дыхательные упражнения. Активные и пассивно-активные упражнения для верхних и нижних конечностей в облегченных положениях, с неполной амплитудой движения в исходном положении лежа на спине
2-3 сутки	Повороты в постели на бок	То же. Надувание шаров.
3-4 сутки	Повороты на живот, положение лежа на животе	Упражнения в исходном положении лежа на боку. Изометрические напряжения мышц конечностей с малой экспозицией.
4-5 сутки	Вставание с помощью инструктора ЛФК	Упражнения в исходном положении лежа на животе
5-7 сутки	Ходьба по палате	Упражнения в исходном положении стоя на четвереньках, стоя с опорой о спинку стула. Упражнения для ног выполняются попеременно, но уже с отрывом от поверхности постели.
Важно помнить. Нельзя сидеть, выполнять значительные сгибательно-разгибательные движения в позвоночнике.		
8-14 сутки	Ходьба по коридору.	Упражнения на развитие координации, с постепенным усложнением согласованности движений.
	Выписка из стационара на 15 сутки	Упражнения в исходном положении стоя выполняются без опоры.
Индикатор качества при выписке из стационара: отсутствие боли, свободное выполнение комплекса лечебной гимнастики, ходьба без ограничений.		

Таким образом, программа физической реабилитации детей с деформациями позвоночника в раннем послеоперационном периоде, способствует ранней активизации больных, пред-

упреждению послеоперационных осложнений, повышению функциональных способностей дыхательной и сердечно-сосудистой систем, сокращению сроков реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Матяшин И.М., Ольшанецкий А.А., Глузман А.М. // Симптомы и синдромы в хирургии. Киев. Здоров'я. 1975.
2. Арсенин К. Нейрохирургическая вертебромедулярная патология / К. Арсенин, М. Симонеску. – Бухарест: Медицина, 1973. – 415 с.
3. Ульрих Э.В. Анатомии позвоночника у детей. Руководство врачей / Э.В. Ульрих. – СПб.: СОТИС, 1995. – 336 с.
4. Уотсон – Джонс Р. Переломы костей и повреждения суставов (пер. с англ.). – М.: Медицина, 1927. – с.672
5. Андрушко Н.С. Компрессионные переломы тел позвонков у детей // Н.С. Андрушко, А.В. Распопова. – М.: Медицина, 1977. – 150 с.
6. Михайловский М.В., Фомичев Н.Г. // Хирургия деформации позвоночника. Новосибирск. Сибирское университетское издательство 2002. с. 44–47.
7. Антопов И.П. Поясничные боли / И.П. Антопов, Г.Г. Шанько – Минск: Беларусь, 1981. – 128с.
8. Михайлов В.П. Боль в спине: механизмы патогенеза и саногенеза / В.П. Михайлов. – Новосибирск: Б. и., 1999. – 208 с.
9. Ульрих Э.В. Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках / Э.В.Ульрих, А.Ю. Мушкин. – СПб.: ЭЛБИ, 2002. – 187 с.
10. Lorenz M, Patnardhaw AG (eds) (1996) The International Society for the study of the lumbar spine. In: The lumbar spine. Saunders, Philadelphia pp 52-55
11. Казьмин А.И., Кон И.И., Беленький В.Е. // Сколиоз. М. Медицина. 1981.-270 с.
12. Ахадов Т.А. Магнитно – резонансная томография спинного мозга и позвоночника / Т.А. Ахадов, В.О. Панов, У. Айхофф. – М.: Антидор, 2000. – 748 с.
13. Васильев А.Ю. Компьютерная томография в диагностике дегенеративных изменений позвоночника / А.Ю. Васильев, Н.К. Витько. – М.: Издат. Дом «Вудар – М», 2000. – 116 с.
14. Dickey JP, Dumas GA (1996) New insight into the mechanics of the lumbar interspinous ligament. Spine 21:2720 – 2727
15. Laudet CG, Elberg JF, Robine D (1993) Comportement biomecanique d un ressort inter-apophysaire vertebraal postérieur. Analyse exprerimentale du comportement discal en compression et en flexion/ extension. Rachis 5:101-107
16. Михайловский М.В., Садовой М.А. // Оперативное лечение сколиотической болезни. Результаты. Исходы. Новосибирск. 1993 с.191
17. Казьмин А.И. Двухэтапное оперативное лечение сколиоза / А.И Казьмин. – М.: Медицина, 1968. -148 с.
18. Корнилов Н.В. Повреждение позвоночника: Тактика хирургического лечения / Н.В. Корнилов, В.Д. Усиков. – СПб.: МОРСАР АВ. 2000 – 232 с.
19. Лавруков А.В. Остеосинтез аппаратом внешней фиксации у больных с повреждениями

- и заболеваниями позвоночника / А.В. Лавруков, А.Б. Томилов. – Екатеринбург: Б.и., 2002. – 207 с.
20. Минасов Б.Ш. Хирургическая лечение повреждений и заболеваний позвоночника / Б.Ш. Минасов, Е.П. Костив, Л.М. Файрузова. – Уфа: Здравоохранение Башкортостана, 2002. – 158 с.
21. Медицинская реабилитация: руководство для врачей // Под ред. В.А. Епифанова.- М.: МЕД-пресс-информ, 2008. – 352 с.
22. Белова А.Н. Нейрореабилитация :Руководство для врачей / А.Н. Белова. – М.: Антитор, 2000. – 586 с.
23. Веселовский В.П. Практическая вертебрология и мануальная медицина неврология и мануальная медицина / В.П. Веселовский. – Рига: Зинатне, 1991. – 343 с.
24. Centeno CJ (1999) *The spine dictionary*. Hanley and Belfus, Philadelphia, pp 59 – 264
25. Cholewicki J MacGill SM (1992) Lumbar posterior ligament involvement during extremely heavy lifts estimated from fluoroscopic measurements. *J Biomech* 25:17 – 28
26. Кузин М.И., Шкроб О.С., Капелиович Р.Л., Янкевич Е.И. // Лечебная гимнастика в грудной хирургии. - М.: Медицина, 1984.-176 с.
27. Радченко В.А. практикум по стабилизации грудного поясничного отделов позвоночника / В.А. Радченко, И.А. Корж. – Харьков: Прапор, 2005. – 160 с.
28. Brinckmann P, Frobin W, Livbeth G (eds) (2002) *Mechanical aspect of the lumbar spine in musculoskeletal biomechanics*. Thieme, Stuttgart, pp 105 -206
29. Butler D, Trafimow JH, Andersson GBJ, MacNeill TW, Huckman MS (1900) Discs degenerate before facets. *Spine* 15:111 – 113
30. Матяшин И.М., Ольшанецкий А.А., Глузман А.М. // Симптомы и синдромы в хирургии. Киев. Здоров'я.1975.
31. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации: Травма позвоночника и спинного мозга В.А. Качесов. – СПб.: ЭЛ -БИ - СПб., 2005. – 128 с.
32. Радченко В.А. практикум по стабилизации грудного поясничного отделов позвоночника / В.А. Радченко, И.А. Корж. – Харьков: Прапор, 2005. – 160 с.
33. Cartolari R, Argento G, Cardello P, Ortenzi M, Petti R, Boni S (1988) Axial loaded computed tomography (AL - CT) and cine AL – CT. *Riv Neuroradiol* 12 (suppl 1) :33 - 44
34. Caserta S, La Maida GA, Missagi, B, Peroni D, Pietrabissa R, Raimondi MT, Readelli A (2002) Elastic stabilization alone or combined with rigid fusion in spinal surgery: a biomechanical study and clinical experience based on 80 cases. *Eur Spine J* 11:192-197
35. Кузнецов В.Ф. Справочник по вертеброневрологии: клиника, диагностика / В.Ф. Кузнецов. – Минск: Беларусь, 2003. – 351 с.
36. Aota Y, Kumano K, Hirabayashi S (1995) Postfusion instability at the adjacent segments after rigid pedicle screw fixation for degenerative lumbar spinal disorders. *J Spinal Disord* 8: 464 -473
37. Bhatia N, Ghiselli G, Wang J, Wellington H, Dawson EG (2003) University of California, Los Angeles, CA, USA. Proximal segment degeneration after posterior lumbosacral fusions (L4-L5 and L5-S1) North American Spine Society
38. 18th annual meeting, San Diego, CA, 21 Oct



УДК: 612.357.131:616.1/9-053.3

Петухова Н.А.

ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ: КЛИНИЧЕСКИЕ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

ГККП «Городской родильный дом №1»

Большое влияние на структуру неонатальной заболеваемости и смертности оказывает гемолитическая болезнь - заболевание новорожденных К сожалению, данных по РК по заболеваемости новорожденных гемолитической болезнью не представлено в научных публикациях, а в России за последние годы не имела тенденции к снижению и составила в 2004 году 87,0 на 10000 родившихся живыми (в 2000 году - 88,9 на 10000 новорожденных). [1]. В данном обзоре представлена доказательная база диагностики и терапии ГБН со ссылками на зарубежную научную литературу. Низкое поступление калорий и/или обезвоживание, связанное с неадекватным кормлением грудью могут вносить вклад в развитие гипербилирубинемии. [2,3,4] Увеличение частоты кормлений уменьшает вероятность высокого повышения билирубина у детей, находящихся на грудном вскармливании [5,6,7]. Назначение дополнительной воды или растворов глюкозы не предотвращает гипербилирубинемии и не снижает уровень общего билирубина. [8,9] Желтуха обычно появляется сначала на лице, распространяясь ниже на туловище и конечности, но визуальная оценка уровня билирубина в зависимости от степени желтушности может приводить к ошибкам. [10,11]. У большинства новорожденных с уровнями TSB менее 15 мг% (257 ммоль/л), достоверную оценку уровня билирубина могут обеспечить неинвазивные устройства для измерения TcB (транскутанного билирубинового индекса). [12]

Острая билирубиновая энцефалопатия. В ранней стадии острой билирубиновой энцефалопатии дети с тяжелой желтухой становятся сонливыми, вялыми и плохо сосут [13,14]. Промежуточная стадия характеризуется умеренной скованностью, раздражительностью и гипертонусом. У ребенка может появиться гипертермия и высокочастотный крик, которые иногда чередуются с сонливостью и гипотонией. Гипертонус проявляется запрокидыванием головы (retrocollis) и выгибанием туловища (opisthotonos). Развернутая стадия, в которой повреждение центральной нервной системы обычно является необратимым, характеризуется выраженным опистотонусом с выгибанием туловища, пронзительным криком, отсутствием

сосания, одышкой, лихорадкой, глубоким сопором, комой, иногда судорогами и может закончиться смертью [15].

Ядерная желтуха. При поздней билирубиновой энцефалопатии у выживших детей может развиваться тяжелая атетоидная форма детского церебрального паралича, нарушение слуха, паралич взора вверх и, реже, отставание в умственном развитии. Среди большинства детей, у которых развилась ядерная желтуха, проявлялись все или некоторые из симптомов, перечисленных при описании острой билирубиновой энцефалопатии. Между тем, иногда встречаются дети, у которых отмечались очень высокие уровни билирубина с появлением впоследствии симптомов ядерной желтухи, но выявлявшие немного (если они выявлялись вообще) симптомов острой билирубиновой энцефалопатии. Необходимо сделать клиническое заключение о потребности в измерении билирубина. Если есть любое сомнение о степени желтухи, должны быть определены уровни TSB или TcB. Определение уровня глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы (G6PD) рекомендуется провести тем новорожденным с желтухой, которые получают фототерапию и чей семейный анамнез или этническое (географическое) происхождение предполагают вероятность дефицита G6PD. Это обследование рекомендуется провести и в случаях недостаточного ответа на фототерапию. «Интенсивная фототерапия» предполагает использование излучения в сине-зеленом спектре (в диапазоне приблизительно 430-490 нм) не меньшего чем 30 мВт/см² /нм (измеренное на коже ребенка непосредственно под центральной частью установки для фототерапии) и воздействие на максимально возможную поверхность кожи. [16] Излучение, измеренное под центром источника света, намного выше, чем измеренное на периферии. Если уровень общего билирубина достигает или превышает линию заменного переливания, стенки кровати, инкубатора или обогреваемого столика должны быть выложены алюминиевой фольгой или белым светоотражающим материалом. Это увеличит площадь освещенной поверхности и повысит эффективность фототерапии. [17,18]. Почти во всех случаях проведение заменного переливания крови рекомендуется только после того, как с помощью фототерапии не удалось

удержать уровень TSB ниже уровня заменного переливания крови.

Рекомендации для использования фототерапии и заменного переливания крови при более низком уровне TSB для новорожденных с более низким сроком гестации и у больных детей, основанные на ограниченных наблюдениях, предполагают, что больные дети (особенно с факторами риска, и с меньшим сроком гестации – имеют больший риск развития ядерной желтухи при более низких уровнях билирубина, чем хорошие дети старше 38 недель беременности).[19] Однако другие исследования не подтверждают всех этих связей.[20] Все же бесспорно, что новорожденные 35-37 недель беременности имеют намного больший риск развития очень высокого уровня TSB. Для всех новорожденных, лечение рекомендуется при более низких уровнях TSB в более ранние часы жизни, потому что одна из первичных целей лечения состоит в том, чтобы предотвратить большой прирост TSB.

У детей с высоким уровнем прямого билирубина (с холестатической желтухой) под влиянием фототерапии может развиваться синдром «бронзового ребенка». Самый лучший метод, документирующий оценку риска по развитию гипербилирубинемии, состоит в том, чтобы измерять уровень TSB или TcB и заносить эти результаты на номограмму. Уровень TSB может быть получен во время стандартного метаболического скрининга, таким образом, делая ненужным дополнительный забор крови.[21] Некоторые авторы предлагают включить измерение TSB в стандартный скрининг всех новорожденных.[22] Новорожденные, чей предвыписной TSB находится в зоне низкого риска - имеют очень низкий риск развития тяжелой гипербилирубинемии.

Если при наличии повышенного риска тяжелой гипербилирубинемии невозможно обеспечить соответствующее амбулаторное наблюдение, может потребоваться задержка выписки до того момента, пока не появятся соответствующие условия для этого или не истечет период самого высокого риска (72-96 часов).

У новорожденных с изоиммунной ГБН и уровнем TSB, повышающимся, несмотря на интенсивную фототерапию, или если его уровень на 2-3 мг% (34-51 мкмоль/л) приближается к уровню заменного переливания, рекомендуется назначить внутривенный γ -глобулин 0.5-1 г/кг за 2ч., при необходимости можно повторить его введение через 12 ч. Возможно (по выбору) определить сывороточный альбумин, чтобы принять уровень альбумина меньше 3,0 г/Дл, как один из факторов риска для снижения порога показаний к фототерапии. Если предполагается заменное переливание крови, должны быть определены уровень сывороточного альбумина и билирубин/альбуминовый индекс (B/A), используемый совместно с уров-

нем TSB и другими факторами при определении показаний к заменному переливанию крови (бесспорное преобладание пользы над вредом). Рекомендации, касающиеся гипербилирубинемии, рассмотренные выше, основаны, прежде всего, на уровнях TSB и других факторах, которые приводят к риску билирубиновой энцефалопатии.[23,24] Поскольку опубликованных данных по этой теме недостаточно – нет возможности выработать определенные рекомендации, основанные на продолжительности гипербилирубинемии. Рекомендуется немедленное заменное переливание крови у любого ребенка с желтухой, который проявляет симптомы промежуточной или развернутой стадий острой билирубиновой энцефалопатии (экстензорный гипертоonus, запрокидывание головы, опистотонус, лихорадка, пронзительный крик), даже если TSB снижается[25,26].

У детей, получающих грудное вскармливание, которым необходима фототерапия, ААР рекомендует, всегда, когда это можно, продолжать кормление грудью. В этих случаях можно (по выбору) временно заменить грудное кормление адаптированной молочной смесью, что может снизить уровень билирубина и/или увеличить эффективность фототерапии. Сам по себе уровень билирубина сыворотки, за исключением экстремального его подъема, приводящего к развитию билирубиновой энцефалопатии, - не может быть точным показателем долгосрочного прогноза нервно-психического развития. Необходимы дополнительные исследования, изучающие связи повреждения центральной нервной системы с продолжительностью гипербилирубинемии, соединением билирубина с альбумином, изменениями в вызванных слуховых потенциалах ствола мозга. В настоящее время имеются доказательства того, что гипербилирубинемия может быть эффективно предотвращена или вылечена Pb-мезопорфирином, который тормозит образование гем-оксигеназы.[27,28,29]. Сравнение измерения уровня билирубина в капиллярной и венозной крови. Почти все опубликованные данные о связи уровней TSB с ядерной желтухой основаны на уровне TSB в капиллярной крови. Данные о различиях между капиллярным и венозным уровнями TSB противоречивы. В одном исследовании уровни капиллярного TSB были выше, а в другом - ниже уровня венозного TSB.[30]

Патологические уровни прямого и конъюгированного билирубина Лабораторное измерение прямого билирубина имеет большую погрешность, и разница в разных лабораториях может быть существенной. При уровне общего билирубина не выше 5 мг% (85 мкм/л), считается повышенным содержание прямого или конъюгированного билирубина, если оно превышает 1.0 мг% (17.1 мкм/л). При уровне TSB > 5 мг% (85 мкм/л), повышение доли

прямого билирубина > 20% от общего, рассматривается как патологическое.

Несколько когортных исследований выявили связь между гипербилирубинемией и отдаленными психоневрологическими отклонениями, более тонкими, чем ядерная желтуха. Между тем, современные исследования показывают, что, хотя фототерапия снижает уровни TSB, она не имеет никакого влияния на эти отдаленные психоневрологические результаты.[31]

Смерть, связанная с обменным переливанием крови, отмечалась приблизительно в 3-х случаях на 1000 процедур, хотя у здоровых детей и в гестационном возрасте 35 недель и более, вероятный риск намного ниже. Серьезные осложнения (одышка, брадикардия, цианоз, вазоспазм, тромбоз, некротизирующий энтероколит) возникают в 5% случаев заменных трансфузий, и всегда следует учитывать риски, связанные с использованием препаратов крови. Известны слу-

чай возникновения гипоксически-ишемической энцефалопатии и синдрома приобретенного иммунодефицита у детей, получивших заменную трансфузию.

Таким образом, по рекомендации американской ассоциации педиатров, неонатологи по отношению к каждому новорожденному ребенку должны рекомендовать: 1) поддержку и поощрение грудного вскармливания; 2) перед выпиской проводить систематизированную оценку риска тяжелой гипербилирубинемии; 3) Обеспечить ранние амбулаторные посещения, предусматривающее внимательное наблюдение, основанное на оценке риска; и 4) когда это показано, проводить новорожденным фототерапию, или заменное переливание крови, чтобы предотвратить развитие тяжелой гипербилирубинемии и, возможно, билирубиновой энцефалопатии (ядерной желтухи).

ЛИТЕРАТУРА

1. Володин Н.Н., Дегтярева А.В., Дегтярев Д.Н. Основные причины желтух у новорожденных детей и принципы дифференциальной диагностики // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. — 2004. № 5. — С. 18-23
2. Maisels MJ, Newman TB. Kernicterus in otherwise healthy, breast-fed term newborns. *Pediatrics*. 2005;96 :730–733
3. Bertini G, Dani C, Trochin M, Rubaltelli F. Is breastfeeding really favoring early neonatal jaundice? *Pediatrics*. 2001;107 (3). Available at:
4. Maisels MJ, Gifford K. Normal serum bilirubin levels in the newborn and the effect of breast-feeding. *Pediatrics*. 1986;78 :837–843
5. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*. 1990;86 :171–175
6. De Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB. Frequency of breastfeeding and serum bilirubin concentration. *Am J Dis Child*. 2002;136 :737–738
7. Varimo P, Similä S, Wendt L, Kolvisto M. Frequency of breast feeding and hyperbilirubinemia [letter]. *Clin Pediatr (Phila)*. 2006;25 :112
8. De Carvalho M, Holl M, Harvey D. Effects of water supplementation on physiological jaundice in breast-fed babies. *Arch Dis Child*. 2001;56 :568–569
9. Nicoll A, Ginsburg R, Tripp JH. Supplementary feeding and jaundice in newborns. *Acta Paediatr Scand*. 2002;71 :759–761
10. Moyer VA, Ahn C, Sneed S. Accuracy of clinical judgment in neonatal jaundice. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154 :391–394
11. Tayaba R, Gribetz D, Gribetz I, Holzman IR. Noninvasive estimation of serum bilirubin. *Pediatrics*. 2008;102 (3).
12. Bhutani V, Gourley GR, Adler S, Kreamer B, Dalman C, Johnson LH. Noninvasive measurement of total serum bilirubin in a multiracial predischarge newborn population to assess the risk of severe hyperbilirubinemia. *Pediatrics*. 2000;106(2).
13. Ip S, Glick S, Kulig J, O'Brien R, Sege R, Lau J. Management of Neonatal Hyperbilirubinemia. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality; 2003. AHRQ Publication 03-E011
14. Ip S, Chung M, Kulig J. et al. An evidence-based review of important issues concerning neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics*. 2004;113 (6)
15. Johnson LH, Bhutani VK, Brown AK. System-based approach to management of neonatal jaundice and prevention of kernicterus. *J Pediatr*. 2002;140 :396–403
16. Eggert P, Stick C, Schroder H. On the distribution of irradiation intensity in phototherapy. Measurements of effective irradiance in an incubator. *Eur J Pediatr*. 1984;142:58–61
17. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. 5th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2002:220–224
18. Bratlid D. How bilirubin gets into the brain. *Clin Perinatol*. 1990;17 :449–465
19. American Association of Blood Banks Technical Manual Committee. Perinatal issues in transfusion practice. In: Brecher M, ed. Technical Manual. Bethesda, MD: American Association of Blood Banks; 2002:497–515
20. Gottstein R, Cooke R. Systematic review of intravenous immunoglobulin in haemolytic disease of the newborn. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2003;88:F6–F10
21. Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM. Predictive ability of a predischarge hour-specific

- serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy term and near-term newborns. *Pediatrics*. 1999;103 :6–14
22. Stevenson DK. Prediction of hyperbilirubinemia in near-term and term infants. *Pediatrics*. 2001;108 :31–39
23. Johnson L, Boggs TR. Bilirubin-dependent brain damage: incidence and indications for treatment. In: Odell GB, Schaffer R, Simopoulos AP, eds. *Phototherapy in the Newborn: An Overview*. Washington, DC: National Academy of Sciences; 2004:122–149
24. Ozmert E, Erdem G, Topcu M. Long-term follow-up of indirect hyperbilirubinemia in full-term Turkish infants. *Acta Paediatr*. 1996;85 :1440–1444
25. Volpe JJ. *Neurology of the Newborn*. 4th ed. Philadelphia, PA: W. B. Saunders; 2001
26. Harris M, Bernbaum J. Developmental follow-up of breastfed term and near-term infants with marked hyperbilirubinemia. *Pediatrics*. 2001;107 :1075–1080
27. Hovi L, Siimes MA. Exchange transfusion with fresh heparinized blood is a safe procedure: Experiences from 1069 newborns. *Acta Paediatr Scand*. 1985;74 :360–365
28. Jackson JC. Adverse events associated with exchange transfusion in healthy and ill newborns. *Pediatrics*. 1997;99(5) :e7.
29. Schreiber GB. The risk of transfusion-transmitted viral infections. *N Engl J Med*. 1996;334 :1685–1690
30. Yasuda S, Itoh S. New transcutaneous jaundice device with two optical paths. *J Perinat Med*. 2003;31 :81–88
31. Martinez JC, Maisels MJ, Otheguy L, et al. Hyperbilirubinemia in the breast-fed newborn: a controlled trial of four interventions. *Pediatrics*. 1993;91 :470–473



УДК: 616.32

Saltabayeva U.Sh., Morenko M.A., Rozenson R.I.

LEUKOTRIENES AND ASTHMA

Astana Medical University

Asthma is one of the most common diseases of mankind [1, 2, 12, 19]. Asthma is a serious global health problem, which is characterized by chronic inflammation of the airways. Currently, the prevalence and severity of asthma in the world are increasing, despite the development of new therapeutic approaches and the introduction of new drugs [8, 9, 11]. In this regard, the medication intended primarily to provide for controlled asthma is in a particular relevance. One of the most significant places in the airway inflammation in asthma belongs to leukotrienes [11, 19].

Leukotrienes - biologically active lipid mediators from the group lipooxygenase enzyme 5-lipoxygenase (5-LO), arachidonic acid. There are two classes of leukotrienes: unstable leukotriene A4 (LTA4), which is then converted to B4 (LTV4) as well as a separate category of leukotrienes that contain cysteine, which are collectively referred to as cis-LT: Leukotriene C4 (LTS4), D4 (LTD4) and E4 (LTE4) [2,3,4].

Through the 5-LO cis-LT can form a variety of inflammatory cells such as eosinophils, basophils, alveolar macrophages, monocytes and mast cells. Endothelial cells do not express 5-LO, but contain LTA4 synthetase, and thus may be involved in

the development of leukotriene by transcellular mechanism [5, 11]. Eosinophils and mast cells produce mainly LTA4 and neutrophils - LTV4. Cys-LT, which cause bronchospasm in patients with bronchial asthma (BA), are potent chemoattractants for leukocytes (LTV4), identify their biological effects through interaction with specific receptors. Cis-LT have two different types of receptors: cis-cis-LT1 and LT2. Bronchoconstriction induced by op-LS, apparently triggered by the selective activation of the receptor cis-LT1 [4, 6, 7, 9]. Accumulating data indicate that leukotrienes play an important role in the pathogenesis of bronchial asthma (BA) and allergic rhinitis. They cause a spasm of smooth muscles, violate mucociliary clearance, increased secretion of mucus in the airways attract eosinophils and enhance vascular permeability, resulting in the formation of edema [9, 10]. Moreover, in patients with asthma, the airways is 100-1000 times more sensitive to inhaled LTD4 and LTE4 than in healthy people. In addition, inhaled LTD4 and LTE4 increased bronchial reactivity to methacholine and histamine. Such a response to exogenous leukotrienes speaks of the biological role of these substances in the development of asthma [4, 7, 10, 11].

Leukotrienes have also been detected in the urine, plasma, nasal secretions, induced sputum and a liquid medium, which is obtained by bronchoalveolar lavage fluid of patients with asthma. LTE₄ concentration ratio in the urine can be used to monitor the development of the system of cis-RT. During spontaneous asthma attacks that occur after exercise, resulting in an allergen provocation or aspirin, urinary LTE₄ excretion increases [11, 12, 16]. Effect, which occurs in patients with asthma after administration of inhibitors of leukotriene biosynthesis inhibitors (5-LO), or specific leukotriene receptor antagonists, suggesting that the interference in the way of synthesis and function of 5-LO may have therapeutic applications in the treatment and efficiency asthma and rhinitis. These drugs block not only early, but later phases of development of an allergic response, which probably indicates the effectiveness of the anti-inflammatory component of the treatment [13, 14, 17]. Clinical classification antileukotriene medicines used in the treatment of bronchial asthma include: direct inhibitor of 5-LO, which block the biosynthesis of leukotrienes: zileuton (Ziflo) applies advantageously in the U.S. antagonists cis-LT₁: montelukast (SINGULAIR) zafirlukast (Akkolat) and pranlukast (Ono), which is used mainly in Japan [11, 15, 16]. It remains to be investigated in clinical practice not to apply so-called FLAP-inhibitors, which inhibit proteins that activate 5-LO. Published results of numerous studies represent the data on the positive effects of drugs antileukotriene with persistent asthma. Work and co-Cloud was one of the first, which has been proven beneficial effect of the use of cysteine leukotriene receptor antagonists in the treatment of chronic asthma [14, 15, 19]. This double-blind, placebo-controlled study was conducted on 136 patients with asthma who received antileukotriene drug for 6 weeks. Compared to placebo in the treatment group demonstrated a significant reduction in the intensity of daytime and nighttime symptoms. However, the incidence of clinical symptoms did not decrease. In assessing the 6-week average FSV1 increased, but daily rates PSV is not affected [24, 27 - 30]. Spector and colleagues supplemented with information on the effectiveness

of the study drug, when used in long-term treatment of asthma. Compared with placebo, the researchers noted a decrease in daytime and nighttime asthma symptoms, 72% of the studied patients, less need for the patient to use β_2 -agonists, short steps, and increased rates of lung function in the evening (and FSV1 PSV) [4, 9, 11, 15]. Especially interesting is the multi-center study, which was conducted Barnes et al. In it, the efficacy of therapy leukotriene receptor inhibitors of cysteine to the frequency of asthma attacks compared with placebo. When evaluating a 13-week treatment was significantly less asthma attacks that required medical intervention [16, 17, 20, and 23]. In a paper published in 1990., Reiss and colleagues studied the efficacy of montelukast, compared with placebo, 681 patients who received a BA in 3 months. The researchers noted that, compared with placebo during the treatment options have improved lung function in the evening and reduce the number of days with asthma attacks. Moreover, the increase in the number of days during which asthma symptoms are not observed at all. [11, 15, 22] 5-lipoxygenase inhibitors in long-term treatment of asthma zileuton, which belongs to this group of drugs that blocks the synthesis of leukotrienes. Its efficacy in chronic asthma under control placebo studied in several clinical trials. During treatment option FSV1 marked increase and some a lower risk of asthma attacks, in which would require the use of corticosteroids [4, 6, 19, 21, and 31].

Thus, the study and analysis of the literature shows that current guidelines recommend the use of antileukotriene drugs for long-term treatment of asthma. Antileukotriene drugs reduce clinical symptoms of asthma, including cough, improve lung function by mild bronchial dilation, inhibit inflammation in the bronchial mucosa and decreases the frequency of attacks of asthma. In combination with inhaled corticosteroids are the ability to reduce the dose of steroids and control of the disease in patients with moderate and severe forms of asthma [4, 9, 11, 19, 31].

Therefore, leukotriene antagonists have additional potential clinical effect in patients treated with inhaled or oral corticosteroids.

LITERATURE

1. Моренко М.А. Патогенетические аспекты проявления сочетанной аллергопатологии в детском возрасте. //Республиканский научный журнал. Вестник Южно-казахстанской медицинской академии. – 2010. – №1 (46). – С.164-169.
2. Моренко М.А. Пути повышения эффективности лечения бронхиальной астмы у детей. //Материалы международной конференции «Актуальные проблемы аллергологии и иммунологии». Астана, 2005. – С. 168.
3. Намазова Л.С., Баранов А. А. Аллергия у детей: от теории – к практике// Медицина., 2010 – 2011. – 668 с.
4. Bisgaard H., Nielsen K.G. Bronchoprotection with a leukotriene receptor antagonist in asthmatic preschool children // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. 2012. V. 162. P. 187–190.
5. Meiler F., Zimmermann M., Blaser K. et al. T cell subsets in the pathogenesis of human asthma //Curr. Allergy Asthma Rep. 2006. V. 6. P. 91–96.
6. Хаитов Р.М., Ильина Н.И. Эпидемиология аллергических заболеваний в России //

Иммунология. – 2008. – № 3. – С. 4-9.

7. Балаболкин И.И. Бронхиальная астма у детей. //Научно – педагогический журнал: Медицина, 2007. – 37 с.

8. Гуляев Е.А., Ермекбаева Б.А., Моренко М.А. с соавт. Формулярный справочник лекарственных средств (Национальный формуляр Республики Казахстан). – Астана, 2008. – 1063 с.

9. Моренко М.А. Клинико-иммунологическая эффективность комплексной терапии бронхиальной астмы у детей. // Наука и образование Южного Казахстана.– 2010. – №2. – С.152-156.

10. Knorr B., Franchi L.M., Bisgaard H. et al. Montelukast, a leukotriene receptor antagonist, for the treatment of persistent asthma in children // *Pediatrics*. 2012. V. 108. P. E48.

11. Двойное слепое рандомизированные плацебо контролируемые исследования монтелукаста при лечении астмы за период 2007 – 2011 г.г. Результаты поиска в PubMed – 175 исследований:

12. Nikolaos G. Papadopoulos; George Philip; Hilde Giezek; Molly Watkins; Steven S. Smugar; Peter G. Polos. Эффективность Монтелукаста у детей с персистирующей астмой и сезонной гиперчувствительностью к аэроаллергенам в течении сезона аллергии // 2009.

13. Visitsunthorn N., Chirdjirapong V., Santadilok S., Pajarn P., Jirapongsananuruk O., Komoltri C. and Vichuanond P. Влияние монтелукаста на бронхиальную гиперреактивность и легочную функцию у детей-астматиков 6 – 13 лет // 2011.

14. Valovirta E., Boza M.L., Robertson C.F., Verbruggen N., Smugar S.S., Nelsen L., Knorr B.A., Reiss T.F., Philip G. and Gurner D.M., Интермиттирующее или ежедневное применение монтелукаста или плацебо при эпизодах астмы у детей // 2011.

15. Stelmach I, Grzelewski T, Bobrowska-Korzeniowska M, Stelmach P and Kuna P. Рандомизированное, двойное-слепое рандомизированное исследование эффекта монтелукаста на легочную функцию детей с астмой //2007.

16. Hakim F, Vilozni D, Adler A, Livnat G, Tal A and Bentur L, Эффект монтелукаста на бронхиальную гиперреактивность у детей // 2007.

17. D. Price, T. Popov, L. Bjermer, S. Lu, R. Petrovic, A. Mehta, J. Strus, P. Peter, G. Philip , Рандомизированное, плацебо-контролируемое

исследование монтелукаста при астме у курильщиков // 2011.

18. C.F. Ramsay, P. Sullivan, M. Gizycki, D. Wang, A.S. Swern, N.C. Barnes, T.F. Reiss, P.K. Jeffery, Монтелукаст и бронхиальное исследование при астме: рандомизированное, двойное слепое плацебо контролируемое исследование // 2009.

19. Rosewich M, Rose M A, Eickmeier O, Travaci M, Kitz R and Zielen S, Монтелукаст в качестве дополнительной терапии к бета-агонистам при астме // 2007.

20. Storms W., Монтелукаст и его роль при лечении астмы Update on montelukast and its role in the treatment of asthma, allergic rhinitis and exercise-induced bronchoconstriction // 2007.

21. Martinez F.D. What have we learned from the Tucson Children's Respiratory Study? // *Paediatr. Respir. Rev.* 2008. V. 3. № 3. P. 193–197.

22. Global strategy for Asthma management and prevention GINA 2011 Update//*Allergy*. 2012, (suppl. 112), v. 64, p. 52–114.

23. Matricardi P.M., Rosmini F., Panetta V. et al. Hay fever and asthma in relation to markers of infection in the United States // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2012. V. 110. P. 381–387.

24. Kariyawasam H.H., Scadding G.K. // *J. Asthma Allergy*. – 2010. – N 3. – P. 19–28.

25. Meltzer E.O., Tripathy I., Maspero J.F. et al. // *Clin. Drug Invest.* – 2009. – Vol. 29, N 2. – P. 79–86.

26. Morgan W.J., Crain E.F., Gruchalla R.S. et al. Results of a home based environmental intervention among urban children with asthma // *N. Engl. J. Med.* 2010. V. 351. P. 1068–1080.

27. Simons F.E., Villa J.R., Lee B.W. et al. Montelukast added to budesonide in children with persistent asthma: a randomized, double blind, crossover study // *J. Pediatr.* 2011. V. 138. P. 694–698.

28. Straub D.A., Minocchieri S., Moeller A. et al. The effect of montelukast on exhaled nitric oxid and lung function in asthmatic children // *Chest*. 2010. V. 127. P. 509–514.

29. Андрианова Е.Н., Генпе Н.А., Рывкин А.И. Бронхиальная астма у детей.// Учебно-методическое пособие. – Москва, 2009. – 194 с.

30. Straub D.A., Moeller A., Minocchieri S. et al. The effect of montelukast on lung function and exhaled nitric oxide in infants with early childhood asthma // *Eur. Respir. J.* 2009. V. 25. P. 289–294.

31. Barnes N. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов: клинические эффекты// *JR Soc Med.*- 2007, Apr, 90.-P.200-204.



УДК: 618.177-005.59:591.391.1

Саташева С.

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

По данным Всемирной Организации Здравоохранения бесплодием признается состояние, при котором беременность не наступает при регулярной половой жизни без применения средств контрацепции в течение 1 года [1,2]. Бесплодие составляет 15-20% от популяции женщин детородного возраста и имеет тенденцию к росту [3].

Бесплодие - тяжелая патология, отрицательно влияющая на многие социальные факторы, среди которых разводы, снижение производительности труда и в связи с этим, значительные экономические потери, вызванные лечением бесплодных супружеских пар.

В стандартизированной программе ВОЗ (1997г.) по обследованию и лечению бесплодных супружеских пар выделяют 21 фактор женского и 19 факторов мужского бесплодия [4]. Выделяют следующие группы причин отсутствия наступления беременности у женщин: эндокринные - 35-40%, трубно-перитонеальные — 20-30% и маточное бесплодие — 15-25% [5]. В последние годы особенно широко применяется метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), однако, частота наступления

беременности с применением данного метода и с последующим переносом эмбриона (ПЭ), редко превышает 30% и зависит от причины бесплодия [6]. Первый в мире ребенок как продукт экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) стал Луиза Джой Браун в 1978 году. Сегодня, более чем в 3 миллионов детей в мире были рождены в результате ЭКО.

Имплантационная недостаточность является основным лимитирующим шагом для ЭКО [7]. Этиологической причины неудачи имплантации включают качество эмбрионов; эндометрия восприимчивость; иммунологического фактора матки, трубной и перитонеальный факторы, средства массовой информации и культуры [8]. Низкий ответ на супероуляции и хромосомные анеуплоидии за счет возраста матери негативно влияет на качество эмбриона. (Табл.1) Субоптимальные эмбрионы имеют меньше шансов имплантироваться. Нарушения в синтезе простагландинов является одним из многих факторов, которые снижают восприимчивость эндометрия у некоторых пациентов склонных к RIF [8].

Таблица 1. Рекомендуемые ограничения на количество эмбрионов для переноса

Возраст	Прогноз			
	Расщепление стадии эмбриона Благоприятные * 1-2	Все остальные 2	Бластоцисты Благоприятные * 1	Все остальные 2
<37 лет				
35-37 лет	2	3	2	2
38-40 лет	3	4	2	3
42-42 лет	5	5	3	3

* Благоприятные = первый цикл ЭКО, хорошее качество эмбрионов, избыток эмбрионов для криоконсервации, или предыдущий успешный цикл ЭКО

Немаловажное значение имеет и возраст больных бесплодием, при этом, чем старше возраст, тем труднее лечение бесплодия. Данные Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН свидетельствуют о том, что если эффективность лечения бесплодия у молодых женщин (25-30 лет) составляет 55-80% вне зависимости от формы бесплодия, то среди пациенток в возрасте 35 лет восстановлению репродуктивной функции возможно лишь у 20-25% из них, в возрасте более 40 лет - лишь у 10-15% [9,10]. При переносе эмбриона в полость матки для полноценной имплантации плодного яйца, должны быть соблюдены все медицинские и технические правила, что в значительной степени достигается посредством создания определенного гормонального гомеостаза.

И хотя метод ЭКО не является панацеей в лечении бесплодия и не гарантирует беременности, он даёт реальный шанс иметь детей тем парам, которые ранее были обречены на бездетность. В то же время в программах ЭКО присутствует возможность возникновения ряда грозных осложнений, среди которых особую роль занимает синдром гиперстимуляции яичников. Выделяют две формы синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ): ранний СГЯ, возникающий в середине лютеиновой фазы цикла в ответ на последовательное введение гонадотропинов и назначение овуляторной дозы хорионического гонадотропина (ХГ), и поздний СГЯ, развивающийся в ранние сроки беременности вследствие повышения уровня эндогенного ХГ. Одним из возможных путей

снижения частоты СГЯ, по данным ряда авторов, является применение антагонистов ГнРГ («короткая схема»), кратковременное назначение которых способствует сокращению продолжительности стимуляции овуляции и доз вводимых гонадотропинов. В то же время важно подчеркнуть, что чрезмерная ответная реакция со стороны яичников в процессе введения стимуляторов овуляции более характерна для раннего СГЯ, а, следовательно, снижение суммарной дозы введенных гонадотропинов в «коротких» протоколах является предпосылкой для снижения только раннего СГЯ. Установлено, что схемы с агонистами ГнРГ повышают риск развития только раннего СГЯ (отношение шансов равно 2,01), а использование антагонистов ГнРГ позволяет снизить частоту этого осложнения.

Независимо от времени возникновения СГЯ факторами риска данного осложнения являются возраст пациенток менее 32 лет, индекс массы тела (ИМТ) менее 24,5 кг/м², синдром поликистозных яичников (СПКЯ). Мужское бесплодие в браке, а также применение схем стимуляции овуляции с агонистами гонадотропин рилизинг-гормона (ГнРГ) повышают риск развития раннего СГЯ, наступление многоплодной беременности – позднего СГЯ. [10,11.] Беременность, наступившая в результате ЭКО, осложненного СГЯ, характеризуется высокой частотой угрозы прерывания, гестоза, репродуктивных потерь в ранние сроки гестации и преждевременных родов. в генезе бесплодия риск раннего СГЯ увеличивало проведение ЭКО по поводу мужского бесплодия в браке, что объясняется стимуляцией здоровых (нормореактивных) яичников. Однако, мужское бесплодие может рассматриваться только в качестве фактора риска раннего СГЯ (отношение шансов составляет для раннего СГЯ – 2,33, для позднего синдрома – 1,04). К сожалению, в литературе отсутствуют указания на различия в частоте мужского бесплодия у пациенток с ранним и поздним СГЯ, но, по мнению некоторых авторов, риск СГЯ в целом повышается при проведении процедуры ЭКО/ИКСИ по поводу мужского бесплодия.

Профилактика ранней формы СГЯ возможна за счет оперативного лечения СПКЯ, оптимизации схем стимуляции овуляции. Отказ от переноса эмбриона (криоконсервация эмбрионов) при манифестировавшем раннем СГЯ снижает частоту тяжелых форм этого осложнения. Ключевым методом профилактики поздней формы СГЯ является перенос единственного эмбриона. Перенос эмбрионов происходит либо в стадии дробления 3день или во 2 день во время стадии бластоцисты. Несколько исследований

показали более высокие темпы имплантации и беременности с бластоцистами культуры [13,14-16].

Хромосомные аномалии широко являются одной из основных причин ранних спонтанных аборт в 60% от общей численности населения [17]. В Семейных пары многочисленными неудачами имплантации проходят лечение бесплодия, хотя основной причиной являются хромосомные аномалии. Частота хромосомных аномалий, как представляется, выше, не зависит от возраста матери [18,19].

Недостаточность эндометрия является одной из неудач ЭКО. Несколько исследований были сосредоточены на укреплении толщины эндометрия при помощи силденафил терапии для женщин с RIF. В 2000г. Силденафил применялся вагинально силденафила у 20 женщин с RIF и тонкий эндометрий, чтобы увеличить приток крови к эндометрию. Было сделано предположение, что утолщенный эндометрий (> 8 мм) может улучшить имплантацию и течение беременности [20]. Предварительные исследования показали, что у трех из четырех женщин отмечался успешный исход беременности после терапии Сильде-пафил в течение пролиферативной фазы. Два года позже, Шер и Fisch выпустили опубликованные рандомизированные исследования у 105 пациентов, которые получили силденафил. У 70% после применения препарата толщина эндометрия достигла 9 мм, у остальных пациентов (30%) толщина составила менее 9 мм. Пациенты, у которых толщина эндометрия была 9 мм в 45% имели значительные темпы имплантации [21].

Со-культуры - это размещение человеческих и питающих клеток наряду с эмбрионом во время культивирования пробирке. Было высказано предположение, что совместная культура улучшает рост эмбриона и развития путем улучшения лабораторных параметров - она удаляет токсичные [22] клетки используемые в совместной культуре. вещества, такие как тяжелые металлов и аммония и свободных радикалов [23].

Природные клетки-киллеры могут являться предикторами для повторных выкидышей. [24]. Причиной невынашивания по-видимому, связано с увеличением в периферической крови и эндометрии клеток-киллеров После активации естественных клеток-киллеров активизируются цитокины, такие как ФНО-, некроз, который может привести к имплантационной недостаточности [25,26,27]. Таким образом, на сегодняшний день основные усилия исследователей сосредоточены на улучшении результатов ЭКО, предупреждении развития различных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безнощенко Г.Б. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2001.-392 с.
2. Ю.Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Под ред. В.И. Кулакова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 616 с.
3. Гинекология. 3-е изд. переработ, и допол. / Под ред. акад. РАМН Савельевой Г.М., Бреусенко В.Г. М.:ГЭОТАР-МЕДИА, 2008. - С. 432.
4. Грязнова И.М., Здановский В.М., Анишина М.В. Первые результаты лечения бесплодия путем экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона в матку матери // Современные вопросы репродуктологической-Тбилиси, 1988.-С. 122-123.
5. Морозова А.В., Иценко А.И. Результат экстракорпорального оплодотворения после оперативных вмешательств на придатках матки // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — М., 2007. Т. 6. №4. - С. 66-69.
6. Палладий Г.А., Теишер М.Я. Диагностика проходимости маточных труб методом эхогидротубации // Акушерство и гинекология. — 1988. — № 8. С. 43-44.
7. Martin-Johnston MK, Uhler ML, Grotjan HE, Lifchez AS, NaniJM, Beltsos AN. Lower chance of pregnancy with repeated cycles with in vitro fertilization. *J Reprod Med* 2009; 54(2): 67-72.[3]
8. Koler M, Achache H, Tsafirir A, Smith Y, Revel A, Reich R. Dis-rupted gene pattern in patients with repeated in vitro fertilization (IVF) failure. *Hum Reprod* 2009; 24(10): 2541-8
9. Папугашвили А.М. Новый метод диагностики проходимости маточных труб ЭХО ГСГ // Современные вопросы репродуктологической. - Тбилиси, 1988.-С. 109-110.
10. Радзинский В.Е., Алиев И.А. Бесплодие и экстракорпоральное оплодотворение в свете контраверсий (по данным VII Всемирного конгресса «Противоречия в акушерстве, гинекологии и фертильности») // Акушерство и гинекология. 2006. — №1. — С. 60-62.
11. Щербакова Л.Н. Ранний и поздний синдром гиперстимуляции яичников: клиническое течение и репродуктивные потери. // Вестник Российского государственного медицинского университета. Специальный выпуск. — 2008. — №3 (62). — С.74-76.
12. Das S, Blake D, Farquhar C, Seif MM. Assisted hatching on assisted conception (IVF and ICSI). *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (2): CD001894.
13. Milki AA, Hinckley MD, Fisch JD, Dasig D, Behr B. Comparison of blastocyst transfer with day 3 embryo transfer in similar patient. *Fertil Steril* 2000; 73(1): 126-9.
14. Wilson M, Hartke K, Kiehl M, Rodgers J, Brabec C, Lyles R. Inte-gration of blastocyst transfer for all patients. *Fertil Steril* 2002; 77(4): 693-6.
15. Levron J, Shulman A, Bider D, Seidman D, Levin T, Dor J. Aprospective randomized study comparing day 3 with blastocyst-stage embryo transfer. *Fertil Steril* 2002; 77(6): 1300-1.
16. Papanikolaou EG, D'haeseleer E, Verheyen G, et al. Online is significantly higher after blastocyst transfer than after cleavage-stage embryo transfer when at least four embryos are available on day 3 of embryo culture. A randomized prospective study. *Reprod* 2005; 20(11): 3198-203.
17. Griffin DK. The incidence, origin, and etiology of aneuploidy. *Int Rev Cytol* 1996; 167: 263-96.
18. Maroulis GB, Koutlaki N. Preimplantation genetic diagnosis. *NY Acad Sci* 2006; 1092: 279-84.
19. Fragouli E, Katz-Jaffe M, Alfarawati S, et al. Chromosome screening of polar bodies and blastocysts from couples experiencing repeated implantation failure. *Fertil Steril* 2009.
20. Sher G, Fisch JD. Vaginal sildenafil (Viagra): a preliminary report of a novel method to improve uterine artery blood flow and endo-metrial development in patients undergoing IVF. *Hum Reprod* 2000; 15(4): 806-9.
21. Sher G, Fisch JD. Effect of vaginal sildenafil on the outcome of in vitro fertilization (IVF) after multiple IVF failures attributed to poor endometrial development. *Fertil Steril* 2002; 78(5): 1073-6
22. Fabbri R, Porcu E, Marsella T, et al. Human embryo development and pregnancies in an homologous granulosa cell coculture system. *J Assist Reprod Genet* 2000; 17(1): 1-12.
23. Dirnfeld M, Goldman S, Gonen Y, Koifman M, Calderon I, Abramovici H. A simplified coculture system with luteinized granulosa cells improves embryo quality and implantation rates: a controlled study. *Fertil Steril* 1997; 67(1): 120-2.
24. Quenby S, Bates M, Doig T, et al. Pre-implantation endometrial leukocytes in women with recurrent miscarriage. *Hum Reprod* 1999; 14(9): 2386-91.
25. Gilman-Sachs A, DuChateau BK, Aslakson CJ, et al. (NK) cell subsets and NK cell cytotoxicity in women with histories of recurrent spontaneous abortions. *Am J Reprod Immunol* 1999; 41(1): 99-105
26. Aoki K, Kajiura S, Matsumoto Y, et al. Pre-conceptional natural-killer-cell activity as a predictor of miscarriage. *Lancet* 1995; 345(8961): 1340-2.
27. Strandell A, Lindhard A, Waldenström U, Thorburn J. Nitric oxide inhibits development of embryos and implantation in mice. *Mol Hum Reprod* 1998; 4(5): 503

БАЛАЛАРДАҒЫ СОЗЫЛМАЛЫ ЭЗОФАГИТ ТУРАЛЫ ЗАМАНАУИ КӨЗҚАРАСТАР

«Астана Медицина Университеті» АҚ, №1 балалар аурулары кафедрасы

Жалпы балалар аурулары құрылымында өңеш, асқазан және он екі елі ішектің қабынулық аурулары барлық аурулар арасында екінші орында тұр (25-45%)/1,2,3,4,5,10/. Асқазан – ішек жолдарының жоғарғы бөліктеріндегі қабынулық аурулары бар балалардың 2/3 бөлігінде моторлы қызметтің бұзылыстары қатар жүреді/8,9,26,27/. Жекелеген созылмалы эзофагиттер асқорыту бұзылыстары бар балалар арасында 1-2% кездеседі/7,10,12,15,16/.

ГЭРА эволюциясы өңеште метапластикалық өзгерістердің дамуына әкелуі мүмкін/17,18,19/. Балалар арасында бұл жағдайдың таралуы туралы нақты мәлімет жоқ, бірақ балалардағы Баррет өңеші жиілігінің өсуі туралы факт қарастырылуда. ГЭРА мәселесі тарапынан метаплазия малигнизациясына аса зор маңыз береді /28/.

Созылмалы эзофагиттің қазіргі кездегі жіктелуі бойынша, оның себебі хеликобактериялық инфекция, асқазан- ішек жолдарының аллергиясы және асқорыту мүшелеріне токсикалық әсерлер болуы мүмкін /15,38,39/. ГЭРА өңеш зақымдалуы және өңештен тыс белгілердің дамуының кең спектрлі мағынасы болып табылады. Ол өңеште морфологиялық өзгерістер тууына тәуелді емес/22,23/.

Патологиялық ГЭР жиі және ұзаққа созылған рефлюкстер, олкүндіз және түнгі уақытта да өңеш және басқа да мүшелердің шырышты қабатының зақымдалуын білдіретін симптомдармен көрінеді. Патологиялық ГЭР бронх демікпесін шақыратын факторларға жатады, әсіресе түнгі уақытта. Бірнеше жыл бұрын респираторлы патология даму себебі тек рефлюкс кезінде асқазан құрамының микроаспирациясы болып саналса, қазіргі кезде негізгі роль – ГЭР кезінде туындайтын вегетативті бұзылыстар, бұл кезде кардиореспираторлы симптомдар – реффлекторлы орталық апное, реффлекторлы брадикардия, реффлекторлы бронхоспазм және реффлекторлы ларингоспазм көрінеді/24/.

Патологиялық ГЭР қорғаныс факторлары мен агрессия факторлары арасында тепе – теңдік бұзылғанда дамиды. Нәтижесінде өңештің шырышты қабатында рефлюксат экспозициясының ұзаруына әкеледі, жаңа туған нәрестелерде сілтілі рефлюксат басым болады/21,29,32/. Бұл кезде өңеш шырышты қабатының зақымдалуы лизолицетин және трипсин қатысуымен өт қышқылдары әсерінен жүреді. Мұндай агрессия нәтижесінде жиі айқын

фибринозды – эрозивті эзофагит дамиды/14/. Тұз қышқылы және белсенген пепсин агрессия факторы ретінде ересек жаста маңызды роль атқарады және ол өңештің стенозына әкеледі. Өңеш қуысында екі рефлюксанттардың болуы (лизолицетин және трипсин қатысуымен өт қышқылы + тұз қышқылы және белсенген пепсин) эзофагиттің дамуына ғана емес, сонымен қатар ішек метаплазиясын – Баррет өңешін тудырады. Осы жолмен метаплазияланған эпителий белгілі бір жағдайда дисплазияға әкелуі мүмкін, ол өз кезегінде аденокарциноманың дамуына негіз болады. Эпителий метаплазиясы мен дисплазиясының дамуында өт қышқылдары маңызды роль атқарады, олар тек эпителийді зақымдап қана қоймай, онда малигнизация тудырады/36,37/.

Біріншілікті антирефлюксті механизмді ерте жастағы балаларда вегетативті жүйке жүйесі тарапынан өңеш қызметінің реттелуі бұзылғанда дамиды/13/. Вегетативті дисфункция әдетте жағымсыз өткен жүктілік және босану мерзімдері кезіндегі бас миы гипоксиясы кезінде дамиды/20/. Омыртқа және жұлынның натальды зақымдалуы, әсіресе мойын бөлімінде және асқорыту жүйесінің функционалды бұзылыстары арасында байланыс бар екендігі дәлелденген. Науқастарда омыртқасының мойын бөлімін зерттегенде жиі әртүрлі деңгейдегі омыртқа денесінің дислокациясы, бірінші мойын омыртқасының алдыңғы доғасының сүйектенуінің кешеуілдеуі, остеопороз және платиспондиллия түрінде көрінетін ерте дистрофиялық өзгерістер, сирек деформация анықталады/21/. Бұл өзгерістер әдетте асқорыту жүйесінің функционалды бұзылыстарымен қатар жүреді және өңеш дискинезиясы, төменгі өңеш сфинктерінің жеткіліксіздігі, кардиоспазм, пилородуоденоспазм, дуоденоспазм, аш ішек жәнге ток ішек дискинезиясымен көрінеді /31/.

Соңғы уақытта балаларда гастроэзофагальды пролапс жиі анықталған. Сфинктерлік аппараттың бұзылысы жиі 5-7 жастағы балаларда болатындығы мәлім болды. 5-13 жас аралығындағы балаларда ересектерге қарағанда асқазанның қышқыл өндіру қызметі жоғары/11/. Сондықтан сфинктерлік аппараттың балалардағы тұрақсыздығы жоғары қышқыл өндіру ерекшелігіне байланысты асқазандағы қышқылдық құрам өңешке қарай лақтырылады, бұл терминальды эзофагит тууына әкеледі, шырышты қабаттың гиперемиясы, әсіресе эндоскопиялық зерттеуде анықталатын артқы

кабырғасындағы – «тілдегі от» немесе «сегізаяқ кармауыштары» белгілері/25/.

Төменгі өңеш сфинктерінің екіншілікті әлсіреуі асқазан ішек жолдарының төменгі мүшелеріндегі қабынулық және органикалық өзгерістері (он екі елі ішек ойық жарасында болатын буылтықтың ісінуі немесе бульбодуоденальді өтістің стенозы) нәтижесінде дамиды/25/. Дәнекер тінінің жүйелі аурулары кезінде айқын клиникалық симптомология алдында өңеште болатын өзгерістер «алғашқы хабаршы» ретінде болады. Жиі өңеш өзгерістері жүйелі склеродермия кезінде пайда болады. Оның жиілігі 50-84% құрайды. Бұл аурудағы өңеш зақымдалуының негізгі патогенетикалық тетігі – оның қозғалу қызметінің төмендеуі. Ерте сатысында вазомоторлы өзгерістер, әрі қарай бұлшықет атрофиясы дамиды. Ең алдымен перистальтика, сосын бұлшықет тонусы бұзылады/30/.

Созылмалы гепатит, бауыр циррозы, көкбауыр венасының тромбозы және кейбір сирек кездесетін аурулар – Брилл – Симмерс ауруы, Бадда – Киари синдромының ауыр асқынуы – бұл порталды гипертензия, оның негізінде этижесінде өңеш веналары кеңейеді, түйін ретінде өңеш қуысына майда тамырлармен

бірігіп түйін ретінде шығып тұрады. Тұрақты венозды іркілу өңештің шырышты қабатының трофикасын бұзады, ол өңештің атрофиясы және дилатациясына әкеліп, ГЭР дамуына жағдай жасайды/35/.

Төменгі өңеш сфинктерінің тонусы әртүрлі дәрілік заттарды қолданғанда төмендейді (антихолинэргиялық заттар, кофеин, адреноблокаторлар, нитраттар, теofilлин, кальция каналдарының блокаторлары, опиаттар, никотин, алкоголь және кейбір тағамдар – шоколад, кофе)/34/.

ГЭРА туындауына кей жағдайда Н.Pylori-мен шақырылған АІЖ жоғарғы бөлігінің қабынулық ауруларында (гастрит, ойық жаралар) қолданылатын эрадикациондық ем де септігін тигізеді/37,38,39/.

Дұрыс ем жүргізілмесе, ГЭРА-ның ауыр ағымымен, өңештің дисталды бөлімінің шырышты қабатының цилиндрлік метаплазиясымен сипатталады/40,41/. ГЭРА популяциялық эпидемиологиялық зерттеу, қауіп – қатер топтарын (ерте жастағы балаларда) анықтау, балалық шақта тіркелген ГЭРА бар науқастардың отбасын ұзақ уақыт бақылауды талап етеді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Аверин В.И. Срыгивание и рвота у детей первого года жизни. Уч. Метод пособие. Мн., 2004, 24с

2. Алхасов А.Б., Разумовский А.Ю., Кучеров Ю.И., Батаев С.Х.М. Суточный рН-мониторинг пищевода в диагностике ГЭР у детей// Детская хирургия – 2000. №1.-С.47-50

3. Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В. Соматизация психических расстройств в детском возрасте. М., 2005, 24с

4. Баранов А.А. «Детская гастроэнтерология» М., 2001, 637 с.

5. Баранов А.А. Здоровье детей в России» М., 1999.-С.66-92.

6. Белоусов С.С., Муратов С.В., Ахмад А.М. Растрозофаггальная рефлюксная болезнь и дуоденогастральный рефлюкс. Нижний Новгород 2005, 120с.

7. Белоусов Ю.И. Педиатрическая гастроэнтерология. М.: Изд-во Эксмо- 2006г. – 704

8. Бельмер С.В., Хавкин А.И. Синдром срыгивания у детей первого года. М., 2003, 16стр.

9. Беляев Л.М., Король С.М., Войтова Е.В. Современный взгляд на проблему патологии пищевода у детей первого года жизни (этиология, клиника, диагностика, лечение): Учебно – методическое пособие. Мн.: БелМАПО, 2006 – 17 стр.

10. Ивашкин В.Т., Трухманова А.С., Болезни пищевода. М.: Триада-Х 2000, 179 стр.

11. Ильченко А.А., Селезнева Э.Я., Компьютерная рН-метрия желудка и пищевода. Пособие для врачей. М 2001, 40 стр.

12. Кононов А.В. Цитопротекция слизистой оболочки желудка: молекулярно-клеточные механизмы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. №3, 2006, С12-14

13. Марков А.А., Марков А.С., Нестеров Д.В. Современные подходы к диагностике врожденного пилоростеноза у детей. Мед. научный и учебно – методический журнал. 2003, 15: 113 – 120.

14. Старостин Б.Д. Кислотный индекс пищевода // Тез. Науч – практ. Конф., посвященной 70-летию поликлиники №38 Спб-2004, 3-4 с

15. Ошева Т.М. Клинико – лабораторная характеристика заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей и подростков, оптимизация. Автореф. Дисс. К.м.н., Екатеринбург 2007, 20 стр.,

16. П.П.Потехин. Прогностический аспект морфологических исследований в детской гастроэнтерологии // Матер. XI конгресс детских гастроэнтерологов России «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». М. 2004г., С 21-23.

17. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н., Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии. Пособие для врачей. Витебск: Изд-во ВГМУ, 2006г.: 43 стр.

18. Приворотский В.Ф. Гетерогенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей. Автореф. Дисс., докт.мед.наук СПб., 2006- 43
19. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Гастроэзофагальная болезнь у детей. В кн.: *Детская гастроэнтерология*. М. 2002; 180-208.
20. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных. Острый период и поздние осложнения. М.: БИНОМ, 2005; 368.
21. Свирский А.В. ГЭР у новорожденных детей: Автореф. Дисс., к.м.н. М., 1991 – 20с.
22. Семенюк Л.А. Диагностика гастроэзофагальной рефлюксной болезни у детей и подростков (Текст) (Л.А.Семенюк) *Российский педиатрический журнал*. 2007 №3 – с21-24.
23. Семенюк Л.А. Факторы риска в формировании рефлюкс – эзофагитов у детей и подростков (Текст) (Л.А.Семенюк) *Российский педиатрический журнал*. 2007г., №2 – с 8-13.
24. Степанов Э.А. ГЭРБ у детей // *Рос. Журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 19987, №1 с88-90.
25. Сухоцкая А.А. Хирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса у детей с рецидивирующими заболеваниями нижних дыхательных путей. Автореф., дисс. К.м.н., СП., 2006.
26. Филин В.А. Значение рефлюксного механизма в формировании патологии верхних отделов пищеварительного тракта у детей // *Педиатрия*. 1994г., №1 с 95-97.
27. Филин В.А. Щербаков П.Л., Нечипай А.М., Цветков П.М., Квирквелия М.А., Компьютерные экспертные системы в эндоскопии. Мат. УП Конгресса педиатров России, М., 2002, с 312;
28. Цветков П.М., Щербаков П.Л., Нечипай А.М. Современные подходы в выполнении протокола эндоскопического исследования. К кн.: «Актуальные вопросы педиатрии». М., 2001, с 28-30;
29. Щербаков П.Л. Вопросы педиатрической гастроэнтерологии. *Русский медицинский журнал*, 2003, том 11, №3, с107-112.
30. Хавкин А.И., Приворотский В.Ф. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. // *Детская гастроэнтерология*. 2008
31. Sadowska – Krawczenko I., Czerwionka-Szaflarska M., Korbal P. Is antenatal corticosteroid administration associated with increased acid gastroesophageal reflux in preterm neonates? *Med. Wiek. Rozwoj*. 2005; 8; 2, Pt 2: 359-364.
32. Sadowska – Krawczenko I., Czerwionka-Szaflarska M., Korbal P. Influence of selected neonatal diseases on the incidence of gastroesophageal reflux in preterm neonates. *Med. Wiek. Rozwoj*. 2005; 9,3 (1): 317-324.
33. Gold B.D. Is gastroesophageal reflux disease really a life – long disease: do babies who regurgitate grow up to be adults with GERD complications? *Am. J. Gastroenterol*. 2006; 101, 3, 641-644.
34. Koufman J.A., Dettmar P.W. Laryngopharyngeal reflux. *ENT News* 2005; 14, 14: 42-45.
35. Demeester T.R., Chandrasoma P. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease // *Annu. Rev. Med*. 1999. Vol.50. P 469-506.
36. Milkes et al. Eliminating Reflux Symptoms with proton pump inhibitors (PPIs) does not indicate normalizing intraesophageal or intragastric pH in patients with either gastroesophageal reflux (GERD) or Berret's Esophagus // *Digestive Disease Week*. 2012. p 1266
37. Our T.M. et al. Nocturnal Acid Breakthrough: Clinical Significance and Correlation with Esophageal Acid Exposure // *Am.J.Gastroenterol*. 2003 №98. p. 545-550
38. Graham D.Y., Fischbach L. Helicobacter pylori treatment in the era of increasing antibiotic resistance / *Gut*. — 2010. — Vol. 59. — P. 1143—1153.
39. Romano M., Iovene M.R., Russo M.I., Rocco A., Salerno R., Cozzolino D., Piloni A.P., Tufano M.A., Vaira D., Nardone G. Failure of first-line eradication treatment significantly increases prevalence of antimicrobial-resistant Helicobacter pylori clinical isolates. *J Clin Pathol* 2012; 61:1112-5.
40. Дехнич Н.Н., Костякова Е.А., и др. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии*, 2011. — № 5. — С. 27.
41. Essa S., Kramer J.R., Graham D.Y., Treiber G. Helicobacter, 2009. Malfertheiner P. & Seigrad M. *Current Opinion in Gastroenterology*, 2010.



УДК: 616.33-329-002.2-053.2

Темірханова Р.Б.

БАЛАЛАРДАҒЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬДЫ РЕФЛЮКС АУРУЫ*«Астана Медицина Университеті» АҚ, №1 бала аурулары кафедрасы*

Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруының клиникалық көрінісі алуан түрлі, асқорытулық және асқорытудан тыс белгілері бойынша ажыратылады/4,5,6/. ГЭРА – ның балалардағы асқорытулық белгілері ұзақ құсу, лоқсу, кекірік, ықылық және таңғы жөтел түрінде байқалады. Бала жиі тамақ ішкен уақытта (әсіресе ыстық тағамдар) немесе тамақ ішкен соң эпигастри аймағында пайда болатын ауру сезіміне шағымданады. Ауру сезімі көлденең қалыпта жатқанда, денені еңкейткенде, ауыр физикалық жүктемеден соң және түн уақытында күшейеді. Тамақ ішкен уақытта тез тойыну және асқазанда ауырлық сезімі білінеді. Ерте жастағы балаларда жиі лоқсу және құсу, ал үлкен жастағы балаларда кекірік пен қыжылдау белгілері кездеседі. Таңертенгі уақытта бала жастығында ылғалды сарғыш немесе түссіз сұйықтық («ылғалды жастық» симптомы) болады, регургитацияға байланысты: пальпаторлы эпигастрий аймағында ауру сезімі анықталады. Жаңа туылған нәрестелерде және ерте жастағы балаларда эзофагит лоқсу белгісімен бірге көрініс табуы мүмкін/17,18/. Ұзақ уақыттан кейін, әсіресе эрозивті – жаралы процесс кезінде және дер кезінде ем қабылдамаса, асқынулар – қан кетулер, анемия және аспирациялық пневмония дамуы мүмкін. Асқорытудан тыс белгілері оториноларингологиялық, бронхоөкпелік, кардиологиялық және стоматологиялық болып бөлінеді/24/.

ГЭРА – ның ең жиі ассоциацияланған респираторлық белгілері бронх демікпесі (80% жағдайда), созылмалы пневмония, рецидивті және созылмалы бронхит, отит және синуситтер, апноэ, кенеттен болатын өлім синдромы болып табылады/17,18,27/. Авторлар созылмалы бронхоөкпелік ауруға шалдыққан балаларға эзофагоскопия әдісін ұсынады. Бұл әдіс арқылы аурудың пайда болуының және дәстүрлік емнің нәтижесі болмауының себебін толық нақты түсіндіреді/20/. Ғылыми әдебиеттерде митральды клапанның пролапсы мен төменгі асқорытулық сфинктердің бар екендігі және вегетативті регуляцияның бұзылысының симптомдары жүретіндігі туралы зерттеулер дәлелденген. Сондықтан дифференциальды диагностикада психосоматикалық және функционалды абдоминальды патологияны ажырату оңай емес/17/. ГЭРА – дағы кардиологиялық білінулер стенокардия кезінде болатын ауру сезіміне тән сипатталады. Мұндай ауру сезімдері дене көлденең қалыпта жатқанда білінеді.

Сонымен қатар аритмия дамуы ықтимал. Кардиоваскулярлық белгілер эзофагокардиалды рефлюкс салдарынан пайда болады/20/.

ГЭРА – мен ауыратын балаларды шамамен 60 % жағдайда диагноз кеш қойылады/1,2,3/. Бұл дәрігердің сақ болмауына және клиникалық белгілердің әртүрлі болуына байланысты. Мұндай балалар тамақтануы нашарлауы салдарынан, дисфагия, құсу, кеуде және эпигастрий аймағының ауру сезіміне, рецидивирленген пневмонияның болуына байланысты педиатрдың, невропатолог, кардиолог және пульмонологтың көмегінсіз ұзақ емделуі мүмкін/6/. Алайда ГЭРА – ның ерте стадиясында және асқорытудың жоғарғы бөлігіндегі моторлық қызметінің бұзылысының эндоскопиялық белгілері кезінде айқын білінбейді, бұл диагностикалауға қиындық туғызады/9,12/.

ГЭРА диагнозы мынадай диагностикалық критерийлердің байланысы негізінде қойылады: клиникалық; эндоскопиялық; гистологиялық; рН – метрия;

рентгенологиялық; монометриялық; ультрадыбыстық және т.б/2,7,8,9,12,14/.

Рефлюкс – эзофагиттің «алтын стандартты» диагностикасы – қазіргі кездегі асқорытудың шырышты қабат биопсиямен эзофагогастроуденоскопия болып табылады. Эндоскопиялық әдіс асқазан шырышты қабатының гиперемиясын және ісікті, эрозивті – жаралық бұзылысын анықтауға көмектеседі. Рефлюкс – эзофагитпен ауыратын балалардың ішінде 40% - ы 4 жастан асқан балалар, алайда ауру белгілері одан ерте жаста пайда болады. Сол себептен көп жағдайда асқынулар анықталады. Асқорыту жолдарындағы патологиялық өзгерістер жүрек жетіспеушілігімен ауыратын балалардың санын көбейтті. Асқорыту жолының жоғарғы бөлігінде қозғалыс қызметінің бұзылуы ГЭРА – ның ерте стадияларында патологияның пайда болуына алып келеді, патогенезінде басқа да факторлардың ролі дамиды.

Гистологиялық зерттеулер балаларда мынадай жағдайларда: эндоскопиялық және рентгенологиялық зерттеулердің айырмашылықтары түсініксіз болған жағдайда; эрозивті – жаралық эзофагиттің атипиялық көрінісінде; асқазанда метапластикалық процеске күдік кезінде; асқазан папилломатозы; асқазанда ісіктік малигнизацияға күдік туғанда жүргізіледі/7,8,22/. Рефлюкс – эзофагитте гистологиялық көрініс эпителийдің гиперплазиясы, базальды жасушаның қабатының

калындауы және емізікшелердің ұзаруы, сонымен қатар лимфаплазмоциттарлық инфильтрация және шырышасты қабатта тамырлардың толуы түрінде сипатталады/26,27/.

ГЭРА – ның айқын көрінуіне тәуліктік асқазан-ішілік рН – метрия көмектеседі, тәулік ішінде рефлюкстік эпизодтың жалпы мөлшерін және ұзақтығын анықтайды. Қалыпты жағдайда асқазанның рН көрсеткіші 5,5 – 7,0; ал ГЭРА критерийі рН 4 – тен төмен болады/9,22/. ГЭРА – ның патологиялық критерийі – рефлюкстік эпизодтың жиілігі 50 – ден жоғары болады және тәуліктік ұзақтығы 4,5% - ға созылады. Нәтижесін бағалауда рН – метрияның қалыпты көрсеткіштері пайдаланылады.

Эзофаготономография асқазанның моторлық қызметінің жағдайын және тонусын анықтайды. Қазіргі кезде НПС тонусын компьютермен өлшеу жиі қолданады. ГЭРА – ның монометриялық көрінісі асқазанның жиырылуының және жиырылу комплексінің өзгерістері (амплитуданың төмендеуі, жиырылу ұзақтығының үлкеюі, жиырылу комплексінің дұрыс емес формасы) түрінде сипатталады. Науқастың күнделікті жазылатын мәліметтерінен алынған нәтижелер (тамақ қабылдау кезеңінің регистрациясы, препараттар, ауру белгілерінің уақыты) патологиялық рефлюкстің

айқындалуын және көрінуін бағалауда маңызды рөл атқарады/2/. Билиметрия – рефлюксаттың спектрофотометриясына негізделген әдіс, дуоденальды – гастрозофагеальды рефлюкстің 24 – сағаттық мониторингін жүргізуге көмектеседі. Интраэзофагеальды импедансометрия рефлюксті, оның биіктігін, ұзақтығын және агрессивтілігін (AR), сонымен қатар асқорыту клиренсінің (CL) жылдамдығы мен эффективтілігін анықтауға мүмкіндік береді. Патологиялық рефлюкс кезіндегі көрсеткіш AR>10%, CL<10% - клиренстің бұзылысын көрсетеді. ГЭРА – ны анықтайтын ең сенімді ақпаратты әдіс – асқазанның скинтиграфиясы болып табылады. Асқазанның рентгенографиясы асқазаннан асқорыту жолына контрастты заттың түсуін, диафрагманың асқорытулық қуысында жарықтың бар екендігін көрсетеді.

ГЭРА – ның қазіргі таңдағы терапиясы жүйелі түрде жүреді: диетотерапия, постуральды, медикаментозды және медикаментозды емес терапия, хирургиялық коррекция («степ - терапия»)/6,7,8,10,11,12,14,15,19/.

Қорытындылай келе, созылмалы эзофагитте ем жүргізу барысында ауру себебін нақты біліп, ең тиімді тәсілдерді таңдай білу керек.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Александров Л.В. К вопросу о здоровье школьников. Детское здравоохранение. России: стратегия развития. Материалы XI съезда педиатров России – Москва, 2001. с 21.
2. Алхасов А.Б., Разумовский А.Ю., Кучеров Ю.И., Батаев С. – Х.М. суточный рН – мониторинг пищевода в диагностике ГЭР у детей // Детская хирургия -2000. № 1 с-47-50
3. Баранов А.А., Климанская Е.В., Римарчук Г.В., Заболевания органов пищеварения у детей. – М., 1996 – 304 с.
4. Белоусов С.С., Муратов С.В., Ахмад А.М. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и дуоденогастральный рефлюкс. Нижний Новгород 2005. 120
5. Бельмер С.В., Хавкин А.И. Гастроэнтерология детского возраста. Медпрактика – М 2003,360
6. Завьялова А.В. Современные технологии диагностики и оптимизации лечения заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей раннего возраста // Вестн. Ивановский медицинский академии – 2007, 156-157
7. Старостин Б.Д. Кислотный индекс пищевода // Тез. Науч–практ. Конф., посвященной 70-летию поликлиники №38 Спб-2004, 3-4 с
8. Цодикова О.М. и др. индекс кислотности в оценке антисекреторных эффектов ингибиторов.
9. Correa P. Helicobacter pylori and the cell cycle. J. of the National Cancer Institute 1997; 836-837
10. Axford S.E. Sharp N., ross P.E. et all. Cell biology of laryngeal epithelial defenses in health and disease: preliminary studies. Ann Otol Rhinol Laryngol 2001, 110:12: 1099-1108.
11. Конь И.Я., Сорвачева Т.Н. Диетотерапия функциональных нарушений органов желудочно-кишечного тракта у детей первого года жизни. Леч.врач. 2004, 2:34-38.
12. Макаров Л.М. Холтеровское мониторирование (Руководство для врачей по использованию метода у детей и лиц молодого возраста). - М.: Медпрактика, 2000.-216с.
13. Малямова Л.Н. Заболевания гастродуоденальной области, ассоциированные с Helicobacter Pylori и эффективность лечения с учетом состояния поджелудочной железы. //Росс.журн.гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2003, том13, №3, приложение №19. -с.66-70.
14. Муравьева В.Н. Ранняя диагностика и этапное лечение хронических эзофагитов у детей школьного возраста. Дисс.к.м.н. Ставрополь, 1987г., 156с.
15. Пайков В.Л. Фармакотерапия в детской гастроэнтерологии.-Издат. «Лань» Санкт-Петербург. - 1998.-192с.
16. Пасечников В.Д., Пасечников Д.В. Клиническое значение феномена ночного кислотного прорыва при применении ингибиторов протонной помпы // Фарматека.

2004. Вып.13. №90. С.28-32.

17. Потапов А.С., Сичинава И.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей. Вопросы современной педиатрии, 2002, т.1, №1, с.55-59.

18. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей. В кн.: Детская гастроэнтерология. М 2002; 180-208.

19. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Проект рабочего протокола диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Пособие для врачей. М 2005; 15.

20. Семенюк Л.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей; Клиника, диагностика и лечение. [Текст] /пособие для врачей/ Л.А.Семенюк, Н.Е. Санникова, Г.В. Римарчук; Екатеринбург – Москва, УГМА. – 2007.-98с.

21. Старостин Б.Д. Кислотный индекс пищевода // Тез. научн.-практ. конф., посвященной 70-летию поликлиники №38. СПб., 2004. С.3-4.

22. Цодикова О.М. и др. Индекс кислотности в оценке антисекреторных эффектов ингибиторов.

23. Burton D.M., Pransky S.M., Katz R.M. et al. Pediatric airway manifestations of gastroesophageal reflux. Ann Otol Rhinol Laringol 1992; 101: 9: 742-749.

24. Chang A.B., Lasserson T.J., Kiljander T.O. et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of gastro-oesophageal reflux interventions for chronic cough associated with gastro-oesophageal reflux. BMJ 2006; 332: 1:11-17.

25. Correa P. Helicobacter Pylori and the cell cycle. J. Of the National Cancer Institute 2008; 89, 12: 836-37.

26. DeMeester T.R., Chandrasoma P. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastro-oesophageal reflux disease // Annu. Rev. Med. – 2010.- Vol.50.- P. 469-506. 1. Tutuian R. et al. The acidity index: a simple approach to the measurement of gastric acidity // Aliment. Pharm. & Ther. 2004. Vol.19. №4. P. 443.

27. Axford S.E. Sharp N., Ross P.E. et al. Cell biology of laryngeal epithelial defenses in health and disease: preliminary studies. Ann Otol Rhinol Laringol 2011; 110: 12: 1099-1108.



УДК: 614:340.613:616.053.6-055.25

Токенова Г.Ш.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

«ГДБ №2» КДП г. Астана

На современном этапе не вызывает сомнений роль соматической и гинекологической патологии в нарушении репродуктивного здоровья девочек-подростков. Репродуктивный потенциал современных девочек-подростков весьма низок, вследствие высокой общей заболеваемости: на каждую девочку приходится более трех заболеваний; современные девочки па 15% более болезненны по сравнению с юношами; 70% девочек страдают от хронических заболеваний (желудочно-кишечного тракта, респираторной системы, центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы) [1-4].

Репродуктивное здоровье девочек, наряду с медицинской приобрело большую социальную значимость, в связи с резко обострившейся, в последние годы, проблемой качественного и количественного воспроизводства населения. Реализация репродуктивной функции женщины в современных условиях показывает, что подготовка к материнству должна начинаться задолго до наступления зрелого возраста и при этом вестись с учетом состояния здоровья в пубертатном периоде, а иногда и в детстве [5].

Подростковый период является критическим периодом постнатального развития и для него характерно множество психологических особенностей. Особую роль играют психологические ситуации, связанные с процессами становления репродуктивных функций и оформления, связанного с полом социального статуса. В настоящее время биологическое взросление подростков происходит раньше, чем было у предыдущих поколений, но личность при этом не достигает еще психологической и социальной зрелости. С этим связано резкое увеличение числа «сексуально-активных» подростков во всем мире. Раннее начало половой жизни, раскованные формы сексуального поведения являются причинами катастрофического роста у молодежи заболеваний, передающихся половым путем, и медицинских аборт [6]. Существующие данные о заболеваемости подростков по обращаемости в медицинские учреждения показывают резкое ухудшение ситуации в последнее десятилетие. Однако трудно определить, в какой мере это ухудшение было

результатом роста заболеваемости, улучшения диагностики, изменений в системе регистрации, структурных преобразований в системе оказания медицинской помощи или изменений в поведении населения. Зафиксированный статистикой рост распространенности ряда заболеваний и патологических состояний вызывает очень большое сомнение, и не исключено, что он является артефактом [7].

В научной литературе имеется значительное число публикаций посвященных изучению распространенности гинекологической патологии в популяции детей, однако эти сведения крайне противоречивы. Так, согласно литературным источникам, доля детей, страдающих гинекологическими заболеваниями, колеблется от 4,3% до 26,4% [8, 9]. Еще большее несоответствие имеется в аналогичных показателях распространенности отдельных гинекологических заболеваний по возрастным группам [10]. Приведенные данные свидетельствуют об отсутствии единой методики оценки состояния репродуктивного здоровья детей и подростков, что не позволяет использовать их для сравнительного анализа. За последние 5 лет появились сведения об изменении структуры заболеваемости в сторону увеличения более тяжелых форм эндокринных нарушений, а также о тенденции к хронизации гинекологической патологии [11], что требует подтверждения и объяснения.

Репродуктивное здоровье девочек, наряду с медицинским, приобретает большое социальное значение, в связи с резко обострившейся, в последние годы, проблемой качественного и количественного воспроизводства населения, поскольку становление функции репродуктивной системы в периоде детства и полового созревания во многом определяет фертильность женщины в детородном возрасте [12].

Динамическое наблюдение за показателями репродуктивного здоровья детского населения позволяет уточнить характер и закономерности эпидемиологии гинекологической патологии у детей, определить основные патогенетические механизмы реализации патологических воздействия внешней среды, наметить адресные, а значит действенные меры профилактики и

лечения нарушений функции репродуктивной системы. С другой стороны, состояние репродуктивного здоровья девочек является тонким индикатором, реагирующим на негативную экологическую обстановку, стресс, и некоторые поведенческие характеристики, что позволяет использовать его показатели как маркеры при изучении особенностей становления и функции репродуктивной системы в реальных условиях внешней среды [13].

Официальная государственная статистика учитывает различные патологические состояния репродуктивной системы девочек по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения только по двум показателям: «расстройства менструаций» и «сальпингиты и оофориты», что не позволяет получить достаточных данных о частоте и структуре гинекологической заболеваемости детей. Анализ данных литературы позволяет утверждать, что ведущей тенденцией динамики показателей развития детей является увеличение частоты гинекологической патологии в большинстве регионов Российской Федерации и СНГ [5,7,8]. Однако распространенность гинекологической патологии среди детей и подростков оценивается по-разному и колеблется в значительных пределах.

Современные тенденции развития общества характеризуются снижением влияния семьи и общественно значимых установок, касающихся религиозных, моральных и нравственных традиций. Закономерным следствием этих процессов является высокая сексуальная активность подростков, снижение возраста начала половой жизни, что создает естественные проблемы здоровья и угрозу для последующей реализации репродукции [14]. По данным различных исследований в России, за последние годы почти половина подростков в возрасте 15-18 лет имеет опыт сексуальных контактов [15,16].

Таким образом, современные тенденции формирования репродуктивного здоровья девочек-подростков, диктуют необходимость совершенствования специализированной службы максимально приближенной к реальным условиям жизни и потребностям подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Богланова Е.А. «Оперативная гинекология детей и подростков». — М., Элексом, 2004.
2. Айламазян Э.К. Гинекология (от пубертата до постменопаузы), Москва, 2004
3. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков М.2000 С 136-163
4. Гинекология. Под ред. Савельевой Г.М., Бреусенко В. Г., М.: Изд-во "ГЭОТАР-МЕД", 2005,- 480с.
5. 12. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. Спб, Фолиант, 2000. С. 133-151.
6. Делигеороглу Э., Арвантинос Д. И. Некоторые подходы к изучению и лечению дисменореи // Вестн. Рос. ассоциации акуш. и гин. 1996. 4. С. 50-52.
7. Долженко И.С. Репродуктивное здоровье девочек до 18 лет // Автореф. Лис. д-ра. мед. наук. М. 2004, с. 14.
8. Дуда В.И.и др. Гинекология: Учеб.

пособие / Вл.И.Дуда и др.- Мн.: Интерпрессервис, 2003-213 с.

9. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (Клинические лекции) Под ред. проф. В.Н.Прилепской.- 2-е изд.- М.: МЕД пресс, 2000.- 432 с.: ил. Шифр 618.16(02) 3-12

10. Коколина В.Ф. Детская гинекология: Руководство для врачей.- М.: МИА, 2001.- 363 с.

11. Коколина В.Ф. Репродуктивная система у девочек в норме и ювенильных маточных кровотечениях // Дисс. д-ра. мед. Наук, Москва, 1989, с. 124-132.

12. Кулаков В.И. и соавт. Руководство по охране репродуктивного здоровья. М.: «Триада -Х», 2001. -568 с.

13. Прилепская В. Н., Межевитинова Е. А. Дисменорея // Акуш. и гин. 2000. 6.

14. Румянцев А.Г., Панков Д.Д. Актуальные проблемы подростковой медицины // Москва, 2002.

15. Семичева Т. В. Преждевременное половое развитие (клинические, гормональные, молекулярно-генетические аспекты). М., 1999. 44 с.

16. Уварова Е. В., Гайнова И. Г. Дисменорея (вопросы патогенеза, диагностики и лечения)// В кн.: Практическая гинекология (руководство) / Под ред. В. И. Кулакова и В. Н. Прилепской. М., 2001.



УДК: 616.98-036:578.828

Штефанова Е.И.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Медицинский центр «Айя» г. Астана

Наиболее часто в ассоциации с ВИЧ – инфекцией можно встретить такие инфекции, передаваемые половым путем, как генитальный герпес, цитомегаловирусная инфекция, контагиозный моллюск, остроконечные кондиломы, сифилис и др. В основном все они протекают так же, как и при моноинфекции, но в более выраженной «злокачественной» своей форме, с быстрым вовлечением в патологический процесс внутренних органов.[6]

Простой герпес – наиболее часто встречаемая вирусная инфекция у больных ВИЧ и поэтому герпетическая инфекция является одной из СПИД – индикаторных инфекций. Первичное инфицирование генитальным герпесом одного из партнеров увеличивает риск передачи и заражения ВИЧ – инфекцией в 2-3 раза. У 95% ВИЧ – инфицированных гомосексуалистов и 40-60% ВИЧ – инфицированных наркоманов обнаруживают вирус простого герпеса 1-го или 2-ого типа. Простой генитальный герпес при ВИЧ – инфекции отличается обилием элементов, вплоть до диссеминации, частыми перманентными рецидивами без выраженной ремиссии, склонностью к изъязвлению. Образующие язвы имеют не полициклические, а округлые, кольцевидные края. У большинства больных часто отсутствует эффект от стандартной противогерпетической терапии, так как вирусы простого герпеса на фоне ВИЧ – инфекции при повторном применении противовирусных

препаратов (например, ацикловира) быстро приобретают резистентность к этим препаратам. Часто встречается язвенно – некротическая форма простого герпеса, с интенсивными болями, с присоединением вторичной бактериальной или грибковой инфекции. Незаживающие язвы перианальной области у гомосексуалистов часто считают герпетическими, если не доказана их иная природа. Крайне болезнен герпетический проктит, проявляющийся клинически легким отеком и гиперемией слизистой оболочки прямой кишки, переходящим на кожу перианальной области. Временами на этом фоне можно наблюдать немногочисленные пузырьки.[4,1]

При ВИЧ – инфекции возможна диссеминация ВПГ из первичного урогенитального очага во внутренние органы. Постепенно появляются симптомы поражения периферической нервной системы (невриты, полирадикулоневриты, ганглионевриты), которые могут предшествовать типичным герпетическим проявлениям на коже и слизистых оболочках или сопровождать их. Герпетическое поражение внутренних органов и нервной системы у больных с ВИЧ – инфекцией проявляется интерстициальной пневмонией, энцефалитом, гепатитом, надпочечниковой недостаточностью, менингитом, очаговым поражением головного мозга.[11]

Несмотря на то, что висцеральные поражения и поражения нервной системы встречаются не часто, они протекают тяжело

и обуславливают высокую смертность. Так, в случае развития герпетических энцефалитов летальность составляет от 50 до 85%. Высокая летальность регистрируется также при развитии герпетической пневмонии и гепатита.[3]

Цитомегаловирусная инфекция на фоне ВИЧ поражает надпочечники (86%), легкие (48%), тонкую кишку (23%), пищевод (18%), поджелудочную железу (14%), печень (11%), головной мозг (9%), почки и селезенку (по 6,8%), желудок (4,5%), двенадцатиперстную кишку (4,5%), лимфатические узлы, мочевого пузыря и гортань (по 2%).

Папилломатозная инфекция у ВИЧ – инфицированных характеризуется появлением большого количества генитальных бородавок (в том числе остроконечных кондилом), которые часто сливаются между собой с образованием гигантской кондиломы Бушке – Левенштейна; генитальные бородавки при этом отличаются длительным, рецидивирующим течением. Частым спутником ВИЧ – инфекции являются также множественные, нередко генерализованные бородавки, которые, как правило, имеют крупные размеры и рецидивируют, несмотря на полное удаление.[7,8]

Контагиозный моллюск как признак ВИЧ – инфекции локализуется у взрослых на лице (обычная локализация у взрослых – аногенитальная область), быстро диссеминирует с распространением на шею и волосистую часть головы. Элементы увеличиваются и сливаются друг с другом вплоть до формирования массивных образований, с частыми рецидивами после удаления.

Так как большое число ВИЧ–инфицированных являются гомосексуалистами, то у них часто возникает поражение прямой кишки и анальной (перианальной) области, энтериты, обозначаемые как кишечный синдром гомосексуалистов. Вызывают его возбудители ИППП: гонококки, бледная трепонема, вирус простого герпеса, хламидии.[6,11]

Гонококки выделяют у 15-40% гомосексуалистов с ВИЧ – инфекцией. Помимо гонорейного уретрита у них выявляют гонококковый проктоколит с запорами и болями в аноректальной области.

В последние годы все чаще появляются данные о чувствительности лиц, инфицированных *S. trachomatis*, к вирусу иммунодефицита человека, а также о большей вирулентности штаммов ВИЧ, выделенных от больных хламидийной инфекцией. Кроме того, доказано, что хламидийная инфекция является маркером цервикальной неоплазии, которая увеличивает восприимчивость женщин к ВИЧ – 1. Хламидии выделяют у 8-10 % ВИЧ – инфицированных. Симптомы заболевания –

интоксикация, лихорадка, слизисто – гнойные выделения из уретры, увеличение паховых лимфатических узлов, у гомосексуалистов – жидкий стул с примесью крови, при ректороманоскопии – изъязвления слизистой оболочки с приподнятыми рыхлыми краями. Часто при ВИЧ – инфекции развивается болезнь Рейтера с быстрым переходом ее во вторую, позднюю стадию – иммунного воспаления, с развитием хламидийных кератодермий, нефритов, гепатитов, менингитов, миокардитов.[8,12]

Бактериальный вагиноз при ВИЧ – инфекциях можно рассматривать в двух аспектах. Первый: корреляция бактериального вагиноза с ВИЧ – инфекцией, так как нарушенная микрофлора повышает восприимчивость к половой передаче ВИЧ. Второй: ВИЧ – инфекция может поддерживать нарушенную микрофлору влагалища – кандидоз, гарднереллез, микоплазмоз, при ВИЧ приобретают патогенное значение и приводят к явлениям вагинита, уретрита и другим воспалениям мочеполовой системы.

Сифилисом, по разным данным, болеют 15 – 70 % ВИЧ – инфицированных. Его особенностью при ВИЧ – инфекции является укорочение длительности стадий заболевания, выраженные клинические проявления, так называемые злокачественные, особенностью которых являются псориазиформные папулезные сифилиды со сгруппированными папулами, покрытыми чешуйками, корко – чешуйками, или атипичные формы сифилидов. Высыпания отличаются сочностью и яркостью окраски, пустулизацией с развитием эктим и рупий. Часто сифилитические поражения кожи протекают с выраженной интоксикацией (температура тела 39-40° С, сильная головная боль, головокружение, тошнота, рвота, слабость).

Уже в первый год течения болезни начинают появляться симптомы нейро – и висцеросифилиса. В первый год течения сифилиса диагноз асимптомного нейросифилиса ставят у 30% больных, чаще по результатам исследования спинномозговой жидкости, так как клиническая неврологическая симптоматика отсутствует, хотя чаще при ВИЧ – инфекции описаны случаи именно нейросифилиса с менингovasкулитами, острым менингитом, афазией и гемипарезом, полирадикуллопатией, паренхиматозными поражениями спинного мозга по типу спинной сухотки.

Описаны случаи сифилитического гепатита, гуммы нижних конечностей на фоне ВИЧ – инфекции с разнообразной полиорганной патологией.[3]

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей различных специальностей. Москва, 2003. - 77 с.
2. Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг
3. Канестри В.Г., Кравченко А.В., Тишкевич О.А. и соавт. Хронический гепатит С у ВИЧ-инфицированных // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2001. - N 1. - С. 56 - 57.
4. Клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция и СПИД. Под ред. В.В. Покровского. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 128 с. 6. Молочков В.А., Иванова О.Л. «Инфекции передаваемые половым путем. Клиника, диагностика, лечение» 2006 г. С. 12-19.
5. Кодекс РК от 18.09.2009 г «О здоровье народа и системе здравоохранения»
6. Молочков В.А., Иванова О.Л. «Инфекции передаваемые половым путем. Клиника, диагностика, лечение» 2006 г
7. Покровский В.В., Фролова О.П., Кравченко А.В. и др. Организация фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией. Пособие для врачей. 2002. - 39 с.
8. Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Протоколы ВОЗ для стран СНГ. 2004. - 172 с.
9. Приказ №552 МЗ РК «Об утверждении правил медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекций»
10. Приказ №8 МЗ РК «Об утверждении протоколов диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и СПИДА.
11. Профилактика ВИЧ/СПИД и других инфекций, передающихся половым путем / А.В. Ляхович, А.Т. Голмусов, В.А. Полесский и соавт. // Учебное пособие для врачей и педагогов. Медицина для Вас. Москва, 2003.- 299 с.
12. Руководство по профилактике ВИЧ – инфекции и помощи ВИЧ положительным уличным подросткам / Под ред. Р.В. Йорика – СПб.: Институт практической психологии, 2009.-134 с.
13. Хэбиф Т.П. «Кожные болезни. Диагностика и лечение» 2008 г. С. 23-27.



Абдулдаева А.А., Калинин А.М., Бисингалиева С.Б., Имамалиева Г.Н., Бегеева Б.А.

УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ

АО «Медицинский университет Астана»

Особенностью здоровья студентов является процесс профессионально-прикладной физической подготовки, где формируются определенные прикладные знания, умения и навыки, способствующие формированию готовности студента к эффективному выполнению ими служебных обязанностей. В этой связи в прикладной сфере физической культуры особый интерес представляют методы, позволяющие прогнозировать и развивать физические качества и свойства личности [1]. Использование средств и методов физической подготовки, направленной на повышение готовности молодежи будет более эффективным если: выявить особенности физического состояния организма с высоким уровнем готовности к профессиональной деятельности.

В результате нашего исследования, проведенного у студентов 2 курса, было выявлено, что у 34% учащихся отмечается снижение показателей физической подготовленности и ослабевает интерес к занятиям физической культуры и спорта, что в свою очередь препятствует достижению ими высокого уровня готовности к профессиональной деятельности. Было установлено, что студенты с высоким уровнем готовности к профессиональной деятельности соответствуют нормативным требованиям по всем ее компонентам, особенно по физической подготовленности, тогда как у студентов со средним уровнем готовности данные компоненты не столь высоки, а их физический статус ухудшается к концу обучения в вузе. Вследствие сравнительного анализа выявлено, что студенты с высоким уровнем готовности к профессиональной деятельности значительно превосходят сокурсников со средним уровнем

готовности по ряду показателей: силовые качества - на 27 %; скоростные способности - на 3,5 %; общая выносливость — на 3,4 %; общительность — на 92,5 %; интеллектуальные способности — на 66,3 %; нормативность поведения — 51,3 %; самооценка - на 48,1 %; эмоциональная устойчивость - на 38,5 %; самоконтроль - на 26 %; академическая успеваемость - на 32,6 %.

Выявленные различия позволили определить наиболее важные модельные характеристики студентов с высоким уровнем готовности, которые являются целевым ориентиром при подборе средств и методов физической подготовки [2].

Таким образом, занятия физической культурой и спортом целесообразно проводить с учетом индивидуального уровня физического состояния занимающихся. Переход на более интенсивный режим выполнения физических нагрузок осуществляется только после изменения физического состояния занимающегося в сторону его улучшения, когда в результате адаптации к предыдущей нагрузке начинают уменьшаться вызываемые ею функциональные сдвиги. С целью повышения уровня готовности студентов к профессиональной деятельности целесообразно использовать прогнозные модели развития физических качеств и свойств личности. Такой подход позволит расширять и углублять теоретические знания в области методов и принципов спортивной тренировки, а также атлетической подготовки, проводить врачебно-педагогический контроль, позволяющий преподавателям и студентам следить за динамикой показателей физической подготовленности и уровнем развития физических качеств, целесообразно дополняя и другими физическими упражнениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апанасенко, Г.Л. *Медицинская валеология- Ростов н/Д. : Феникс, 2000. - 248с.*
2. Холодов, Ж.К. *Теория и методика физического воспитания и спорта: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений - М. : Академия, 2004. 480 с.*

Абдулдаева А.А., Калинин А.М., Бисингалиева С.Б., Имамалиева Г.Н., Бегеева Б.А.

ТӨМЕНГІ КУРС СТУДЕНТТЕРІНІҢ ФИЗИКАЛЫҚ ДАЙЫНДЫҒЫНЫҢ ДЕҢГЕЙІ

Дене тәрбиесімен және спортпен шұғылдану кезінде тағайындалатын жүктемелер әрбір студенттің жеке бас денсаулығы анықталғаннан кейін тағайындалуы қажет.

Abduldayeva A.A., Kalin A.M., Bisengalieva S.B., Imamalieva GN., Begeeva BA.

LEVEL OF PHYSICAL READINESS OF STUDENTS OF JUNIOR COURSES

Engaging in a physical culture and sport must be conducted taking into account the individual level of bodily condition of occupying.



УДК: 614.2-253.4

*Калин А.М., Тарджибаева С.К., Имамалиева Г.Н., Бисенгалиева С.Б.,
Тасмагамбетова Е.К.*

ФОРМИРОВАНИЕ ПРИОРИТЕТНОЙ ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

АО «Медицинский университет Астана»

Студенческая молодежь, рассматривается как одна из перспективных групп населения, определяющих производственный и научный потенциал страны. Увеличение количества предметов, обновление содержания и методов обучения, усложнение требований квалификационных характеристик подготовки специалистов привели к значительному ухудшению здоровья современной студенческой молодежи [1]. Необходимо научить студентов здоровому образу жизни, создать оптимум условий для функционирования организма, чтобы максимально сохранить имеющийся уровень здоровья. Особенно актуален этот вопрос для образовательной системы, которая может и должна сделать учебный процесс здоровьесберегающим. Развивающийся организм, в силу своей специфики, весьма активно отвечает на оздоровительные и профилактические воздействия [2]. Несмотря на признание необходимости сохранения здоровья в процессе обучения, система оценки эффективности здоровьесберегающей деятельности практически отсутствует, а вопрос о концептуальной модели соответствующей службы образовательного учреждения остается открытым.

В связи с этим, существует потребность разработки и проведения оздоровительных мероприятий в образовательном процессе, что позволит укрепить, сохранить здоровье студентов и сформировать у них профессиональные навыки профилактической и оздоровительной работы. Важное значение имеют оценка физического и психо-социального здоровья студенческого контингента в процессе обучения, научное обоснование методических обеспечений оздоровительных и реабилитационных

мероприятий в условиях образовательного процесса, определение подходов к оценке эффективности реабилитационной деятельности. В ходе исследований по укреплению здоровья проведена комплексная медико-социальная оценка здоровья студентов. Выявлены факторы риска, оценено физическое развитие и проведены функциональные пробы, включавшие комплексы образовательных, профилактических, оздоровительных, коррекционных мероприятий. Комплексная медико-социальная оценка здоровья студентов в динамике процесса обучения позволила наметить оздоровительные направления с механизмами и методологиями в условиях образовательного процесса. Профилактическое обучение определялось потребностями студентов в гигиенических знаниях. Созданы информационные материалы для студентов по профилактическому обучению в процессе учебных занятий и дома. В результате функционирования методов содействия укреплению здоровья студентов определена система критериев оценки эффективности реабилитационной деятельности в образовательном учреждении медицинского профиля.

Таким образом, при планировании и осуществлении деятельности по укреплению и сохранению здоровья студентов в ходе учебного процесса необходимо придерживаться принципов комплексности, непрерывности, преемственности, доступности, профилактической направленности обучения. Профилактическое обучение следует начинать с определения спектра потребностей и изучения особенностей образа жизни студенческой молодежи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дюкарева, А.М. Особенности здоровья и образа жизни молодежи

// Проблемы социальной гигиены и истории медицины. -1995. №2. - С.23-26.

2. Лубышева, Л.И. Кадровая политика физкультурном воспитании // Теория и практика развития инновационных процессов в физической культуре, 1997 № 6. С. 10-15.

Калин А.М., Тарджибаева С.К., Имамалиева Г.Н., Бисенгалиева С.Б., Тасмагамбетова Е.К.

СТУДЕНТ ЖАСТАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ

Бұл мақалада аурудың алдын алу шараларын оқу процесінде үздіксіз, жиынтықты және тиімді болуын қамтамасыз ету керектігі жөніндегі мәселесі қарастырылған.

Kalin A.M., Tardzhibayeva S.K., Imamalieva G.N., Bisengalieva S.B., Tasmagambetova E.K.

SOME QUESTIONS OF HEALTH OF STUDENTS

During the training process, you must follow the principles of comprehensiveness, continuity, continuity, availability, preventative education



УДК: 614.2-005.6-253.4

Калин Э.А., Калин А.М.

УРОВЕНЬ И КАЧЕСТВО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

АО «Медицинский университет Астана»

В последнее время по результатам медицинских осмотров у студентов 1 курса нашего университета продолжают ухудшаться показатели жизни и здоровья наших студентов. Важно отметить, что изучение здоровья во многом связано с изучением образа жизни и с проблемой здорового образа жизни [1,2]. Совершенно очевидно, что нарушение хотя бы одного из них негативно отражается на состоянии здоровья человека и может свести на нет усилия по его сохранению и укреплению.

В учебном 2011 году 12% студентов считали свое здоровье «скорее как плохое»; 31% студентов - удовлетворительным, 25% - хорошим; достаточно хорошим - 23% соответственно; очень хорошим - примерно 9% опрошенных. В 2012 учебному году соответственно показало - 17%, 41%, 29%, 20%, 3%. Также опрос показал: ухудшение самочувствия (66%); желание быть физически сильным, здоровым (63%); требования родных, близких (26%); воспитание (24%); влияние окружающих людей (17%). Причинами, препятствующими самосохранительному поведению, направленному на поддержание и укрепление здоровья, названы: недостаток времени (39%), слабая сила воли (23%), отсутствие необходимых условий (16%), не достаточность денег (12%). На вопрос «Есть ли у Вас хронические заболевания, диагностированные врачом?» утвердительно ответили 23% респондентов в 2011 г.; 28% - в 2012 г., т.е. наблюдается устойчивая тенденция к увеличению этих болезней. По распространенности в 2011-2012 гг. среди заболеваний первое место занимают сколиоз и миопия (в среднем 36% и 48% соответственно). Согласно сравнительному анализу было выявлено, что доля студентов, употребляющих алкоголь,

довольно велика (35% респондентов в 2011г.; 41% в 2012г). Половина из них делает это не реже 2-3 раз в неделю, а некоторые из опрошенных выпивают практически ежедневно. Наиболее «популярными» среди студентов являются вино и пиво. Причем девушки предпочитают вино, юноши - пиво. Не лучше обстоит дело с курением табака. По данным проведенных опросов курящие студенты составляют половину от опрошенных. От 1 до 10 сигарет в день выкуривают примерно 70% табакзависимых респондентов. Несмотря на тревожную картину, сами студенты, по-видимому, не в полной мере осознают пагубность вредных привычек. На вопрос «Как вы считаете, что в большей степени вредит здоровью?» 19% респондентов ответили «переедание»; 18% - «недоедание»; 14% - «употребление алкоголя»; 7% - «малоподвижный образ жизни»; 3% - «курение» и только 1% ответили, что здоровью вредят наркотики. В ходе исследований также выяснялось, как оценивают их влияние на здоровье сами опрошенные. Ответы студентов распределились следующим образом: I место заняли условия жизни (50%); II - наследственность (44%); III - усилия самого человека (32%); IV - питание (24%); V - природная среда (23%). Состояние здоровья студентов тесно связано и с тем, как они проводят свое свободное время, свой досуг. Наиболее распространенной формой досуга у наших студентов являются компьютерные игры, увлечение современной музыкой, посещение баров и дискотек. Спортом в 2011 г. занимались примерно 40% респондентов: среди них больше юношей. В 2012 г. доля «спортсменов» незначительно снизилась до 37%. Представленные данные показали, что в сознании большинства наших студентов основными

факторами, определяющими состояние их личного здоровья, являются внешние, т.е. объективные факторы - условия жизни, наследственность. Пагубная роль в ухудшении здоровья человека субъективных факторов таких, как табакокурение и чрезмерное употребление алкоголя студентами недооценивается.

Таким образом, нами представляется, что только государственная политика, направленная на формирование у молодежи и студентов активной жизненной позиции в области сохранения и укрепления своего здоровья, позволит воспитать у них необходимые установки на положительное

самосохранительное поведение [3]. Основу такой политики составляет здоровый образ жизни молодежи и введение в учебную программу изучение валеологии и оценки состояния здоровья. Эти учебные дисциплины способствуют формированию у студенчества убеждения в том, что для каждого индивида здоровье является основополагающей доминантой, на которую помимо различных условий окружающей среды влияют физическая и нравственная культура, а также избранный им здоровый образ жизни, предполагающий активную жизненную позицию в борьбе за здоровье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тель Л.З., Даленов Е.Д. Валеология для студентов высших учебных заведений - Астана: 2006. - 170.

2. Апанасенко Г.Л. Медицинская валеология - Ростов н/Д. : Феникс, 2000. - 248с.

3. Виноградов, П.А. Основы физической

культуры и здорового образа жизни: учебное пособие - М. : Советский спорт, 1996. - 592.

4. Лотоненко, А. В., Здоровый образ и спортивный стиль жизнедеятельности студенческой молодежи. - Воронеж: ВГУ, 2000. - 143.

Калин Э.А., Калин А.М.

СТУДЕНТ ЖАСТАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ДЕНГЕЙІ МЕН САПАСЫ

Студенттердің денсаулығын нығайтуға мемлекет тарапынан қолдау тауып отырған бағдарламалар мен мемлекеттік саясат тікелей әсер етеді.

Kalin E.A, Kalin A.A.

THE LEVEL AND QUALITY OF THE HEALTH OF YOUNG STUDENTS

Public policies will instill in students the necessary settings to preserve and promote the health



УДК: 614.8.084:578.834.4:616.248-053.2

Костоглот Т.А.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ СНИЖЕНИЯ РИСКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ГЦП на ПХВ «Городская поликлиника №1», г. Астана

Несмотря на внедрение международных протоколов по лечению бронхиальной астмы у детей, численность этого заболевания растет во всем мире [1]. Причиной снижения эффективности базисной терапии, развития частых обострений, неконтролируемого течения являются частые рецидивы острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) у детей. Инфекционный процесс часто является триггером приступа бронхиальной астмы, а возбудители - вирусы могут стать причинно-значимым фактором. Респираторные инфекции у детей могут способствовать гиперпродукции Ig E, снижению синтеза гамма-интерферона, развитию гиперреактивности бронхов и сенсibili-

зации организма к неинфекционным аллергенам [1]. Поэтому ОРВИ могут являться фактором риска, который может иметь отношение как к развитию бронхиальной астмы в детском возрасте, так и провоцировать обострение болезни [1,2].

Во многих работах показано, что у детей с бронхиальной астмой, часто болеющих ОРВИ, имеется нарушение функционирования системы интерферона [1,2]. В связи с этим ищутся подходы к комплексному лечению бронхиальной астмы у детей с частым рецидивированием эпизодов респираторной вирусной инфекции [3].

Нами проведено клиническое наблюдение за 28 детьми, больными бронхиальной астмой, которые были поделены на 2 группы: основная

(16 пациентов) получали в комплексном лечении препарат «Виферон» и контрольная (12), не получавших данного препарата. Все дети получали базисную противовоспалительную общепринятую терапию по стандартам.

Виферон в виде суппозиториев применяли 2 раза в сутки через 12 часов в течение 10 дней ежедневно с повторением курса через 3 месяца.

Клиническое наблюдение детей проводилось в течение 6 месяцев и включало ежедневный мониторинг пиковой скорости выдоха (ПСВ), оценку частоты и тяжести обострений бронхиальной астмы, частоту ОРВИ.

Катамнестическое наблюдение через 6 месяцев выявило положительный эффект применения виферона в комплексном лечении детей с бронхиальной астмой в основной группе. Нами

выявлено, что использование дополнительно препарата «Виферон» в комплексном лечении заболевания способствовало снижению частоты приступов на фоне респираторных инфекций в 2 раза, уменьшению частоты эризов ОРВИ в 3 раза в сравнении с контрольной группой. Кроме того, в основной группе увеличивался период ремиссии до 6 месяцев, приступы клинически протекали более в легкой форме.

Таким образом, наше клиническое наблюдение подтверждает перспективность применения виферона в комплексном лечении детей с бронхиальной астмой в стадии ремиссии у детей с частыми эпизодами ОРВИ. Данный препарат является одной из мер профилактики вирусных инфекций при бронхиальной астме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцева С.В., Зайцева О.В. Бронхиальная астма у детей: пути оптимизации терапии // *Лечащий врач*.-2001.-№8.- С.36-39
2. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей /под ред. Л.С. Балевой, Н.А. Коровиной. – М., 2006. – 53 с.
3. Нестерова И.В. с соавт. Интерфероно- и иммунотерапия в практике лечения часто и длительно болеющих детей и взрослых.-2004.-160 с.

Костоглот Т.А.

ТЫНЫС ДЕМІКПЕСІ БАР БАЛАЛАРДАҒЫ ВИРУСТЫҚ ИНФЕКЦИЯЛАРЫНЫҢ АУРУ-СЫРҚАУЛЫҒЫН ТӨМЕНДЕТУГЕ АРНАЛҒАН АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ

Тыныс демікпесі бар балалар қайталанатын респираторлық вирустық инфекцияларымен клиникалық бақылауға алынған. Мұндай балалардың жан-жақты емдеуіндегі «Виферон» препаратының алдын алу мақсатымен қолдануының тиімділігі көрсетілген.

Костоглот Т.

PREVENTIVE MEASURES TO REDUCE THE RISK OF INCIDENCE OF VIRAL INFECTIONS IN CHILDREN WITH ASTHMA

Clinical observation of asthmatic children with recurrent respiratory viral infections. The efficiency of the use of prophylactic drug "Viferon" in treatment of such children.



УДК 614.2.37

Наумкина Л.В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО РАБОТЫ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи»

Врачебные ошибки, их частота, характер и причины, являясь разделом медицинской эрологии, издавна служат объектом анализа и изучения со стороны экспертов страховых компаний,

руководителей учреждений здравоохранения и режиссеров психологов.

При знакомстве с литературой обнаружилось, что наиболее изучены вопросы врачебных

ошибок в условиях стационара и поликлиник.

Природа медицинских ошибок, возникающих на этапе оказания скорой медицинской помощи (СМП) в условиях тройного дефицита: времени, информации и ресурсов, а также стрессового характера работы, - изучена мало и недостаточно освещена в специальной литературе.

Определенный вклад в разработку данной проблемы внесли исследования, проводимые на станции СМП Екатеринбурга (1991 – 2001 гг.) В.А. Фиалко. Изучение роли причин возникновения ошибок показало, что на долю субъективных ошибок приходится 13% от их общего числа.

Цель исследования. Изучить психологические факторы, влияющие на работу врача скорой медицинской помощи.

Наибольшее значение для возникновения субъективных ошибок имеют профессионально-психологические факторы (перемена места работы, профиля работы, должности) и сложный характер врача, профессиональный снобизм.

Большое значение придается характерологическим особенностям личности врача, напрямую связанным с его профессиональной пригодностью для работы в специфических условиях СМП, в том числе так называемая профессиональная деформация личности врача.

Так, например, в начале 70-х годов в Астане был проведен своеобразный эксперимент. В зимний период – в период эпидемии гриппа на работу на станцию скорой медицинской помощи была направлена группа врачей-терапевтов из стационаров и поликлиник, ранее не работавших на станции СМП. Каждый из них, несмотря на солидный стаж работы и специально проведенный предварительный инструктаж по скорой помощи, допустил ряд тактических и диагностических ошибок, превосходивших по частоте встречаемости и тяжести таковые у постоянно работающих на станции СМП врачей.

Таким образом, попытки использовать на станции СМП врачей других специальностей без предварительной психологической подготовки и стажировки окончились неудачно.

В связи с этим была выдвинута рабочая гипотеза: сочетание определенных качеств личности врача может повлиять на принятие им неверного решения и привести к возникновению ошибки.

Материалы и методы. В рамках проверки правильности данной гипотезы были использованы методики, наиболее подходящие для психологического исследования в условиях дефицита времени у врача:

- 1) на умение слушать;
- 2) на адекватность самооценки;
- 3) на стратегию поведения в конфликтных ситуациях;

4) на уровень субъективного контроля;

5) многопрофильный опросник личности.

Результаты. Исследование проводилось у случайно выбранных врачей линейных и специализированных бригад станции скорой медицинской помощи г. Астаны.

Использовали методические материалы по экспертной оценке медицинских ошибок станции скорой медицинской помощи города Екатеринбурга.

В результате исследования выявились качества личности врача, влияющие на возникновение врачебных ошибок:

- низкий уровень аудирования (неумение выслушать и адекватно воспринять вербальную информацию) – в 18,9% случаев;

- неадекватная оценка себя и своих возможностей – у 15,8%;

- отсутствие гибкости в выполнении социальных установок и преодолении психологических барьеров, неумение выбрать индивидуальную тактику оказания экстренной медицинской помощи – в 13,8% случаев;

- склонность к риску, беспечность, предпочтение собственных решений установленным алгоритмам действий – в 17,7% случаев.

- агрессивность по отношению к окружающим – 0,6%;

- неадекватный выбор стратегии поведения в разрешении конфликтных ситуаций – 13,3%.

Сочетание именно этих качеств личности врача способствует принятию неверного решения и может привести к возникновению врачебной ошибки, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Выводы. Полученные данные позволяют сделать следующие выводы:

1. При приеме на работу на должность врача, фельдшера выездной бригады СМП целесообразно проведение комплексной оценки личностных качеств при помощи специально подобранных методик (тестов) специалистом – психологом;

2. Важно проведение психологического консультирования по оказанию помощи в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем как в обычных, так и, особенно, в кризисных ситуациях, а также тренингов по психокоррекции.

3. В программы подготовки медицинского персонала СМП необходимо включать вопросы медицинской, социальной психологии и конфликтологии.

Приобретение знаний в области психологии дает дополнительные возможности для предупреждения врачебных ошибок у персонала станции скорой медицинской помощи.

Наумкина Л.В.

**ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМ ДӘРІГЕРІ ЖҰМЫСЫНЫҢ САПАСЫНА ЫҚПАЛ
ЕТЕТІН ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ФАКТОРЛАР**

Зерттеу нәтижесінде дәрігерлерді медициналық, дәрігерлік қателерге әкеп соғатын өзіндік қасиеттер анықталды. Психологиялық біліктілік – жедел медициналық жәрдем станциялары дәрігерлеріне медициналық қателердің алдын алуға қосымша мүмкіндік береді.

Naumkina L.V.

**THE PSYCHOLOGICAL FACTORS INFLUENCING QUALITY OF WORK OF THE
DOCTOR OF THE EMERGENCY MEDICAL SERVICE**

As a result of research qualities of the identity of the doctor, influencing emergence of medical errors came to light. Acquisition of knowledge in the field of psychology gives additional possibilities for the prevention of medical errors at the personnel of station of an emergency medical service.



УДК: 616.24-006:613.84

Сиджанов М.Ж.

РАК ЛЕГКОГО И ТАБАКОКУРЕНИЕ

КГП на ПХВ « Атырауский областной онкологический диспансер»

Рак легкого – (РЛ), является актуальнейшей социальной и научной проблемой, поскольку заболеваемость и смертность от этой болезни неуклонно возрастает во всех развитых странах мира. Это объясняется прежде всего неблагоприятным эпидемиологическим обстановкой, связанной с развитием ряда отраслей промышленности, все еще широким распространением курения, низким уровнем своевременной диагностики. Разнообразие морфологических форм и вариантов клинического течения определяет сложности лечения РЛ, представляющего по сути разные заболевания, объединенные в одну группу по анатомической принадлежности. Именно по этому мы отдельно рассматриваем немелкоклеточный и мелкоклеточный РЛ.

По данным профессора Хансена (Дания) плоскоклеточный рак легкого во всем мире уменьшается – с чем связано не объясняется. В 2030 г. 70% всех смертей будет принадлежать курению. В 2002г. заболело РЛ-10,9 млн. из них в Восточной Европе – 903400. Причины вызывающие РЛ - Курение - 85-87%, пассивное курение - 3 – 5%, излучение - 3,5%, индустриальное загрязнение – 0-5%, прочие в т.ч. не курящие – 0-9%.

Бросающие курить пациенты живут дольше. В 1970г. – 7% излечивалось от рака; на сегодня 13% (сдвиг небольшой). В сигаретах выпускающихся под одним брендом, но для различных стран отмечается до 600 различий по составу и

качеству табака. Евросоюз и ВОЗ настаивает на снятии обозначений на сигаретах – “легкие” и “суперлегкие”. Безусловно отмечается снижение риска заболевания РЛ у бросивших курить. От сигарет с фильтром и облегченных увеличивается риск заболеть периферическим раком легкого.

По данным профессора Ван Клаверена (Нидерланды) - 23 пациентов с РЛ это бывшие курильщики. 7 из 10 курильщиков мечтают бросить курить. От антитабачного спрея бросают курить до 30%, от пластыря – 2,7%. Экономическая выгода от первичной профилактики значительная. Термин «пачка-годы» – продолжительность курения более опасна, чем сигареты выкуриваемые в день. На втором месте в причинах возникновения РЛ профессор Ван Клаверен ставит хронические обструктивные заболевания легких.

4 из 10 курильщиков заболевают РЛ. Индивидуальный риск заболеть РЛ зависит от комбинации полиморфных генов, не все курильщики имеют шанс заболеть РЛ. По другим данным каждый 7 заболевший раком легкого - никогда не курил.

Показано, что химический состав табачного дыма, который попадает в воздух (побочный поток), несколько отличается от состава вдыхаемого дыма при активном курении (основной поток). В частности, в побочном потоке более высокое содержание аммиака, аминов, вклю-

чая ароматические амины, и газообразных N-нитросоединений, чем в основном потоке. Эксперты международного агентства по изучению рака пришли к заключению, что пассивное курение обуславливает некоторый риск развития рака легкого. На основании суммарного мета-анализа 13 опубликованных эпидемиологических исследований Wald N.определил, что для некурящих, живущих с курящими, увеличивается относительный риск возникновения РЛ до 1,3 ($p < 0,0001$), и даже если считать столь небольшие цифры, то только оно по минимальной оценке даст ежегодно увеличение на несколько тысяч смертей в Европе. Американский ученый Russell M. предположил, что пассивное ку-

рение может ежегодно вызывать порядка 1000 преждевременных смертей среди некурящих в Англии и более 4000 в США.

Заключение: Бесспорным остается факт, что главной причиной в возникновении рака легкого является курение. Рак легкого на сегодняшний день занимает первое место в мире, и в Республике Казахстан в том числе, как в структуре заболеваемости, так и смертности среди всех форм злокачественных заболеваний. Следовательно, необходимо ужесточать меры по запрещению курения в общественных и государственных учреждениях, отпуске табачных изделий несовершеннолетним и всех видов реклам на телевидении, СМИ и интернет ресурсах.

Сиджанов М.Ж.

ӨКПЕ ОБЫРЫ ЖӘНЕ ТЕМЕКІ ШЕГУ

Өкпе обыры дамуының ең негізгі себебі темекі шегу болып табылады. Қазіргі кезде өкпе обыры дүние жүзінде де, Қазақстан Республикасында да қатерлі ісіктерден болатын ауру және өлім көрсеткіштері ішінде бірінші орында тұр. Осыған байланысты, қоғамдық және мемлекеттік мекемелерде темекі шегуге, темекі өнімдерін кәмелет жасқа толмаған балаларға сатуға, телеарналарда, интернет ресурстарда жарнамалауға қатаң тиым салынатын шараларды жүргізу керек.

Sidzhanov M.J.

LUNG CANCER AND SMOKING

The main reason in causing lung cancer is smoking. Lung cancer is currently ranked first in the world, and in the Republic of Kazakhstan in the singular, as in the structure of morbidity and mortality among all forms of malignant disease. Therefore, it is necessary to tighten measures to prohibit smoking in public and state institutions, the sale of tobacco products to minors, and all kinds of advertisements on television, media and Internet resources.



УДК: 614.2-253.4-005.62

Тарджибаева С.К., Саттыклышов Б.С., Тасмагамбетова Е.К., Кауржанова Г.Д., Сулейменова А.Н., Бегеева Б.А.

УКРЕПЛЕНИЕ И СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

АО «Медицинский университет Астана»

Проблемы сохранения здоровья студенческой молодежи крайне актуальны. Количество молодежи, имеющих отклонения в состоянии здоровья и физическом развитии, ежегодно увеличивается [1,2]. Рост заболеваемости студентов связан с низкой физической подготовкой. Так, у большинства студентов специальной медицинской группы с заболеваниями органов дыхания проявляются недостаточность жизненной ёмкости лёгких и неумение координировать ритмичное дыхание.

Целью нашей работы явилось – определение уровня физической подготовленности и разработка эффективности комплекса динамических дыхательных. В исследовании приняли участие студенты - девушки 1 курса из 12 человек, занимающихся в специальной медицинской группе по физическому воспитанию, с одинаковым уровнем физической подготовленности. Для определения физической подготовленности девушек было проведено тест на гибкость (наклон вперед из исходного

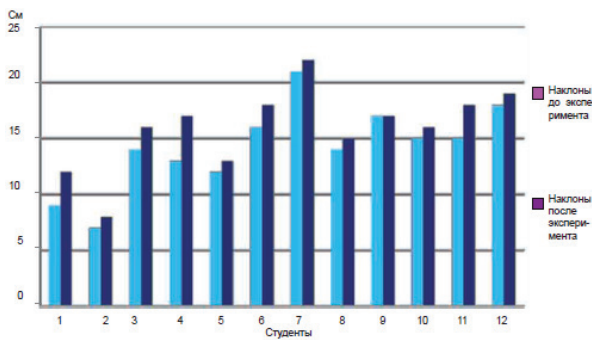


Рис. 1. Результаты теста на гибкость

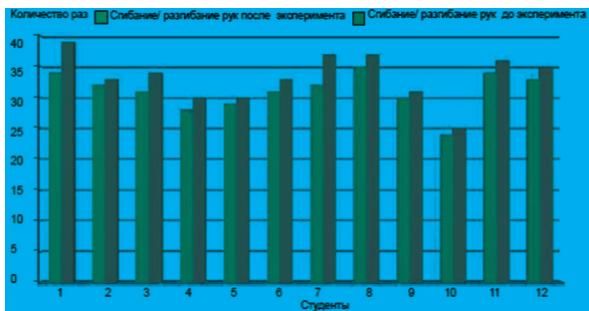


Рис. 2. Результаты теста с отягощением

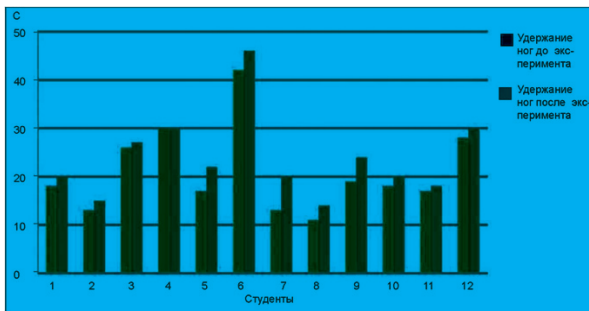


Рис. 3. Результаты теста на выносливость

положения сидя, см), сгибание и разгибание рук в локтевых суставах с отягощением в 1 кг в положении стоя, (количество раз за 30 с), удержание ног под углом 45° (с). Освоение правильного дыхания начинается с освоения статических дыхательных упражнений, которые, как правило, выполняются в состоянии покоя: лежа, сидя, стоя [3]. Такой тренинг состоит из упражнений по выработке ровного и ритмичного дыхания, замедля экскурсий грудной клетки, по воспитанию рационального типа дыхания, изменению структуры дыхательного цикла. Затем выполняются динамические дыхательные упражнения. На протяжении двух месяцев студенты-девушки выполняли комплекс динамических дыхательных упражнений для развития правильного дыхания. В конце изучения этого комплекса девушкам было предложено повторить тестирование. Причем, упражнение на гибкость исполнялось на выдохе, при упражнении сгибание и разгибание рук в локтевых суставах, поднимание рук выполнялось на полном выдохе. Упражнение с удержанием ног фиксировалось при задержке дыхания. Было выяснено, что показатели тестирования у студентов стали выше предыдущих. Средний показатель результатов тестирования студентов на гибкость до эксперимента равнялся 14,25 см, ошибка среднего значения составила $t \pm 1,095$. После эксперимента - 15,92 см, ошибка среднего значения была $t \pm 1,048$, что показывает прирост результатов в среднем на 11,7% (рис.1).

Результаты показателей силы при сгибании и разгибании рук с отягощением увеличились на 2,25 раза, что составило в среднем 7,24% (рис.2).

Прирост показателей развития силовой выносливости при удержании ног на время составил в среднем 2,83 с, что составило 13,49% (рис 3).

Благодаря внедрению методики динамичного дыхания, состояние здоровья студентов

улучшилось, повысился интерес и мотивация к занятиям по физической культуре.

Таким образом, изученный комплекс

динамических дыхательных упражнений способствует повышению работоспособности и влияет на укрепление общего здоровья студентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мельникова, Ю.А. Основы прикладной физической культуры: учебное пособие - Омск: изд-во Сиб.ГУФК, 2003. - 68 с.

2. Дубровский, В.И. Спортивная медицина: учебник для студентов высш.учеб. заведений - 2-е

изд., доп. - М. : Туманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2002. - 512 с.

3. Бойко Е.А. Энциклопедия дыхательной гимнастики // Сер. «Медицина и здоровье». - М.: Вече, 2007. - 176 с.

Тәржібаева С.К., Сәттіқылышов Б.С., Тасмағамбетова Е.К., Қайыржанова Г.Д., Сулейменова А.Н., Беgeeва Б.А.

СТУДЕНТТЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУ МЕН ШЫНЫҚТЫРУ

Зерттелген динамикалық тыныс алу жаттығуларының кешені студенттердің денсаулығын нығайтуға және олардың жұмыс қабілетін арттыруға ықпалын тигізеді.

*Tardzhibayeva S.K., Sattyklyshov B.S., Tasmagambetova E.K.,
Kairzhanova G.D., Suleimenova A.N., Begeeva B.A.*

STRENGTHENING AND MAINTENANCE OF HEALTH OF STUDENTS

The studied complex of dynamic respiratory exercises assists the increase of capacity and influences on strengthening of general health of students.



УДК: 613.71:614.2-253.4-005.62

*Тарджибаева С.К., Бисембаев С.Б., Саркенов А.С., Тасмағамбетова Е.К.,
Атетов Е.Б., Тынбаев Б.Е.*

ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА В УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

АО «Медицинский университет Астана»

В политике здорового образа жизни Казахстана важной проблемой остается ухудшение здоровья, физического развития и физической подготовленности населения. В целом в Казахстане не менее 60 процентов обучающихся имеют нарушения здоровья. Так, в настоящее время 75 % граждан, в том числе 48 % детей, подростков и молодежи, не занимаются систематически физической культурой и спортом. Целью развития укрепления здоровья является создание условий, обеспечивающих возможность для студенческой молодежи вести здоровый образ жизни, систематически заниматься физической культурой и спортом, получить доступ к развитой спортивной инфраструктуре, а также повысить конкурентоспособность [1]. К числу основных задач, требующих решения для достижения поставленной цели надо отнести: создание новой национальной системы физкультурно-спортивного воспитания населения, разработка и реализация комплекса мер по пропаганде физической культуры и спорта как важнейшей составляющей здорового образа жизни; модернизация системы физического воспитания

различных категорий и групп населения, а также совершенствование финансового обеспечения физкультурно-спортивной деятельности [2]. Для развития физической культуры и спорта как важнейшей составляющей здорового образа жизни необходимы использование пропаганды физкультурно-оздоровительных систем и занятия физическими упражнениями, использование социальной рекламы в пропаганде здорового образа жизни и занятий спортом, проведение мероприятий по распространению передового опыта работы по развитию физической культуры и спорта, улучшение просветительно-образовательной работы в ВУЗе, повышение эффективности физической подготовки молодежи, разработка учебных программ по физической культуре по уровням образования с учетом индивидуальных способностей и состояния здоровья обучающихся, в соответствии с государственным образовательным стандартом.

Таким образом, развитие физической культуры и спорта является одним из приоритетных направлений социальной политики государства. Реализация программ здорового образа жизни

позволит привлечь к систематическим занятиям физической культурой и спортом и приобщить к здоровому образу жизни большинство населения страны, что в конечном счете положительно скажется на улучшении качества жизни граждан Казахстана. Важнейшими элементами, во многом определяющими развитие физической культуры и спорта в Казахстане на долгосрочную перспективу, станут обеспечение инновационного

характера создания и развития инфраструктуры отрасли, совершенствование финансового, кадрового и пропагандистского обеспечения физкультурно-спортивной деятельности. Конечной целью всех этих преобразований является вклад физической культуры и спорта в развитие человеческого потенциала Казахстана, в сохранение и укрепление здоровья граждан и воспитание подрастающего поколения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евсеев, Ю.И. *Физическая культура: учеб. пособие для студентов вузов -2-е изд.- Ростов-н/Д.: Феникс, 2002. - 384 с.*

2. Лубышева, Л.И. *Физическая культура и молодежь: учебное пособие - М.: ТИМФК, 2000.- 88 с.*

Тәржібаева С.К., Бисембаев С.Б., Саркенов А.С., Тасмағамбетова Е.К., Атетов Е.Б., Тынбаев Б.Е.

ЖЕТКІНШЕКТЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН ЖАҚСАРТУДА ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ МЕН СПОРТТЫҢ МАҢЫЗЫ

Денсаулықты нығайтуды қалыптастыру мақсатында студент жастардың салауатты өмір салтын сақтауын қамтамасыз ету жүйелі түрде денешынықтырумен және спортпен шұғылдануын қамтамасыз етіп, спорт инфрақұрылымын дамытуға, сол сияқты бәсекелестікке сай қабілеттілікті арттыруға мүмкіндік береді.

Tardzhibayeva S.K., Bisembaev S.B., Sarkenov A.S., Tasmagambetova E.K., Atetov E.B., Tynbaev B.E.

A VALUE OF PHYSICAL CULTURE AND SPORT S IN STRENGTHENING OF HEALTH OF RISING GENERATION

The aim of development of strengthening of health is conditioning, providing possibility for student young people to conduct the healthy way of life, systematic to engage in a physical culture and sport, to get access to the developed sport infrastructure, and also to promote a competitiveness.



*Ералиева Ш.О.***ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ***Поликлиника №1, г. Кызылорда*

С основными категориями «здоровье» и «болезнь» связаны все теоретические и практические проблемы здравоохранения, так как любая медицинская деятельность направлена прежде всего на сохранение и укрепление здоровья людей, предупреждение и лечение болезней. При оценке состояния здоровья каждый уровень требует своих подходов. Индивидуальное здоровье оценивается по персональному самочувствию, наличию или отсутствию заболеваний, трудоспособности, физическому состоянию и развитию и т. д. Большая часть показателей состояния здоровья квалифицирует наличие и распространенность заболеваний, несчастных случаев, случаев смерти, стойкой потери трудоспособности, дефектов и отставания в психическом и физическом развитии, так как для медицины характерно сосредоточение внимания на патологических состояниях, т. е. определение здоровья через характер и интенсивность заболеваний. Исследование здоровья человека имеет стратегическое значение в профилактике заболеваний и улучшении здоровья населения.

В настоящее время отмечается отрицательная тенденция к увеличению количества больных и лиц с факторами риска на фоне относительно небольшого удельного веса здоровых. Это делает особенно актуальным изучение состояния здоровья населения и решение проблем первой медицинской помощи при различных патологических состояниях.

Система медицинской помощи в нашей стране представлена широкой сетью медицинских учреждений (станций, подстанций, больниц), в тесном взаимодействии с научно-исследовательскими центрами и медицинскими холдингами. Эффективность управления медицинской помощи непосредственно влияет на величину потерь общества от заболеваний, отравлений, травм и других неотложных состояний.

Однако эффективное функционирование первичной медицинской помощи на местах зависит от сочетания ряда внешних условий и, внутренних обстоятельств. К внешним условиям следует отнести эффективность работы учреждений амбулаторно-поликлинического звена и стационарной медицинской помощи. Подменяя, или дублируя функции этих служб при оказании медицинской помощи на дому или в роли посредника для межгоспитальных транспортировок, первичная медицинская

помощь выполняет до 30% несвойственной ей работы, что значительно снижает показатели её эффективности. К числу внутренних причин следует отнести эффективность организации труда в подразделениях конкретного учреждения, уровень обеспеченности санитарным транспортом, портативным медицинским оборудованием, медикаментами, квалифицированными кадрами.

Необходимо учитывать, что существуют актуальные проблемы системы здравоохранения в нашей стране: недостаток финансирования, дефекты организационно-правового регулирования отношений врач-пациент, снижение престижа врачебной профессии, низкое качество подготовки специалистов.

В этом ключе рельефно выступила проблема качества медицинской помощи, что особенно актуально при её оказании на догоспитальном этапе в тесном взаимодействии с современными медицинскими центрами, располагающими всем арсеналом современных лечебно-диагностических технологий.

Указанные обстоятельства подтверждают необходимость постоянного пересмотра подходов и направлений в организационной и методической работе первичной медицинской помощи с целью «повышения» её качества и эффективности. За исследуемый нами период 2012 года по сравнению с прошлым годом число вызовов на 1000 населения возросло на 10,3% ($p < 0,05$). Регистрируется достоверный их рост по причине пульмонологической патологии (на 24%), острого инфаркта миокарда (на 11,4%), травм (на 10,9%), инфекционных заболеваний (на 8,7%), хирургических заболеваний (на 7,7%); заболеваний системы кровообращения (на 2,8%) ($p < 0,001$); на 28,4% увеличился показатель вызовов реанимационного профиля ($p < 0,001$). Так, неравномерное обращение за скорой помощью в течение суток, недели, достоверный рост нагрузки на бригаду, повышенная потребность в профильных бригадах при сохраняющемся высоком уровне безрезультатных вызовов (в 2011- 18,5 % на 1000 населения, в 2012 - 21,1 %, $p > 0,05$) и недостаточная преемственность при взаимодействии с амбулаторно-поликлиническими учреждениями снижают эффективность показателей работы скорой медицинской помощи.

Несмотря на реализацию медицинских программ, за период 2000-2012 гг. сокращение

численности врачей происходит за счет оттока молодых кадров и отмечается низкий уровень покупательной способности заработной платы персонала, что все это свидетельствует о необходимости оптимизации кадровой политики. Проведенный анализ свидетельствует о диспропорциях выполнения заказа: перевыполнение плана скорой медицинской помощью составляет на 23,7% и увеличение объемов скорой медицинской помощи приводит к росту нагрузки на бригаду. По данным социологического опроса, каждый третий респондент (30±3,8%) отмечает, что скорая помощь приехала на вызов до 15 минут времени ожидания с момента подачи вызова, 33±3,9% - через 30 мин., 29±3,6% - в течение часа, 6,8±2,1%-спустя час, 1,2±0,92 %-более часа. Результаты анкетирования свидетельствуют, что граждане не уделяют внимания лечению и профилактике хронических заболеваний; отрицательно качество услуг скорой медицинской помощи оценили в основном те, кто никогда

не обращался или крайне редко обращается к участковому врачу.

Таким образом, для возможности реализации стратегии развития медицинских учреждений на основе согласования стратегического, оперативного и тактического управления необходимо проводить мониторинг по целевым показателям; для оптимизации кадровой политики необходимо продолжить реализацию мероприятий по повышению мотивации сотрудников и снижению текучести кадров и повышению их квалификации.

Проведенный за последнее время комплексный анализ деятельности службы скорой медицинской помощи позволил обосновать и разработать основные направления совершенствования организации медицинской помощи в современных условиях с учетом доступности, динамики обращаемости и изучения мнения населения об удовлетворенности оказанием данного вида помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кудрин, В.С. Некоторые особенности экспертной оценки лечебного процесса // Бюл. науч.-исслед. ин-та соц. гигиены, экономики и упр. здравоохранения им. Семашко — 2001. - Вып. 3. С. 94-102.
2. Руденко, М.И. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе // Воен.-мед. журн. 1996. — Т. 317. — № 3: -С. 20-23.
3. Михайлович, В.А. Рекомендации по оказанию неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе // Скорая мед. помощь. 2000. - № 1. - С. 59-62.
4. Багдасарьян А.С. Совершенствование организационных технологий управления лечебно-диагностическим процессом при оказании скорой медицинской помощи// Скорая мед. помощь. 2001. - № 2. - С. 17-22.

Ерalieva Ш.О.

ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДЕГІ МӘСЕЛЕЛЕРДІ ШЕШУ

Біріншілікті медициналық көмек көрсетудің қызметін талдау алғашқы көмек көрсетуді ғылыми тұрғыда негіздеуге және жедел медициналық көмек көрсетуді дұрыс ұйымдастыруға мүмкіндік береді.

Eraliyeva Ch.O.

THE STUDY OF HEALTH AND ADDRESSING HEALTH CARE

Analysis of the ambulance service will inform and develop the main directions of improving the organization of emergency medical services.



УДК: 616.72-007.248-073

Абдирова С.З.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОДВИЖНОСТИ СУСТАВОВ ПРИ АРТРОЗОАРТРИТАХ ПОД ВЛИЯНИЕМ ИНТЕРФЕРЕНЦИОННЫХ ТОКОВ, МАГНИТНОЙ И ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

В основе этиологии и патогенеза хронических форм артрозоартритов суставов верхних и нижних конечностей средних размеров, по данным патофизиологов, клиницистов, лежит дистрофия сухожильных и хрящевых тканей суставов с последующей, как правило, асептической воспалительной реакцией. Из внутренних факторов, способствующих возникновению артрозоартритов суставов, следует отметить особенности строения и функции генов, контролирующих изменение этих тканей. К внешним факторам, которые предрасполагают к артрозоартритам, можно отнести влияние особенностей внешней, окружающей человека среды.

Для того, чтобы сохранить активность и трудоспособность больных с симптомами неспецифического артрозоартрита и снизить опасность «лекарственных» осложнений, нами проведен комплекс исследований при их лечении с использованием магнитной, лазерной терапии и интерференционных токов. Поскольку эффективность этих методов лечения при раздельном их использовании часто недостаточна, для лечения заболеваний суставов использовали лазерную терапию, комбинацию лазерной и магнитотерапии, комбинацию лазерной терапии и интерференционных токов.

Материалы и методы исследования: Для выполнения исследования мы применили аппарат для лазеротерапии «Мустанг 2000», аппарат для магнитолазерной терапии «Милта 1-08», аппарат для магнитотерапии и лечения интерференционными токами серии «BTL-5000». Исследования были проведены у 40 больных с диагнозом: артрозоартрит коленного сустава. В ходе лечения из этих больных были сформированы три группы в зависимости от степени поражения и применяемого вида лечения.

Из 6 больных с артрозоартритом коленного сустава у 2 (1 группа) ограничения в сгибании и разгибании сустава были умеренно выраженными соответственно 60% и 50%, 180% и 160%. У больных 2-й группы (4 человека) объем сгибания сустава составил 87,5%±2,50%, разгибания – 150,0%±4,08%. После проведенного курса лазеротерапии показатели существенно улучшились и составили соответственно 45,0%±2,0% и 175,0%±2,80%.

Комбинацию лазерной и магнитной терапии использовали у 16 больных, из которых у 3 был двусторонний артрозоартрит коленных суставов. В 1-й из 6 больных у 5 был односторонний процесс; показатель сгибания суставов у них со-

ставлял 33,0%±2,0%, разгибания – 174,0%±4,0%, после лечения показатели улучшились соответственно при сгибании сустава до 52,0%±3,30% и разгибания – до 180,0%±1,0%. При двустороннем поражении у женщины в возрасте 52 лет объем сгибания в правом коленном суставе был ограничен до 60%, разгибания – до 175%, в левом до 50% и 180% соответственно. После первого курса лечения эти показатели улучшились до 30% и 180% соответственно, после второго курса они нормализовались.

Во 2-й группе мы наблюдали также 6 больных, из которых у одной было двустороннее поражение коленных суставов. Сгибание в суставе справа было ограничено до 60%, слева – до 50%, разгибание до 175% и 169% соответственно. После первого курса лечения объем сгибания в суставе правой конечности снизился до 40%, левой – до 30%, разгибания до 180% в обоих суставах.

При одностороннем поражении показатели сгибания сустава составили 36,0%±2,92%, разгибания – 180%±1,2%, после лечения показатели улучшились и составили соответственно 51,4%±10,2% и 105,7%±2,0%.

3-я группа состояла из 4 больных, из которых у 2 было одностороннее поражение суставов (сгибание в суставе -90%, разгибание – 160%). После лечения у одной из больных показатель сгибания сустава после курса лечения снизился до 45%, разгибания – увеличился до 170%, у второй эти показатели составили до 45% и 180% соответственно.

У 2 пациентов (мужчина в возрасте 49 лет и женщина в возрасте 58 лет) было двустороннее поражение коленных суставов. Объем сгибания в суставах одного из них справа составил 90%, слева – 60%, разгибания 160% и 170% соответственно. После применения 9 курсов лечения показатели сгибания в правом коленном суставе снизились до 50%, разгибания - увеличились до 180%, в левом до 45% и 180% соответственно. У женщины объем сгибания в правом коленном суставе составил 100%, разгибания – 160%, в левом – 80% и 170% соответственно. Этой больной для улучшения течения заболевания потребовалось провести 12 сеансов лазерной терапии и магнитотерапии. В результате объем сгибания в суставе справа со 100% снизился до 50%, слева – с 80% до 35%, объем разгибания справа возрос с 160% до 180% и слева – с 170% до 180%.

Сочетанное применение лазеротерапии и интерференционных токов было использовано для лечения 14 больных с артрозоартритом колен-

ных суставов, из них 7 больных составили 1-ю группу и 7 – 2-ю группу. В первой группе показатель сгибания суставов до лечения составлял $90,0\% \pm 3,08\%$, после лечения – $38,6\% \pm 2,10\%$, разгибания суставов – $161,6\% \pm 1,4\%$ и $180\% \pm 2,16\%$ соответственно. Во второй группе показатели сгибания суставов до лечения составили $97,1\% \pm 3,60\%$, после лечения – $42,1\% \pm 2,14\%$, разгибания суставов $161,4\% \pm 1,45\%$ и $180,0\% \pm 2,0\%$ соответственно.

При сравнении результатов лечения между группами и подгруппами больных, которым были применены все три метода лечения по поводу артрозоартритов коленного сустава, выявлена тенденция к улучшению показателей объема подвижности в суставах при использовании комбинации лазерной терапии и интерференционных токов. Так, например, при использовании лазеротерапии и интерференционных токов при исходно низких показателях сгибания в коленном суставе $38,6\% \pm 2,10\%$, после лечения показатели выросли до $42,1\% \pm 2,15\%$.

Для общей оценки эффективности каждого из трех методов лечения заболеваний суставов мы применили такой показатель, как необходимое для достижения выздоровления или стойкой ремиссии количество проведенных курсов лечения. В целом, наилучшие результаты лечения с использованием этого критерия констатированы у больных после применения лазерной терапии и применения интерференционных токов. В частности, значительный лечебный эффект до-

стигнут при таком трудно поддающемся лечению заболевании, как артрозоартрит коленного сустава.

Эффективность примененных трех физиотерапевтических методов лечения можно оценить по количеству выполненных курсов лечения.

При артрозоартрите коленного сустава наилучший результат получен при использовании комбинации лазерной терапии и интерференционных токов ($3 \pm 0,2$ курса), менее выраженный – после сочетания лазерной и магнитотерапии ($5,5 \pm 0,5$ курса).

Таким образом, эффективность применения лазерной терапии в отдельности и ее комбинации с магнитотерапией уступает использованию комбинации лазерной терапии и интерференционных токов.

Выводы:

1. Применение трех видов низкоэнергетических воздействий: лазеротерапии, магнитотерапии и интерференционных токов и их комбинаций позволяет вызвать ремиссию заболеваний суставов у больных с неспецифическими артрозоартритами.

2. Для лечения неспецифических артрозоартритов наиболее эффективно использовать комбинации «лазеротерапия + интерференционные токи», менее выраженным лечебным эффектом обладает применение лазеротерапии в отдельности и комбинации «лазеротерапия + магнитотерапия».

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуразаков У.А. Диагностика и лечение остеоартроза. Методические рекомендации. – Алматы.- 2007г.С.23-29.
2. Миненков А.А, Орехова Э.М. Сочетание физических факторов при различных заболеваниях. Пособие для врачей.- Москва, 1996 г.С. 13-19.
3. Красильникова Р.Г., Гофман Я.Б. и др. Физические методы в комплексной терапии больных остеоартрозом. Методические рекомендации.- Москва, 2004 г.С. 18-24.
4. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения. Справочник - С-Петербург.- 2006 г. – С.39-41,208-216, 262-263.
5. Еловицова Е.С., Бугрова О.В. Эффективность магнитотерапии в комплексном лечении остеоартроза. Журнал «Физиотерапия, бальнеология, реабилитация». 2009 г. № 2 – С.24-28.
6. Кирьянова В.В., Жулев Н.М. и др. Применение лазерного излучения и магнитных полей при лечении неврологических заболеваний. Журнал «Физиотерапия, бальнеология, реабилитация».2005 г. №3 – С. 38-50.

Абдирова С.З.

ИНТЕРФЕРЕНЦИЯ ТОҚТАРЫ, МАГНИТТІ ЖӘНЕ ЛАЗЕР ТЕРАПИЯСЫНЫҢ ЫҚПАЛЫМЕН БУЫНДАР ҚАБЫНУЛАРЫНДА ҚОЗҒАЛҒЫШТЫҚ КӨРСЕТКІШТІҢ ӨЗГЕРУІ

Артрозоартриттер қазіргі күнгі өркениетті дамудың нәтижелері ретінде балалар мен ересек тұрғындардың арасында жағымды және жағымсыз нәтижелер сияқты аурулардың үлкен топтарын құрайды.

Магнитті, сәулелі және интерференциялық токтардың төменгі энергетикалық әсерлерін қолдану науқастарда арнайы емес артрозоартриттік буын ауруларының қайталануына әкеледі.

*Abdirova S.Z.***CHANGES IN MOBILITY OF THE JOINTS IN ARTROZOARTRITAH UNDER THE INFLUENCE OF INTERFERENCE CURRENTS, MAGNETIC AND LASER THERAPY**

Arthritis as an undesirable effect of modern civilization are a large group of illnesses that limit activity and ability to work not only adults but also children. The use of low-energy effects of magnetic and laser therapy and interferential currents can cause a remission of joint disease in patients with nonspecific arthritis.



УДК: 618.1-073.8:616.8

*Абдирова С.З.***АМПЛИПУЛЬС- И МАГНИТОЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ**

Современные методы лекарственной терапии позволяют добиваться положительного эффекта только у 50% больных. Такое положение обусловлено не только полисистемным характером заболевания, но и возникновением ряда побочных эффектов при проведении медикаментозной терапии (аллергических реакций, дисбактериоза и др.). В этих условиях актуальным является поиск новых немедикаментозных, наиболее рациональных и эффективных методов, позволяющих повысить эффективность терапии хронических сальпингоофоритов.

Целью нашего исследования явилось обоснование возможности применения сочетанной амплипульс-терапии и магнитолазерной терапии в лечении больных хроническим сальпингоофоритом.

Материалы и методы исследования: В условиях поликлиники был проведен отбор 23 женщин детородного возраста, страдающих хроническим сальпингоофоритом, с давностью заболевания от 2 до 8 лет. Большинство пациенток (90,4%) предъявляли жалобы на периодические боли ноющего и тянущего характера в нижних отделах живота и пояснично-крестцовой области, несвязанные с фазами менструального цикла. Нарушения менструального цикла имело место у 61,5% женщин, из них у трети пациенток по типу альгодисменореи, и в меньшей степени с гипо- и гиперполименореей. При исследовании у всех больных были выявлены спаечные изменения в области придатков матки различной степени выраженности, у большинства женщин (89,9%) выявлена болезненность в области придатков матки. Анализ ультразвукового исследования органов малого таза позволил исключить наличие гиперпластических процессов и гормонально зависимых образований гениталий. Прокходимость обеих маточных труб была сохранена

у 65% пациенток, у 18% установлена проходимость только одной маточной трубы, с нарушением репродуктивной функции наблюдалось 7 женщин, среди них преобладали пациентки, страдающие бесплодием в течение 2-5 лет. При этом первичное бесплодие диагностировано у 2 пациенток, вторичное – у 5.

В зависимости от проводимого лечения все больные были распределены на 3 сопоставимые по основным клинико-физиологическим характеристикам группы. Больным 1-й группы (9 пациенток) проводили сочетанную амплипульс-магнитотерапию от аппарата «ВТЛ 5000» и «Амплипульс-5» по следующей методике: синусоидально-модулированные токи по глазнично-сосцевидной методике, режим переменный, 3 род работы, частота 100 Гц, глубина модуляций 75%, переменное низкочастотное магнитное поле с индукцией 30 мТл. Курс лечения состоял из 10 ежедневных сочетанных воздействий по 15 минут.

У больных 2-й группы (6 пациенток) лечебный комплекс включал вагинальные орошения и магнитотерапию. Процедуры проводили курсом в 10 дней.

У больных 3-й группы (8 пациенток) лечение проводилось сочетанием амплипульс – магнитолазерной терапии по абдоминально-сакральной методике от аппаратов «Амплипульс-5» и «Милта» (синусоидально-модулированные токи со следующими параметрами: режим переменный, 3 род работы, частота 100 Гц, глубина модуляций 75%, длительность полупериодов 2:3; магнитолазерное воздействие проводилось на проекцию яичников, матки, на крестец, на зоны в области углов ромба Михаэлиса по 2 минуты на зону, частота следования импульсов 80 Гц, мощность излучения светодиодов 40 мВт, курс состоял из 10 процедур.

Оценивая динамику болевого синдрома, следует отметить преимущество комплексной терапии: полное купирование болей или их уменьшение отмечено у 92,5 % пациенток 3-й, 65,7 % 2-й и 85,7% 1-й группы. Противовоспалительный эффект проводимой терапии был также более выражен в группах комплексной терапии: 90% в 3-й,

77,1 % во 2-й, 46% в 1-й группе.

Позитивная динамика менструальной функции при альгодисменорее отмечена у 62,8% женщин 1-й, 84,6% 2-й и 80% 3-й группы.

Комплексная оценка результатов исследований дает основание утверждать, что основными механизмами терапевтического действия проводимой терапии на функциональное состояние маточных труб являются купирование явлений дискоординации, снижение повышенного тонуса трубоматочных соединений и улучшение их сократительной активности. Также комплексная терапия способствовала позитивной динамике регионарного кровообращения у женщин 1-й и 3-й групп, что характеризовалось увеличением кровенаполнения сосудов, уменьшением венозного застоя, восстановлением сосудистого тонуса и снижением явлений ангиоспазма.

Таким образом, результаты проведенных исследований позволили выявить ряд положительных эффектов нейротропной сочетанной амплипульс-магнитотерапии во влиянии на различные звенья патогенеза изучаемой патологии. Свидетельством благоприятных изменений

функционального состояния центральных звеньев репродуктивной системы является улучшение церебральной гемодинамики, которое четко прослеживается у большинства обследованных. Комплекс позитивных изменений церебральной гемодинамики в свою очередь определил улучшение функционального состояния гипоталамо-гипофизарного комплекса, что проявилось уравниванием соотношений гонадотропинов. Важным моментом в реализации терапевтического эффекта является снижение продукции пролактина у больных с функциональной гиперпролактинемией, учитывая его роль в развитии нарушений эндокринного гомеостаза. Указанные изменения в определенной степени обусловили и улучшение гормональной функции яичников, восстановление эстроген - прогестероновых соотношений у больных.

В практическом отношении важным является тот факт, что комплексная терапия способствует более полному восстановлению гормональной функции яичников у больных с исходными гиперэстрогенными состояниями.

Выводы: Таким образом, результаты проведенных исследований дают основание расценивать эти методики (применение амплипульс терапии и магнитолазерной терапии) как обоснованные и эффективные в лечении больных хроническим сальпингоофоритом, что расширяет арсенал немедикаментозных технологий на различных этапах лечебно-восстановительных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бегалина Р.Т. Мамбеталина А. Физиотерапия в акушерстве и гинекологии. Методические рекомендации. Алматы 2001 г.
2. Аймамазян Э.К. Пономаренко Г.Н. Инфракрасная лазеротерапия в комплексном лечении больных с хроническим сальпингоофоритом. Журнал «Вопросы курортологии, физиотерапии

и лечебной физкультуры» 2005 г. № 6, с.20-23.

3. Миненков А.А.Орехова Э.М. Сочетание физических факторов при различных заболеваниях. Пособие для врачей, Москва 1996 г.

4. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения, справочник С-Петербург 2006 г., с.39-41, с 208-216, с 262-263, с 76-81.

Әбдірова С.З.

СОЗЫЛМАЛЫ САЛЬПИНГООФОРИТЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ АМПЛИПУЛЬС ЖӘНЕ МАГНИТТІК-ЛАЗЕР ТЕРАПИЯ АРҚЫЛЫ ҚАЛПЫНА КЕЛТІРІП ЕМДЕУ

Әйелдердің төменгі жамбас ағзаларының қабыну аурулары қазіргі кездегі гинекологияның көкейкесті мәселелерінің бірі болып табылады. Бедеулік – медициналық және әлеуметтік мәселелердің ерекше сұрақтары репродуктивті жастағы әйелдердің жұмысқа қабілетін төмендететін, ұрық және нәрестелердің патологиялық көріністеріне әкелетін аурудың ағымының асқынуы және клиникалық көріністердің кең ауқымдылығымен, етеккірдің бұзылыстарымен, тұрақты ауру синдромымен анықталады.

Abdirova S.Z.

AMPLIPULS- AND MAGNETIC THERAPY IN THE REHABILITATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC SALPINGOOPHORITIS

Inflammatory diseases of female pelvic organs are among the urgent problems of modern gynecology. Special medical and social problem severity is determined by a wide spectrum of clinical manifestations and severity of complications of the disease - infertility, menstrual irregularities, persistent pain, leading to prolonged disability and invalidity among women of reproductive age, cause abnormalities of the fetus and newborn.



УДК: 617.753.2:616-071

Абилкасимова А.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ МИОПИИ

АО «РДЦ» г. Астана

Аномалии рефракции, в частности близорукость, представляет собой одну из актуальных проблем современной офтальмологии, поскольку это наиболее частая причина снижения зрения у детей [3].

Врожденная миопия является отдельной формой, которая имеет ряд патогенетических и клинических особенностей. Формируется врожденная близорукость в период внутриутробного развития плода, и выявляется чаще в возрасте 5-7 лет, когда ребенок проходит профилактический осмотр у офтальмолога перед школой [5,7,9].

Частота врожденной миопии вариабельна и колеблется от 1.4%-4.5% [1,2,3]. И далеко не всегда острота зрения, офтальмоскопические данные и степень близорукости находятся в прямой зависимости [4,6].

Цель-изучение клинических особенностей врожденной близорукости.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 84 ребенка с врожденной близорукостью в возрасте от 5 до 15 лет. Девочки составили 58%, мальчики 42%. В 51,5% случаях врожденная миопия была высокой степени, в 39,5% -средней, а в 9%-слабой. Дети с астигматизмом составили 23%. В 48,4 % случаев врожденная миопия была стационарной, в 40.9%-медленнопрогрессирующей, 11.7%-быстро прогрессирующей. Из анамнеза установлено, что у 40. 1% детей один или оба родителя с близорукостью.

Всем детям проводили визометрию с коррекцией и без нее, определяли характер зрения, биомикроскопию, рефрактометрию, офтальмоскопию (фотографирование глазного дна), эхобиометрию.

Результаты и обсуждение. Острота зрения у детей без коррекции составила в среднем 0.06, с

коррекцией 0.5 \pm 0.15.

Необходимо заметить, что 11% детей с высокой хориоретинальной развитой врожденной миопией имели высокую остроту зрения 0.6-0.7 с переносимой коррекцией и 10% с начальной близорукостью - остроту зрения 0.3-0.4. При исследовании характера зрения у 8 детей (6%) установлено монокулярное зрение, расходящееся косоглазие установлено у 11 детей (8%).

Исследования глазного дна установили наличие миопического конуса у 45% детей, миопической стафиломы – у 28% обследованных. У 60 % детей дистрофические изменения локализовались и в центральной зоне, и на периферии глазного дна в виде различной выраженности миопических конусов, стафилом, перераспределение пигмента на периферии и вокруг ДЗН, наличия патологических рефлексов или ослабления фовеолярных рефлексов. У остальных детей изменения на глазном дне локализовались в центральной зоне. Именно в этой группе отмечалась низкая острота зрения и быстрое прогрессирование близорукости.

Эхобиометрические исследования установили, что передне-задний размер глазного яблока составил в среднем 26.9 \pm 0.07 мм, поперечный диаметр в среднем - 26.7 \pm 0.05 мм, деструкция стекловидного тела, выраженная в той или иной степени. Большинство детей имели шаровидное глазное яблоко.

Выводы. Исследования показали, что в 21% случаев врожденной миопии острота зрения не имела прямой корреляции со степенью близорукости и выраженностью изменений на глазном дне. В большинстве случаев (89.3%) врожденная близорукость была стационарной или медленно прогрессирующей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисов Э.С., Мац К.А. Клинические особенности врожденной близорукости и возможности улучшения зрительных функций // Методические рекомендации. - М.-1989.-23с.
2. Аветисов Э.С. Близорукость (второе издание). - М.-2002.-с.284.
3. Аубакирова А.Ж.,Токсанбаева Г.К. Близорукость основная причина снижения зрения у детей. Офтальмологический журнал Казахстана.- Алматы.-2006. с.4-8.
4. Lai T.Y.Y., Fan D.S.P., Lai W.W.K., Lam D.S.C. Peripheral and posterior pole Retinallesions in association with high myopia a cross-sectional community-based Study//Eye.-2008.-P.209-213.
5. Ковалевский Е.И. Профилактика слабовидения и слепоты у детей. Москва. Медицина,1998.-с.66-69.
6. Мутти и др. Врожденная миопия, работа с близкой дистанцией, успехи в школе и дефекты рефрактогенеза у детей. Invest ophataltmol vis sci.-2002 des. 43(12): 3633-40.
7. Онуфрийчук О.Н., Роземблом Ю.З. Закономерности рефрактогенеза и критерии прогнозирования школьной миопии//Вестник офтальмологии.-2007.-№1-с.2-4.
- 8.Страхов В.В., Бузыкин М.А. Ультразвуковое исследование биомеханики глаза.//Материалы 2 Евро-Азиатской конференции по офтальмохирургии. Екатеринбург,2001.-с.364.
- 9.Ферфильфайн И.Л. Близорукость у детей.// Пособие. - Киев.-2004.-104с.

А. Абилкасимова

ТУА БІТКЕН МИОПИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫСЫНЫҢ ӨЗГЕШЕЛІКТЕРІ

Откізілген зерттеулер туа біткен миопия жағдайында 21%—да көру жітілігі көз түбінің бейнесімен және миопия дәрежесімен байланысты емес екенін көрсетті. Басым көпшілігінде (89.3%) туа біткен миопия баяу дамиды анықталды.

А. Abilkassimova

CLINICAL FEATURES OF CONGENITAL MYOPIA

Performed examinations showed that in 21 % of congenital myopia visual acuity had no correlation with degree myopia and changes of eye fundus. In majority of cases (89.3%) myopia was stationary or slow progressive.



УДК: 616.151.5:614.88(574.24)

С.Ж.Абылкасимова, Э.А. Ковтун, Ж.А. Мусулманбекова, Д.Т.Уалиханова.

КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ОПЫТЕ ГОРОДСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ г. АСТАНЫ.

ГККП «Городская станция скорой медицинской помощи» г. Астана.

Введение. По данным мировой статистики, сердечно – сосудистые заболевания занимают ведущее место не только среди причин смертности, но и среди причин высокой инвалидизации больных. Наибольшее количество больных и умерших по причине сердечно – сосудистой патологии приходится на мужчин в возрасте от 35 до 65 лет. Так, например число больных, заболеваний которых закончились летальным исходом, в 2010 году составило 65,9 тысячи человек, в 2011 году это число составило 51,3 тысячи человек или 35,5 % от общего числа умерших. Коэффициент смертности от болезни системы

кровообращения в 2010 году составил 404 на 100 тысяч человек, а в 2011 году этот показатель составил 309,6 на 100 тысяч человек.

По данным Европейского Кардиологического общества (ЕКО, 2003) результаты ранней тромболитической терапии (далее ТЛТ) на догоспитальном этапе сопоставимы по эффективности с результатами прямой ангиопластики и значительно превосходят результаты лечения начато-го в стационаре.

Цель исследования - оценить эффективность ранней тромболитической терапии острого инфаркта миокарда (далее ОИМ) в г. Астана.

Материалы и методы. Анализ результатов применения ранней ТЛТ, у 306 больных с ОИМ проведен по данным Станции скорой медицинской помощи г.Астана, за период с 2008 по 2012 г.г. На догоспитальном этапе острый коронарный синдром (ОКС) был диагностирован у 2456 пациентов, из которых 306 (12,46 %) больным была проведена ранняя ТЛТ.

В отдельную группу мы выделили 71 случай применения ранней ТЛТ в течении 8 месяцев 2012 года. Возраст больных в этой группе варьировал от 26 до 89 лет (средний возраст составил $58 \pm 1,5$ лет). В этой группе было 55 (77%) мужчин и 16 (23%) женщин.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования было установлено, что заболевае-

мость населения г. Астаны острым коронарным синдромом, за период с 2007 по 2011 г.г. увеличилась практически в два раза (с 0,51 до 1,00 на 1000 человек).

Резкий скачок показателя приходится на 2010 – 2011 г. Так если в 2007 году было зарегистрировано 293 случая острого коронарного синдрома, то в 2010 – 2011г. 545 и 732 соответственно. Увеличение числа пациентов с ОКС никак не связано с ежегодным ростом населения г. Астаны, в целом. Процентные показатели заболеваемости острым коронарным синдромом, на 1000 населения, также указывают на увеличение заболеваемости данной патологией в 2010 – 2011г.г. (Табл.1).

Таблица - Сравнительная характеристика количества населения, обращений и заболеваемости ОКС в г. Астана за период с 2007 по 2011 г.г.

	2007	2008	2009	2010	2011
Население .Астаны	574400	602480	613600	697300	734443
Всего обращений	185320	195931	223336	267644	330184
ОКС	293	346	363	545	732
ОКС, %	0,16%	0,18%	0,16%	0,20%	0,22%
Заболеваемость на 1000 чел.	0,51	0,57	0,59	0,78	1,00

Диагноз ОКС с подъемом сегмента ST был выставлен на догоспитальном этапе на основании анамнеза и жалоб, клинической картины, ЭКГ – признаков (сегмент ST), а затем подтвержден в стационаре.

Показаниями для проведения ранней ТЛТ на догоспитальном этапе являлось наличие следующих условий:

1) время от начала ангинозного приступа не превышало 6ч.;

2) на ЭКГ был зарегистрирован подъем сегмента ST $>0,1$ mV как минимум в 2 смежных грудных отведениях или в 2 отведениях от конечностей.

Следует отметить заметное повышение активности бригад скорой медицинской помощи в плане проведения ранней ТЛТ. Так, в 2009 году на догоспитальном этапе системный тромболизис при ОИМ был проведен в 8 (1,4%) случаях, а в 2010 году уже в 120 случаях (22%).

В качестве тромболитических препаратов в 2010 году применялась преимущественно стрептокиназа (стрептодеказа), а с 2011 года – препарат 2-го поколения рекомбинатный активатор плазминогена Альтеплаза (Актилизе). Препараты применялись согласно прилагаемой инструкции.

Среди пациентов с верифицированным диагнозом ОИМ преобладают мужчины в возрасте от 41 до 60 лет. Женщины наиболее часто страдают ОИМ в возрасте от 61 года до 80 лет, и старше.

Среди больных получивших ТЛТ за 8 месяцев 2012 года (71 случай) исходное состояние

40 пациентов в (56%) было средней степени тяжести, а у 25 больных - тяжелым (35%). В 44% (34 пациента) случаев отмечалась артериальная гипертензия различной степени тяжести и в 14% (10 случаев) – гипотония с явлениями кардиогенного шока.

По локализации очага инфаркта в 35% клинических случаев зарегистрирован передний ОИМ, в 18% - распространенный передний (передне-боковой), в 38% задне-нижний, в 6% - ограниченный нижний и в 3% - ОИМ перегородочной области. Критериями эффективности восстановления коронарного кровотока служили: уменьшение подъема сегмента ST, прекращение ангинозной боли, нормализация артериального давления, улучшение общего субъективного самочувствия пациента, показатели летальности.

По данным 2012г. эффективность реканализации в результате успешного проведения ТЛТ установлена в 18 случаях, т.е. 25,4%, после системного тромболизиса электрокардиографически был установлен факт “прерванного инфаркта”, то есть удалось избежать формирования зоны некроза. В 2010г. не зафиксировано ни одного смертельного осложнения после лечения стрептокиназой (115 случаев) и альтеплазой (5 случаев). В 2011г. во время или непосредственно после ТЛТ умерло 5 больных, а в течение 8 месяцев 2012 г.–трое. Развитие реперфузионных аритмий является косвенным признаком эффективного восстановления коронарного кровотока, но в некоторых случаях, например, при развитии фибрилляции желудочков может возникнуть угроза для жизни пациента. В 2012г. реперфузи-

онные аритмии составили 23 эпизода (32,39%), из которых в 9 случаях развилась фибрилляция желудочков, в 7 – полная трехпучковая блокада, в 4 – неполная блокада (одной или двух ножек пучка Гиса). Из 9 случаев реперфузионной фибрилляции желудочков, 2 закончилась смертельным исходом, остальные были успешно реанимированы с применением электроимпульсной терапии. Развившаяся асистолия у 89-летней пациентки также привела к смертельному исходу.

Выводы: 1) За период 2007 – 2011 гг. показатель заболеваемости ОИМ населения Астаны вырос почти вдвое: с 0,51 до 1,00 на 1000 населения.

2) С 2008 по 2011 гг. отмечен рост числа случаев использования современных тромболитиков (стрептокиназы, альтеплазы) при ОКС с подъемом ST на догоспитальном этапе: с 0,29% случаев ОИМ в 2008 г. до 22,02% - в 2009 г. и 14,48% в 2011г; в 63% случаев ТЛТ проводилось

в течение первых трех часов от начала заболевания, задержка с началом ТЛТ вызвано поздней обращаемостью пациентов.

3) Применение альтеплазы на догоспитальном этапе позволило значительно сократить время от момента возникновения ишемического приступа до восстановления коронарного кровотока и снизить летальность при ОИМ с 9,37% до 3,85% ($p < 0,05$).

4) Расширение применения ТЛТ сопровождается увеличением числа реперфузионных аритмий, из которых самая распространенная – фибрилляция желудочков. Летальность на фоне применения ТЛТ отмечалась при терапии актилизе в 2011-2012г, тогда как при терапии стрептокиназой в 2010 не было отмечено ни одного летального исхода.

ЛИТЕРАТУРА

Алгоритм лечения острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST (инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, инфаркт миокарда с зубцом Q), утвержденный протоколом Экспертного Совета МЗ РК от 17 апреля 2012 г. № 8

Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST //

Российские рекомендации ВНОК.- Москва, 2007 г.

Руда М.Я. Организация помощи больным с ОКС на догоспитальном и госпитальном этапах/М.Я. Руда //Прогресс кардиологии и снижение сердечно-сосудистой смертности: Всероссийская науч.-практ. конф.- Москва, 2008 г.- С.23-29.

С.Ж. Абылқасымова, Э.А. Ковтун, Ж.А. Мұсұлманбекова, Д.Т. Уалиханова

АСТАНА Қ. ҚАЛАЛЫҚ ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМ СТАНЦИЯСЫ ТӘЖІРИБЕСІНДЕГІ ТРОМБОЛИТИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯНЫҢ ТИІМДІЛІГІНЕ САПАЛЫҚ ЖӘНЕ САНДЫҚ ТАЛДАУ ЖҮРГІЗУ

Жасы, жынысы бойынша ТЛТ қабылдаған пациент топтарының сараптамасы жүргізілді. 2008-2011 жыл мен 2012 жылдың 8 ай көлемінде тромболитикалық терапияның тиімділігі сарапталды.

2008-2012 жыл аралығында ТЛТ қабылдаған 306 пациенттер ішінде 190 (62%) науқас альтеплаза, 116 (38%) науқас степкиназа қабылдаған. Ауруханаға дейінгі емделуде қабылдану коронарлы қан ағысын қалпына келу уақытын және 9,37% ден 3,85% дейін жедел инфаркт миокардымен науқастардың леталды көрінісін төмендетті.

S.Zh.Abylkasimova, E.A.Kovtun, Zh.A.Musulmanbekova, D.T.Ualihanova

QUALITATIVE AND QUANTITATIVE ANALYSIS OF EFFICIENCY OF THROMBOLYTIC THERAPY EXPERIENCED ON CITY AMBULANCE STATION

The analysis of thrombolytic therapy over the period of 2008 – 2011 and, more detailed, 8 months 2012 was performed, based on two criteria: improvements in patients' clinical condition and ECG changes after the thrombolysis. Out of 306 patients treated with thrombolytics in 2008 - 2012, 190 (62%) received Alteplase and 116 (38%) - streptokinase. It was demonstrated that thrombolytics when given at the pre-hospital stage reduced coronary re-perfusion time as well as decreased mortality from acute myocardial infarction from 9,37% to 3,85%.



УДК: 616-053.32-08

К.К. Азиева

АНАЛИЗ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ КУРОСУРФОМ

ГККП «Городской родильный дом №1»

Синдром дыхательных расстройств или «респираторный дистресс синдром» (РДС) новорожденного представляет тяжелое расстройство дыхания у детей в первые дни жизни, обусловлено первичным дефицитом сурфактанта. РДС страдают около 60% недоношенных новорожденных, 70% из которых погибают.[1]. Среди методов терапии, применяемых для лечения патологии легких, у новорожденных все шире применяются препараты экзогенного сурфактанта[2]. Однако, в Казахстане, работы, посвященные анализу терапии экзогенными сурфактантами, представлены единичными публикациями. Эффективность курсурфа была подтверждена в целом ряде научных исследований[3]. В многочисленных рандомизированных клинических исследованиях было показано значительное улучшение оксигенации в течение 5 минут после введения курсурфа, что способствовало более быстрому снижению потребности в обеспечении кислородом [4]. Доказано снижение неонатальной смертности к 28-му дню жизни с 51 до 31%. [5] В нашем отделении накоплен большой опыт применения препаратов экзогенного сурфактанта. С 2005 года мы начали применять у новорожденных детей с тяжелой патологией легких натуральный сурфактант “Курсурф”.

Целью настоящего исследования было изучение эффективности лечения патологии легких у новорожденных детей натуральным сурфактантом “Курсурф” на основании динамики клиники, параметров ИВЛ, рентгенологических данных, показателей КОС, летальности.

Материалы и методы. Нами обследован 131 недоношенный новорожденный, поступивший в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных городского родильного дома №1 г. Астаны в 2009 – 2011 гг. При анализе антенатального периода обращает на себя внимание, что у большинства женщин имелись факторы, приводящие к развитию хронической внутриутробной гипоксии, и как следствие, рождению недоношенного ребенка и снижению образования сурфактанта. Состояние при рождении у 64,8% детей расценено как крайне тяжелое, а у 35,2% - как тяжелое. Тяжесть состояния определялась дыхательной недостаточностью (ДН) II-III степени, гемодинамическими нарушениями и неврологической симптоматикой. В течение первого часа жизни у 23,7% детей наросла дыхательная недостаточность, произошла смена ведущего неврологического синдрома (появились судороги у 15,9%) и они были переведе-

ны на ИВЛ. Большинство детей (83,6%) требовало проведение ИВЛ с “жесткими” параметрами (FiO₂ 90%; ЧД³ 60 в мин.; Рвд³ 20 см.вод.ст.; Твд/Твыд=1:1; ПДКВ³ 4 см.вод.ст.). Практически все дети (91,2%) были переведены на реанимационное отделение ДГБ№ 1 в первые сутки жизни. У всех новорожденных ведущими в клинической картине были симптомы дыхательной недостаточности. Верификацию диагноза проводили на основании совокупности клинических и рентгенографических данных. Основной патологией был СДР I типа (102 ребенка). Для установления непосредственного эффекта эндотрахеального введения курсурфа(200мг/кг-болусно) данные рентгенограмм и показатели КОС оценивали перед введением препарата и через 30 минут – 1 час после введения. В дальнейшем КОС определяли 2-3 раза в день, а также перед и после изменением параметров ИВЛ, а рентгенограммы по необходимости, чаще всего по изменению клинического состояния детей. 2 дозу курсурфа вводили через 12ч после 1дозы. Эффективность терапии сурфактантом оценивали по следующим критериям:

- Уменьшение потребности новорожденного ребенка в дополнительном кислороде
- Улучшение экскурсий грудной клетки.
- Увеличение растяжимости легких

Результаты исследования и их обсуждение. Количество новорожденных пролеченных в отделении реанимации из года в год продолжает уменьшаться, что связано с регионализацией перинатальной помощи, а так же более адекватным ведением родов, мониторингом состояния плода во время родов (табл.1).

У детей, родившихся ранее 30 недель гестации и не получавших пренатальной профилактики стероидными гормонами, его частота составляет около 65%, при наличии пренатальной профи-лактики – 34,9%; у детей, родившихся на сроке гестации 30–34 недели без профилактики – 24,6%, при наличии профилактики – 10,1 %. У недоношенных детей, родившихся в сроке более 34 недель гестации, его частота не зависит от пренатальной профилактики и составляет менее 5%. Одновременно отмечено более значимое и быстрое снижение среднего давления дыхательных путей (МАР) и частоты дыханий, в среднем на 17 дыханий в минуту, за счет увеличения времени вдоха после введения курсурфа. Был проведен анализ гемодинамических эффектов курсурфа.

Таблица 1. Динамика пролеченных недоношенных детей по отделению реанимации новорожденных.

	2009 г	2010 г	2011 г.
всего родилось	6393	5929	6010
поступило в ОРИТ новорожденных	240 -3,75%	162 - 2,7%	123 - 2%
недоношенных	143 -59,6%	80-49,4%	40 - 32,5%

Непосредственно после введения курсурфа у больных отмечено увеличение ЧСС, минутных объемов обоих желудочков сердца и системного артериального давления, что свидетельствует о снижении легочного сосудистого сопротивления, уменьшения постнагрузки правого желу-

дочка и росту преднагрузки левого желудочка. Ни у одного из обследованных детей, на фоне проводимой терапии курсурфом не отмечено случаев легочного кровотечения, которое может провоцироваться перегрузкой малого круга кровообращения объемом.

Табл.2 Нозологическая структура пролеченных новорожденных в ОАРИТ :

Нозология	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Больные и заболевшие	240	162	123
Асфиксия при рождении	50 - 20,8%	26 - 16%	13 - 10,6%
- из них тяжелой степени	36 - 72%	18 - 69,2%	9 - 69,2%
РДС /Первичный ателектаз легких	63 - 26,25%	34 - 21%	24 - 19,5%

Результатами применения курсурфа в комплексной терапии новорожденных с тяжелой патологией легких также являются: 1) низкая частота пневмоторакса (всего 3%, среди больных с СДР I типа 2,3% детей) и интерстиц альной эмфиземы легких (всего 2,3%, среди больных с СДР I типа 0,8% детей). 2) Низкая частота внутричерепных кровоизлияний (отмечены всего у 7,6% больных). 3) Выживаемость к 28 дню без развития бронхолегочной дисплазии составила 97%. Особенно необходимо подчеркнуть, что от СДР I типа, как непосредственной причины смерти, умер всего один ребенок (с экстремально низкой массой тела с весом при рождении 1193 грамм при сроке гестации 27-28 недель, получивший курсурф. При анализе динамики кратности применения сурфактанта, обращает на себя внимание, что большинство детей (89,2%), для снижения параметров ИВЛ и улучшения клинико-рентгенологической картины достаточно одного - двухкратного введения препарата, что представляется экономически очень

выгодным. По данным разных авторов частота развития синдромов утечки воздуха составляет от 16% до 40%, перивентрикулярных и внутрижелудочковых кровоизлияний - 17% - 40% (у новорожденных с гестационным возрастом менее 34 недель), ФАП - от 7% до 42% в зависимости от гестационного возраста при рождении [5].

Таким образом, из нашего исследования могут быть сделаны следующие выводы:

1) Применение натурального сурфактанта способствует клиническому улучшению состояния новорожденного. Большинство детей для улучшения состояния требуют однократного, максимум двухкратного введения "курсорфа".

3) Терапия "курсорфом" резко снижает частоту утечки воздуха из легких и БЛД(до 3,8%)

4) введение курсурфа в первые 20 минут жизни детям с патологией ЦНС, имеющих ранние признаки РДС, позволило уменьшить степень тяжести дыхательной недостаточности и снизить потребность в ИВЛ более чем в 2 раза.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Bohlin K, Gudmundsdottir T et al.// *Implementation of surfactant treatment during continuous positive airway pressure*// *Perinatology*//2007, 27(7) 422-7
2. Been O . *What's new in surfactant? A clinical view on recent developments in neonatology and paediatrics.* *Eur J Pediatr.* 2007 Sep;166(9):889-9
3. Gortner L, Hilgendorff A. *Surfactant-associated proteins B and C: molecular biology and physiologic properties.* *Z Geburtshilfe Neonatol.*2004 Jun;208(3):91-7.
4. Halliday HL. *Surfactants: past, present and future.* *J Perinatol.* 2008 May;28 Suppl 1:S47-56.
5. Stevens TP. *Surfactant replacement therapy.* *Chest.* May 2007; 131(5): 157782.

К.К Агибаева

ШАЛА ТУҒАН БАЛАЛАРДЫ «КУРОСОФ» ДӘРІСІМЕН АЛМАСТЫРУЛЫҚ ЕМДІ ҚОЛДАНУДЫ ТАЛДАУ

2009-2011 ж. №1 Астана қ. перзентханадағы реанимация және қарқынды терапия бөлімшесіне түскен 131 шала туған нәресте зерттелген. Сурфактанттық әсерлілік 100% және (89,2%) нәрестелерге сурфактанттың қажеттілігі -1-2 жағдайда анықталған.

К.К Агыбаева

THE ANALYSIS OF SUBSTITUTION THERAPY PRETERM INFANTS OF CUROSURF

Examined 131 premature infants admitted to the intensive care and neonatal intensive care urban maternity hospital № 1 in Astana in 2009 - 2011. The efficacy of therapy is 100%. Most children need to improve the single, double and a maximum of introducing «Curosurf».



УДК: 616.12-008.6-08

Аймакова Г. О.

ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ И ОТДАЛЕННЫХ ЭФФЕКТОВ КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН III-IV ФК ПО NYHA

АО «Республиканский центр неотложной медицинской помощи» г. Астана.

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является важнейшей медико-социальной и экономической проблемой в развитых странах, а для лечения тяжелых форм ХСН в арсенале клинициста недостаточно эффективных медикаментозных средств. Поэтому закономерно, что при рефрактерной к фармакотерапии ХСН альтернативой являются различные хирургические способы лечения: реваскуляризация миокарда, коррекция атриовентрикулярной недостаточности, имплантация искусственного левого желудочка, пересадка сердца, а также метод ресинхронизирующей терапии, который может сочетаться со многими хирургическими методами лечения сердечной недостаточности.

Одним из первых, S.Carlaу et al, 1994 году описали клинический случай использования такой методики посредством проведения четырехкамерной постоянной стимуляцией сердца у пациента с терминальной сердечной недостаточностью, 4 ФК по NYHA, блокадой ЛНПГ с длительностью QRS более 120 мс и АВ блокадой I степени. Больному был имплантирован DDD кардиостимулятор с эндокардиальными электродами в правых камерах сердца коронарного синуса и торакоскопически имплантированным электродом для эпикардиальной левожелудочковой стимуляции.

В результате проведения ресинхронизирующей стимуляции на госпитальном этапе отмечалось увеличение ФВ ЛЖ на 20-25% и состояние пациента стало соответствовать 2 ФК по NYHA. J.C.Dembert et al в 1998 предложили провод для стимуляции ЛЖ через коронарные вены. Методика получила наибольшее распространение и компаниями-производителями был созданы специальные электроды и системы для доставки электрода в венозную систему сердца.

Во многих центрах исследованиях было показано, что кардиоресинхронизирующая терапия у пациентов с ХСН и дисфункциональным миокардом, рефрактерным к адекватно проводимому медикаментозному лечению и обладающим электромеханической диссоциацией, доказала свою состоятельность как дополнительный способ реальной помощи этим больным. Ее применение ведет к улучшению клинического статуса, увеличению переносимости физической нагрузки, функционального состояния миокарда, снижению госпитализации, снижению летальности и смертности, в связи с чем обоснованно относится к первому классу рекомендаций, основанных на доказательной медицине.

Показаниями для кардиоресинхронизирующей терапии являются наличие клиники выраженной ХСН III-IV функциональных классов

классификации NYHA, несмотря на оптимальное медикаментозное лечение, фракция выброса (ФВ) ЛЖ менее 35%, расширение комплекса QRS более 120 мс, которое используется как маркер желудочковой диссинхронии. Процент пациентов с положительным ответом на кардиоресинхронизирующую терапию может быть увеличен при правильной оценке критериев механической диссоциации и оптимизации положения левожелудочкового электрода. Современные исследователи в качестве диагностических методов предлагают использовать эхокардиографию. Она является надежным методом правильно идентифицировать подходящих кандидатов для сердечной ресинхронизирующей терапии и уменьшить число пациентов, не имеющих положительного эффекта после кардиоресинхронизирующей терапии.

Цель исследования. В связи с вышеперечисленным целью нашей работы явилось оценить непосредственные и отдаленные эффекты кардиоресинхронизирующей терапии у пациентов с ХСН.

Материалы и методы. В исследование включены 15 пациентов, мужчин, средний возраст 54,5 лет, госпитализированных в кардиологическое

отделение АО РНЦ НМП в период с 2011 по 2012 год. Средний срок наблюдения 12,6±1,0 мес. Основным критерием включения являлась тяжелая сердечная недостаточность III-IV ФК по NYHA, рефрактерная медикаментозной терапии, на фоне ишемической или дилатационной кардиомиопатии, сниженной ФВ ЛЖ, наличие механической диссинхронии миокарда, подтвержденной ЭХОКГ, недостаточность АВ клапанов.

До поступления в стационар все пациенты находились на оптимальном медикаментозном лечении, согласно рекомендациям по лечению ХСН: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), бета-адреноблокаторы в максимально переносимых дозах под контролем АД, диуретики, антагонисты альдостерона, сердечные гликозиды. Всем пациентам проведена кардиоресинхронизирующая терапия (СРТ-Д).

У обследуемых пациентов проводился подробный сбор анамнестических данных, осуществлялся объективный осмотр, измерение АД, ЧСС, регистрация ЭКГ в 12-ти отведениях, определялся ФК ХСН по NYHA, выполнялась эхокардиография (ЭхоКГ). Обследования больных проводились исходно, через 1,3,6 и 12 месяцев после сердечной ресинхронизации.

Клиническая характеристика обследованных пациентов

Характеристика пациентов	Пациенты, включенные в исследование
n	15
Возраст, лет	54±4,6
Мужчины	15
ИБС	5
Ишемическая кардиомиопатия	7
Дилатационная кардиомиопатия	2
Миокардит	1
III ФК по NYHA	11
IV ФК по NYHA	4
Систолическое артериальное давление, мм.рт.ст.	120,5±12,0
Синусовый ритм	14
Фибрилляция предсердий	1
Установка СРТ-Д	15
Полная блокада левой ножки пучка Гиса	5
Радиочастотная абляция	1
Неэффективность или недостаточность оптимальной медикаментозной терапии	15

Результаты. Среди пациентов через 1 месяц после имплантации 8 (53%) пациент имели положительный ответ на лечение, 7 (47%) пациентов не отмечали эффекта от лечения. К концу 12-го месяца наблюдения количество среди этих пациентов увеличилось до 10 (66%) человек.

В первый месяц проведения СРТ-Д в группе обследуемых произошло уменьшение КСО ЛЖ на 10 % в сравнении с исходным, толерантность к физической нагрузке не менялась, оценка качества жизни по Миннесотскому опроснику

значительно увеличилась (в среднем на 25 баллов).

Продолжение СРТ-Д до 12 месяцев привело к дальнейшей регрессии камер сердца (КСО, КДО ЛЖ), увеличение толерантности к физической нагрузке, улучшению качества жизни.

Закключение. Сегодня сердечная ресинхронизирующая терапия является новым и в тоже время утвердившимся методом лечения ХСН, показания для которого присутствуют в рекомендациях кардиологических обществ большинства развитых стран. Важно, что

эффективность метода доказана в большом количестве крупных исследований с привлечением значительного количества пациентов. Технология

метода продолжает совершенствоваться, что повышает эффективность метода и снижение количества осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Janousek, J. Cardiac resynchronization congenital heart disease // *Heart* 2009; 95: 940-947.

2. Warner Stevenson, L. The Points for Pasing // *Lynne Warner Stevenson // ACC*, 2003; 42: 1460-1462.

3. Кардиоресинхронизирующая терапия: путь к лечению пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью / В.Ю. Бондарь, С. А. Митрофанова, Т.Э. Неаполитанская // *Дальневосточный медицинский журнал*. - 2007. - № 2, - С. 42-44.

4. Кардиоресинхронизирующая терапия в тактике ведения больных хронической сердечной недостаточностью / В.Ю. Бондарь, В.А. Разумовский, С.А. Митрофанова, Б.В. Ковальский, Т.Э. Неаполитанская // *VII Международный славянский конгресс по электрокардиостимуляции и клинической*

электрофизиологии сердца «КАРДИОСТИМ». Вестник аритмологии: сб. науч. работ. - СПб, 2006. - С. 84.

5. Yu, C.M. [et al] // *Circulation*, 2005, 112: 1580-1586.

6. 2010 Focused Update of ESC Guidelines on device therapy in heart failure An update of the 2008 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure and the 2007 ESC guidelines for cardiac and resynchronization therapy // *Eur Heart J* (2010) 31, 2677-2687.

7. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр) // *Сердечная недостаточность*. 2008. Т. 8. № 1. 36 с.

8. Winter, S., Nesser, H. J. *Echocardiography for cardiac resynchronization*. 2007.

Г.О.Аймакова

НҮНА III-IV ФК БОЙЫНША СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ БАР НАУҚАСТАРҒА КАРДИОРЕСИНХРОНИЗАЦИЯЛАУ ЕМІНІҢ ТІКЕЛЕЙ ЖӘНЕ КЕЛЕШЕК ӘСЕРІН БАҒАЛАУ

Біздің зерттеу барысында кардиоресинхронизациялық терапия нәтижесіне талдау жасалды. Бұл науқастарға емдеудің оңтайлы нәтижелерін көрсетті.

G.O.Aymakova

ESTIMATION OF IMMEDIATE RESULTS AND LATE FATE CARDIAC RESYNCHRONIZATION THERAPY WITH PATIENTS WITH CHF III-IV ACCORDINTS TO NYHA.

In our work, we evaluated the immediate and long-term effects cardiac resynchronization therapy, which is a modern method of treatment of patients with advanced heart failure.



ПРИЧИНЫ НИЗКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Республиканский диагностический центр

Ревматоидный артрит (РА)– аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом (синовитом) и системными воспалительными поражениями внутренних органов. Во всём мире РА страдают около 58 млн. человек [1]. За счет быстрого прогрессирования заболевания, ранней инвалидизации и снижения средней продолжительности жизни больных экономические потери от РА сопоставимы с таковыми от ишемической болезни сердца [2]. РА — динамически развивающийся процесс, для подавления которого необходимо назначение пожизненной терапии. Основные задачи лечения РА — достижение клинической ремиссии и сохранение на максимально долгий срок хорошего качества жизни: ослабление болей, скованности и припухлости суставов, снижение выраженности общих признаков болезни — недомогания, снижения массы тела — мышечной массы [3]. Однако зачастую эффект от базисной терапии низкий, нестойкий, что приводит со временем к значительному ухудшению состояния пациента [4]. Постоянный мониторинг активности воспалительного процесса с коррекцией терапии, в случае ее недостаточной эффективности – необходима мера при РА. На современном этапе существует множество способов определения активности РА. Наиболее значимые показатели активности РА представлены в базовом наборе Американской Коллегии Ревматологов (АКР) [5]. Он включает:

- число болезненных при пальпации суставов,
- число припухших суставов,
- оценку выраженности артралгий,
- общую оценку активности заболевания

больным,

- общую оценку активности заболевания врачом,
- определение функции суставов,
- лабораторное исследование одного из острофазовых показателей.

На основании этого Американской коллегии ревматологов (ACR) были разработаны критерии улучшения течения РА, включающие:

1. уменьшение числа болезненных суставов;
2. уменьшение числа припухших суставов;
3. по крайней мере 3 из следующих:
 - общая оценка активности (по мнению врача);
 - общая оценка активности (по мнению пациента);
 - оценка боли в суставах;
 - счет индекса нетрудоспособности (HAQ);
 - острофазовые показатели (СОЭ, СРБ) [6].

Однако оценивать эти показатели по отдельности долго и утомительно, кроме того большинство из них входит в индекс DAS 28 (Disease Activity Score) [7]. Согласно данному индексу учитываются изменения 28 наиболее часто поражаемых суставов: проксимальные межфаланговые, пястнофаланговые, лучезапястные, локтевые, плечевые и коленные. Активность РА расценивается как низкая (DAS28 ≤3,2), умеренная (3,2<DAS28≤5,1) или высокая (DAS28>5,1). Индекс DAS<2,8 соответствует состоянию ремиссии по критериям Американской ревматологической ассоциации. Индекс DAS28 удобен также тем, что позволяет оценить эффективность проводимой терапии (с учетом уменьшения индекса в процессе лечение и его конечного значения) [8].

Таблица 1. Критерии эффективности терапии EULAR по DAS28

Уменьшение DAS 28	>1,2	0,6-1,2	<0,6
Конечное значение DAS 28			
<3,2	Хороший эффект	Удовлетворительный эффект	Без эффекта
3,2-5,1	Удовлетворительный эффект	Удовлетворительный эффект	Без эффекта
>5,1	Удовлетворительный эффект	Без эффекта	Без эффекта

Целью настоящей работы являлось выявление факторов риска низкой эффективности терапии у больных ревматоидным артритом (РА). Основываясь на цель, мы выделили следующие задачи:

- распределить больных по степеням

активности ревматоидного артрита на основе индекса DAS28;

- оценить эффективность терапии больных ревматоидным артритом, проводимой на амбулаторном этапе;
- рассмотреть факторы, влияющие на

исход проведенной терапии (состояние больных, длительность заболевания, своевременность полученного лечения, серопринадлежность, выраженность рентгенологических изменений).

Материалы и методы. На базе Республиканского Диагностического Центра наблюдались 35 пациентов с достоверным диагнозом РА по критериям АРА, из них 29 женщин и 6 мужчин. Первоначально группу наблюдения составляли 38 больных, трое из них выбыли по субъективным причинам. Средний возраст больных составил $49,8 \pm 10,7$ лет. Длительность заболевания $8,9 \pm 6,1$ лет. Оценивался результат 8 месячной терапии. Регистрировались основные показатели воспалительной активности, необходимые для подсчета индекса DAS28: число припухших суставов (ЧПС), число болезненных суставов (ЧБС), общее состояние здоровья по визуальной аналоговой шкале (ОСЗ по ВАШ), СОЭ; а также ревматоидный фактор, наличие системных проявлений, рентгенологическая стадия артрита и функциональный класс. Методика сбора материала: выкипировка на специальные карты, группировка и составление таблиц, расчет индекса DAS28 и средних величин с помощью программ Microsoft Office Excel 2007 и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. При первом обращении больных индекс DAS28 составил в среднем $5,9 \pm 0,5$ баллов. Высокая степень активности отмечалась у 11 (31,4 %), средняя у 21 (60,0 %), низкая степень активности – у 3 пациентов (8,6%). Все пациенты получали базисную терапию – метотрексат (10-15 мг/нед), сульфасалазин (2 г/с), или комбинацию этих препаратов; ГКС в низких дозах (5-10 мг/с); НПВП. На фоне проводимой терапии отмечено снижение регистрируемых показателей активности РА и, как следствие, снижение индекса DAS28. Итак, после 8 месяцев терапии у 2 (5,7%) отмечалась высокая степень активности РА, у 10 (28,6%) средняя, у 16 (45,7%) низкая; отсутствие активности - у 7 больных (20,0%). Хороший эффект от лечения отмечался у 18 больных (конечное значение DAS28 – $2,7 \pm 0,4$, снижение DAS28 произошло на $3,9 \pm 0,6$), удовлетворительный эффект – 11 пациентов (конечное значение DAS28 $4,2 \pm 0,5$, снижение DAS28 на $2,1 \pm 0,5$), низкий эффект терапии у 6 больных (конечное значение DAS28 $6,4 \pm 0,5$, снижение индекса - на $0,9 \pm 0,5$).

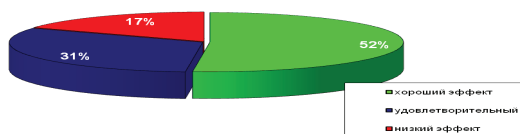


Диаграмма 1. Эффективность терапии

По результатам лечения все пациенты были разделены на 2 группы:

- 1) с хорошим эффектом от терапии – 18 пациентов;
- 2) с удовлетворительным и низким эффектом – 17 пациентов.

Далее предлагаем рассмотреть зависимость эффективности терапии от длительности заболевания и сроков назначения базисной терапии. В первой группе длительность заболевания составила $5,4 \pm 1,2$ лет, а время от начала заболевания до назначения базисной терапии составило $1,9 \pm 0,5$ лет, во второй группе данные показатели больше в 2-3 раза: длительность заболевания – $13,1 \pm 3,9$ лет, время от начала РА до назначения базисной терапии $6,1 \pm 2,3$ (см диаграмму 2). Это дает нам право считать длительность РА и срок назначения базисной терапии факторами, влияющими на эффективность лечения.

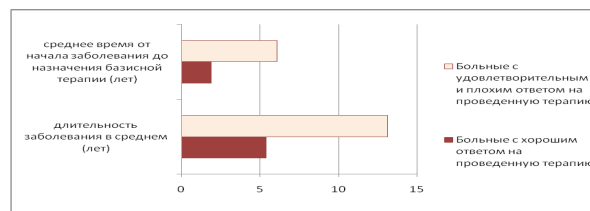


Диаграмма 2. Зависимость эффективности лечения от длительности заболевания и сроков назначения базисной терапии

Мы выделили также причины неполучения больными базисной терапии, из диаграммы 3 видно, что большинство больных (59 %) самостоятельно прекратили лечение после улучшения состояния.

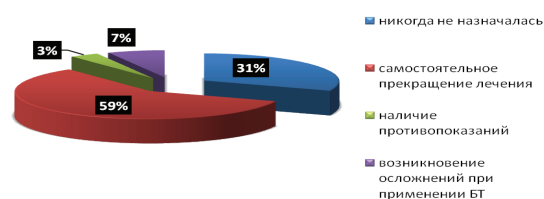
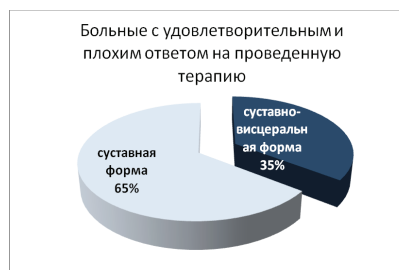


Диаграмма 3. Причины неполучения больными базисной терапии

Данное исследование проводилось как у больных с суставной, так и с суставно-висцеральной формой РА, которая встретилась у 9 пациентов и была представлена ревматоидными узелками (6 больных), анемией хронического иммунного воспаления (3 больных), лимфоаденопатией (2 больных), амиотрофиями (2), васкулитом (1), лихорадкой (1), поражением глаз в виде увеита (1). Трое больных висцеральной формой вошли в первую группу, 6 в группу с удовлетворительным и низким эффектом терапии (диаграмма 4).

Диаграмма 4. Распределение форм ревматоидного артрита



Большинство больных в первой группе имели 2 и 3 рентгенологическую стадию РА, 4 стадии – не отмечалось, тогда как во второй группе преобладала 3 и 4 стадия (диаграмма 5). Аналогичная картина наблюдается с функциональной недостаточностью суставов: в первой группе

преобладают больные с 1 степенью и полностью отсутствуют с 4-й, все больные с 4 степенью вошли во вторую группу, где вместе с 3 степенью составляют подавляющее большинство (диаграмма 6). Таким образом, артрит в далеко зашедших стадиях плохо поддается терапии.

Диаграмма 5. Распределение пациентов по рентгенологическим стадиям РА

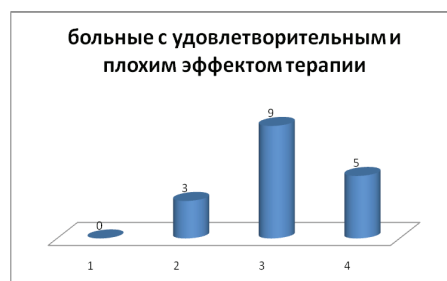
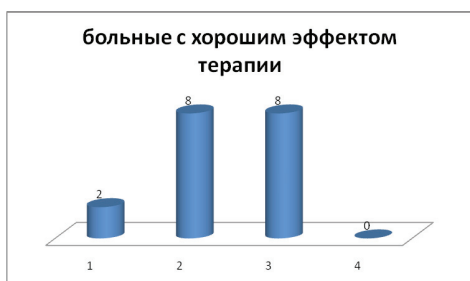
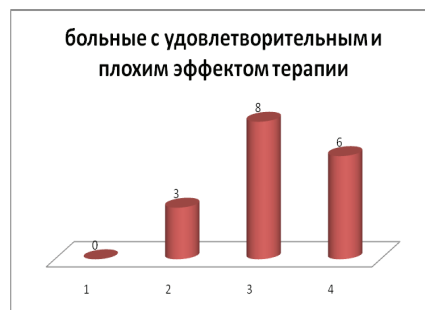
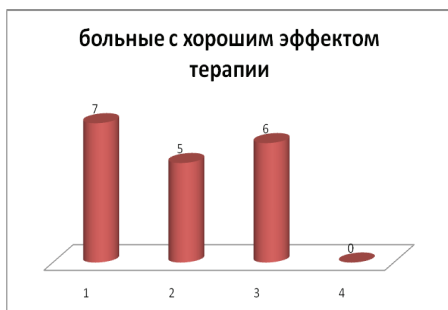


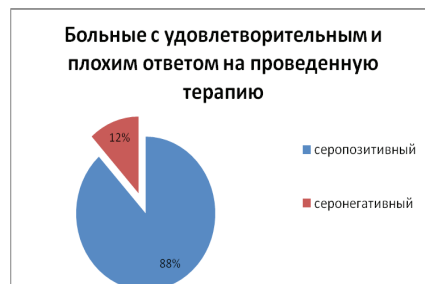
Диаграмма 6. Распределение пациентов по степени недостаточности функции суставов



Ревматоидный фактор (РФ) также играет неблагоприятную роль в прогностическом отношении – серопозитивный вариант преобладал в группе с удовлетворительным и плохим ответом

на терапию (диаграмма 7). Кроме того РФ достоверно коррелирует с системностью процесса, развитием висцеральных проявлений и эрозий в костной ткани.

Диаграмма 7. Распределение больных по серопринадлежности в обеих группах



Выводы: К факторам риска низкой эффективности терапии больных относятся: длительно протекающий РА, отсутствие или позднее назначение базисной терапии, наличие ревматоидного фактора в крови и висцеральных проявлений, артрит на поздних рентгенологических стадиях и с высокой

степенью функциональной недостаточности суставов. Выделение неблагоприятных факторов на ранних стадиях артрита является важной задачей врача-ревматолога, так как это позволит повысить эффективность терапии путем назначения более активного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ревматические болезни. Под ред. В.А.Насоновой и Н.В.Бунчука. М., 1997.
2. Gabriel SE. The epidemiology of rheumatoid arthritis. *Dis. Clin. North. Amer.*, 2001, 27, 269-281.
3. ГУ Институт ревматологии РАМН, Ассоциация ревматологов России. Диагностика и лечение ревматоидного артрита. Клинические рекомендации. — М., 2004. — С. 50.
4. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита: взгляд в XXI век. *Клин. медицина*, 2005, 6, 8-12
5. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis. 2002 Update. *Arthritis Rheumatism*. 2002; 46:328–346.
6. Van Gestel A.M., Anderson J.J., van Riel P.L.C.M., et al. ACR and EULAR improvement criteria have comparable validity in rheumatoid arthritis trials. *J. Rheumatol.* 1999, №26 :705–711.
7. Felson D. T., Anderson J. J et al. The American College of Rheumatology core set of disease activity measures for rheumatoid arthritis clinical trials//*Arthritis Rheum.*-1993; №36: 729-740.
8. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines. Guidelines for monitoring drug therapy in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.*, 1996; 39:723–731.

Айтжанова Р.М.

РЕВМОТОЛОГИЯЛЫҚ БУЫН ҚАБЫНУЫМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ КЕЗЕҢДЕ ЕМДЕУ ТИІМДІЛІКТЕРІНІҢ ТӨМЕНДЕУ СЕБЕПТЕРІ

Зерттеу мақсаты. Ревматологиялық буын қабынуының (РА) науқастарын амбулаториялық кезеңде емдеудің тиімділігінің төмендеу себептерін анықтау.

Материалдар мен әдістер. Емнің тиімділігі DAS28 – ге сәйкес Америка Ревматология Ассоциациясының (ARA) критерилері бойынша ревматологиялық буын қабынуы анықталған 35 науқас арасында бағаланды.

Нәтижелер. Емнің тиімділігі төмендетуге әсер етілген факторлар айқындалды: ұзақ ревматологиялық буын қабынуы, базальқ терапияның кеш берілуі немесе мүлде болмауы, қанда висцералды және ревматологиялық факторлардың анықталуы, буын қабынуы және жоғары дәрежедегі буын жетіспеушіліктерін рентгендік кезеңдерде кеш анықталуы.

Қорытынды. Ревматологиялық буын қабынуының қолайсыз факторларын ерте кезеңдерде анықтау науқасқа белсенді терапияны белгілеу арқылы емдеу тиімділігін арттырады.

Aitghanova R.M.

ASSESSING THE CAUSES OF LOW THERAPY'S EFFICIENCY IN OUTPATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Aim. To assess the causes of low therapy's efficiency in outpatients with rheumatoid arthritis.

Material and methods. The efficiency of the therapy using index DAS28 was evaluated in 35 patients with rheumatoid arthritis (RA) according ARA's criteria.

Results. The causes of low therapy's efficiency are long-passing RA, an absence or tardy prescription of the basic therapy, a presence of the rheumatoid factor and visceral manifestations, last X-ray's stages and high ranges of functional joint's insufficiency.

Conclusion. Determining the unfavorable factors permits to raise the therapy's efficiency by the prescription more aggressive treatment.



ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ДРОЖЬ

Главный военный клинический госпиталь, Министерства обороны РК

Каждый анестезиолог-реаниматолог сталкивался с такой серьезной проблемой, как послеоперационная дрожь. Проблема купирования послеоперационной дрожи в современной клинике является очень актуальной задачей. Во время дрожи увеличивается частота сердечных сокращений, следовательно, уменьшается длительность общей систолы, при этом ухудшается кровоснабжение, увеличивается минутный объем сердца на 0,5-1,5 литра/мин, что говорит об увеличении метаболических потребностей, увеличиваются энергозатраты и, при относительной гипоперфузии тканей, нарастает ацидоз, что всё вместе ведет к истощению компенсаторных возможностей организма, удлинению постнаркозной депрессии и, нередко, к развитию осложнений. [1,2].

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности различных препаратов для купирования послеоперационной дрожи.

Нами обследовано 80 больных в возрасте от 28 до 75 лет после торакальных, абдоминальных, гинекологических оператив-

ных вмешательств, операций на молочной железе, у которых в послеоперационном периоде наблюдалась дрожь. Все оперативные вмешательства были проведены под тотальной внутривенной анестезией в условиях искусственной вентиляции легких. Средняя продолжительность операции составила (2,5± 0,45) часа. Температура воздуха в операционной 20-22° С. Для купирования послеоперационной дрожи использовали промедол, трамал, магния сульфат, пипольфен и даларгин. Замечено, что даларгин сравним по эффективности с промедолом и трамалом однако не удлиняет постнаркозную депрессию[4,5].

Измеряли показатели центральной гемодинамики - не инвазивное артериальное давление, частоту сердечных сокращений, частоту пульса, сатурацию гемоглобина, оценивали цвет кожных покровов, начало, и длительность послеоперационной дрожи оценивали визуально и по субъективным ощущениям пациента. Полученные результаты мы представили в виде таблицы №1.

Таб. №1 Сравнительная характеристика эффективности препаратов, используемых для купирования послеоперационной дрожи

Препарат	Путь введения	Доза	Начало эффекта	Эффективность
Промедол	в/в болюсно	20мг.	1 мин.	++++
Трамал	в/в болюсно	100мг.	1 мин.	++++
MgSO ₄	в/в болюсно	2,5гр.	5 мин.	+++
Пипольфен	в/в болюсно	50мг.	5 мин.	+
Даларгин	в/в болюсно	2мг	1 мин.	++++

Вывод: Таким образом, отмечено, что наиболее эффективными при купировании послеоперационной дрожи являются промедол, трамал. Серьезной альтернативой наркотическим анальгетикам, которые удлиняют постнаркозную депрессию стало использование даларгина. Кроме того доказано, что даларгин обладает антигипоксическими свойствами, сравнимыми с эффектами оксibuтирата натрия и лития, оказывает панкрепротекторное, гепатопротекторное, иммуномодулирующее действие, способен стимулировать

регенерацию кожи, подкожной клетчатки, нервной и костной ткани, печени, обладает антистрессорным эффектом и относится к эндогенной антистрессорной системе, способствует улучшению функции почек (например, при шоке), нормализует экскрецию электролитов и их содержание в плазме крови [3,4,5]. Благоприятным эффектом магния сульфата является снижение пред- и постнагрузки на сердце, увеличение минутного объема сердца не за счет частоты сердечных сокращений, а путем увеличения ударного объема, предотвра-

шение развития метаболического ацидоза [1]. Исследуемые препараты пациентами переносились хорошо, нарушений витальных функций мы не наблюдали. Умерен-

ное снижение артериального давления при введение магния сульфата, даларгина не требовало специфической коррекции и было не продолжительным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаев А. В., Акимов А.В. Проблема купирования послеоперационной дрожи. Актуальные вопросы современной медицины. Том 1, Новосибирск, 1997, с.80–81.

2. Николаев А.В., Акимов А.В. проблема купирования послеоперационной дрожи. Тезисы докладов VII всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов 25–29 сентября 2000 г. Санкт Петербург, 2000 г., с.201.

3. Николаев А.В. Устранение послеоперационной дрожи даларгином. Тезисы

докладов VII всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов 25–29 сентября 2000г. Санкт Петербург, 2000г., с.200.

4. Николаев А.В., Слепушкин В.Д. Отечественный препарат даларгин и его использование в онкологии. Ж. Будьте Здоровы. г.Новосибирск, 2000г., с.14–16.

5. Слепушкин В.Д. Использование даларгина в анестезиологии и интенсивной терапии. Вестник интенсивной терапии №1, 1996г., с.7–8.

Алеманов Б.С.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ҚАЛТЫРАУ

Біздің зерттеудің барысында 28 бен 75 жас аралығындағы 80 науқасқа торакалды, абдоминалды, гинекологиялық оталармен қатар, сүт бездеріне ота жасалып, отадан кейінгі кезде байқалған қалтыраудың көрінісі осы мақалада сипатталған.

Alemanov B.S.

POSTOPERATIVE SHIVERING

A total of 80 patients aged 28 to 75 years after thoracic, abdominal, gynecological surgery, breast surgery. The aim of our study was to evaluate the effectiveness of different drugs for the relief of postoperative shivering.



ИССЛЕДОВАНИЕ «MAGIC» РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №2»

Несмотря на широкое распространение магния в природе, в популяции его дефицит встречается часто (от 16 до 43%) [1-3]. Понятие «Дефицит магния» (ДМ) включает снижение общего содержания магния в организме, клинические проявления этого состояния, индивидуальный набор симптомов из типичных для дефицита магния признаков. ДМ следует отличать от гипомagneмии, или гипомagneзиeмии, - концентрации магния в сыворотке ниже нижней границы нормы (0,75-1,26 ммоль/л, согласно рекомендациям ВОЗ). ДМ не просто диагностировать по клиническим признакам, так и по анализу крови, который дает неполную информацию о содержании микроэлемента в организме [2]. По данным литературы уровень магния в крови может сохраняться в нормальных пределах даже при снижении общего количества магния в организме на нормомagneзиeмии не исключает возможного дефицита магния. Поэтому, по мнению Е.С. Акарачковой (2010) обнаружение гипомagneзиeмии (магний крови меньше 0,8 ммоль/л) является признаком выраженного дефицита магния в организме [5].

Установлено, что хронический стресс приводит к повышенной потребности в магнии за счет активации липолиза, избыточного активного расходования АТФ и повышению экскреции магния с мочой [1-3,6] что в конечном счете приводит к развитию ДМ.

В проведенных в США в 1990-е гг. исследованиях показано, что гипомagneзиeмия встречалась в 47,1 % случаев, однако клинические признаки ДМ выявились более чем у 72% взрослых американцев [1]. По результатам исследования уровня магния в 2010 г. у 16 тыс. жителей Германии субоптимальный уровень (ниже 0,76 ммоль/л) обнаружен у 33,7% обследованных [6].

К сожалению, в Казахстане, также как и в других странах СНГ, отсутствуют данные по распространенности ДМ среди населения.

Повседневная рутинная профессиональная деятельность врачей часто требует достаточно интенсивного, неспонтанного, не обязательно конфликтного, но по разным причинам эмоционального общения с пациентами. Постоянные изменения в системе здравоохранения Республики Казахстан в последние годы – внедрение новых стандартов лечения, фармакоэкономических протоколов, изменение системы оплаты труда – повлекли

за собой увеличение нагрузки на врачей (в особенности, на работников системы ПМСП – участковых терапевтов, ВОП). Данный контингент врачей, традиционно подверженный наибольшим психоэмоциональным нагрузкам, оказался в максимально стрессогенной ситуации. Большой поток пациентов обуславливает постоянное напряжение внимания; между тем, в условиях кадрового дефицита продолжительность рабочего дня врача общей практики или участкового терапевта нередко превышает 10 часов. Кроме того, относительно невысокий уровень заработной платы не позволяет создать полноценный рацион, восполняющий потребность в микроэлементах, в частности, в магнии [7]. Все это не может не сказаться на здоровье сотрудников поликлиник и больниц, формируя у них хронический стресс. У людей, чья жизнь и работа связаны с эмоциональными стрессами, может отмечаться скрытый дефицит магния, который связан с недостаточным восполнением магниевых потерь в связи с повышенной потребностью в элементе из-за стрессов [8].

Для подтверждения гипотезы о повышенной распространенности гипомagneзиeмии у врачей поликлинического звена было запланировано данное исследование, целью которого явилось изучение распространенности дефицита магния у медицинских работников в Казахстане.

Задачами исследования явились: а) определение содержания магния в крови и волосах у медицинских работников (врачей ВОПов, терапевтов, невропатологов, кардиологов); б) определение качества жизни, а также ситуационной (реактивной) и личностной тревожности у медицинских работников; установление взаимосвязей между дефицитом магния и социально-демографическими, психологическими показателями.

Материал и методы: В многоцентровое одноментное поперечное (cross-sectional study) исследование включено 308 медицинских работников (297 женщин/11 мужчин) – врачей общей амбулаторного звена (ВОП, терапевты, неврологи, кардиологи) г. Астана (116 чел.) Врачи амбулаторного звена были выбраны в качестве объекта исследования вследствие стандартизированной и интенсивной клинической нагрузки.

Исследование проводилось при поддержке фармацевтической компании Sanofi в период 15 марта по 20 апреля 2011 г. Критериями включения

в исследование являлись: информированное письменное согласие на участие в исследовании; специальность – врач общей практики или терапевт, кардиолог, невролог.

Критериями исключения из исследования явилось: отсутствие информационного согласия; наличие тяжелых хронических соматических заболеваний в стадии декомпенсации, психических расстройств, инфекционных заболеваний; беременность.

Все участники исследования заполняли индивидуальную регистрационную карту, включающую социально-демографические данные (возраст, пол, срок рабочего дня), лабораторные данные (содержание магния в плазме и волосах), дополнительные сведения (лекарственные препараты, принимаемые в течение последней недели; другие возможные причины дефицита магния), опросник качества жизни SF 36 [9], тест ситуационной (реактивной) и личностной тревожности Спилбергера-Ханина [10].

Определение содержания магния в плазме крови проводился биохимическим методом в лаборатории генетики с биохимической и иммунологической диагностикой НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК (г. Алматы) и в клинико-диагностической лаборатории «Олимп» (г. Астана и г. Алматы) с использованием реактивов для определения для определения уровня магния в сыворотке, плазме и моче “Cobas” фирмы Roshe Diagnostics GmbH.

Исследование уровня магния в волосах осуществляется атомно-абсорбционным методом на аппарате ААС (пр-во Южная Корея) в клинико-диагностической лаборатории «Национальный аналитический центр (г. Алматы). Отбор проб проводился в соответствии с «Методическими рекомендациями по спектральному определению тяжелых металлов в биологических объектах» Э.И. Грановского и соавт. (1986) [11].

Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием компьютерной программы “Statistica 6.0” (“Statsoft”, США) [12]. Рассчитывали среднее значение (M) и стандартное отклонение (SD). Проверку выборок на соответствие нормальному распределению проводили методом трех сигм (s-SD), т.е. при выполнении условий: 1) почти все (99,7%) отклонения от среднего меньше трех сигм; 2) две трети (63,3%) отклонений меньше одной сигмы; 3) половина отклонений меньше чем 0,625 сигм – считали, что гипотеза о нормальном распределении не противоречит имеющимся данным [13]. При проверке гипотезы о равенстве средних в двух независимых выборках использовали непарный критерий Стьюдента (в случае нормального закона распределения) и критерий Mann-Whitney (в случае закона распределения отличного от нормального). Дискретные величины сравнивали по критерию с2

Pearson, коррекцию Yates применяли для таблиц сопряженности с 1-й степенью свободы (2x2). При сравнении набора частот в случае общего количества наблюдений каждого варианта значения менее 7 использовали точный критерий Фишера. Наличие связей между переменными устанавливали линейной регрессией и корреляцией (для нормальных распределений) и ранговой корреляцией Спирмена (для выборок с отличным от нормального распределением). Данные представлены в виде M± SD. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение. Средний возраст медицинских работников, включенных в исследование, составил 42,3±11,7 лет. Анализ клинико-демографических характеристик всей группы (n=308) медицинских работников (таблица 1), включенных в исследование показал, что средний возраст их составил 42,3±11,7 лет, подавляющее большинство (96,4%) являлись женщинами. 74% из обследованных являлись женщинами. 74% из обследованных лиц были замужем или женаты. Средний срок работы в медицине опрошенной выборки медицинских работников равнялся 18,5±11,88 лет. Средняя длительность рабочего дня составила 8,75±1,64 часов, что превышает установленные нормативы. При этом продолжительность рабочего времени 10 часов и выше отмечена у 107 врачей (34,7%).

В целом по общей выборке медицинских работников средний уровень магния в плазме крови 0,82±0,08 ммоль/л (в диапазоне от 0,6 до 1,46 ммоль/л). У женщин содержание магния плазмы составило 0,82±0,07 ммоль/л, у мужчин – 0,8±0,05 ммоль/л. Значимых различий показателей между указанными группами с учетом пола не отмечено ($p=0,34$).

Распределение обследованных лиц по содержанию магния в плазме крови с учетом рекомендаций ВОЗ (2002) (0,75-1,26 ммоль/л) показало, что 36 человек (11,7%) из общего числа обследованных имели сниженный плазменный уровень магния (менее 0,75 ммоль/л). У одного пациента содержание магния значительно превышало нормальные значения (1,46 ммоль/л).

Содержание магния в волосах у обследованных врачей в среднем составила 489,75±438,54 мг/кг, отличаясь значительной вариабельностью (размах показателей от 26,5 до 3626,6 мг/кг). Пониженное содержание магния в волосах, учитывая нормативные значения данного показателя свыше 50 мг/кг в работах О.А. Громовой и соавт. (2006) [14], Е.С. Акарачковой (2010) [5], а также показатели здоровых лиц (54,8±5,7 мг/кг) в исследовании Ж.М. Алдабековой (2006) [15], среди обследованных нами врачей имели 9 человек (2,92%). При этом следует отметить, что плазменный уровень магния у лиц со сниженным содержанием магния в волосах колебался от 0,71 до 0,86 ммоль/л, то есть являлся практически нормальным.

По данным литературы уровень магния в крови может сохраняться в нормальных пределах даже при снижении общего количества магния в организме на 80%, благодаря высвобождению микроэлемента из депо костей [4]. Следовательно, нормомагниемия не исключает возможного дефицита магния. Метод определения содержания магния в волосах позволяет охарактеризовать состояние магниевоего гомеостаза в целом и отражает устойчивые показатели, сформировавшиеся за большие промежутки времени (недели, месяцы, годы). Данный метод, согласно проведенным фундаментальным исследованиям, позволяет более достоверно выявить и оценить степень хронического магниевоего дефицита [16].

В связи с вышеизложенным, оценка качества жизни и уровня тревожности по Спилбергеру-Ханину во взаимосвязи с показателями магниевоего дефицита, далее нами проведена в группах 1) с пониженным содержанием плазменного уровня магния (менее 0,8 ммоль/л) в сравнении с группой с нормальным значением названного показателя; 2) с хронически сниженным содержанием магния в волосах по сравнению с группой с нормальным значением данного показателя.

Показатели качества жизни опросника SF-36 у обследованных медицинских работников в целом по группе имели выше среднего значения в диапазоне между минимальными и максимальными значениями (PF, RP, GH, VT, RE, MH), за исключением одного из показателей физического компонента здоровья – болевого синдрома (BP) и показателя психологического компонента здоровья – социальной роли (SF), значения которых были ниже средних.

Из параметров качества жизни по опроснику SF-36 у обследованных медицинских работников были ниже средних значений нормы такой такой показатель физического компонента здоровья, как болевой синдром, а также показатель психологического компонента здоровья – социальная роль.

Проведение у обследованных медицинских работников теста Спилбергера-Ханина продемонстрировало наличие высокой (свыше нормативных 45 баллов) как ситуационной (реактивной), так и личностной тревожности.

Дальнейший анализ клинических характеристик групп со сниженным (n=92) и нормальным (n=216) уровнями магния в плазме крови представлен в таблице 4. Достоверных различий названных групп по семейному положению, длительности рабочего дня и содержанию магния в волосах не выявлено. Группа врачей со сниженным плазменным уровнем магния оказалась младше по возрасту, имела меньший стаж работы в медицине и более низкий плазменный уровень магния (t=20,4, p<0,0001). Возможно, дефицит магния в данном случае может быть обусловлен

пониженной стрессоустойчивостью у более молодых врачей с меньшим стажем работы.

Заключение. Таким образом, в результате проведенного исследования у 308 обследованных нами врачей амбулаторного звена обследованным нами врачам амбулаторного звена (ВОП, терапевты, неврологи, кардиологи) установлено снижение плазменного уровня магния в 11,7% случаев ниже уровня 0,75 ммоль/л и в 29,87% ниже уровня 0,8 ммоль/л. Врачи со сниженным плазменным уровнем магния, который более характерен для продолжительной по времени гипомагнемии, были младше по возрасту и имели меньший стаж работы в медицине. При этом результаты оценки психологических показателей показали снижение у данной категории врачей ряда показателей психического здоровья при отсутствии различий по показателям физического здоровья, а также значимое повышение ситуационной (реактивной) тревожности. Напротив, у медицинских работников с хроническим магниевым дефицитом в виде сниженного содержания магния в волосах, которые оказались значительно старше по возрасту и имели большую продолжительность работы в медицине, было выявлено более выраженное изменение клинических и психологических показателей. В частности у них отмечено ухудшение показателей не только психического, но и физического здоровья, а также ситуационной и личностной тревожности. При этом у медицинских работников с высокой продолжительностью рабочего дня (10 и более часов день) отмечено значимое снижение таких показателей качества жизни, как «физической работоспособности» и «энергичности». В процессе корреляционного анализа подтверждена связь плазменной концентрации магния с «энергичностью» и «эмоциональным состоянием», а также уровня магния в волосах с ситуационной тревожностью.

Обеспечение адекватного вегетативного баланса при стрессах зависит от функционирования клеточных мембран и энергетического обмена в нервной ткани. Процессы, приводящие к нарушению энергетического обмена и трансмембранного транспорта, являются патогенетическими механизмами поражения нервной системы. Для обеспечения нормальной ее деятельности необходимо сохранение целостности функционирующих клеточных мембран и достаточное количество накапливаемых энергетических молекул АТФ и митохондриях. Процесс высвобождения энергии из АТФ протекает под контролем ионов магния Mg²⁺. В связи с этим данный микроэлемент является регулирующим в формировании трансмембранного потенциала и выработке энергии в организме. Дефицит микроэлемента приводит к нарушению энергообмена – базисной функции нервной системы. Эти изменения способствуют развитию нарушений пластического и

электролитного обмена. Следовательно, магний играет важную роль в обеспечении нормальной структуры и функции нервных клеток. Данный минерал необходим для синтеза и передачи энергии. Он является физиологическим регулятором нейронального возбуждения, что отражает его нейропротективные свойства и позволяет контролировать деятельность периферической и центральной нервной системы, включая эмоциональную сферу. В

последние годы в литературе имеются указания на способность магния увеличивать устойчивость организма к стрессу. В связи с этим применение магнийсодержащих препаратов открывает новые перспективы метаболической терапии у пациентов с нарушением адаптационных возможностей, синдрома вегетативной дистонии (в частности, его гипервентиляционного варианта), особенно в условиях хронического стресса.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Elin RJ. Magnesium metabolism in health and disease. Disease-A-Month 1988; Apr 34:173.*
2. *Reinhart RA. Magnesium metabolism. A review with special reference to the relationship between intracellular content and serum levels. Arch Intern Med 1988; 248:2415-2420.*
3. *Whang R. Magnesium deficiency: Pathogenesis, prevalence, and clinical implications. Am J Med 1987; 82(3A):24-29.*
4. *Whang R, Oci TO, Watawabe A. Frequency of hypomagnesemia in hospitalized patients receiving digitalis. Arch Intern Med 1985; 145:655-656.*
5. *Reinhart RA, Desbiens NA. Hypomagnesemia in patients entering the ICU. Crit Care Med 1985; 13:506-507.*
6. *Ryzen E, Wagers PW, Singer FR, Rude RK. Magnesium deficiency in a medical ICU population. Crit Care Med 1985; 13:19-21.*
7. *Ryzen E, Elkayam U, Rude RK. Low blood mononuclear cell magnesium in intensive cardiac care unit patients. Am Heart J 1986; 111:475-480.*
8. *Chernow B, Bamberger S, Stoiko M, et al. Hypomagnesemia in patients in postoperative intensive care. Chest 1989; 95:391-397.*
9. *Ryan MP. Diuretics and potassium/magnesium depletion. Am J Med 1987; 82(3D):38-47.*
10. *Whang R, Oei TO, Aikawa JK, et al. Predictors of clinical hypomagnesemia. Arch Intern Med 1984; 244:1794-1796.*
11. *Iseri LT, Freed J, Bures AR. Magnesium deficiency and cardiac disorders. Am J Med 1975; 58:837-846.*
12. *Abraham AS, Rosenmann D, Kramer M, et al. Magnesium in the prevention of lethal arrhythmias in acute myocardial infarction. Arch Intern Med 1987; 147:753-755.*
13. *Rasmussen HS, Suenson M, McNair P, Nooregard P, Balsev S. Magnesium infusion reduces the incidence of arrhythmias in acute myocardial infarction. A double-blind placebo-controlled study. Clin Cardiol 1987; 20:351-356.*
14. *Iseri LT. Magnesium in coronary artery disease- Drugs 1984; 2S(Suppl 1):151-160.*
15. *Iseri LT, French JH. Magnesium: Nature's physiologic calcium blocker. Am Heart J 1984; 108:188-193.*
16. *Laban E, Charbon GA. Magnesium and cardiac arrhythmias: Nutrient or drug? J Am Coll Nutr 1986; 5:521-532.*

Ахметова М.А.

МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІ АРАСЫНДА МАГНИЙ ЖЕТІСПЕУШІЛІГІН АНЫҚТАУ НЕГІЗІНДЕ «MAGIC» ЗЕРТТЕУІ

Соңғы кездердегі әдеби еңбектерге шолу жүргізсек магний организмнің күйзеліс жағдайына тұрақтылығын жоғарылататындығын көрсетті. Осыған байланысты құрамында магний бар препараттарды қолдану барысында бейімделу мүмкіндігі бұзылған, вегетативті дистониясы бар, әсіресе созылмалы күйзелісті басынан өткеретін науқастарда метаболиттік емнің жаңа мүмкіндіктеріне жол ашылады.

Ahmetova M.A.

STUDY «MAGIC» PREVALENCE OF MAGNESIUM DEFICIENCY IN HEALTH CARE WORKERS

In recent years, there are indications in the literature on the ability of magnesium to increase the body's resistance to stress. In this regard, the use of magnesium-containing drugs opens new metabolic therapy in patients with impaired adaptive capacity, vegetative dystopia syndrome (in particular, its variant of hyperventilation), especially under conditions of chronic stress.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЭКСФОРЖА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Госпиталь с поликлиникой Департамента ВД, г.Кокшетау

Артериальная гипертония (АГ), распространенность которой среди взрослого населения большинства стран составляет около 20%, является одной из основных причин смертности и инвалидности от сердечно-сосудистых заболеваний. Ведущая роль в становлении гипертонической болезни отводилась чрезмерному эмоциональному напряжению. Высокая частота ГБ наблюдается и у сотрудников ОВД, работа которых связана с постоянным нервным напряжением. Распространенность артериальной гипертонии среди сотрудников за последние 3 года составляет 18.3%. АГ относится к корригируемому состоянием и нормализация системного артериального давления (АД) позволяет существенно снизить частоту мозгового инсульта, инфаркта миокарда и внезапной сердечной смерти. Основной целью антигипертензивной терапии должно быть снижение уровня АД до нормального или оптимального. Рекомендуемая ВОЗ цель антигипертензивного лечения, т.е. стабилизация артериального давления ниже уровня 140/90 мм рт.ст., в большинстве случаев не может быть достигнута посредством применения только одного лекарственного средства. В связи с этим специалисты придерживаются мнения о необходимости более широкого использования комбинированных антигипертензивных препаратов.

Комбинированные препараты — это соединение в одной таблетке или капсуле лекарств из разных групп гипотензивных препаратов. Число комбинированных препаратов, рекомендуемых для лечения артериальной гипертонии, с каждым годом увеличивается. Это объясняется следующим причинами:

- сочетание разных гипотензивных препаратов взаимно усиливает их лечебный эффект;
- комбинация гипотензивных препаратов позволяет сократить дозы каждого из них и, следовательно, уменьшить их побочное действие;
- применение одного комбинированного препарата вместо двух и обычно один раз в сутки повышает гарантию его приема и приверженность больного к лечению. Одним из комбинированных антигипертензивных препаратов является эксфорж, содержащий активные вещества с дополняющим друг друга механизмом контроля

АД.

Эксфорж содержит два антигипертензивных компонента: амлодипин относится к классу антагонистов кальция, а валсартан — к классу антагонистов ангиотензина II. Комбинация этих компонентов обладает взаимно дополняющим антигипертензивным действием, что приводит к более выраженному снижению АД по сравнению с таковым на фоне монотерапии каждым препаратом.

Эксфорж (амлодипина бесилат/валсартан) в своей практике начали назначать в последние 2 года. Изучали эффективность препарата среди диспансерных групп.

Цель исследования: изучение эффективности и переносимости комбинированного препарата эксфоржа с фиксированной дозировкой (амлодипин 5мг, 10мг и валсартан 80мг, 160мг) у пациентов с артериальной гипертонией, АД которых не регулируется монотерапией.

Материалы исследования: В исследовании были включены 23 больных (3 женщины, 20 мужчин) в возрасте от 41 до 63 лет с нелеченной или неэффективно леченной АГ 1-2 степени монотерапией длительностью с 5 до 15 лет.

Пациенты с АГ с застойной сердечной недостаточностью 2-4 (по NUNA) нестабильной стенокардией или стенокардией напряжения 3-4 класса, нарушением ритма сердца, в частности, брадикардией (пульс менее 50 ударов в минуту), с нарушением функции печени или obstructивными нарушениями со стороны желчного пузыря были исключены из исследования.

Перед исследованием были отменены все антигипертензивные препараты на 10 суток, обследование включало регистрацию ЭКГ до начала, через 2 и 4 месяца лечения, ЭхоКГ с определением показателей: фракция выброса (ФВ), минутный объем кровообращения (МО), конечно систолический (КСО), толщина задней стенки левого желудочка (ТЗС) в диастолу, мышечная масса левого желудочка (ММЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), оценка креатина крови

Всем пациентам назначили общих рекомендации по диете, режиму и физической активности. Все пациенты с артериальной гипертонией применяли препарат Эксфорж 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза — 1 таблетка Эксфоржа 5/80 мг препарата — 5 мг по содержанию амлодипина, 80 мг по содержанию

валсартана), или 1 таблетка Эксфоржа 5/160 мг, или 1 таблетка Эксфоржа 10/160.

Результаты и обсуждение: Лечение эксфоржом оказалось эффективным у 93% больных и позволило достичь целевых значений АД (125-130/80мм.рт.ст.) у 69,5%.

Таблица №1. Динамика АД на фоне терапии эксфоржом у больных АГ 1 степени. Эксфорж назначался в дозах 5/80 мг, 5/160 мг

Показатели	Исходные значения	Через 4 недели	Через 8 недель
САД (мм.рт.ст.)	152 мм рт. ст.)	133 мм рт. ст	124мм рт. ст
ДАД (мм.рт.ст)	99мм рт. ст	85 мм рт. ст	80мм рт. ст
ЧСС (уд/мин)	73+-4,01	73+-2,1	71+-1,98

Снижение АД отмечено уже к концу второй недели, а к концу 4 недели средние значение САД и ДАД уменьшились по сравнению с исходным уровнем на 12,5% и 10,3% соответственно. К концу 8 недели терапии у всех пациентов из этой

Отмечено снижение САД на 12,3%, ДАД на 11%. Антигипертензивный эффект однократной дозы препарата длился около 24 ч. Динамика показателей АД при АГ 1ст.представлена в таблице№1.

группы были достигнуты целевые значения АД (САД 124мм.рт.ст.и ДАД 80мм.рт.ст.)

Динамика показателей АД при АГ 2ст. представлена в таблице№2.

Таблица №2. Динамика АД на фоне терапии эксфоржом у больных АГ 2 степени. Эксфорж назначался в дозах 5/160 мг и 10/160 мг

Показатели	Исходные значения	Через 4 недели	Через 8 недель
САД (мм.рт.ст.)	178 +-2,06	146 +-3,55	130+-3,22
ДАД (мм.рт.ст)	103+-4,26	93 +-4,18	84+-2,56
ЧСС (уд/мин)	75+-3,17	73+-1,18	72+-2,83

В группе больных с АГ 2степенью показатели АД составляли: САД 178,13+-2,06мм.рт.ст., ДАД 103,3+-4,26мм.рт.ст.(таблица№2).К концу 8 недели лечение эксфоржом уровни как САД так и ДАД были достоверны ниже, чем исходные (САД 130+-3,22мм.рт.ст и ДАД 84+-2,56мм.рт.ст).

При этом отмечается регрессия моделирование сердца: уменьшение гипертрофии сердца, улучшение показателей внутрисердечной гемодинамики. Исходно гипертрофия миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) по данным

эхокардиографии и ЭКГ, были выявлены у всех пациентов. При анализе данных через 8 недель лечения эксфоржом установлено снижение ММЛЖ (в среднем на 10%), а также толщина стенок левого желудочка (в среднем 13%). Отмечена положительная динамика показателей систолической и диастолической функции левого желудочка. Так, ФВ возросла на 10%, конечно-систолический объем (КСО) сердца снизился с 97,2 до 84,2 (12,3%) на и конечно- диастолический объем (КДО) сердца с 169,1 до 149,2 (11,8%).

Таблица №3

Показатели	Исходные значения	Через 8 недель
ФВ, в %	62,0+-1,2	68,3
КСО,мл	97,2	84,2
КДО,мл	169,1	149,2

На фоне терапии эксфоржом у 21 больных не было отмечены побочные эффекты.

У 1 больного отмечено заложенность в носу, у 1 больного головокружение, сонливость. Внезапная отмена препарата не приводила к быстрому повышению АД.

Результаты:

1.При регулярном измерении АД наблюдалось постепенное равномерное снижение исходного уровня АД в среднем на 18-26% у 16 больных из 23, что составляет 69,5%.

2.Улучшился прогноз у больных с АГ с сердечно-сосудистой недостаточностью и ишемической болезнью благодаря антиангинальным действием амлодипина увеличился толерантность к физической нагрузке, уменьшился приступ стенокардии и потребление нитроглицерина.

3.Отмечена положительная динамика

показателей систолической и диастолической функции левого желудочка При длительном применении эксфоржа отмечено обратное развитие гипертрофии левого желудочка.

4. Внезапная отмена препарата не приводила к быстрому повышению АД.

Выводы:

1.Длительная терапия эксфоржа у больных артериальной гипертонией 1и 2 степени обеспечивает оптимальное снижение АД.

2. Эксфорж является эффективным безопасным антигипертензивным препаратом для лечения пациентов с АГ 1и 2 степени.

3.Антигипертензивное действие эксфоржа сохраняется более 24-36 часов, что позволяет однократный прием препарата, особенно выгодно у тех пациентов которые не хотят принимать или забывают регулярно принимать антигипертензивные препараты.

4. Наряду с высокой антигипертензивной эффективностью эксфорж отличается превосходной переносимостью, которая служит основанием для его широкого применения при лечении артериальной гипертензии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зимин Ю.В. «Современное представление о комбинированном применении антигипертензивных препаратов в лечении АГ». Кардиология 1996г. С. 23-28.
2. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (теги пересмотр). Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008год. №6. С. 29-39.
3. «Русский медицинский журнал» (Кардиология). 2008год. С. 12-19.

Базарбекова С.Р.

АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТОНИЯ КЕЗІНДЕ ЭКСФОРЖ ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУДЫҢ МАҢЫЗЫ

Қосарланған эксфорж препаратын белгілі бір мөлшерде артериялық қысымы бар және АҚ монотерпия арқылы реттелмейтін науқастарға қолдануды зерттеудің нәтижесі қарастырылған.

Bazarbekova S.R.

EFFECTIVENESS «EKSFORZH» IN HYPERTENSION

Efficacy and tolerability of combined drug eksforzh fixed dose (amlodipine 5mg, 10mg and 80mg Valium, 160mg) in patients with hypertension, blood pressure that is not controlled monotherapy..



УДК: 616.12-009.7:616.379:615.01+004.051

Базарбекова С.Р.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЛИПРИМАРА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ХОЛЕСТЕРИНА У БОЛЬНЫХ ИБС И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Госпиталь с поликлиникой Департамента ВД, г.Кокиетау

Атеросклероз и ишемическая болезнь сердца являются одной из основных причин смертности населения индустриально развитых стран, на их долю приходится в среднем 53 % смертельных исходов от всех сердечно-сосудистых заболеваний. Каждый второй взрослый человек в развитых странах страдает атеросклерозом той или иной степени выраженности. Однако распознать атеросклероз трудно, если нет выраженного нарушения кровоснабжения тканей. Бессимптомно протекающий атеросклероз в 20-40 % случаев заканчивается внезапной смертью.

Одним из наиболее опасных осложнений атеросклероза с точки зрения наступления скорострительной смерти, является ишемическая болезнь сердца (ИБС) и ишемический инсульт. Статистические данные о заболеваемости и смертности населения указывают на чрезвычайно широкое распространение ИБС. Например, в США от этого заболевания

ежегодно умирают 600 000 человек, а экономические потери исчисляются условно многими миллиардами долларов в год. Из этих 600 000 смертельных исходов около 165 000 приходится на лиц трудоспособного возраста. В развитых странах в среднем около 20 % внешне здоровых мужчин в возрасте до 60 лет имеют риск развития коронарной болезни сердца.

На сегодняшний день вся зарубежная практика профилактики и лечения атеросклероза основывается на классической концепции - нет атеросклероза без холестерина. Можно перефразировать это высказывание так: нет коррекции атеросклероза и укрепления сосудов без воздействия на липиды крови.

В последние годы получены убедительные доказательства того, что гиполипидемическая терапия существенно снижает риск таких осложнений атеросклероза, как коронарная смерть, инфаркт миокарда, стенокардия и ишемический инсульт. Это стало возможным

благодаря разработке и внедрению в практику нового класса гиполипидемических препаратов – ингибиторов 3-гидрокси-3-метилглутарил коэнзим А (ГМГ КоА) редуктазы, называемых статинами. На сегодняшний день Липримар (аторвастатин) считается самым эффективным гиполипидемическим препаратом из группы ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы, с точки зрения его гипохолестеринемического и гипотриглицеридемического эффекта. Он не только снижает уровень общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности, но и уровень триглицеридов. Дело в том, что, согласно Европейскому консенсусу, при гиперхолестеринемии пациентам назначают статины, а при гипертриглицеринемии – фибраты. Фибраты же имеют ряд противопоказаний и побочных эффектов. Сочетание в Липримаре свойств двух групп препаратов, как показывает практика, высокоэффективно и имеет меньшее число нежелательных реакций. Аторвастатин не оказывает влияния на уровни глюкозы, мочевой кислоты, электролитов в сыворотке крови.

Цель исследования. Целью исследования является эффективность препарата липримара (аторвастатин) для снижения и поддержания общего ХС в пределах 3,0–5,2 ммоль/л у диспансерных больных с ИБС и сахарным диабетом.

Материалы исследования: Для изучения эффективности липримара (аторвастатин) было

включено 21 больных с ИБС, 10 больных с сочетанием ИБС и сахарного диабета состоящих на диспансерном учете, мужчин и женщин в возрасте от 37 до 65 лет с исходным уровнем общего ХС от 5,5–8,0 ммоль/л, в среднем 6,7 ммоль/л. Наблюдение продолжалось от 1,9 до 2,5 года, в среднем 2,2 года. Врачебный осмотр, регистрация ЭКГ и биохимические анализы крови выполнялись через 6 нед, 12 нед, 6 мес и далее 2 раза в год. Для обеспечения безопасности лечения было проведено биохимический контроль уровня аланиновой (АЛТ) и аспарагиновой (АСТ), трансаминаз в сыворотке крови до назначения симвастатина, а также ежемесячно в период подбора дозы (первые 2–3 мес. лечения), в последующий период поддерживающей терапии 1 раз в квартал. Симвастатин назначается в дозе от 20 до 40 мг в сутки, однократно с вечерним приемом пищи. Начальная доза препарата составляла 20 мг/сут, в дальнейшем у 35% больных она была увеличена до 40 мг/сут и только у троих уменьшена до 10 мг/сут.

Результаты и обсуждение: Уже через 6 нед лечения общий ХС снизился на 15%, ЛНП на 25%, ТГ на 10%, индекс ХС/ЛВП на 29%, уровень ЛВП увеличился на 8%. Через 1 год у 77% больных уровень ХС был ниже 5,2 ммоль/л. Эти изменения поддерживались постоянно на протяжении всего периода наблюдения за больными.

Уровень липидов	Исходные значения	Через 6 нед	Через 6 месяцев	Через 1 год	Нормальные показатели липидов
Общий холестерин	6,07±1,4 ммоль/л	5,2±0,09	4,6±0,2	4,4±0,2	3,5-5,2 ммоль/л
Липопротеиды низкой плотности	3,01±2,4 ммоль/л	2,3±0,08	2,24±0,3	2,10 9±0,01	До 3,5 ммоль/л
Липопротеиды высокой плотности	0,99±0,39 ммоль/л	1,05±0,21	1,23±0,2	1,34±0,2	0,9-1,9 ммоль/л
Триглицериды	1,99±0,12 ммоль/л	2,18±1,45	2,15±0,3	2,01±0,05	0,5-2,0 ммоль/л
В липопротеиды	5,15±0,91 г/л	4,49±0,11 г/л	4,14±0,12	3,15±0,18	3,0-4,5 г/л
Коэффициент атерогенности	М.2,78±2,42 Ж.2,75±2,11	2,62±0,12 2,69±0,13	2,56±0,16 2,54±0,12	2,48±0,12 2,10±0,10	М 2,5 Ж 2,2

лечением липримаром сопровождалось статистически достоверным уменьшением риска приступов стенокардии на 16%, сердечной недостаточности на 11% и перемежающейся хромоты на 18%. Положительный эффект лечения липримаром наблюдается у группы больных с сочетанием ИБС и сахарного диабета II типа, риск основных коронарных событий на 15%, инсульта на 14%. Побочные действия отмечено в виде боли в мышцах у 1 больного (3,2%). Нестойкое повышение АЛТ и АСТ наблюдалось у 2-х больных-6,4%.

Заключение: Таким образом, липримар (аторвастатин) является высокоэффективным и безопасным гиполипидемическим препаратом,

пригодным для длительной терапии больных атеросклерозом, позволяющее добиться выраженного и стойкого уменьшения содержания в крови общего холестерина, ХС ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов. При этом его применение способно остановить прогрессирование коронарного атеросклероза, т.е. частота возникновения приступов стенокардии и осложнений ИБС уменьшилось, снизилось сердечно-сосудистые события среди больных сахарным диабетом.

Выводы: применение липримара целесообразно практически у всех больных ИБС и сахарным диабетом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов В.А., Дудко Р.С. Атеросклероз: патогенез, клиника, диагностика, лечение. Томск: 1998г. С. 13-29.

2. Дудко В.А., Карпов Р.С. Атеросклероз сосудов сердца и головного мозга. Томск 2003г. С. 13-24.

Базарбекова С.Р.

ЛИПРИМАР ПРЕПАРАТЫН ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ СЫРҚАТЫ БАР ЖӘНЕ ҚАНТ ДИАБЕТИМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРҒА ХОЛЕСТЕРИН ДЕҢГЕЙІН ТӨМЕНДЕТУ МАҚСАТЫНДА ҚОЛДАНУДЫҢ МАҢЫЗЫ

Липримар (аторвастатин) атеросклерозға қарсы қандағы холестерин деңгейін төмендету мақсатында қолданылатын гиполипидемиялық қауіпсіз жоғары сапалы препарат болып табылатындығы дәлелденген.

Bazarbekova S.R.

EFFECTIVENESS LIPITOR TO LOWER CHOLESTEROL IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AND DIABETES

Lipitor (atorvastatin) is a highly effective and safe lipid-lowering agents, suitable for long-term treatment of patients with atherosclerosis, can achieve marked and persistent decrease in blood total cholesterol, LDL cholesterol, HDL cholesterol and triglycerides.



УДК: 616.24:615.835.5

Байбулина Ж.С.

ИНГАЛЯЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ САЛЬБУТАМОЛА ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Врачебная амбулатория, село Родина, г. Аркалык.

Хронические обструктивные болезни легких относятся к числу наиболее распространенных заболеваний среди всех заболеваний, являются серьезной проблемой здравоохранения. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в течение ближайшего 10-летия предполагается значительное увеличение частоты ХОБЛ и летальности от этого заболевания. Доля хронического бронхита (ХБ) в структуре болезней органов дыхания среди диспансерных больных по врачебной амбулатории с.Родина составляет 33,8 %.

Хронический бронхит – хронический воспалительный процесс в бронхах, сопровождающийся кашлем с отделением мокроты не менее 3 месяцев в году в течение 2 или более лет, при этом отсутствуют какие либо заболевания бронхопульмональной системы и лор органов, которые могли бы вызвать эти симптомы.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)–хроническоемедленнопрогрессирующее

заболевание, характеризующееся необратимой или частично обратимой (при применении бронхолитиков или другого лечения) обструкцией бронхиального дерева.

Согласно классификации американского торакального общества ХОБЛ включает следующие заболевания:

хронический обструктивный бронхит;
бронхиальная астма;
эмфизема легких;
облитерирующий бронхиолит, болезнь мелких бронхов;
муковисцидоз;
бронхоэктатическая болезнь.

Факторы, предрасполагающие к развитию хронического бронхита;

принадлежность к мужскому полу;
возраст старше 40 лет;
семейная склонность к бронхо-легочным заболеваниям;

хронический тонзиллит, ринит, синусит, фарингит, кариозные зубы;
повторные ОРВИ и ОРЗ, пневмонии, острые

бронхиты более 3-х раз в год;
застойные явления в легких;
злоупотребление алкоголем (повреждается
слизистая оболочка).

Основные патогенетические факторы:
нарушение функции местного и общего
иммунитета.

структурная перестройка слизистой оболочки
bronхов;

развитие классической триады: гиперкриния,
дискриния, мукостаз.

В процессе прогрессирования хронического
обструктивного бронхита формируется эмфизема
легких, в числе причин этого – истощение и
нарушение продукции ингибиторов протеаз.
Учитывая механизмы бронхиальной обструкции
как: бронхоспазм, воспалительный отек,
инфильтрация стенки бронха при обострении
заболевания, гипертрофии мускулатуры бронхов,
увеличения количества мокроты, изменения
реологических свойств мокроты, она становится
вязкой и густой, коллапс мелких бронхов на
выдохе вследствие снижения эластических
свойств легких, фиброз стенки, фиброз стенки
bronхов, облитерация их просвета.

С учетом изменения функции клеток при
тяжелых формах ХОБЛ видоизменяются многие
лечебные программы, в частности, способ
доставки и лекарственная форма препаратов. [1]

Одним из наиболее оптимальных путей
введения и доставки бронхолитических
препаратов является небулизированное введение.

Материалы и методы исследования: У 13
больных ХОБЛ в фазе обострения (9 мужчин и
4 женщин в возрасте от 35-65 лет) проводился
курс ингаляционной бронхолитической терапии
через небулайзер. Сальбутамол давался в виде
непрерывного паточка в дозе 2,5-5,0 мг каждые
20 минут, затем по 2,5-10 мг каждые 2 часа по
необходимости. Такое лечение проводился
больным с со средне- тяжелой бронхиальной
обструкцией, когда больной не может
полностью сделать вдох для доставки лекарств
в бронхиальное дерево а также при обострении
заболевания. [2]

У всех больных до назначения
бронходилататоров по данным
пикфлоуметрического мониторинга имелись
явления выраженного бронхоспазма на уровне

мелких и средних бронхов и малопродуктивного
кашля и одышки, мокрота была вязкой
консистенции.

В качестве ингалируемого бронхолитика
применялся быстродействующий ингаляционный
бета-2 агонист (симпатомиметик) - сальбутамол.
Перед наблюдением за действием применяемого
препарата мы прекратили прием следующих
лекарственных средств: β -адреномиметики
короткого действия, М-холиноблокаторы
кромоглициновую кислоту, недокромил за 12
часов. В адреномиметики пролангированного
действия за 2 дня, противокашлевые препараты
за 2 дня, запретили курить, пить кофе.

Для определения обратимости обструкции
использовали показатель ОФВ₁. Определяли
исходное ОФВ₁ (до применения бронхолитика)
и через 15 минут после ингаляции. Критерием
положительной пробы, т.е. обратимости
бронхиальной обструкции считается величина
прироста ОФВ₁ равная или превышающая 12%.
[1]

В нашей наблюдаемой группе прирост
ОФВ₁ более чем на 13% (у 9 больных). Это
свидетельствует об обратимости бронхиальной
обструкции; У 4 пациентов уменьшилась
одышка и увеличилась дистанция ходьбы, что
свидетельствует о целесообразности назначения
препарата через небулайзер.

По данным мониторинга пиковой скорости
выдоха отмечено возрастание значений в 2 раза,
улучшились показатели функции внешнего
дыхания в виде значительного уменьшения
уровня бронхиального сопротивления и снижения
бронхоспазма на уровне бронхов среднего и
мелкого калибров. (35%). [3]

Уже после проведения 1-2 ингаляции
сальбутамола наблюдалось эффективное
выделение мокроты в течение 12 часов и
улучшилось реологическое свойство мокроты.

Вывод: таким образом ингаляционное
применение сальбутамола через небулайзер по
своему клинико-функциональному действию
существенно улучшает качество жизни больных,
быстрее купирует бронхообструктивный
синдром, превосходя по эффективности
медикаментозные средства в виде разовых
ингаляторов и пероральных форм подобной
фармакологической линии.

ЛИТЕРАТУРА

*Материалы второго съезда врачей и
провизоров Казахстана // Астана, 2002 год. с.28*
Р. С. Досмагамбетова - *Вопрос диагностики
и лечения ХОБЛ.// УПП – Караганда, 2005 год.*

С. Н. Авдеев НИИ Пульмонологии МЗ РФ
Комбинированные бронхолитические препараты.
С.42

Л.А.Горячкина, О.С.Дробик. *Фармакотерапия
обструктивных заболеваний легких. //*

Справочник поликлинического врача. 2006;8.

Е.И. Шмелев. *Применение комбинированной
бронхолитической
терапии при обострении хронического
обструктивного бронхита.*

//Consilium medicum/ 2007. 9: 10: с.14-17.

Ю. И Феценко, Л.А. Яшина. *Хронические
обструктивные заболевания легких. Доктор
-2004г с 27-30.*

Байбулина Ж. С.

СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ ӨКПЕ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРҒА НЕБУЛАЙЗЕР АРҚЫЛЫ САЛЬБУТАМОЛДЫ ИНГАЛЯЦИЯ ТҮРІНДЕ ҚОЛДАНУ

Бұл мақалада небулайзерді ингаляция түрінде қолдану науқастардың өмір сапасын жақсартып, бронхообструктивті синдромды жойып, дәрі-дәрмектерге қарағанда жағымды әсер беретіндігі қарастырылған.

Baybulina JS

INHALATION USE NEBULIZED SALBUTAMOL IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Thus the use of inhaled nebulized salbutamol in its clinical and functional effect significantly improves the quality of life of patients, more quickly relieves bronchial obstruction, is more effective than medications in a single inhaler and oral forms such pharmacological line.



УДК: 615.01-028.77:616.211-002-053.43

К.С. Барлубаева

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НАЗОНЕКСА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ

Городская поликлиника № 2, г.Астана

Введение. Аллергический ринит обычно имеет хроническое течение и служит причиной головной боли, синуситов, снижения работоспособности и качества жизни. Тяжесть течения обусловлена степенью обструкции носовых ходов, так как эта обструкция трудно поддается лечению и лишь частично купируется антигистаминными и сосудосуживающими средствами. При таких ринитах не эффективны сосудосуживающие и антигистаминные препараты, а длительное их применение может привести к атрофическим изменениям. Единственным средством профилактики и лечения обструктивных форм аллергических ринитов с хроническим персистирующим течением являются интраназальные кортикостероиды [1-3].

С целью изучения эффективности препарата назонекс (мометазона фураат), который выпускается в форме дозированного водного аэрозоля для интраназального применения, в одной дозе содержится 50 мкг активного препарата и нами было проведено наблюдение пациентов с установленным диагнозом аллергического ринита, которые получали его в течении 1 года.

Материалы и методы исследования: В наблюдении, оценка системной активности назонекса показала, что даже в дозах, многократно превышающих терапевтические, примененный интраназально или перорально

(2-8 мг перорально) он не вызывал атрофии слизистой оболочки носа. Так, после назначения его больным с аллергическим ринитом в течение 12 месяцев по 200 мкг в сутки уменьшилась воспалительная инфильтрация до полного исчезновения и восстанавливалась нормальная структура слизистой, что доказывало его преимущество перед другими препаратами.

Клинические симптомы аллергических ринитов уменьшались. Эффект наблюдался уже через 7-12 час, а длительное применение (до 1 года) не уменьшало его противовоспалительного действия.

Аллергеном у больных была библиотечную пыль - 7 больных, шерсть кошки - у 6 больных, только на домашнюю пыль у 5 больных. Реакции на пыльцевые аллергены были отрицательны. У 6 больных ринит сочетался с конъюнктивитом. Все больные ранее лечились антигистаминными препаратами I и II поколения с недостаточным эффектом, все многократно принимали сосудосуживающие препараты, которые вызывали незначительный эффект. В течение 3 дней до лечения больные не принимали сосудосуживающих препаратов и 4 дня - 1 месяц - антигистаминных. Все больные поступали на первый прием в фазе обострения с жалобами на сильную заложенность носа и ринорею, с затруднением дыхания через нос - 12, умеренную заложенность, зуд в носу и ринорею -

9, дополнительно с приступами пароксизмального чихания, особенно утром - 9. Пройодимость носовых ходов оценивали по высоте зоны запотевания хромированной пластины после резкого выдоха через нос. В норме проходимость составляла - 4,3+0,2 см правого носового хода и 4,2+0,3 см - левого.

Назонекс назначали после очищения носовых ходов в виде спрея по 50 мкг в каждый носовой ход 1 раз в сутки в течение 7 недель.

Оценку результатов проводили врач и больной по следующей шкале: 0 - отсутствие симптомов, отлично; 1 - единичные, редкие и слабые симптомы, очень хорошо; 2 - хорошо, но есть единичные умеренные симптомы; 3 - симптомы ослабли, но многие сохранились, удовлетворительно; 4 - улучшение минимальное, плохо; 5 - отсутствие эффекта или ухудшение.

Уже через неделю после применения назонекса отмечена тенденция к снижению общей симптоматики. При оценке клинических симптомов через 28 дней после лечения выявлено значительное улучшение состояния больных, чего не наблюдалось после ранее проводимого лечения другими препаратами в течение 2-4 лет.

У 12 больных симптомы исчезли полностью, у остальных - наблюдались слабые или единичные симптомы, иногда в одном носовом

ходе. Уменьшение симптомов наблюдалась у всех больных, кроме одного (есть сомнения в постоянном приеме препарата). Исчезли выделения, чихание, зуд, заложенность носа, полностью или почти полностью восстановилась проходимость носовых ходов. Эффективность лечения по оценке была отличной, очень хорошей и хорошей у 24 больных (80%), что совпадало с мнением больных кроме одного случая. Удовлетворительный эффект наблюдался у 5-ти больных по мнению врача и у 6-ти - по мнению пациентов (и родителей). Лечение оказалось неэффективным у одного больного, предположительно не соблюдавшего режим приема препарата.

Недостаточная эффективность назонекса у некоторых больных связана на наш взгляд с его быстрым смывом со слизистой выделяющимся секретом. Поэтому важно предварительное очищение носа, промывание слизистой оболочки, а также применение сосудосуживающих средств.

Вывод: Таким образом, назонекс является эффективным и безопасным средством лечения упорно рецидивирующих круглогодичных и сезонных ринитов у взрослых. Перед его применением целесообразно очищать слизистую оболочку носа и назначать сосудосуживающие препараты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидоренко И.В., Захаржевская Т.В. Опыт применения назонекса у больных аллергическим ринитом. *Рос.ринология* 1999; 1:53-6.

2. Новиков Д.К. *Клиническая аллергология*. Минск; 1991.

3. Сергеев Ю.В., Новиков П.Д. Опыт применения современных антигистаминных средств. *Имунопатология, аллергол инфектол* 2001; 2:56-63.

К.С. Барлубаева

НАЗОНЕКСТІ АЛЛЕРГИЯЛЫҚ РИНИТ КЕЗІНДЕ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Назонекс ересек адамдардағы жыл сайын және мезгілдік риниттің қайталану кездерін емдеу үшін қолдану өте тиімді және қауіпсіз. Оны қолдану алдында мұрынның шырышты қабығын тазарту қажет және де тарылтқыш препараттарды тағайындау қажет.

Barlubaeva K

EXPERIENCE OF USING NAZONEX IN ALERGIC RHENIT CASES

Nazonex it is effective and safe means of treatment for recurrent hard year-round and seasonal rhinitis in adults. Prior to use, it is advisable to clean the nasal mucosa and assign vasoconstrictor drugs.



УДК: 618.5-004.473.4

Гатауова М.Р., Беспалько А.Б., Нурманова К.М., Петухова Н.А., Лапушкина Н.А.

АНАЛИЗ РОДОВЫХ ТРАВМ ПРИ РОЖДЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

ГККП «Городской родильный дом №1, АО «МУА», Астана

Родовая травма представляет собой повреждение тканей и органов плода механическими силами, действующими во время родов. Родовую травму отличают от акушерской, возникающей при применении родоразрешающих манипуляций. В настоящее время доля родовой травмы в Казахстане значительно уменьшилась вследствие улучшения акушерской помощи.

Цель исследования: изучение антенатальных и интранатальных причин родовых травм новорожденных.

Материалы и методы обследования. Проведен ретроспективный анализ 381 историй родов матерей (городской родильный дом №1) новорожденных детей с родовыми травмами. Изучены гинекологический и соматический анамнезы матерей, течение беременности и возникшие осложнения, состояние фетоплацентарной системы накануне родов,

особенности родоразрешения и перинатальные исходы.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от срока беременности в соответствии с наиболее распространенной градацией [1,2] новорожденные были распределены следующим образом: - с 1500 – 2499 г — один (1,9%) ребенок, - 2500 и выше-118(из них 98 приходится на кефалогематому, 4000 -4499 г-21 родовая травма, более 4500г-4. В таблице 1 показана динамика родовых травм за период 2009-2011гг.(табл.1)

Возраст матерей колебался от 17 до 36 лет. Первородящих было 58,7%, повторнородящих — 19 (43,1%). Отягощенный акушерский анамнез (медицинские или самопроизвольные аборт) имели 13 (28,7%) беременных. Преждевременные роды были в анамнезе у каждой четвертой повторнородящей.

Таблица 1. Динамика родовых травм новорожденных

	2009 г	2010 г	2011 г
Родилось новорожденных	6393	5929	6010
Внутричерепная родовая травма P10	-	2	1
Повреждение позвоночника и спинного мозга при родовой травме P11.5	45	8	8
Повреждение волосистой части головы при родовой травме – кефалогематомы P12.0	102	79	98
Повреждение скелета родовой травме – перелом ключицы P13.4	13	9	11
Повреждение периферической нервной системы при родовой травме P14	1	2	1
Другие уточненные родовые травмы P15.8	1	1	-
Всего	161 (2,5%)	101 (1,7%)	119 (1,9%)

Всего было применено 1379 пособий (вакуум-экстракция, индукция родов или родоусиление, кесарево сечение), 32 случаев осложнились травмами новорожденных, что составило 0,5%.

вакуум-экстракция 43– 10 (23,3%)
индукция родов 172/родоусиление 164 = 336 – 10 (3%)

кесарево сечение 1000 – 8 (0,8%)

К неблагоприятному фону можно отнести осложнения беременности и родов:

экстрагенитальная патология матери: 75 – 63,2%

осложнения беременности: 104 – 91,2%

анемия: 63 – 55,3%

инфекции в беременность: 79 – 69,3%

родовые травмы матери: 35– 30,7%
обвитие пуповины вокруг шеи/туловища: 37– 32,5%

Из хронических экстрагенитальных заболеваний чаще, чем в популяции, встречались заболевания почек. У 32,5% пациенток беременность сопровождалась пиелонефритом. В структуре гинекологической заболеваемости была велика доля хронических воспалительных заболеваний половых органов: хронический аднексит — у 14% женщин, хронический эндометрит — 3,7%, рецидивирующий кольпит различной этиологии — у 18 38,8%. У 50% женщин беременность протекала на фоне железодефицитной анемии различной тяжести.

У 8,7% пациенток имелся рубец на матке после предыдущего кесарева сечения. У большинства беременных отмечалось головное предлежание плода, у 10,9% — тазовое. Двойни имели 13,1% пациенток.

У 21,7% беременных досрочное родоразрешение и рождение недоношенного ребенка было обусловлено преэклампсией. У 32,6% пациенток диагностировали хроническую плацентарную недостаточность, у 28,3% — задержку внутриутробного развития плода. Воспалительные изменения в плаценте, такие как базальный децидуит, мембранный плацентит, интервиллитит, выявлялись практически у каждой третьей пациентки.

Из «традиционных» предполагающих к родовой травме факторов:

макросомия: 21 – 18,4%

переносимость/перезрелость: 6 – 5,3%

затяжные/чрезмерно быстрые роды: 2 – 1,75%

недоношенность: 1 – 0,8%

аномалии развития плода – 0%

олигогидроамнион (ПРПО): 34 – 29,8%

узкий таз: 20 – 33,3%

акушерские пособия (индукция родов, родоусиление, кесарево сечение, вакуум-экстракция, амниотомия): 35 – 30,5%

Из 381 родовых травм 98-89,9% составляет повреждение волосистой части головы при родовой травме, 34-10,1% - перелом ключицы. 4 случая (0,9%) – повреждение периферической нервной системы при родовой травме или парез Эрба, 61- повреждение головного и спинного мозга, одному ребенку выставлен диагноз:

Разрыв мозжечкового намета при родовой травме. Мальчики травмируются в три раза чаще (79 мальчиков; 35 девочек – 69,3%/30,7%).

В ночное время в 1,2 раза выше травматизм (54 днем; 63 ночью). Первородящих в 1,6 раза больше, чем повторнородящих (70/44).

Роды через естественные родовые пути произошли у 45,7% женщины, а 54,3% беременность и роды были завершены путем кесарева сечения. Большинство беременных, дети которых нуждались в ИВЛ при рождении, были госпитализированы в стационар до начала активной родовой деятельности: 25 (54,3%) — с угрозой преждевременных родов, 28,3% — с дородовым излитием околоплодных вод. У 54,3% пациенток отмечалась угроза прерывания беременности, которая реализовалась в преждевременные роды. В активной фазе преждевременных родов в родильный дом поступили 13 (28,2%) беременных, причем 10 (21,7%) в первом периоде родов и 3 (6,5%) во втором. Прогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты у 2 пациенток потребовала экстренного их родоразрешения.

Тактика родоразрешения во многом определяет состояние новорожденного [3]. Шансы на успешную адаптацию после бережного родоразрешения (анте- и интранатальный токолиз, профилактика респираторного дистресс-синдрома, отсутствие акушерского пособия в родах через естественные родовые пути, извлечение головки в плодном пузыре при кесаревом сечении [4,5] достаточно высоки.

ЛИТЕРАТУРА

Савельева Г. М., Курцер М. А., Клименко П. А. и др. Ин-транатальная охрана здоровья плода // *Акуш. и гин.* — 2005. - № 3. - С. 3-7.

Н.П. Шабалов, Ю.В. Цвелева. *Основы перинатологии.* Москва. «МЕДпресс-информ». 2002г., 576с.

Акушерство: национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е.

Радзинский, Г.М. Савельева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.

Сидельникова В. М., Антонов А. Г. *Преждевременные роды и недоношенный ребенок.* — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 304 с.

Фаткуллин П. Ф. *Дискуссионные вопросы абдоминального родоразрешения* // *Казанский мед. ж.* — 2007, - Т. 88. - № 2. - С.121-123.

Гатауова М.Р., Беспалько А.Б., Нурманова К.М.,
Петухова Н.А., Лапушкина А.Г.

НӘРЕСТЕЛЕРДЕ ТУЫЛҒАН КЕЗІНДЕГІ ЖАРАҚАТТАНУЛАРДЫҢ ПАЙДА БОЛҒАНЫҢ ТАЛДАУ

№1 қалалық перзентханада толғатқан әйелдердің 381 сыртқанамалардғы жарақаттанулар пайда болған нәрестелерді талдаған. 381 жарақаттанулардың ішінде 98-89,9% -кефалогематома, 34-10,1%-буғананың сынығы, (0,9%)-перифериялық нерв жүесінің зақымдану, 61 нәрестеде – мидың және жұлынның жарақаттану.

Gatauova M.R., Bepalko A.B., Nurmanova K.M., Petuhova N.A., Lapushkina A.G.

THE ANALYSIS OF BIRTH INJURY AT BIRTH NEWBORN CHILDREN

The retrospective analysis 381 stories of birth mothers (city maternity hospital № 1) infants with birth injuries. Of 381 birth defects 98-89,9% of the damage of the scalp at birth trauma, 34-10,1% - broken collarbone. 4 cases (0.9%) - damage to the peripheral nervous system at birth trauma, 61 - Damage to the brain and spinal cord, one child The diagnosis: Breaking cerebellar gallop at birth trauma.



УДК: 616.5:616-073.753

Ж.С. Данбаева

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

ГКП «Центр Дерматологии и ПБППП г.Астана», 2012г.

Введение: Одним из неинвазивных оптических методов прижизненной микроскопической диагностики кожи является дерматоскопия. Этот метод, согласно индексу цитируемости, на протяжении последних 15 лет становится все более популярным.

Дерматоскопия (эпилюминесцентная микроскопия) – это неинвазивная методика исследования кожи при помощи дерматоскопа [2, 4, 5], которая позволяет распознать *in vivo* мельчайшие структуры эпидермиса и сосочкового слоя дермы, неразличимые невооруженным глазом [1, 3, 8]. Дерматологи многих зарубежных стран два десятилетия с успехом используют и развивают дерматоскопию как метод ранней диагностики новообразований кожи [6]. Основными достоинствами метода являются неинвазивность, высокая чувствительность и специфичность, простота применения и возможность хранить информацию в электронной базе данных [7].

В последние десятилетия в общей структуре онкологической заболеваемости злокачественные новообразования кожи занимают второе место в мире. Только за последние пять лет согласно статистике заболеваемость раком кожи возросла на 30%, а показатель смертности от всех злокачественных новообразований кожи вырос на 62,2%. Только представьте, каждый час один человек в мире умирает от меланомы. Среди злокачественных опухолей кожи около 90% приходится на рак кожи, остальные 10% составляют другие новообразования, среди которых наибольшее значение имеет опухоль пигментобразующей системы кожи – меланома. Цифры статистики увеличиваются, потому что опухоли кожи хоть и визуальны, проходят латентно, безболезненно. Пациент не может определить, на какой стадии эволюции находится

болезнь и теряет драгоценное время.

ФАКТОРЫ РИСКА:

отягощенный личный или наследственный онкоанамнез;

светлый фенотип; обладателям большого числа веснушек и темных родинок;

генетическая предрасположенность к опухолеобразованию;

эндогенный факторы риска, в виде канкрофильного метаболического синдрома (гиперлипидемия, гиперэстрогения, гипергликемия);

экологические факторы – проживание в радиационно-загрязненных территориях;

профессиональные факторы – контакт с углеводородами, сажей, мазутом, которые относятся к истинным канцерогенам;

поведенческие факторы – злоупотребление УФО, солярием, фотосенсибилизаторами; всем выезжающим на Юг и в жаркие страны.

ятрогенные факторы – длительный прием ГКС, контрацептивов, цитостатиков, эстрогенов, ПУВА терапия;

психотравмирующие ситуации.

Цель исследования: Провести дифференциальную диагностику новообразований кожи, используя метод дерматоскопии.

С целью внедрения дерматоскопии в клиническую практику Центр дерматологии и профилактики БППП обучил двух специалистов по дерматоскопии и оптической диагностики кожи в Учебно- методическом центре «Бизнес-консалт» г.Москвы, руководителем курса являлась заместитель председателя Общества Дерматоскопии и Оптической Диагностики Кожи РФ к.м.н. Е.А. Шугина.

Материалы и методы исследования: В целях реализации поставленных задач по

совершенствованию диагностики основных социально значимых заболеваний в рамках реализации Государственной программы «Саламатты Қазақстан» и содействию создания современной конкурентоспособной системы здравоохранения с оснащением медицинских организаций новейшим оборудованием, в текущем году в Центре дерматологии был приобретен уникальный современный аппарат – Дерматоскоп. 26 ноября 2011 года в г.Астане, в Центре дерматологии и ПБППП состоялась День открытых дверей по раннему выявлению меланомы кожи. Данная акция проводилась в честь празднования 20-летия независимости Республики Казахстан. С использованием дерматоскопа было обследовано 74 человека в возрасте от 14 до 87 лет. Осмотр проводился совместно с онкологами из онкодиспансера г. Астаны.

Основными причинами обращения пациентов были:

- появление на здоровой коже любого пятна или узелка, имеющего телесный, красный, коричневый или черный цвет;
- увеличение общего количества пигментных пятен или родинок;
- увеличение в размерах ранее существовавшей родинки, ее уплотнение и отсутствие четких ровных границ;
- травмирование родинки;
- ощущение зуда или легкого покалывания кожи в области пигментного пятна;
- неравномерное изменение цвета родинки, а также частичное или полное ее исчезновение.

Результаты исследования: На основании клиничко-анамнестических данных и дерматоскопической картины нами из 74 новообразований кожи выявлено 52 (70,2%)

меланоцитарных и 22 (29,8%) немеланоцитарных

Следует обратить внимание, что в результате визуального осмотра 74 пациентов злокачественные новообразования кожи были заподозрены только у 2 (2,7%) человек, которые были направлены на дальнейшее обследование в «Онкологический диспансер» г.Астана. Пациентам, у которых актуальность очень низкая, мы предложили для начала самостоятельно понаблюдать за элементами и обратиться повторно через 6 месяцев. Для таких пациентов была создана база из микро- и макроснимков высыпаний. В дальнейшем при сопоставлении двух изображений врач делает вывод, повысилась ли активность, появился ли новый пигментный участок в этом доброкачественном лимите. Если эти признаки присутствуют, конечно, с онкологической точки зрения мы порекомендуем это новообразование удалить, пока оно в пределах доброкачественного. Важно понимать, что не все родинки необходимо удалять, а только те, которые в результате диагностики попадают в категорию опасных. Так что значимость диагностики сложно переоценить.

Выводы. Дерматоскопическое исследование позволяет с высокой степенью достоверности дифференцировать доброкачественные опухоли кожи от злокачественных, что определяет дальнейшую тактику лечения больных и прогноз. Это подчеркивает необходимость широкого внедрения в практику врача – дерматовенеролога дерматоскопии как метода ранней диагностики злокачественных новообразований кожи. Дерматоскопия так же является незаменимым методом для дерматовенеролога в экстренной диагностике новообразований кожи, их мониторинговании и скрининговых профосмотрах.

ЛИТЕРАТУРА

Демидов Л.В., Соколов Д.В., Булычева И.В. и др. Совершенствование методов диагностики меланомы кожи. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН 2007; 18: 1: 36-41.

Argenziano G., Fabbrocini G., Carli P., De Giorgi V., Sammarco E., Delfino M. Epiluminescence microscopy for the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions. Comparison of the ABCD rule of dermoscopy and a new 7-point checklist based on pattern analysis. Arch Dermatol 1998;134:1563-70.

Argenziano G., Soyer H.P., De Giorgi V., Piccolo D., Carli P., et al. Dermoscopy: A tutorial. 1st ed. Milan: EDRA; 2000.

Argenziano G., Soyer H.P., Chimenti S., Talamini R., Corona R., Sera F., et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the Internet. J Am Acad Dermatol 2003;48:679-93.

Bafounta M.L., Beauchet A., Aegerter P., Saiag P. Is dermoscopy epiluminescence microscopy

useful for the diagnosis of melanoma? Results of a metaanalysis using techniques adapted to the evaluation of diagnostic tests. Arch Dermatol 2001;137:1343-50.

Blum A., Luedtke H., Ellwanger U. et al. Digital image analysis for diagnosis of cutaneous melanoma. Development of a highly effective computer algorithm based on analysis of 837 melanocytic lesions. Br J Dermatol 2004; 151: 5: 1029-1038.

Kittler H., Seltenheim M., Pehamberger H. et al. Diagnostic informativeness of compressed digital epiluminescence microscopy images of pigmented skin lesions in comparison to photographs. Skin Res Technol 1997;3:198.

Stolz W., Braun-Falco O., Bilek P., Landthaler M., Burgdorf W.H., Coggnetta A.B. Color atlas of dermatoscopy. 2nd ed. Berlin: Blackwell Wissenschafts-Verlag; 2002.

Ж.С. Данбаева

ТЕРІ ІСІГІН ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ АНЫҚТАУДА ДЕРМАТОСКОПИЯНЫ ҚОЛДАНУ

2011 жылдың 26 қарашасында Астана қаласының «Дерматология және жыныс қатынасы ауруларын алдын-ала емдеу орталығында» терінің меланомасының алғашқы белгілерін анықтау мақсатында ашық есік күні өтті. Біздің мекеме 14 пен 87 жас аралығындағы 74 ауруға дерматоскопиялық тексеріс жүргізді. Дерматоскопияның клиникалық-анамнестикалық суреттері арқылы 74 терінің жаңа біту барысында 52(70,2%) меланоцитралық және 22(29,8%)меланоцитралық емес көрініс байқалды. Бір назар аударарлығы тексерісте болған 74 адамнан 2 ауруда (2,7%) тер аруының қатерлі түрі байқалғандықтан, әрі қарай тексеріске өту мақсатында Астана қаласының «Онкологиялық диспансеріне» бағыт берілді. Жалпы дерматоскопиялық тексеріс терідегі қатерлі және жай ісік түрлерін жоғары дәрежеде растайды, бұл өз кезегінде әрі қарай емдеу мен жобалау әдістерін анықтауда маңызды.

Z.S. Danbayeva

THE USE OF DERMATOSCOPY IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF SKIN TUMORS

On November 26, 2011 in Astana, in the Center of Dermatology took place “the Welcome day on early identification of a melanoma of skin” we made dermatoskopichesky examination of 74 patients aged from 14 to 87 years. On the basis of kliniko-anamnestic data and a dermatoskopichesky picture by us from 74 new growths of skin it is revealed 52 (70,2 %) melanotsitarny and 22 (29,8 %) the nemelanotsitarny. It is necessary to pay attention that as a result of visual survey of 74 patients malignant new growths of skin were suspected only at 2 (2,7 %) person who were directed on further inspection in «An Oncological clinic» in Astana. Dermatoscopic examination allows to differentiate non malignant skin tumors from malignant skin tumors, with the high degree of authenticity, that determines further tactic of treatment and prognosis.



УДК: 616.649+616.9:615-025.14

Данбаева Ж.С.

ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

ГККП «Центр Дерматологии и ПБППП» г.Астана, 2012 г.

Введение: Урогенитальные инфекции у женщин являются одной из важнейших медико-социальных проблем современности [1]. К основным заболеваниям органов мочеполовой системы у женщин, вызванными инфекционными возбудителями, относятся уреа-микоплазмоз, бактериальный вагиноз, трихомониаз, кандидозный вульвовагинит, в основном преобладают смешанные формы [2]. Урогенитальные инфекции клинически проявляются уретритом, сальпингитом, цервицитом и другими видами патологии мочеполовых путей [3]. Необходимо отметить, что инфекции, передающиеся половым путем, отрицательно влияют на репродуктивную функцию организма женщины [2,5]. Поэтому надлежащая фармакотерапия инфекций, передающихся половым путем, является не

только медицинской, но и социальной проблемой [6,7].

В связи с высокой степенью рецидивирования инфекционных заболеваний мочеполовой системы у женщин проблема рационального их лечения становится особо актуальной. Повышение эффективности терапии женщин с заболеваниями, передающимися половым путем является наиболее значимой проблемой в современной дерматовенерологии и гинекологии. Одним из эффективных препаратов, проявляющих высокую активность в отношении широкого спектра возбудителей ИППП является Меркацин (амикацин), антибиотик группы аминогликозидов широкого спектра действия, действует бактерицидно [7].

Материалы и методы исследования: Нами была набрана контрольная группа из 85 пациенток

в возрасте от 25 до 42 лет. В группу не включали женщин в возрасте младше 18 и старше 45 лет, в период беременности и кормления грудью, с аллергическими реакциями в анамнезе, с индивидуальной непереносимостью препарата. Среди возбудителей инфекций органов мочеполовой системы у женщин преобладают смешанные формы, при этом мы акцентировали

внимание на уреа-микоплазмозе. У 85 пациенток (таблица 1) наблюдались следующие формы микст-инфекций: 1-я группа уреоплазмоз-гарднереллез-кандидоз (32), 2-я группа уреоплазмоз-микоплазмоз-кандидоз (27), 3-я группа уреоплазмоз -трихомонад- гарднереллез (26).

Таблица 1.

группа	Диагноз	Число пациентов	Эффект		
			полный	Частичный	отсутствует
1-я	Ур-гардн-канд	32 (37,6%)	27 (84,3% ± 6,4)*	2 (6,3% ± 4,3)*	3 (9,4% ± 5,2)*
2-я	Ур-мик-канд	27 (31,8%)	20 (74,1% ± 8,4)*	4 (14,8% ± 6,8)*	3 (11,1% ± 6,0)*
3-я	Ур-трих-гардн	26 (30,6%)	24 (92,3% ± 5,2)*	1 (3,8% ± 3,8)*	1 (3,8% ± 3,8)*

примечание: * - достоверность различий между группами пациентов с полным и частичным эффектом лечения.

У 45 пациенток был выставлен диагноз эрозия шейки матки, у 35 пациенток хронический 2-х сторонний сальпингоофорит, у 15 женщин миома матки, у 75 пациенток вульвовагинит. В анамнезе 7-ю женщинами был перенесен туберкулез, у 15 женщин уреоплазмоз. Сопутствующей патологии со стороны внутренних органов не наблюдалось. Практически 70% пациенток предъявляли жалобы на желтоватые выделения из половых путей, умеренный запах, незначительный зуд наружных половых органов. 30% пациенток жалоб не предъявляли и были выявлены гинекологом при мед.осмотре по поводу эрозии шейки матки и направлены к дерматовенерологу на лечение. Всем женщинам с первых дней лечения наряду с метронидазолом (500 мг×3 р/день 7 дней) назначался Меркацин в дозе 500 мг×2 р/день 5 дней, флуконазолы 150 мг № 2, вагинальные суппозитории подбирались индивидуально. В последующем на 7-10 сутки подбирались комбинированные схемы лечения с антибиотиками из группы макролидов (вильпрафен, сумамед). Все пациентки переносили препарат Меркацин хорошо, лишь некоторые из них отмечали болезненность в месте инъекции.

Результаты исследования: Оценку эффективности лечебных мероприятий проводили с учетом субъективных жалоб, клинической картины заболеваний и лабораторных критериев. На пятые сутки в результате лечения Меркацином клинически наблюдалась следующая картина: отсутствие гиперемии, отечности слизистой влагалища, значительно уменьшились выделения, в некоторых случаях (35%)

полностью прекратились. Лабораторные данные на пятые сутки после лечения Меркацином: мазки на степень частоты – снижение лейкоцитоза, нормализация вагинальной микрофлоры. При I контрольном исследовании после лечения у 78 женщин были отрицательные результаты (РИФ-диагностика – уреоплазма, микоплазма, гарднереллы, трихомонады отсутствовали; мазок на ст.чистоты – лейкоциты до10, без особенностей); у 5 женщин наблюдался кандидоз (в мазке – лейкоциты до 10, обнаружены кандиды), было назначено соответствующее лечение; у 7 пациенток результаты оставались положительные (РИФ положительные+). Проведя беседу с женщинами у которых результаты оставались положительными, мы пришли к выводу о том, что результат лечения зависел от комплаентности пациенток (приверженности к лечению, женщины вступали в половой контакт или пропускали прием антибиотиков).

При II контрольном исследовании (РИФ-диагностика, мазок на ст.чистоты, бактериальный посев) результаты у 78 женщин были отрицательные.

Выводы: Проведенные клинические исследования могут свидетельствовать о том, что препарат Меркацин в комбинированном лечении с антибиотиками из группы макролидов позволяет существенно повысить эффективность лечения урогенитальных инфекций у женщин, достигая как этиологического, так и полного клинического излечения и может быть рекомендован для применения в дерматовенерологической практике.

ЛИТЕРАТУРА

- Избранные лекции по гинекологии. Учебное пособие. Под ред. Н.Б. Манухина. М.: Издательский дом «Династия», 2003.*
- Методические материалы по диагностике и лечению распространенных инфекций, передаваемых половым путем и заболеваний кожи. Под. ред. А.А.Кубановой. М. – ГЭОТАР – МЦД, 2003.*
- Баранова А.Н.// Журн. акушерства и женских болезней. – Спец. выпуск. – 1995. – С. 14.*
- Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. – М.: Медицина, 2000*
- Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. – Нижний Новгород: Издательство НГМА, Москва: Медицинская Книга, 1999*
- Венерические болезни. Руководство для врачей. / Под ред. О.К. Шапошникова – М.: Медицина, 1980*
- Мордовцев В.Н., Кешилева З.Б. Фармакотерапия в дерматовенерологии. – Алматы, 1994*
- Арутюнов В.Я. Кожные и венерические болезни. – М.: Медицина, 1972*
- Овчинников Н.М., Беднова В.Н., Делекторский В.В. Лабораторная диагностика заболеваний, передающихся половым путем. – М.: Медицина, 1987*
- Скрипкин Ю.К., Шаранов Г.Я., Селицкий Г.Д. Болезни, передающиеся при половых контактах. – Л.: Медицина, 1983*
- Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей. – М.: Триада-Х, 2003*
- Мавров И.И. Половые болезни. Энцикл. справ. – М.: Аст-Пресс, 1994*
- Справочник «Кожные и венерические болезни» Под ред. О.Л. Иванова. – М.: Медицина, 1997*
- Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий / Руководство для врачей.– С-П., 2000*
- Журналы «Вопросы дерматологии и венерологии» № 3-4 2001, № 1-2, 3-4 2002 г., № 1-2 2005 г.*
- Журналы «Вестник дерматологии и венерологии» № 4 1996 г., № 3 1998 г., № 1-4 1999 г., № 1-4 2000 г., № 3 2005 г.*
- Журналы «Инфекции, передающиеся половым путем» № 2 1999 г., № 2 2000 г., № 1 2006 г.*

Ж.С. Данбаева

УРОГЕНИТАЛДЫ ЖҰҚПАЛАРЫ БАР ӘЙЕЛДЕРДЕ ҚОСЫНДЫ ТЕРАПИЯНЫ ҚОЛДАНУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Әйелдердегі урогениталды жұқпалар осы заманның бірден-бір маңызды медициналық-әлеуметтік мәселелері болып табылады. Жүргізілген клиникалық зерттеулердің нәтижесінде, «Меркацин» дәрісі әйелдердегі урогениталды жұқпаларды емдеудің тиімділігін жоғарлатуға мүмкіндік бере алатыны туралы куәландырады, этиология болсын, сондай-ақ толық клиникалық сауығуына да қол жеткізе отырып және дерматовенерологиялық тәжірибеде қолдану үшін ұсынылуы мүмкін.

Danbayeva Z.S.

THE PECULIARITY OF TREATMENT OF WOMEN WITH THE SEX-TRANSMITTED GENITOURINARY INFECTIONS

The genitourinary infections of women is one of the main medicine-social problem of modern life. The results of clinical study shows that the medicine Merkacin in treatment with antibiotics allows us essentially to raise up efficacious of treatment of sex-transmitted genitourinaries of women and achive etiological and all the clinical treatment that is why it can be adviced for making use in practice.



УДК: УДК 616.21.4.(2)

Данилова З.В.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

ГКП на ПХВ «Областная больница» г. Петропавловск

Актуальность проблемы. Лечение послеоперационного болевого синдрома остается актуальной проблемой и для ее решения проводится много исследований, оценивающих эффективность различных анальгетиков и методик обезболивания.

Современные подходы к обезболиванию достаточно хорошо известны, стали доступны многие новые препараты, однако значимого прогресса в лечении послеоперационной боли достичь не удается.

Вероятно подобная ситуация сложилась потому, что в большинстве публикаций акцент делается на использование новых видов медикаментов, в то время как успех лечения не в меньшей степени зависит от организации лечебного процесса.

Во многих зарубежных руководствах подчеркивается важность именно этого аспекта оказания помощи [1]. Ниже представлены основные международные рекомендации по организации службы лечения острой боли.

Лечение боли необходимо проводить на основе принятых протоколов послеоперационного обезболивания с соблюдением принципа упреждающей анальгезии, использованием периферических анальгетиков для создания базисной анальгезии, широким применением регионарных методик и комбинаций анальгетиков разных фармакологических групп.

На практике же сохраняется приверженность моноанальгезии, а дополнительные препараты назначаются уже при развившемся, сильно выраженном болевом синдроме [2].

Обязательным компонентом лечения болевого синдрома является регулярная оценка (каждые 3-4 часа) выраженности боли на основе рейтинговых шкал (например, визуально-аналоговая шкала), а также периодическая общая оценка эффективности лечения острой боли, проводимая путем анкетирования больных.

Оценка болевого синдрома дает возможность учитывать субъективное восприятие боли пациентом (боль выражена настолько, насколько ее воспринимает пациент), а не мнение медицинского персонала, поскольку эти показатели зачастую сильно разнятся.

Кроме того, зафиксированные документально результаты оценки боли позволяют проанализировать эффективность используемых схем анальгезии.

Предоставление пациенту перед операцией

полной информации о предстоящей анестезии, послеоперационной боли и планируемых методах ее лечения позволяют устранить ряд психологических факторов, способствующих повышенной восприимчивости к боли.

Повышение образования персонала в вопросах физиологии и патофизиологии боли, фармакологии анальгетиков, методах лечения острой боли безусловно способствует повышению качества послеоперационного обезболивания.

Периодическое анкетирование пациентов, перенесших плановое оперативное вмешательство и находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) в раннем послеоперационном периоде, представляется сложным инструментом, позволяющим узнать оценку пациента оказанной ему в ОРИТ помощи.

Материалы и методы. С этой целью нами был проведен опрос пациентов, которые находились в отделении реанимации в раннем послеоперационном периоде в сентябре 2011 и 2012 года. Пациенты были включены в исследование последовательно, без специального отбора.

Условием включения было нахождение в ОРИТ не менее 18 и не более 72 часов. Анкетирование проводилось в 1 сутки после перевода пациента из ОРИТ, персонал отделения реанимации в опросе участия не принимал.

Задачей исследования являлась оценка выраженности болевого синдрома, наличие тошноты и рвоты, а также ряд других показателей, определяющих самочувствие пациента в первые сутки после операции.

Статистическое сравнение между двумя полученными группами не проводилось вследствие существенных различий в структуре перенесенных операций и небольшого количества пациентов в каждой из групп для подобного рода исследований.

подавляющему большинству пациентов была выполнена лапаротомия и операция на органах брюшной полости и забрюшинного пространства.

Оценка выраженности болевого синдрома проводилась по 5-бальной системе: боли нет – 0 баллов; слабая боль – 1 балл; умеренная боль – 2 балла; сильная боль – 3 балла и нестерпимая боль – 4 балла. Основные данные представлены в таблице 1.

Результаты исследования. В 2012 году двенадцати из вошедших в исследование пациентов проводилась продленная

эпидуральная анальгезия с системным введением периферических анальгетиков, а остальные пациенты получали комбинацию нестероидных

противовоспалительных препаратов (кетолак) с наркотическими анальгетиками (промедол в/м).

Таблица 1.

Показатель	2011 год	2012 год
Количество пациентов	35	33
Мужчины/женщины %	31/69	39/61
Возраст, лет	56±13	53±13
Выраженность боли, балл	1,6±1,1	1,9±0,9
Сильная и очень сильная боль %	18,8	20,6
Тошнота, %	29,3	36,4
Рвота, %	13,3	18,7

Как видно из таблицы, проблема лечения острой послеоперационной боли еще далеко не решена даже в стационаре, в котором уделяется повышенное внимание лечению болевого синдрома. Пятая часть пациентов испытывают сильную и очень сильную боль после операции. В результате анкетирования было выявлено, что более половины пациентов из-за болевых ощущений не могли повернуться на бок без помощи медсестры. Очевидной зависимости между выбранной схемой послеоперационного обезболивания и выраженностью болевого синдрома не наблюдалось, хотя полученных данных недостаточно для однозначных выводов. Отмечена высокая встречаемость послеоперационной тошноты и рвоты. Однако более 90% пациентов в целом оценивают

полученную в ОРИТ помощь как хорошую и очень хорошую. Также касается и качества сестринского ухода (86,4%). Все пациенты были удовлетворены полученной от анестезиолога информацией о предстоящей анестезии, но 8,1% пациентов посчитали недостаточной информацию об особенностях течения предстоящего раннего послеоперационного периода.

Выводы. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют, что проблема острой послеоперационной боли продолжает оставаться актуальной. При этом наиболее рациональным путем ее решения является не только внедрение новых препаратов и методик анальгезии, но и улучшение организации работы службы, занимающейся лечением боли.

ЛИТЕРАТУРА

Гайденко Г.В. Семиголовый Р.Ю. Стандарты обследования, анестезия и послеоперационное ведение хирургических больных. – Анестезиол и

реаним. – 2004. -№2.- С. 71-73.

Рид А.П. Осложнения при анестезии. Пер. с англ. – М., 1995. – 436 с.

Данилова З.В.

**ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ СЕЗІМСІЗДЕНДІРУ ШАРАЛАРЫНЫҢ САПАСЫН
ЖАҚСАРТУДАҒЫ ДӘРІ-ДӘРМЕКСІЗ ӘДІСТЕР**

Автор ұсынған мәліметтер - операциядан кейінгі өткір аурулар - әлі де көкейкесті мәселелер қатарына жататындығын нақтылайды. Бұл мәселенің рационалды шешімі ретінде автор, жаңа сезімсіздендіретін препараттармен қатар, ауруды сездірмеудің жаңа әдістемелерін енгізуді, ауруды емдеумен шұғылданатын қызметтің жұмысты ұйымдастыру әдістерін жақсартуды атап өткен.

Danilova Z.V.

**NOT MEDICAMENTOUS METHODS OF IMPROVEMENT OF QUALITY OF
POSTOPERATIVE ANESTHESIA**

The data obtained by the author testify that the problem of sharp postoperative pain continues to remain actual. Thus the most rational way of its decision is not only introduction of new anesthetizing preparations and analgesia techniques, but also improvement of the organization of work of the service which is engaged in treatment of pain.

УДК: 616-071.2+711.555(574.22)

Джолдаспаева Б.К.

О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ ПРИКРЕПЛЕННЫХ К ГОСПИТАЛЮ С ПОЛИКЛИНИКОЙ ДЕПАРТАМЕНТА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ И ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА*Госпиталь с поликлиникой Департамента ВД, г.Кокшетау.*

«Госпиталь с поликлиникой» Департамента внутренних дел Акмолинской области является государственным учреждением Министерства внутренних дел Республики Казахстан (далее МВД), созданный для осуществления медицинской, профилактической, реабилитационной, медико-социальной помощи военнослужащим внутренних войск, личному составу Департамента внутренних дел, сотрудникам Комитета уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Республики Казахстан и Управления государственной противопожарной службы, АЧС, курсантам Кокшетауского технического института Агентства по чрезвычайным ситуациям Республики Казахстан, пенсионерам органов внутренних дел и членам семей.

Работа ГсП органов внутренних дел организуется в соответствии: Постановлением Правительства Республики Казахстан №53 «Об утверждении Правил медицинского и санаторно-курортного обслуживания сотрудников органов внутренних дел и членов их семей, проживающих совместно с ними, а также пенсионеров органов внутренних дел», приказом Министерства внутренних дел № 536 от 8 августа 2002 год, в котором изложены задачи и обязанности Медицинской службы Департамента внутренних дел и ответственных врачей за медицинское обслуживание.

ГсП входит в состав Медицинской службы Департамента Внутренних дел вместе с Окружной военно-врачебной комиссией и СЭС и оказывает квалифицированную и специализированную помощь врачами по 10 специалистам. Уровень категориальности врачей составляет 68,7%.

Уровень категориальности СМР 62,5%. В состав Департамента внутренних дел Акмолинской области входят 17 районных отделов внутренних дел и два городских отделов внутренних дел. Количество лиц, прикрепленных на медицинское обслуживание, составляет 13864 человек, сотрудников органов внутренних дел, Управления государственной противопожарной службы АЧС Комитета уголовно-исполнительной системы МЮ РК Военнослужащих внутренних войск Членов семей Курсантов и слушателей КТИ Пенсионеров МВД.

Госпиталь с поликлиникой представлено стационаром общего профиля на 30 коек,

поликлиникой мощностью на 130 посещений в смену.

Кроме врачей терапевтов прием ведут врачи 10 специальностей: хирург, отоларинголог, стоматолог, кардиолог, уролог, психиатр, дерматовенеролог, невропатолог, эндокринолог, окулист.

Во вспомогательном отделении работают врачи: рентгенолог, врач УЗИ, врач статист, врач функциональной диагностики

Одним из основных мероприятий профилактической направленности в поликлинике является проведение прикрепленным контингентам ежегодных комплексных профилактических медицинских осмотров согласно приказа Министра внутренних дел от 28 ноября 2009 года № 447 «Об утверждении Правил и периодичности проведения медицинских осмотров сотрудников органов внутренних дел в медицинских организациях органов внутренних дел Республики Казахстан». В отличие от территориальных органов здравоохранения в медицинских организациях ОВД налажена работа по полному охвату ежегодным профилактическим осмотром сотрудников. За 2010-2011г. процент осмотра прикрепленных контингентов составляет 93,1-97,5.

Цель ежегодных медицинских осмотров раннее выявление наиболее социально-значимых заболеваний и своевременно проводить оздоровление в госпитале и в амбулаторных условиях для восстановления трудоспособности. С января 2010 года внедрена Единая национальная система здравоохранения, в плановом порядке проводится госпитализация больных через бюро госпитализации для получения в основном специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи, согласно приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года № 492 «Об утверждении Инструкции по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации».

В нашей стране в целях снижения инвалидности от заболеваний системы кровообращения продолжается развитие кардиологической и кардиохирургической помощи. В этой связи, необходимо своевременное выявление и организация работы

по направлению сотрудников с кардиологической патологией в лечебные учреждения, оказывающие высокоспециализированную и специализированную помощь. Направлены за 2010-2011г через портал для реабилитации в АОБ 189 пациентов и высокоспециализированное учреждение г.Астаны по квоте 79 пациентов. При выявлении хронических заболеваний с неблагоприятным прогнозом направлять на медицинское освидетельствование для определения годности к дальнейшей службе. Данные меры позволят снизить показатель инвалидизации и смертности вследствие хронических заболеваний.

В результате проведение профилактического медицинского осмотра пациенты распределяются по группам здоровья. По пациентам 1 группы «здоровые» определяется индекс здоровья сотрудников, который на протяжении несколько лет в пределах 5-6%, с 2009 года стал повышаться(8,4),а в 2011году составил 17,3%. Пациенты 2 и 3 группы подлежат динамическому наблюдению. Пациенты 3 группы т.е. хроническими заболеваниями согласно приказа МЗ РК №571 от 14.11.2005г, «Об утверждении протоколов (стандартов) диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний» подлежат динамическому наблюдению.

Пациенты 3 группы ставятся на диспансерный учет, проводится наблюдение и лечебно-оздоровительные мероприятия, направленные на излечение или предупреждение обострений хронических заболеваний у пациентов.

Улучшение показателей диспансеризации удалось добиться благодаря проводимой медицинской реабилитации в госпитале ДВД и реабилитационном отделении Акмолинской областной больницы и в высокоспециализированном учреждении г Астаны ,в санаториях.

С открытием в Акмолинской областной больнице кардиохирургического отделения появилась возможность провести больным с ИБС коронарографию и неинвазивную реваскуляризацию, не выезжая за пределы города. После неинвазивной реваскуляризации

состояние больных улучшилось, боли купировались, возросла толерантность к физической нагрузке, больные в полном объеме переносили физическую нагрузку, вернулись на работу в органы внутренних дел. В последующем прекратили прием нитратов. Основным критерием оценки состояния здоровья прикрепленного контингента, является показатель заболеваемости с временной утратой трудоспособности (далее - ЗВУТ). В 2011 году данный показатель составил 36,0 в случаях (по МВД РК 48,3) 408,0 дней на 100 работающих (по МВД РК 550,1) при средней продолжительности одного случая 10,1(по МВД РК 11,4 дня), что ниже показателей ЗВУТ 2011 года на 20,7 % в случаях и 19,9 % в днях нетрудоспособности.

Основной показатель при анализе заболеваемости с временной утратой трудоспособности - **показатель процента нетрудоспособности**, который определяет условную долю сотрудников, из общего числа работающих в отчетном периоде не принимавших участия в работе вследствие болезни ежедневно (процент сотрудников, не вышедших на работу по болезни в день). По ГсП ДВД Акмолинской области за 2011 год составляет 1,6%, по МВД РК 2,0%.

Таким образом, ежегодный медицинский профилактический осмотр прикрепленных контингентов дает следующие результаты:

1. Выявить заболеваний в ранней стадии.
2. Своевременно провести оздоровление для предупреждения обострения хронических заболеваний.
3. Своевременно направлять пациентов с хроническими заболеваниями с неблагоприятным прогнозом на медицинское освидетельствование для определения годности к дальнейшей службе.
4. Снизить заболеваемости с ВУТ, инвалидности, смертности.
5. Улучшить показатели эффективности диспансеризации, так за 2010год пациенты с улучшением состояния здоровья составляет 89,9%, с ухудшением 6,2%, без динамики 3,9%. В 2011г эффективность диспансеризации с улучшением составило 92,8%.

Джолдаспаева Б.К.

**АҚМОЛА ОБЛЫСЫ БОЙЫНША ІШКІ ІСТЕР ДЕПАРТАМЕНТІНЕ БЕКІТІЛГЕН
ГОСПИТАЛЬДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ ЖИЫНТЫҚТЫ
МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ**

Уақытша еңбек қабілетінен айырылған науқастардың арасында ауру көрсеткішін талдаудың бірден-бір көрсеткіші болып еңбекке қабілетсіздіктің пайыздық қатынасы болып табылады. Осы мақалада, алдын алу шараларын белсенді ұйымдастыру аурудың алдын алып, диспансеризация көрсеткішін азайтуға мүмкіндік береді.

ABOUT MEDICAL ATTACHMENT TO THE HOSPITAL WITH A POLYCLINIC FOR THE HOME DEPARTMENT OF AKMOLA REGION AND INTEGRATED MEDICAL INSPECTION

The main indicator in the analysis of morbidity with temporary disability - Percentage of disability, which defines the conditional share of employees, of the total workforce in the reporting period did not participate in the day due to illness.



УДК 616-022 6:579

*Дусмагамбетова А.М., Дусмагамбетов М.У., Рахметова Н.Б., Аушахметова З.Т.***СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЛПУ Г. АСТАНЫ ЗА ПЕРИОД 2009- 2011 ГГ.***АО «Медицинский университет Астана» ЦСЭЭ г.Астаны КГСЭН МЗ РК, г.Астана,*

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) являются важнейшей проблемой здравоохранения всего мирового сообщества. ВБИ развиваются у 5-20% госпитализированных больных [1, 2].

Эпидемическому распространению ВБИ способствует формирование и широкое распространение полирезистентных к современным антибиотикам штаммов, отличающихся высокой вирулентностью и повышенной устойчивостью к воздействию факторов окружающей среды, в том числе к дезинфектантам [3].

В последние годы наблюдается рост частоты инфекционных осложнений ран, что объясняется выростом объемом оперативных вмешательств, появлением возбудителей, резистентных к антимикробным препаратам, увеличением пациентов с иммунодефицитными состояниями и сопутствующими заболеваниями и другими факторами. В структуре ВБИ ведущее положение занимают гнойные осложнения, возбудителями которых зачастую являются условно-патогенные микроорганизмы [4].

Последние годы стало известно, что повышается роль условно-патогенных микроорганизмов (УПМ) в развитии различных патологических процессов, в том числе различных гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ). Возбудителями ГВЗ наиболее часто являются УПМ, входящие в состав естественной микрофлоры организма человека. Этиологическая структура ГВЗ непостоянна, часто встречаются ассоциации микроорганизмов [5].

Целью нашей работы было проведение мониторинга возбудителей гнойно-воспалительных осложнений в хирургических отделениях ЛПУ города Астаны. С этой целью

микробиологическому анализу подвергали раневое отделяемое хирургических больных.

Материалы и методы: Микробиологический мониторинг раневого отделяемого в подразделениях стационаров ЛПУ г. Астаны осуществлялся в 1-2 сутки пребывания больного в стационаре по клиническим показаниям; во время хирургических вмешательств (манипуляций, инвазий, катетеризаций мочевого пузыря и др.) больных с воспалительными процессами, в динамике после проведенной антибиотикотерапии, с постоянными (длительно установленными) катетерами и дренажами (эпистомы, нефростомы и другие) в динамике через каждые 4-5 суток, а также по эпидемиологическим показаниям.

Микроорганизмы идентифицировали на микробиологических компьютерных анализаторах «Микротакс» и «Мини-Ари». Наряду с идентификацией микроорганизмов на компьютерных анализаторах определение родовой и видовой принадлежности выделенных чистых культур проводилось в соответствии с приказами и методическими рекомендациями: «Микробиологическая диагностика заболеваний, вызываемых псевдомонадами и другими НГОБ», «Методическими указаниями по микробиологической диагностике заболеваний, вызываемых энтеробактериями», справочными материалами, приказом №535, №10.05.031.07 «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клиничко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений», и в соответствии с классификацией, приведенной в 9-м издании определителя бактерий Берджи.

Результаты: В течение трех лет проводился мониторинг этиологической структуры гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений (рис.1).

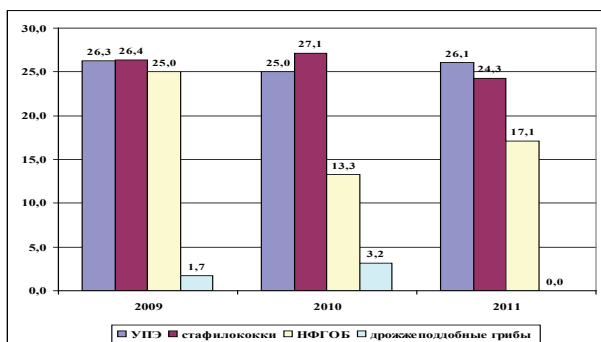


Рис.1. Этиологическая структура гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений (%)

Как видно из рис.1 во все анализируемые годы лидирующее положение среди возбудителей гнойно-воспалительных осложнений занимают условно-патогенные энтеробактерии (УПЭ) и стафилококки, которые были выделены из раневого отделяемого 25,0 – 27,1% больных, неферментирующие грамотрицательные бактерии (НФГОБ) – на втором месте (от 13 до 25,0% случаев), на третьем месте – дрожжеподобные грибы рода *Candida* (до 3,2% случаев).

Среди условно-патогенных энтеробактерий – возбудителей гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений в течение трех анализируемых лет ведущее место занимает *E.coli* с тенденцией к снижению ее этиологической значимости (с 16,4% в 2009г до 12,5% в 2011г). Второе место среди УПЭ занимает *Enterobacter aerogenes*, высеваемость которого из раневого отделяемого за исследуемый период повысилась в 1,5 раза. Высеваемость микроорганизмов рода *Klebsiella* характеризуется снижением с 1,7% в 2009г до 0% в 2011г. Вместе с тем необходимо отметить, что в 2011 году среди УПЭ – возбудителей гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений зарегистрированы микроорганизмы рода *Morganella*, не высевавшиеся в предыдущие годы (рис.2).

Таблица 1. НФГОБ – возбудители гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений (%)

года микроорганизм	2009	2010	2011
<i>Ps.aeruginosa</i>	16,4	11,7	15,1
<i>Acinetobacter spp.</i>	1,72	0	0,7
Другие НГОБ	6,9	1,6	1,3

Кроме того, необходимо отметить, что за анализируемый период наблюдается тенденция к снижению этиологической роли НФГОБ в гнойно-воспалительных послеоперационных осложнениях.

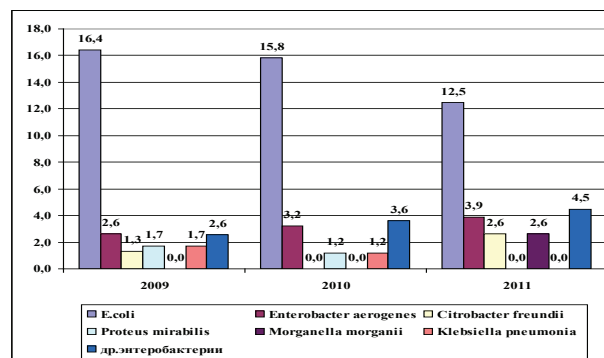


Рис.2. УПЭ – возбудители гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений (%)

По литературным данным наряду с УПЭ наиболее частыми возбудителями ГВЗ являются стафилококки. Структура стафилококковых послеоперационных осложнений представлена на рис.3

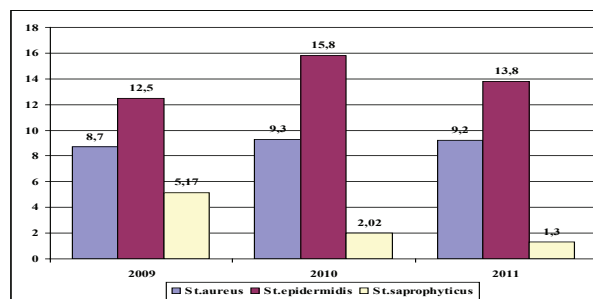


Рис.3. Стафилококки – возбудители гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений (%)

Как видно из рис.3, в течение всего анализируемого периода ведущую роль в этиологии гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений играет эпидермальный стафилококк, наименьшую этиологическую значимость имеет сапрофитный стафилококк высеваемость которого в 2011 году снизилась в 3,9 раза по сравнению с 2009 г.

Среди НФГОБ чаще всего выделялись *Ps.aeruginosa* и представители рода *Acinetobacter* (табл.1).

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

Ведущую роль среди возбудителей гнойно-воспалительных осложнений в период 2009 – 2011гг. занимают УПЭ и стафилококки.

Среди УПЭ-возбудителей послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений наибольшую этиологическую роль играет *E.coli*. Из группы грамположительных кокков

наибольшую этиологическую значимость имеет эпидермальный стафилококк, стабильно высевавшийся в течение всего анализируемого периода.

ЛИТЕРАТУРА

Костина, Н.Н. Медико-экологические проблемы гнойно-септических инфекций в акушерских стационарах: автореф. дис. . канд. мед. наук / Н.Н. Костина. Омск, 2001. - 19с.

Семина, Н.А. Эпидемиология и профилактика внутрибольничных инфекций / Н.А.Семина, Е.П.Ковалева, Л.А. Генчиков // Эпидемиология и инфекционная патология: Сборник науч.тр. М., 1989 - С.105-112.

Красильников, А.П., Антисептики и дезинфектанты как факторы риска развития ятрогенных (внутрибольничных) инфекций / А.П.Красильников, Е.И. Гудкова // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии

1994 - №2. - С. 119-126..

Лайман Е.Ф., Шаркова В.А. Характеристика микрофлоры послеоперационных ран.// Журнал инфектологии. Материала II конгресса Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням. – Астана, 12-14.09.2012 – Т.4, №3, 2012. – с. 65.

Котова А.Л., Рамазанова Б.А., Кудайбергеноулы К.К. и др. Клиническая микробиология и ее роль в подготовке врачей общей практики.// Сборник трудов научно-практической конференции «Микробиология: ее роль в медицине, науке, медицинском образовании». – Алматы, 2012. – с. 53 – 54.

Досмағамбетова А.М., Досмағамбетов М.Ө., Рахметова Н.Б., Аушахметова З.Т.

АСТАНА ҚАЛАСЫНДАҒЫ 2009-2011 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДАҒЫ ЕМДЕУ САҚТАНДЫРУ МЕКЕМЕЛЕРІНДЕГІ ОТАДАН КЕЙІНГІ ІРІНДІ-ҚАБЫНУ АСҚЫНУЛАРЫНЫҢ МИКРОБТЫҚ КӨРІНІСІН САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ

Астана қаласының ЕСМ-нің хирургиялық бөлімшелерінде ірінді-қабыну асқынуларының қоздырғыштарына жүргізілді. 2009-2011 жылдар аралығында ірінді-қабыну асқынуларының қоздырғыштар арасында жетекші рөлді стафилококк екендігі анықталды.

Dusmagambetova A.M., Dusmagambetov M.U., Rakhmetova N.B., Aushakhmetova Z.T.

COMPARATIVE ANALYSIS OF MICROFLORA OF PYOINFLAMMATORY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN ASTANA MPI FOR 2009-2011

Monitoring of activators of pyoinflammatory complications in surgical departments in Astana MPI is carried out. A leading position among germs of pyoinflammatory complications for 2009-2011 belongs to OE and staphylococcus.



ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

врач травматолог-ортопед. г. Астана. НМХ, АО «РНЦНМП»

Введение. Переломы позвоночника в составе политравмы встречаются достаточно часто и составляют до 15% пострадавших имеют эти серьезные повреждения. Авторы приводят данные, что по локализации лидируют сочетание нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника и составляют до 75% всех переломов позвоночного столба, затем изолированное повреждение шейного отдела — до 15% и на последнем месте грудной отдел — до 10% [1,2].

Лечение больных с последствиями травм позвоночника является важной проблемой современной вертебрологии. Помимо высокой частоты и тяжести повреждений позвоночника ее актуальность во многом обусловлена неполноценной и несвоевременной диагностикой и лечением пострадавших с острой позвоночной и позвоночно-спинномозговой травмой. недавнего времени вертебрологическая помощь несла в себе излишний, порой неоправданный консерватизм или осуществлялась на уровне паллиативных операций в объеме ламинэктомии, заднего спондилодеза пластинами, проволокой, костными трансплантатами, разработка новых технических совершенных имплантатов, внедрение новых методов диагностики, возможности анестезиологического обеспечения, позволяющие выполнять многоэтапные операции, позволили пересмотреть подходы к лечению травм позвоночника [1,3,4].

Переход от консервативных к ранним хирургическим методам лечения тяжелых травм позвоночника привел к значительному снижению

инвалидизации и уменьшению отрицательных последствий больных. Этому в значительной мере способствовали разработка тактических классификаций повреждений позвоночника (АО/ASIF, F.Denis'a, Load-Sharing) и современных имплантационных спинальных технологий. Хирургические методы в последнее время все шире применяются при лечении тяжелых травм позвоночника. Большая часть переломов, вывихов, переломовывихов позвонков, особенно нестабильных, осложненных повреждением, компрессией содержимого позвоночного канала, требует экстренной диагностики и лечения [5, 6].

Таким образом, актуальность исследуемой темы подчеркивает необходимость поиска альтернативных методов лечения у пациентов с вышеуказанной патологией, имеющее важное социальное значение.

Целью исследования - провести анализ результатов оперативного лечения у больных с переломами грудного и поясничного отделов позвоночника.

Материалы и методы. В отделении политравмы МНХ АО «РНЦ НМП» прооперировано 19 пациентов как с изолированными переломами груднопоясничного отдела позвоночника так и с сочетанными повреждениями. Из всех пострадавших мужчин было 10 (52,6%), женщин - 9 (47,4%). Возраст пациентов варьировал от 22 до 53 лет. Наиболее частыми обстоятельствами возникновения травм были падения пострадавших с различной высоты и составили 13(68,4%) и дорожно-транспортные происшествия - 6 (31,6%).

Мех травмы	Производ падения	Бытов. падения	ДТП
муж	5	3	2
жен	-	5	4
всего	5	8	6

Сроки поступления в стационар варьировали от 3 часов до 7 суток.

Перелом грудного отдела позвоночника отмечен в 4 случаях, поясничного отдела позвоночника отмечен - в 15.

Нестабильные трехколонные переломы были

в 19 случаях, осложненные переломы в 5 случаях.

Мужчин с множественными травмами было 3, с сочетанными - 4, изолированными - 2.

Женщин с сочетанными травмами было 7, с изолированными - 3.

Возраст	До 20 лет	До 30 лет	До 40 лет	Выше 40 лет
Муж	1	4	2	3
жен	3	4	1	1
	4	8	3	4

Всем 19 больным проведено оперативное лечение: задний спондилодез транспедикулярной системой ChM. Произведены в 2-х случаях передний спондилодез аутокостью в случаях оскольчатого трехколонного осложненного перелома позвонков. Декомпрессионно-стабилизирующие операции выполняли у больных с переломами позвоночного канала или корешков конского хвоста. Показанием к проведению коррекции и стабилизации позвоночника являлось наличие у пострадавшего нестабильного вертебрального повреждения.

Показанием к оперативному лечению являлись:

1. Свежие неосложненные нестабильные повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника (типы В и С по классификации Mageri). В сроки от 7 до 14 дней после травмы производилась транспедикулярная фиксация смежных с пострадавшим сегментов.

2. Застарелые неосложненные повреждения позвоночника грудной и поясничной локализаций с грубым посттравматическим кифозом и нестабильностью пострадавшего отдела.

3. Свежие и застарелые осложненные переломы и перелома-вывихи грудного и поясничного отделов позвоночника с повреждением содержимого позвоночного канала, спинномозговых корешков. Производилось - ламинэктомия, ревизия спинного мозга, задняя декомпрессия и транспедикулярная фиксация в сочетании с задним спондилодезом.

Транспедикулярная фиксация в грудном отделе проведена в 4 случаях, в поясничном отделе в 15 случаях.

Из них у мужчин: фиксация переломов грудного отдела в 3-х случаях, фиксация переломов поясничного отдела в 7 случаях, соответственно у женщин: фиксация переломов грудного отдела в 1-м случае, фиксация переломов поясничного отдела в 8-и случаях.

В 3-х случаях отмечалось осложненный перелом позвонков (клинический в виде нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, сдавления структур спинного мозга), произведены декомпрессионные ламинэктомии с задней транспедикулярной фиксацией, в дальнейшем регресс неврологической симптоматики.

Больным кроме клинических методов обследования проводилась рентгенография и Компьютерная томография груднопоясничного отделов позвоночника. В послеоперационном периоде контрольное КТ исследование.

Результаты и их обсуждение. Результаты лечения: в ближайшем послеоперационном периоде в 18 случаях отмечается положительный

результат. На 2-4 четвертые сутки после операции пациенты активизированы с фиксацией жестким грудно-поясничным корсетом. На контрольных осмотрах через 1, 2 месяца жалоб нет, рентгенологически фиксаторы стабильные.

В 1-м случае отмечалось воспаление в области послеоперационного рубца с образованием свищей, после иссечения свищей и удаления лигатур свищи зажили вторичным натяжением.

При оперативном методе лечения пациенты через 2-4 суток после остеосинтеза активизированы.

Клинический пример представлен на рисунке 3.

Рисунок 3 - Пациентка Г. 1991 г.р. диагноз: Сочетанная травма. Закрытая черепно-мозговая



травма. Сотрясение головного мозга. Закрытый компрессионный перелом тела Th XI позвонка с переломом боковой дужки справа, оскольчатого краевого перелома L II позвонка, переломам поперечных отростков Th IX, LII, LIII позвонков справа. Алкогольное опьянение. Травматический шок I степени. Беременность 4 недели.

Произведена операция: Спондилодез задним доступом Th X и Th XII позвонков с боковой редукцией тела Th XI позвонка транспедикулярной системой ChM (Poland)

В результате проведенного хирургического лечения во всех случаях удалось достигнуть полноценной коррекции компрессии тел позвонков, восстановления правильной геометрии позвоночного канала и оси позвоночника.

При анализе отдаленных результатов мы не отметили каких-либо осложнений со стороны имплантатов. Сформировавшийся металлокостный блок обеспечивал надежную стабильность на уровне поврежденного позвоночного сегмента, отсутствовало прогрессирование посттравматических деформаций.

Таким образом, оперативное лечение по стабилизации переломов тел позвонков позволяет раннюю активизацию пациентов и получить положительные результаты лечения в 95% случаев.

ЛИТЕРАТУРА

Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

Повреждения позвоночника и спинного мозга. Под редакцией чл.-кор. АМН Украины проф. Н. Е.

ПОЛИЩУКА, проф. Н. А. КОРЖА, проф. В. Я. ФИЩЕНКО Киев: «КНИГА плюс», 2001

Дулаев А.К., Орлов В.П., Ястребов Н.М. и др. Современные технологии хирургического лечения повреждений позвоночника // Новые имплантаты и технологии в травматологии и ортопедии: Тез. докл. конгр. травматологов-ортопедов России с междунар. участием. — Ярославль, 1999. — С. 125-126.

Жеребцов С.В., Рерих В.В., Рамих Э.А. Стабилизация верхней части отдела позвоночника при повреждениях // VII съезд травматол.-ортопед. России: Тез. докл. - 2002. - Т. 1. - С. 78-79.

Корж А.А., Талышинский Р.Р., Хвисяк Н.И. Оперативные доступы к грудным и поясничным позвонкам. - М., 1968.

Корнилов Н.В., Усиков В.Д. Повреждения позвоночника. Тактика хирургического лечения. - СПб., 2000.

Рерих В.В. Диагностика и результаты хирургического лечения компрессионных проникающих переломов тел грудных и поясничных позвонков / В.В.Рерих, Э.А.Рамих, А.В.Старыгин и др. // Проблемы хирургии позвоночника и спинного мозга: Тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции. - Новосибирск, 1996. - С. 47-48.

Н.Т. Естемесов

КӨП ЖАРАҚАТЫ БАР НАУҚАСТАРДА ОМЫРТҚА СЫНЫҒЫН ОТАМЕН ЕМДЕУ

Бұл мақалада зерттеу жұмысына қатысқан 19 науқастың омыртқа бөлігінде болған сынықты емдеуге бағытталған емдік шаралардың нәтижелері қарастырылған. Барлық зардап шеккен науқастардың 10 (52,6%) ер, 9 (47,4%) әйелдер болды. Науқастардың жас шамасы шамамен 22 ден 53 жас аралығын құрады. Барлық 19 науқасқа ота жасалды: ChM жүйесіне артқы транспедикулярлы спондилодез. Сынықты тұрақтандыруға бағытталған ота емі науқастардың ерте сауығуына және 95% жағдайда еркін қозғалып, оң нәтижеге қол жеткізуіне мүмкіндік береді.

NT Estemesov

OPERATIVE TREATMENT OF FRACTURES OF THE SPINE PATIENTS WITH POLYTRAUMA

The Department of Polytrauma MNH JSC "RSC NMP" operated on 19 patients with an isolated fracture of the thoracolumbar spine and with associated injuries. Of all the male victims were 10 (52.6%), women - 9 (47.4%). The patients' ages ranged from 22 to 53 years. All 19 patients underwent surgical treatment: rear fusion transpedicular system ChM. Performed in 2 cases, anterior fusion with autologous bone in cases of complicated comminuted Three-column vertebral fractures. Dekompresivno-stabilizing operations performed in patients with vertebral fractures complicated by spinal cord compression or cauda equina roots. Indication for the correction and stabilization of the spine is the fact that the victim of an unstable vertebral injury. Surgical treatment to stabilize vertebral fractures allows early mobilization of patients and get a good response in 95% of cases.



УДК 616.718.5/6-001.5-089

Н.Т. Естемесов

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

НМХ, АО «РНЦ НМП», врач травматолог-ортопед. г. Астана

Актуальность. Переломы костей голени составляют по данным авторов от 25% до 30% из всех переломов костей скелета. Частота осложнений при удовлетворительной репозиции и консервативном лечении переломов костей голени остается значительной, что приводит к неблагоприятным исходам лечения – деформации, укорочению, контрактурам

коленного, голеностопного суставах, вследствие чего пациенты подвергаются ортопедическим операциям и длительному реабилитационному восстановлению анатомо-функциональных нарушений.

Цель исследования: Улучшить результаты оперативного лечения больных с переломами костей голени.

Материалы и методы исследования: Проанализированы результаты оперативного лечения 106 больных лечившихся в отделении политравмы в АО «Республиканский научный центр Неотложной медицинской помощи» за период 2011-2012 гг. Мужчины – 58 (61%); женщины – 48 (39%). Возраст пациентов составил от 18 до 68 лет. 27 пациентов имели открытые переломы, - закрытые переломы. С закрытыми переломами 79 пациентов оперированы в сроки от 1 до 3 суток. Всем 27 пациентам с открытыми переломами при поступлении производилось ПХО открытого перелома, 10 из них одномоментно произведен остеосинтез, 8 произведен отсроченный остеосинтез на 4 сутки и 9 пациентам – на 12 сутки. У пациентов с отсроченным остеосинтезом первично при поступлении произведена внешняя стержневая фиксация. Переломы проксимального метаэпифиза костей голени отмечены у 17 пациентов, верхней трети диафиза большеберцовой кости - у 9, средней трети диафиза - у 32, нижней трети диафиза - у 43, дистального метаэпифиза – у 5. Тактика оперативного лечения зависела от характера травмы, типа и локализации перелома, степени открытого перелома и наличия сопутствующих осложнений. Применялись такие виды операции как: закрытый блокирующий интрамедуллярный остеосинтез в 66 случаев, накостный металлоостеосинтез блокирующими пластинами – в 33 и внеочаговый чрескостный дистракционный остеосинтез по Илизарову – в 7.

Результаты и их обсуждения. Отличные результаты получены у 55 (50,2%) пациентов,

хорошие результаты получены – у 33 (31%), удовлетворительные – у 18 (16%) и неудовлетворительные – у 3 (2,8). Результаты применения остеосинтеза у пациентов имевших закрытую изолированную травму и переломы типа А, показали консолидацию переломов и отсутствие признаков нестабильности. Замедленная консолидация отмечена у пациентов с открытыми переломами типа В и С, с сочетанной и множественной травмой у которых, произведен отсроченный остеосинтез ввиду локальных повреждений или тяжести общего состояния. Главными причинами замедленной консолидации являлись неудовлетворительная репозиция с оставлением диастаза между отломками, массивность травматизации и нарушение кровоснабжения места переломов, поздняя нагрузка после остеосинтеза.

Таким образом, для лечения диафизарных переломов голени необходимо учитывать характер, уровень и состояние мягких тканей для максимального раннего восстановления функции конечности наиболее эффективна методика интрамедуллярного остеосинтеза с блокированием, позволяющая проводить раннюю мобилизацию больного и функционально пользоваться травмированной конечностью. Повреждение метаэпифизарных отделов голени являются внутрисуставными, что требует восстановления анатомических соотношений, включая связочный аппарат. Применение дифференцированного подхода позволило получить положительные результаты в 97,2% случаев.

Н.Т. Естемесов

ТІЗЕ БУЫНЫ СҮЙЕГІНІҢ СЫНЫҒЫН ОТАМЕН ЕМДЕУ

Тізе буынының метаэпифизарлы бөлімінің зақымдалуы негізінен буын ішілік процесс болып табылады, сондықтан байланыстыратын аппараттар анатомиялық қатынастардың қадыптасуына әкеледі және мұндай арнайы көмектің жүргізілуі 97,2% жағдайда оң нәтиже береді.

NT Estemesov

OPERATIVE TREATMENT OF FRACTURES OF LEG BONES

Damage metaepifizarnyh departments are intraarticular tibia, requiring restoration of anatomic relationships, including ligaments. Differentiated approach allowed us to obtain positive results in 97.2% of cases.



Жақипбаева С.Р.

ПРЕИМУЩЕСТВА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ

Национальный научный центр материнства и детства Астана

В наши дни для диагностики патологии опорно-двигательного аппарата наряду с традиционным рентгенологическим исследованием шире стали применяться такие высокоинформативные методы исследования, как ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансная томография (МРТ).

Без всякого сомнения, МРТ является одним из самых эффективных методов исследования мягких тканей, костей и суставов, особенно их внутренних структур, обеспечивая практически всю полноту диагностической информации, но высокая стоимость МРисследования, относительно малое число магнитно-резонансных томографов, а иногда и наличие противопоказаний к проведению этого исследования не позволяют считать МРТ методом выбора при поиске патологии опорно-двигательного аппарата [1,4].

Неоспоримо диагностически ценной информацией обладает и метод рентгенологического исследования патологии опорно-двигательного аппарата у детей. Но здесь необходимо учитывать возрастной аспект, так как из всех компонентов опорно-двигательного аппарата рентгенологической контрастностью обладает только костная ткань, Хрящевая ткань «проницаема» для рентгеновских лучей. Вследствие этого на рентгенограмме костей и суставов не получает отображение целый ряд анатомических образований, что недостаточно для обеспечения надежной дифференциальной диагностики патологических процессов. [5]

Ультразвуковое исследование опорно-двигательного аппарата отличается простотой выполнения, отсутствием противопоказаний, относительной доступностью аппаратуры, высокой информативностью в отражении мелких деталей связок, сухожилий, мягких тканей. Все вышеперечисленное обеспечивает ультразвуковому методу приоритет при выборе методов исследования опорно-двигательного аппарата, несмотря на оператор-зависимость процедуры и невозможность визуализации самой костной ткани. [1]

Наиболее часто в патологических изменениях опорно-двигательного аппарата у детей встречаются воспалительные и деструктивные изменения в суставах. При этом ультразвуковое исследование позволяет уже на ранних этапах определить наличие минимального объема свободной жидкости в полости сустава и околоуставных сумках, оценить характер этой

жидкости, достоверно установить наличие травмы, определить характер повреждения той или иной анатомической структуры. [3]

К преимуществам данного метода относится и возможность многократного динамического исследования в ходе проводимой терапии [1,4,6]

Целью данного исследования явилось изучение ультразвуковых критериев патологических изменений суставов у детей в возрасте от 2 до 14-17 лет при болях в области суставов, ограничении движений в суставах, припухлости и увеличении объема суставов нетравматического генеза

Материал и методы исследования. Ультразвуковое исследование проводилось на сканере LOGIC-5 PRO при помощи линейного датчика с рабочей частотой 7,5-10 МГц. Специальная подготовка пациента к исследованию не требовалась. Исследование проводилось в В-режиме.

Исследование тазобедренных суставов проводилось лежа на спине с выпрямленными и согнутыми в коленном суставе ногами с использованием переднего, медиального и латерального доступов.

Сканирование коленных суставов осуществлялось в положении пациента на спине с вытянутыми и согнутыми ногами, а также лежа на животе в продольной, поперечной, латеральной и медиальной проекции (задняя, передняя)

Ультразвуковое исследование голеностопного сустава проводилось в положении пациента с упором на стопу в продольной и поперечной проекции (задняя, передняя)

Сканирование локтевых и лучезапястных суставов проводилось пациенту сидя лицом к исследователю. Оценивалось в стандартных позициях в продольной и поперечной проекции.

При проведении эхографии суставов оценивались следующие анатомические структуры [2]:

- суставные поверхности (контур)
- гиалиновый хрящ (толщина, равномерность)
- внутрисуставные хрящи (мениски)
- синовиальная оболочка (толщина)
- суставные щели (сужены, не изменены или расширены)
- суставные сумки
- сухожилия, связки

При исследовании суставных поверхностей следует помнить об особенностях детской

костной ткани, которая имеет эпифизарные зоны роста, разнообразные по форме и количеству островки окостенения эпифизов, которые могут имитировать различные костные поражения (остеофиты, периостальную реакцию, новообразования.)

Гиалиновый хрящ в норме у детей визуализируется в виде однородной гипозоногенной структуры, равномерной по толщине и расположенной над суставной поверхностью. Есть одна возрастная особенность: чем меньше возраст ребенка, тем больше толщина хряща. В возрасте до 7-ми лет толщина хряща – 4-9мм, в возрасте 7-14 лет – 3-5мм, в возрасте 14 лет и старше 2-3,5мм. Важной особенностью гиалинового хряща у детей младшего возраста является его неоднородность за счет единичных или множественных точечных или диаметром не более 2мм экзогенных включений без акустического эффекта. Это участки окостенения, которые отображаются в виде неровности контура хряща и носят двухсторонний характер. Суставной хрящ аваскулярен, т.к. не имеет кровеносных сосудов.

Мениски (внутрисуставные хрящи) состоят из фиброзной ткани и по своей окружности срастаются с суставной капсулой. При сканировании определяются в виде экзогенных структур треугольной формы с ровными контурами. Особенностью ультразвуковой картины детского возраста является отсутствие четкости изображения менисков, связанных с нежной структурой коллагеновых волокон фиброзного хряща. Поэтому у детей до 6-8 лет мениски могут не визуализироваться.

Синовиальная оболочка образует синовиальные (суставные) сумки, располагающиеся под мышцами или вокруг сухожилий. В неизменном виде они четко не определяются.

Суставные сумки при эхографии практически не видны, исключение составляют поверхностно расположенные, такие как супрапателлярная, инфрапателлярная. В норме в полости сумки содержится до 3-5 мл синовиальной жидкости, при патологических изменениях в синовиальных сумках скапливается значительное количество свободной жидкости (бурсит).[7]

Связки и сухожилия при ультразвуковом исследовании визуализируются в виде структур повышенной эхогенности и их сканирование в большей степени важно при травмах.

Обязательным условием при проведении ультразвукового исследования суставов является сканирование интересующей нас структуры и сравнение с аналогичной структурой контралатеральной стороны.[1,4,6]

Результаты и обсуждения

В процессе наблюдения нами было осмотрено 33 пациента с вышеперечисленными симптомами, всего исследовано 72 пары суставов, из них

30(41%) коленных, 20(27%) голеностопных, 16(22%) тазобедренных, 4(5%) лучезапястных, по одному плечевому и локтевому(1,3%) суставу (имеется в виду парные суставы). У каждого пациента было исследовано несколько групп суставов. Большинство патологических изменений было выявлено в коленных суставах – 12 случаев – 36% (скопление жидкости в бурсах, деформация суставных поверхностей, сужение суставных щелей с формированием остеофитов по краю суставных поверхностей, утолщение синовиальных оболочек, истончение гиалинового хряща). Следует заметить, что все вышеперечисленные изменения, кроме бурситов, чаще всего встречались у детей старшего возраста 12-17 лет. Также большую роль играет стаж (давность) заболевания в образовании остеофитов, деформации суставных поверхностей, а также истончения и дегенеративных изменений гиалинового хряща.

В тазобедренных суставах – 6 случаев патологии - 18% (утолщение шеечно-капсулярного пространства за счет наличия выпота, деформация суставных поверхностей). В голеностопных суставах – 4 случая – 12% (в основном наличие выпота в полости сустава, ретроахилловой бурсе), в лучезапястных суставах – 1 случай – 3% (наличие выпота и деформация суставных поверхностей). При этом важно учесть сочетанность поражения разных групп суставов у одного и того же пациента.

У пациентов с изолированными болями в суставах, которые клинически определялись как реактивная артропатия, патологических изменений не отмечалось.

Если к болевому синдрому присоединялись припухлость, увеличение объема, ограничение в движении суставов (артрит, деформирующий артроз), то встречались все вышеперечисленные патологические изменения.

В нашем наблюдении чаще всего патологические изменения выявлялись в коленных суставах (41%), т.к. это наиболее крупные, подвергающиеся основной нагрузке в процессе жизнедеятельности, анатомические структуры.[7]

В 18% исследуемых случаев встречалась патология тазобедренных суставов (асептический некроз головки тазобедренного сустава исключен). Клинически эта патология проявлялась в виде хромоты, болезненности сустава.

Патологические изменения голеностопного сустава (12%) чаще всего выражались в виде отека, болезненности, ограничения движения, хромоты. Ультразвуковыми критериями чаще всего было наличие выпота в синовиальных оболочках и ретроахилловой сумке.

Следует отметить, что среди числа обследуемых детей, не было ни одного пациента с патологией плечевого сустава.

Таким образом, на основании нашего клинического опыта можно констатировать высокую информативность данного метода в сочетании с клинической картиной патологии, отсутствие противопоказаний для исследования и безопасность для пациентов детского возраста.

Выводы:

Эхография суставов с учетом ее безопасности и неинвазивности позволяет осуществлять многократное динамическое наблюдение в процессе лечения без риска для здоровья.

Данный метод диагностики представляет

дополнительные сведения о структуре суставов и их патологических изменениях

Нельзя не отметить возможность гипердиагностики артритов при рентгенологическом исследовании, что обуславливает актуальность применения эхографии в исследовании патологии суставов в детском возрасте.

Доступность ультразвуковой диагностики делает ее методом выбора в диагностике патологии опорно-двигательного аппарата в детском возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.Р.Зубарев, Н.А.Неменова «Ультразвуковое исследование опорно-двигательного аппарата у детей». Видар, 2006. С. 12-23.

2. М.Р.Сапин «Анатомия человека», М. Медицина, 1993г. С. 11-18.

3. М.И. Пыков «Современные возможности лучевой диагностики в педиатрической практике» Диссертация д.м.н. в виде научного доклада, РМАПО МЗ РФ, М. 1997 – 47с.

4. А.В.Зубарев, В.Е.Гажонова, И.В.Долгова «Ультразвуковая диагностика в травматологии»

Практическое руководство 2003г

5. В.И.Садофьева «Нормальная рентгенанатомия костно-мышечной системы у детей» Ленинград. Медицина 1990г. С. 12-18.

6. Юджин МакНелли «Ультразвуковое исследование костно-мышечной системы» Практическое руководство. Видар М 2007г.

7. А.Ю. Васильев, Е.Б. Ольхова «Ультразвуковая диагностика в неотложной детской практике» ГЭОТАР Медиа 2010г. С.13-18.

Жақытбаева С.Р.

БАЛАЛАРДЫҢ ТІРЕК-ҚИМЫЛ ЖҮЙЕСІ ПАТОЛОГИЯСЫН УЛЬТРАДЫБЫСПЕН АНЫҚТАУДЫҢ АРТЫҚШЫЛЫҚТАРЫ ЖАЙЫНДА

Қазіргі таңда сүйек-бұлшықет жүйесінің патологиясын диагностикалау үшін дәстүрлі рентгенологиялық зерттеу әдістері ультрадыбысы зерттеу - (УЗИ), магнитті - резонанстық томография (МРТ) қолданылады. Бұл мақалада аталмыш әдістердің тиімділігі мен оңтайлы көріністері сипатталған.

Zhakiybayeva SR.

THE ADVANTAGES OF ULTRASOUND DIAGNOSIS OF THE CHILDREN'S MUSCULOSKELETAL SYSTEM PATHOLOGY

Nowadays for the diagnosing of the musculoskeletal system pathology along with traditional x-ray study such highly informative methods of research as ultrasound investigation (USI), magnetic resonance imaging (MRI) was getting used widely.



УДК: 618.12

Жанабергенова Э.Ж.

ЭНДОЦЕРВИЦИТ ЖӘНЕ ЖАТЫР МОЙНЫ ЭРОЗИЯСЫ

Астана, АБҰҒО

Қазіргі кезде жыныстық жолмен жұғатын инфекция (ЖЖЖИ), медицина ғылымындағы ең бір келелі мәселенің бірі. Соңғы жылдары Қазақстанда ЖЖЖИ бойынша эпидемиялық жағдай шұғыл нашарлады. Аурушандық құрылымында өте жиі трихомонад (192,4 100.000 тұрғынға), мерез (164,4 100.000 тұрғынға), созылған инфекция (348 100.000 тұрғынға), урогениталдық хламидиялық инфекция (100.000 тұрғынға 38,5) жиі кездеседі [1].

ЖЖЖИ ішінде ең көп тарағаны трихомонадалық инфекция. Трихомонад несеп жыныс мүшесінің көп ошақты әр бөлігін зақымдаумен, созылмалы ағыммен және қайталануға бейімділікпен сипатталады [2].

Хламидии адамды және жануарлардың көптеген түрін зақымдауға қабілетті, барлық ағзаларды зақымдайды, соның ішінде несеп жыныс мүшесін [3-5].

Гениталии хламидиозы – жыныстық жолмен жұғатын, жиі кездесетін аурудың бірі. Жыл сайын дүние жүзінде 90 миллионға жуық хламидиялық инфекцияның жаңа оқиғасы тіреледі; сексуалды белсенді жас адамдардың онымен 5-10% зақымдалған [6-8]. Әсіресе белсенді жыныстық кезеңге енді түскен жас әйелдер арасында хламидиоздың көбеюі байқалады. Бұл мәселенің кез-келген жайы тек дәрігер дерматовенерологты ғана қатер зонасына жатқызбайды. Пациент үшін асқын қатері жоғарылайды, дәрігерге нәтижесіз тәжірибе, этикалық және психологиялық мәселелердің даму қатері туындайды.

Зерттеудің мақсаты жатыр мойны эрозиясы және эндоцервицит емінің тиімділігін зерттеу.

Зерттеу материалдары: Гинекологиялық тексеру кезінде анықталған жатыр мойны эрозиясы және эндоцервициті бар 59 әйел тексерілді. Бақылау тобына углевод алмасу бұзылыстары бар, кіші жамбас қуысына операция жасалған, глюкокортикостероидтармен ем алған, ЖІС қолданатындар енгізілген жоқ. Барлық пациенттерге кольпоскопиялық зерттеу, сондай-ақ бактериоскопиялық және бактериологиялық зерттеу (трихомонадалық инфекцияны анықтау үшін), антиденелердің түзу флюоресценциясы (хламидиялық инфекцияны анықтау үшін) жүргізілді.

Науқастардың жасы 19 жастан 41 жасқа дейін, орта жасы-27,5 жыл. 15 әйел (25,4%) некеде тіркелген, 29 (49,1%) – азаматтық, 3 (5%) айырылысқан және 12 (20,3%) бұрын тұрмыста болмаған. 50 әйел (84,7%) босанбаған, ал 9 (15,2%) анамнезінде жедел босану, 38 (64,4%)

ананезінде асқынбаған түсік, босанбаған әйелдердің 3 (5%) – екіншілік бедеулік анықталды. Қалған әйелдердің барлығы осы сәтте жүктілікті жоспарламаған және контролацияның әр-түрлі әдістерін қолданады.

Нәтижесі: тексергенде 21 науқаста (35,6%) трихомонадты кольпит, 18 әйелде (30,5%) 7 айға созылған сальпингит. 4 пациентте (6,7%) – 5 айға созылған эндоцервицит анықталды.

Жатыр мойны эрозиясының болу ұзақтығы:

1 жылға дейін 30 науқаста (50,8%), олардың ішінде алғаш рет анықталғаны 12 (20,3%); 1 жылдан кейін – 29 науқаста (49,1%) құрады.

Кольпоскопиялық зерттеуде: фолликулярлық эрозия- 45 науқаста (76%), папиллярлық эрозия- 12 науқаста (20%), нағыз эрозия- 2 науқаста (3%) анықталды. 29 науқаста (49,1%) жатыр мойны эрозиясында ем Солковагилмен жүргізілді, 18 әйел жергілікті емді хлорфилипт және октенисеп ерітінділерімен, сондай-ақ метилурацил майы және солкосерил желесімен тампон түрінде қабылдады.

Жүргізілген ем 44 әйелде (75%) нәтиже бермеді. Осыған байланысты науқастарға бактериологиялық әдіс және антидененің түзу флюоресценциясы көмегімен қосымша лабораториялық тексеру жүргізу ұйғарылды.

Нәтижесінде: тағы 7 әйелде (15,9%) трихомонад, 11 әйелде (25%) хламидиялық моноинфекция анықталды. 21 әйелді (47,8%) қосымша тексергенде алдында трихомонадты кольпит диагнозы қойылған 6 әйелде (13,6%) хламидиялық инфекция анықталды.

Соныменен 22 пациентте (50%) трихомонадты моноинфекция, хламидиялық моноинфекция 11 (25%), микстинфекция (хламидии+ трихомонада) 6 науқаста (13,6%) анықталды.

ЖЖЖИ қоздырғышы анықталған барлық әйелдерге этиологиялық агентті есепке ала отыра жиынтақты ем тағайындалды. Жүргізілген ем нәтижесінде қабыну реакция азайды және эрозияның эпителизациясы байқалды: 15 күнде -10 пациентте (22%); 20 күнде – 30 пациентте (68%);

25 күнде – 3 пациентте (7%)

Қорытынды:

ЖЖЖИ-ның жатыр мойны эрозиясы және эндоцервициттің нәтижесіз емімен байланысы анықталды.

Трихомонадаға хламидияға қарсы препараттармен жүргізілген жиынтақты ем цервикалды каналдағы қабыну белілерінің қайтуына және жатыр мойны эрозиясының

эпителизациясына әкелді.

Жатыр мойны эрозиясы және эндоцервицит емінің тиімділігін арттыру үшін, ЖЖЖИ анықтау

мақсатында арнайы лабораториялық зерттеу әдістерін кеңінен қолдану орынды.

ӘДЕБИЕТТЕР

Ешимов А.Е. Научные основы совершенствования эпидемиологического надзора и профилактики ИППП в пенитенциарных учреждениях Автореф... канд. мед. наук. Алматы, 2004, 23с.

Флагил в лечении венерических и кожных болезней. Методическая инструкция, Алматы, 2002, 18с.

Айламазян Э.К. Хламидийная инфекция в акушерстве. – СПб. – 2003.

Баткаев Э.А., Липова Е.В. Лечение генитального герпеса и урогенитального хламидиоза. Учебное пособие. – М.: Издательство

РМАПО МЗ РФ.-2001.

Брагина Е.Е., Орлова О.Е., Дмитриев Г.А. Некоторые особенности жизненного цикла хламидий. Атипичные формы существования (обзор литературы)// ЗППП. – 2002, №1.

Медицинская микробиология.- Москва: Гэотар Медицина. – 2005.

Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. – М.: ИИД “Филинь”.-2003.

Askienazy-Elbar M.// Inf. Diseases in Obstetr. And Gynecol.-2006. – N4.- p.143-148.

Жанабергенова Э.Ж.

ЭНДОЦЕРВИЦИТ И ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Статья описывает роль инфекции передаваемых половым путем в развитии эндоцервицита и эрозии шейки матки и приводит исследование об эффективности местного лечения.

Zhanabergenova E.Z.

THE ENDOCERVICITIS AND CERVICAL EROSION

The article describes the role of infections transmitting via genital tracts in progression of endocervicitis and cervical erosion and presents research about effectiveness of topical treatment.



УДК: 616.617-053.2:616-006.44

М.К. Жаналиева, Я.Я. Мауль, Ф.М. Сулейменова

КАЧЕСТВЕННАЯ И КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ АССОЦИИРОВАННЫХ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ МОЧЕТОЧНИКОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

АО «Медицинский университет Астана»

Лимфоидные образования расположенные в слизистой оболочке мочеточников являются достаточно активной составной частью иммунной системы человека. Именно лимфоидная ткань выполняет “сторожевые” функции по отношению к тем чужеродным веществам, которые попадают в мочеточник восходящим путем или образуются в процессе мочеобразования и секреции. Моча являются естественным продуктом жизнедеятельности человека, однако в ней могут содержаться и белок, и погибшие эпителиальные клетки.

[1] Эти образования для организма являются генетически чужеродными, поэтому присутствие в мочеточниках лимфоидной ткани вполне закономерно. [1,2] Сведения о качественном и количественном состоянии лимфоидной ткани в мочевыводящих путях весьма немногочисленны, часто неполны и противоречивы. [3]

Цель исследования: В настоящем исследовании мы предприняли попытку выяснить и уточнить данные о состоянии лимфоидной ткани в мочеточниках людей детского возраста.

Материалы и методы: Использовались

биологические препараты и ткани, взятые от 16 трупов детей от 2 до 11 лет, погибших от травм и других причин не связанных с патологией мочевыделительной и иммунной систем. Тотальные препараты окрашивались по методу Хеллман.

Результаты исследования: Препараты были получены, как от трупов мужского, и так и женского пола. Хотелось бы отметить общие закономерности характерные для всех возрастных групп детского возраста.

Во-первых, лимфоидные узелки в верхней трети мочеточника обнаруживаются крайне редко или они единичны.

Во-вторых, обращает на себя внимание

Таблица 1. Количество лимфоидных узелков в стенках мочеточников человека в детском возрасте (XSx, min-max)

Возраст	n	Количество лимфоидных узелков в стенках мочеточников человека в детском возрасте
Раннее детство	6	9,7±0,77 (5,3-8,7)
Первое детство	6	11,2±0,49 (3,4-5,6)
Второе детство	4	11,2±1,1 (7,6-12,4)

Примечание: 1. n – число наблюдений.

Данные указанные в таблице 1 свидетельствуют о том, что количество лимфоидных узелков увеличивается в некоторой степени от момента раннего детства к первому детскому возрасту. Затем этот показатель достаточно стабилен на всем протяжении детского возраста. Вероятно это обусловлено особенностями образа жизни и стабильностью характера питания. Размеры лимфоидных узелков достигают максимальных показателей в период второго детского возраста, что указывает, на наш взгляд, на переход от количественных изменений к количественным. Другими словами иммунный аппарат мочеточников детей увеличивает свой объем и вероятно свои потенциальные возможности не за счет увеличения числа, а за счет прогрессии собственной массы. Как известно, параллельно с этим происходит и прирост массы всего тела,

большая вариабельность числа лимфоидных образований и узелков в слизистой мочеточников даже в пределах одной возрастной группы. Самый большой размах между минимальными и максимальными показателями числа лимфоидных образований отмечается у детей первого детского возраста (от 4 до 7 лет). У детей второго детского возраста (от 8 до 12 лет) размах показателей числа лимфоидных узелков снижается (разница составляет 4-5 узелков), но общий количественный показатель практически не отличается от первого детского возраста. Полученные количественные показатели представлены в таблице 1.

ребенка (возрастной скачок).

Считаем, что качественные и количественные изменения показателей лимфоидной ткани, в слизистой оболочке мочеточников у детей, обусловленный, как качественным составом пищи, так и особенностями обменных процессов в данной период жизни.

Таким образом, количество лимфоидных узелков, ассоциированных со слизистой оболочкой мочеточников, увеличивается от периода раннего детства до периода первого детского возраста. Затем процесс количественного прироста показателей стабилизируются, вплоть до подросткового возраста. Размеры лимфоидных узелков равномерно увеличиваются с увеличением возраста и достигают максимальных показателей во втором детском возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сапин М.Р и Кахаров З.А. Анатомия лимфоидных узлов в стенках мочевых путей человека. Урология и нефрология. -1988. №5 -б 47-49.
2. Бахмет А.А. Структура лимфоидных

образований чашек и лоханки почки и начального отдела мочеточника. Морфология. -1993. №9- б 46-47.

3. Сапин М. Р., Этинген Л.Е. Иммунная система человека. // М: Медицина. - 1996. -341б.

М.К. Жаналиева, Я.Я. Мауль, Ф.М. Сулейменова

**БАЛАЛЫҚ ШАҚТАҒЫ НЕСЕПАҒАРДЫҢ КІЛЕГЕЙЛІ ҚАБЫҒЫНДА ОРНАЛАСҚАН
ЛИМФОИДТЫ ТҮЗІЛІСТЕРДІҢ САНДЫҚ ЖӘНЕ САПАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ**

Несепағардың кілегейлі қабығында орналасқан лимфоидты түйіншелердің саны ерте балалық шақтан бірінші балалық шаққа дейін ұлғаяды. Кейін сандық өсу көрсеткіш процессі жасөспірім кезеңіне дейін тұрақтанады. Лимфоидты түйіншелер көлемі жастың ұлғаюымен өседі. Екінші балалық шақта ең жоғарғы көрсеткішке ие болады.

M.K. Zhanalieva, Ya.Ya. Maul, F.M.Suleimenova

**QUALITATIVE AND QUANTITATIVE CHARACTERISTICS OF ASSOCIATED LYMPHOID
FORMATIONS FROM THE MUCOSA OF URETER IN CHILDHOOD**

The number of lymphoid nodules associated with the mucosa of ureters is increased from the first one. Then, the process of quantitative increasing of indexes stabilized until adolescence. The sizes of lymphoid nodules are increased considerably with the age and reaches maximum indexes in the second period of childhood.



УДК:616.617:611.9:616-006-44

М.К.Жаналиева

**ПОСТНАТАЛДЫ ОНТОГЕНЕЗ КЕЗІНДЕ АДАМ ҚУЫҒЫНЫҢ
ӘР БӨЛІМІНДЕГІ ЛИМФОИДТЫ ТҮЗІЛІСТЕРДІҢ АНАТОМО-
ТОПОГРАФИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

«Астана медицина университеті» АҚ, Астана қаласы

XX ғасырдың екінші жартысы мен XXI ғасырдың басында жеткен иммунология жетістіктері морфологиялық аспектілерде үлкен қызығушылық тудырды, жалпы және жергілікті иммунитеттің жүзеге асуының механизмін морфологиялық тұрғыдан дәлелдеу болды. Қазіргі таңда ішкі ағзалардың кілегейлі қабығында орналасқан лимфоидты ұлпалар жиынтығы, лимфалық және қан тамырлар жүйесіне көңіл бөлу үлкен рөл бөлінетіні ешкімге күмән тудырмайды (Сапин М.Р., Этинген Л.Е., 1996).

Қазіргі кезде лимфоидты түзілістер мен түйіншелер тыныс алу, ас қорыту және зәр бөлу жүйелердің кілегейлі қабығында табылған. Лимфоидты ұлпа асқазан- ішек жолында шоғырланған кілегейлі қабығымен дәлірек зерттелген, әсіресе ол жіңішке, тоқ ішек және аппендиксте зерттелген.

Сонымен бірге лимфоидты аппарат пен адамның ішкі ағзалық лимфалық арнасына емес, сонымен қатар кейбір жануарларда белсенді, дәлірек зерттелді. Бұл сұрақтар бойынша адам организмнің физиологиялық жағдайында, әр түрлі әсерлердің әрекет етуі, оның ішінде жедел

немесе созылмалы хромдық интоксикациясы зерттелген. Бұл Батыс Қазақстан өңіріне тән (Т.Ж.Умбетов, А.А.Идрисов, Т.А.Адайбаев, 2008).

Зәр бөлу жолдарының кілегейлі қабығында орналасқан лимфоидты ұлпалар толық анықталмаған, сондықтан қосымша, морфологиялық және жас шамалық аспектіде толығырақ зерттеуді қажет етеді.

Ғылыми әдебиеттерден қуықтың әрбір бөлігіне байланысты лимфоидты түйіндердің саны, пішіні туралы деректер бытыраңқы және үздік-создық.

Сол себептен, ұсынылған жұмыстың өзектілігі қуықтың кілегейлі қабығында орналасқан лимфоидты түзілістерді зерттеу және осы ағзалардағы лимфоидты ұлпалардың анатомо-топографиялық ерекшеліктерін толығырақ анықтау.

Зерттеу мақсаты. Постнатальды онтогенез кезінде адам қуығының әр бөліміндегі лимфоидты түзілістердің анатомо-топографиялық ерекшеліктерін анықтау.

Материалдар және әдістер. II балалық шақ пен егде жас аралығында несеппағар мен

куықтың әртүрлі бөлімінің 87 мәйіттен алынған биологиялық препараттар.

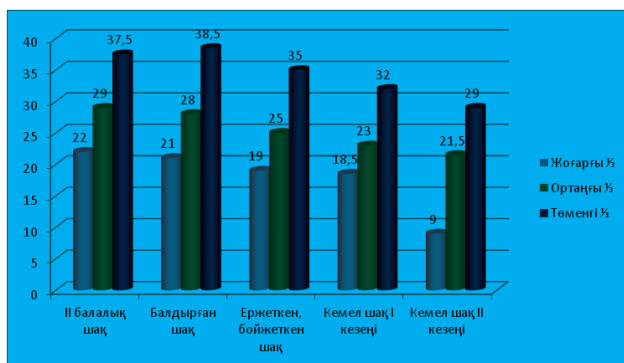
Зерттеу нәтижелері. Постнаталды онтогенез кезіндегі адам қуығының кілегейлі қабығында орналасқан лимфоидты түзілістердің морфо-функционалды ерекшеліктерін, анатомия мен топографиясын зерттеуге бағытталған жұмыста екінші балалық шақ (8-12 жас) пен егде жас (61-74 жас) аралығында иммунды жүйе мен несеп-жыныс аппараты ауруына байланысты емес, сонымен бірге әртүрлі жарақат салдарынан қайтыс болған 87 мәйіттерден биологиялық препараттар алынды.

Қуықтың кілегейлі қабығының аудан бірлігіндегі лимфоидты түйіншелерінің мөлшерінің локалді өзгергіштігін анықтау үшін,

Кесте 1 – Адамдардың қуығының әр бөлімдеріндегі лимфоидты түйіншелерінің саны (; min-max)

Жасы	n	Қуықтың бөлімдері, лимфоидты түйіншелерінің саны		
		Жоғарғы үштен бірі	Ортаңғы үштен бірі	Төменгі үштен бірі
Екінші балалық шақ	5	22±2,4 18-26	29±3,19 20-38	37,5±4,1 28-47
Балдырған шақ	6	21±2,31 16-26	28±3,0 20-36	38,5±4,1 29-48
Ержеткен, бойжеткен шақ	8	19±2,0 12-26	25±2,75 15-35	35±3,8 25-45
Кемел шақтың I кезеңі	19	18,5±2,0 12-25	23±2,5 12-34	32±3,52 24-40
Кемел шақтың II кезеңі	21	6,1±1,9 11-25	23±2,5 12-34	30±3,3 22-38
Егде жас	28	9±1,1 9-22	21,5±2,3 11-32	29±3,19 20-38

Мұндағы; n-бақылау саны.



Сурет 1 – Әр жастағы адамдардың қуығының әр бөлімдеріндегі лимфоидты түйіншелерінің саны

Алынған мәліметтерге сәйкес, қуықтың жоғарғы үштен біріндегі лимфоидты түйіншелерінің саны ағзаның ортаңғы үштен бірінен қарағанда 1.31 есе, (p<0.05) аз, ал төменгі үштен бірінен 4.09 есе аз болады. (p<0.05).

II балалық шақта қуықтың жоғарғы үштен біріндегі лимфоидты түйіншелерінің саны оның ортаңғы бөлімінен салыстырғанда аз

біз ағзаның жоғарғы, ортаңғы және төменгі үштен біріндегі бұл көрсеткіштің мәнін есептедік.

Зерттеу нәтижесін түсіндіру мен сараптамада көрсетілген кестеде қуықтағы лимфоидты түйіншелердің орналасу мен санының оның үлкен қабырғасына тәуелді екенін анықтадық. Жиналынған несеп үлкен қабырғаға белгілі бір қысым көрсетеді, ал анығырақ ағзаның ортаңғы және төменгі бөлімдеріне, әсіресе несеп шығару кезінде. Берілген жағдайда антигендік әсері және генетикалық түсіндірумен қатар соққы механизмі әсер етеді. Несеп несепардан қысым әсерінен шашырап, кілегейлі қабық жағынан жауап реакциясын тудырады. Содан қуық толуына қарай тартылып, несеп қуық қабырғасына гипербарьерлік әсер етеді.

(1.24 есе, p<0.05), ал төменгі үштен бірімен 1.70 есе аз, (p<0.05) болады.

Жетілген шақтың 1-ші кезеңінде бұл көрсеткіш қуықтың жоғарғы үштен бірінде оның ортаңғы бөліміндегі мәнімен салыстырғанда 1.45 есе (p<0.05) және төменгі бөліміне қарағанда 1.7 есе (p<0.05) аз болады.

Қуықтың жоғарғы бөліміндегі лимфоидты түйіншелерін санының оның ортаңғы бөлімімен салыстырғанда 1.05 есе (p<0.05) және төменгі бөлімімен салыстырғанда 2.3 есе (p<0.05) аз болуымен сәйкес, егде жастағы адамдарда осындай көрініс байқалады.

Қуықтың жоғарғы үштен бір бөлігінде лимфоидты түйіншелерінің минималды және максималды сандық көрсеткіші ортаңғы үштен бірінен аз, әсіресе оның төменгі үштен бірімен салыстырғанда (1-кесте).

Қорытынды. Лимфоидты түйіншелер қуықтың ортаңғы бөлігінде төменгі бөлігімен салыстырғанда II балалық шақта 1,29 есе, балдырған шақта 1,37 есе, ержеткен, бойжеткен шақта 1,4 есе, кемел шақ кезеңдері мен егде шақта 1,3 есе аз кездесті.

ЭДЕБИЕТ

1. Сапин М.Р и Кахаров З.А. Анатомия лимфоидных узлов в стенках мочевых путей человека. Урология и нефрология. -1988. №5 -б 47-49.
2. Бахмет А.А. Структура лимфоидных образований чашек и лоханки почки и начального отдела мочеточника. Морфология. -1993. №9- б 46-47.
3. Сапин М. Р., Этинген Л.Е. Иммунная система человека. // М: Медицина. - 1996. -341б.
4. Галактионов В.Г. Иммунология //М.: - Академия. -2004.-520 б.

М.К.Жаналиева

АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА РАЗНЫХ ОТДЕЛОВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

В мочевом пузыре лимфоидные узелки в средней трети меньше по сравнению с нижней третью: во II детстве 1,29 раз, в подростковом возрасте в 1,37 раз, в юношеском возрасте в 1,4 раз, в зрелом возрасте в 1,3 раз, в пожилом возрасте в 1,7 раз

М.К. Zhanalievа

ANATOMO-TOPOGRAPHIC FEATURES OF THE LYMPHOID FORMATIONS OF VARIOUS HUMAN URINARY BLADDER IN THE POSTNATAL PERIOD

In urinary bladder the lymphoid formations in middle third is litter than low third: in second childhood per 1,29 times in teenage per 1,37 time in young age 1,4, adult per 1,3, old age per 1,7.



УДК: 616-089.5

Жаркимбеков Б.К., Жумадилов А.Ш., Куттымуратов Г.М., Бекмуханбетов А.А., Унисов Ж.Д.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ЗАБОРЕ ДОНОРСКОГО ОРГАНА

Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи

Актуальность. Трансплантация почек - реальная альтернатива диализным методам лечения больных конечными стадиями заболеваний почек. Результаты трансплантации почек от живых родственных доноров лучше по сравнению с таковыми при трансплантации почек трупных доноров. Немедленная функция трансплантированных почек зависит от множества факторов и в первую очередь от продолжительности холодовой ишемии [3]. При трансплантации почек от живых родственных доноров минимизируется время холодовой ишемии и представляется уникальная возможность исследовать оставшихся донорских почек, подвергшихся влиянию общей анестезии и операционной травмы [1, 2].

Цель. 1. целью является внедрение протоколов анестезии и интенсивной терапии родственным донорам почки. 2. оценка функций оставшихся у доноров почек в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. Анализу подвергнуты истории болезни и наркозные карты 7- доноров (мужчин - 4, женщин - 3), отдавших почки 7-ми реципиентам (мать-1, отец-2, брат-2, сестра-2,). Возраст реципиентов от 15 лет до 30 лет (21,6±1,7). Возраст доноров от 23 лет до 60 лет (40,8±1,8). Донорам проводили тотальную внутривенную анестезию. Для этой цели применяли изофлюран, пропофол, фентанил, маннитол и фуросемид [1].

Анестезия и интенсивная терапия у живых

родственных доноров. Утром в день операции донорам внутривенно переливали в среднем (2028±64) мл 0,9% раствора натрия хлорида. Венозный доступ – чрезкожная катетеризация периферической вены верхней конечности. Анестезия тотальная внутривенная (севораном и пропофолом). Режим ИВЛ – нормокапнический с FiO_2 (0,3-0,4). Анестезию поддерживали изофлюраном и пропофолом, аналгезию фентанилом - 10 $\text{мкг} \cdot \text{кг}^{-1}$ в первый час, 3 $\text{мкг} \cdot \text{кг}^{-1}$ во второй час. Объем инфузии 0,9% раствора натрия хлорида до удаления почки (трансплантата) в среднем составил (1622±127) мл. За 15 минут до нефрэктомии вводили 200 мл 15% раствора маннитола. После нефрэктомии донорские почки помещали в лоток с ледяным 0,9% раствором натрия хлорида и через почечную артерию трансплантат отмывали от крови. Дальнейшая тактика интраоперационной инфузионной терапии у доноров зависела от объема мочи. Периферический венозный катетер извлекали на следующие сутки. Выход из наркоза у реципиентов был гладким и ИВЛ продолжалась не более 1-2 часов. Послеоперационная летальности не было.

Результаты и их обсуждение. У родственных доноров накануне операции имелись: нормодинамический тип кровообращения, СИ (3,01±0,10) $\text{мл} \cdot \text{мин}^{-1} \cdot \text{м}^2$ с фракцией выброса левого желудочка сердца (55,6±1,4)%, артериальная нормотензия, СрАД (92,5±1,2) мм рт.ст. и нормальная концентрация гемоглобина (129,8±4,7) $\text{г} \cdot \text{л}^{-1}$. Концентрации креатинина и мочевины сыворотки крови были нормальными, (82,3±4,6) $\text{мкмоль} \cdot \text{л}^{-1}$ и (5,2±0,4) $\text{ммоль} \cdot \text{л}^{-1}$. Концентрация калия и натрия плазмы крови соответственно (4,4±0,1) $\text{ммоль} \cdot \text{л}^{-1}$ и (135,5±1,2) $\text{ммоль} \cdot \text{л}^{-1}$. Скорость клубочковой фильтрации в среднем составила (80,6±1,2) $\text{мл} \cdot \text{мин}^{-1}$.

Перед нефрэктомией (трансплантат) у доноров объем инфузии в среднем составил (1622±127) мл, наблюдалась артериальная нормотензия, СрАД (97,3±3,6) мм рт.ст., ЧСС (83,3±3,7) мин^{-1} . Концентрация креатинина сыворотки крови по сравнению с исходным показателем достоверно возросла, оставаясь в границах нормальных значений, (122,4±8,5) $\text{мкмоль} \cdot \text{л}^{-1}$. ЦВД не измеряли. Объем мочи, выделенной оставшейся почкой донора после удаления трансплантата (нефрэктомия), перед переводом донора из

операционной в отделение ИТ в среднем составил (1038±241) мл.

В раннем послеоперационном периоде у доноров имелась нормотензия, СрАД колебалось от (81,6±1,2) мм рт.ст. до (93,7±6,0) мм рт.ст. В отличие от доноров у реципиентов в раннем послеоперационном периоде имелась артериальная гипертензия I ст., СрАД колебалось от (105,6±4,1) мм рт.ст. до (112,5±4,7) мм рт.ст. На этапах исследования СрАД у реципиентов достоверно превышало соответствующие показатели у доноров на 21,8% - 31,7% ($p < 0,001$).

Показатели минутного диуреза у доноров на всех этапах исследования превышали 1,0 $\text{мл} \cdot \text{мин}^{-1}$ и колебались в среднем от (1,15±0,08) $\text{мл} \cdot \text{мин}^{-1}$ до (1,49±0,16) $\text{мл} \cdot \text{мин}^{-1}$. Концентрация креатинина в сыворотке крови у доноров в первые сутки составила в среднем (153,2±8,9) $\text{мкмоль} \cdot \text{л}^{-1}$, а на третьи и последующие сутки снижались до нормальной концентрации. Экскреция креатинина мочой у доноров в раннем послеоперационном периоде была в пределах нормальных значений (1,2–1,7) $\text{грамм} / \text{сутки}$. Скорость клубочковой фильтрации у доноров в первые послеоперационные сутки и в дальнейшем была нормальной. Снижение канальцевой реабсорбции натрия наблюдали у доноров на протяжении трех суток наблюдения и только на 5 сутки фракция экскретируемого натрия достигала нормы.

Это исследование демонстрирует, что операционный стресс, вызванный оперативным вмешательством под наркозом, вызывает транзиторное повышение концентрации креатинина в сыворотке крови с нарушением реабсорбции натрия. Полное восстановление оставшейся единственной почки у родственного донора наступало на пятые послеоперационные сутки.

Выводы. Внедрен протокол анестезии, интра- и послеоперационной интенсивной терапии для доноров при 7 трансплантации почки от живого родственного донора. Функции почек, которые остались у доноров полностью восстанавливались на 5 послеоперационные сутки. Вследствие этого внедренный протокол анестезии, интра- и послеоперационной интенсивной терапии для живых доноров представляется одним из оптимальных протоколов, для проведения анестезии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анестезия при трансплантации почки от живых родственных доноров. С.Н. Гриценко, Н.Н. Поляков, А.А. Вороной, И.В. Писаренко, А.Н. Берестовенко, П.А. Рыженко
2. Руководство трансплантации почки / Ред. Габриель М. Данович/ Пер. с англ. Под ред. Я.Г. Мойсюк.- Третье издание.- Тверь: ООО «Издательство «Триада». 2004.- 472 с.
3. Руководство по клинической анестезиологии / Под ред. Б.Дж. Полларда; Пер. с англ.; Под общей редакцией Л.В. Колотилова, В.В. Мальцева.- М.: МЕДпресс-информ, 2006.- 912 с.
4. Трансплантология. Руководство /Под ред. В.И. Шумакова//. – М.: Медицина; Тула: Репоникс Ltd. – 1995. - 391 с.
5. Anesthetic principles for organ transplantation

/ (eds). *D.R.Cooch, P.J.Davis. New York: Raven Press Ltd. – 1994. – 384 pgs.*
6. *Pediatric solid organ transplantation /eds/. A.H.*

Tejani. W.E. Harmon, R.N. Fine. Copenhagen: Munksgaard.-2000.-511 pgs.

*Б.К.Жарқымбеков, А.Ш.Жұмәділов, Г.М.Құттымұратов,
А.А.Бекмуханбетов, Унисов Ж.Д.*

ДОНОРЛЫҚ МУШЕНІ АЛУДА ЖАНСЫЗДАНДЫРУМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ

Берілген мақалада өзектілік, мақсаттар дұрыс алған. Есептер дұрыс қойылған. Қағылез ағайындас донорынан бүйректің 7 трансплантациясының жанында донорлары үшін жансыздандыруды жүргізу, интра және операциядан кейінгі қарқынды емдеу ендірген. Қағылез донорлар үшін жансыздандыруды енгізілген хаттама, интра және операциядан кейінгі қарқынды терапия, жансыздандыруды өткізу үшін ұтымды хаттамалардың бірінен көрінеді.

*Zharkimbekov B.K., Zhumadilov A.S., Kuttymuratov G.M.,
Bekmuhanbetov A.A., Unisov Zh.D.*

ANESTHETIC MANAGEMENT USED TO COLLECT THE DONATION OF ORGANS

This article on the topic anesthetic management when taking the donor organ is properly taken relevance, purpose. Objectives were set correctly. Embedded protocol anesthesia, intra and post-operative intensive care for donors in 7 kidney transplant from a living related donor. Embedded anesthesia protocol, intra and post-operative intensive care for living donors is one of the best protocol for anesthesia.



*S. Zhumambayeva, R. Rozenson, R. Toulebayev, M. Morenko,
V. Zatonkikh, A.Kazangapova*

ALLERGIC RHINITIS: THE CURRENT ISSUES IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Department of children diseases NI, Medical University Astana, Astana, Kazakhstan

Introduction. It is well known that all rhinitis can be divided into three main groups – allergic (persistent or intermittent), non-allergic and infectious. Allergic rhinitis is a prominent problem due to its wide prevalence and high underdiagnosis rates, annual growth of widespread morbidity, frequent complications, as well as a sharp decline in work ability and quality of life [1-2]. In Kazakhstan it is the most common pathology among all allergic diseases [3].

Today, depending on duration and severity, allergic rhinitis is diagnosed and considered in the light of an integrated upper and lower airway “one tube - one disease” concept. Considering the condition’s high correlation with and impact on asthma, leading specialists in the field have elaborated special guidelines including an allergic rhinitis classification, and diagnosis/treatment recommendations, ARIA (allergic rhinitis and its impact on asthma) [1].

Very often the typical manifestations of allergic rhinitis, such as sleep disorders, impaired daily activity, inability to exercise, and insufficient ability

to work and study lead to a general worsening in quality of life, and increase direct and indirect economic losses [4].

As a rule allergic rhinitis is not localized: the paranasal sinuses may be involved into the pathologic process, causing the development of sinusitis. Quite often these diseases coexist and usually are called a generalized term rhinosinusitis, which, in turn, can be acute or chronic [5]. According to hospital visit data, acute rhinitis is most common. This division into acute and chronic is made on the basis of symptoms duration (acute -- less than 12 weeks, chronic -- more than 12 weeks) [6,7].

Children and adolescents have specific features of clinical manifestation and it is important to note that the problems of allergic rhinitis diagnosis often cause great difficulties in this population group. Differential diagnosis of allergic process versus bacterial inflammation is also essential and should be carried out carefully. On top of infectious and allergic, rhinitis is further differentiated into vasomotor, hormone mediated rhinitis, drug induced rhinitis, nasal polyposis, neoplastic rhinitis, mastocytosis,

and rhinitis of systemic diseases [8]. Thus, an early diagnosis with deep differentiation would facilitate prevention of complications and selection of an adequate relevant therapy. To our knowledge, similar studies have never been conducted in Kazakhstan.

Materials and methods: Our research is considered as outpatient hospital based descriptive study. 124 children and adolescents at the age of 1--17 years were under our observation and underwent consultations at the allergological center "Umit" (Astana, Kazakhstan) from the beginning of July to the end of September, 2011.

Rhinitis symptoms included nasal congestion, runny nose, sneezing and itching. Based on the ARIA guidelines, intermittent allergic rhinitis (also known as seasonal allergic rhinitis or hay fever) was determined in the presence of symptoms for less than 4 days during a week or less than 4 consecutive weeks, whereas persistent allergic rhinitis was determined in the presence of nasal symptoms for more than 4 days during a week or over 4 weeks [1]. Clinical data consisted of identity information, age, sex, presence or absence of nasal symptoms, i.e. itching and nasal congestion, sneezing, rhinorrhea, mucus dripping at the back of the throat, snoring. Previous medical history data also included the presence of concomitant diseases -- sinusitis, conjunctivitis (watery eyes, itchy eyes, redness and swelling of the mucosa), bronchial asthma and atopic dermatitis.

Some of the most reliable methods of differential diagnosis of infectious and allergic rhinitis are Computer Tomography (CT) and Radiography, but these methods are difficult to perform in an outpatient settings and rather expensive. For assessment and direct differential diagnosis of allergic and infectious rhinosinusitis we used the external infrared thermometer KARKNEE DT-8806C with accuracy of $\pm 0.3^{\circ}\text{C}$ (0.45°F), temperature range from 32°C to 43°C , and depth of insertion of 5--15 cm. Significance tests were performed using Students t-test to compare quantitative variables, and chi-square (χ^2) test to compare qualitative variables. Statistical significance and reliability of the differences between groups were considered as P value of less than 0.05.

Results: Allergic rhinitis was diagnosed in 81(65.3%) cases and the infectious rhinitis in 43(34.7%) cases of all patients. Basic clinical data is shown in Table 1. Both infectious and allergic rhinitis patients were matched regarding age and sex ($P>0.05$). The average age of allergic rhinitis onset was 7.4 ± 0.3 , whereas the top of infectious rhinitis incidence was at the age of 5.7 ± 0.5 ($P<0.001$). The duration of allergic rhinitis symptoms was more prolonged in comparison with the infectious rhinitis symptoms: 4.9 ± 0.3 vs. 2.7 ± 0.2 , respectively ($P<0.001$).

	Infectious rhinitis N=43 (34.7%)	Allergic rhinitis N=81 (65.3%)	Test of Significance
Age			
1-3 years	14 (32.6%)	24 (29.6%)	
4-6 years	16 (37.2%)	19 (23.5%)	$\chi^2=4.26$
7-10 years	7 (16.3%)	26 (32.1%)	$P>0.05$
11-17 years	6 (13.9%)	12 (14.8%)	
Sex			
Male	24 (55.8%)	38 (46.9%)	$\chi^2=0.89$
Female	19 (44.1%)	43 (53.0%)	$P>0.05$
Onset of the disease in years Mean (\pmSD)	5.7 ± 0.5	7.4 ± 0.3	$t=23.65$ $P<0.001$
The average duration of symptoms (in years)	2.7 ± 0.2	4.9 ± 0.3	$t=43.22$ $P<0.001$

Table 1. Basic clinical and demographical data of the patients

Clinical manifestations of nasal symptoms are presented and compared in Table 2. Nasal itching, sneezing and eye symptoms were more frequently reported among patients with allergic rhinitis compared to patients with infectious rhinitis with statistically significant differences ($P<0.01$), while snoring was more frequently reported among patients with infectious rhinitis. On the other hand, no significant differences were found between both groups in rhinorrhea and nasal obstruction ($P>0.05$). Survey results of living conditions and medical history revealed the following features: hearth heating at home, presence of domestic animals and exposure to tobacco smoke, use of baby formula, complicated allergy family history were reported significantly more frequently in children with allergic rhinitis. Presence of house plants did not show significant differences ($P>0.05$). Concomitant pathology in the form of atopic dermatitis and history of food allergy was significantly more common in allergic rhinitis than infectious ($P<0.01$).

	Infectious rhinitis N=43 (34.7%)	Allergic rhinitis N=81 (65.3%)	P value
Rhinorrhea	37 (86.0%)	75 (92.5%)	>0.05
Nasal itching	3 (6.9%)	46 (56.7%)	$<0.01^*$
Nasal Obstruction	32 (74.4%)	63 (77.7%)	>0.05
Sneezing	15 (34.8%)	60 (74.0%)	$<0.01^*$
Eye symptoms	2 (4.6%)	74 (91.3%)	$<0.01^*$
Snoring	19 (44.1%)	12 (14.8%)	$<0.01^*$

Table 2. The clinical symptoms in patients with allergic and infectious rhinitis

For differential diagnosis of infectious and allergic rhinitis we used the direct local thermometry method, which showed the statistically significant results summarized in Table 3. Local temperature was significantly higher in patients suffering from infectious rhinitis in comparison with allergic ($P<0.001$).

	Allergic rhinitis N=81	Infectious rhinitis N=43	P value
Average parameters	36.6±0.1°C	37.2±0.3°C	<0.001
Mean ± SD			

Table 3. The results of the local thermometry.

Discussion: The differential diagnosis of allergic versus infectious rhinitis causes difficulties for practicing physicians because these diseases are clinically present with similar symptoms [9,10]. It is important to properly and timely identify infectious rhinitis in order to avoid the development of complications in children, because the use of antibiotics can sometimes worsen the situation in patients with allergic rhinitis, whereas specific immunotherapy is effective only when the diagnosis of allergic rhinitis is reliable [11,12].

According to our data, it is important to evaluate presence of the clinical manifestations of irritation, i.e. sneezing and itching. As we determined, history of food allergy and concomitant atopic dermatitis was significantly more common in patients with allergic rhinitis ($P<0.01$). This finding corresponds to many other studies conducted before, proving the “atopic march” concept [13,14].

The Republic of Kazakhstan extends over a large area in Central Asia. It has a continental climate and is a land of weather extremes with a very hot summer and cold winter. Due to the last fact, there is a substantial need for indoor heating in winter. Our results showed that hearth heating was significantly associated with increased allergic rhinitis incidence, which contradicts a previous German study where bronchial hyperresponsiveness (0.55; 0.34-0.90) was significantly lower in children living in homes with coal or wood heating compared to children living in homes with other heating systems. The authors concluded that factors directly or indirectly related to the heating system used in rural Bavarian homes decrease the susceptibility of children to become atopic and to develop bronchial hyperresponsiveness [15].

The determined early age of infectious rhinitis onset at 5.7 ± 0.5 ($P<0.01$) in our study may indicate the vulnerability of children (perhaps due to the prolonged presence of viral infections). A longer course of disease among individuals with allergic rhinitis suggests the persistence of clinical symptoms associated with increasing levels of sensitization in the older age groups. Data about concomitant shortness of breath may suggest bronchial asthma development. In such situations the performance of breathing tests for assessment of bronchial patency is

mandatory to detect subclinical asthma [16].

According to Lin DC et al. there is a clinical association between asthma and chronic rhinosinusitis. This study contributed to the growing support for the unified airway theory, showing that increasing severity of asthma is associated with rhinosinusitis severity and may have a significant correlation with the presentation of chronic rhinosinusitis [17,18].

Our findings are consistent with Molgaard et al., who have investigated the differences between allergic and non-allergic rhinitis in 1186 adolescents and found that patients with allergic rhinitis have more often sneezing, itchy eyes and food allergy, whereas the patients with non-allergic rhinitis often suffer from rhinosinusitis. Non-allergic rhinitis was found more frequently among women, as well as significantly more frequently it was associated with headaches and sinusitis compared with allergic rhinitis [19].

Although complications of infectious rhinosinusitis such as intracranial extension of infection, thrombophlebitis, osteomyelitis or orbital complications, polyps and adenoids are rare, they can lead to high morbidity and mortality [20]. That is why in situations when differential diagnosis is difficult, the proposed method allows for making a reliable, efficient and accurate diagnosis. This, in turn, leads to the prevention of complications, avoidance of CT or X-rays of the paranasal sinuses, and the selection of an adequate evidence-based therapy.

Our clinical study has some limitations: all children and adolescents were recruited from the same allergological center, thus forming a small sample size. It may restrict the generalizability of the findings. The need for increased patients’ education regarding allergic rhinitis and its potential for disease progression was established. A crucial area of future research should be the development of standardized diagnosis and treatment guidelines for Kazakhstan doctors that will lead to medical respiratory care optimization and improvements in patients’ quality of life.

Conclusions: Patient history data coupled with physical examination and local thermometry can help reliably differentiate allergic rhinitis from infectious and avoid the use of additional expensive diagnostic methods. The proposed technique is a noninvasive way to conduct an objective assessment of the local status. It is very safe, simple and fast in performance and has a sufficient accuracy of measurements. In addition, our method significantly expands the opportunities for medical examination of patients and reduces the risk of diagnostic errors. That, in turn, leads to an adequate timely treatment and prevention of complications.

REFERENCES

1. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 Update: In collaboration with the World Health Organization, GA²LEN and AllerGen. *Allergy* 2008; 63(86): 8-160.
2. Greiner AN, Hellings PW, Rotiroti G, Scadding

- GK. Allergic rhinitis. *Lancet* 2011; 378(9809): 2112-2122.
3. Kudaybergenova SF, Shortanbaev AA. Allergic rhinitis and concomitant ENT diseases at Rudny Altai. *Vest Otorinolaringol* 2009; 5: 13-15.
 4. Petersen KD, Kronborg C, Gvrd-Hansen D, Dahl R, Larsen JN, Linneberg A. Characteristics of patients receiving allergy vaccination: to which extent do socio-economic factors play role? *Eur J Public Health* 2011; 21(3): 323-328.
 5. Poachunkoon O, Nanthapaisal S, Chaumrattanakul U. Pediatric acute and chronic rhinosinusitis: comparison of clinical characteristics and outcome of treatment. *Asian Pac J Allergy Immunol* 2012; 30(2): 146-151.
 6. Angier E, Willington J, Scadding G et al. Management of allergic and non-allergic rhinitis: a primary care summary of the BSACI guideline. *Prim Care Respir J* 2010; 19(3): 217-222.
 7. Scadding GK, Durham SR, Mirakian R, et al. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy* 2008; 38(1): 19-42.
 8. Settupane RA. Other causes of rhinitis: mixed rhinitis, rhinitis medicamentosa, hormonal rhinitis, rhinitis of the elderly, and gustatory rhinitis. *Immunol Allergy Clin North Am* 2011; 31(3): 457-467.
 9. Ryan D. Management of acute rhinosinusitis in primary care: changing paradigms and the emerging role of intranasal corticosteroids. *Prim Care Respir J* 2008; 17(3): 148-155.
 10. Quillen DM, Feller DB. Diagnosing Rhinitis: allergic vs. nonallergic. *Am Fam Physician* 2006; 73: 1583-1590.
 11. Wu AY. Immunotherapy – vaccines for allergic diseases. *J Thoracic Dis* 2012; 4(2): 198-202.
 12. Hagen A, Gorenoi V, Schonermark MP. Specific immunotherapy (SIT) in the treatment of allergic rhinitis. *GMS Health Technol Assess* 2010; 6: 1-11.
 13. Zheng T, Yu J, Oh MH, Zhu Z. The atopic march: progression from atopic dermatitis to allergic rhinitis and asthma. *Allergy Asthma Immunol Res* 2011; 3(2): 67-73.
 14. Chandra RK. Food hypersensitivity and allergic diseases. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56(3): S54-S56.
 15. Von Mutius E, Illi S, Nicolai T, Martinez FD. Relation of indoor heating with asthma, allergic sensitisation and bronchial responsiveness: survey of children in south Bavaria. *BMJ* 1996; 312(7044): 1448-1450.
 16. Meltzer EO, Szwarcberg J, Pili MW. Allergic rhinitis, asthma and rhinosinusitis: diseases of the integrated airway. *J Manag Care Pharm* 2004; 10(4): 310-317.
 17. Lin DC, Chandra RK, Tan BK et al. Association between severity of asthma and degree of chronic rhinosinusitis. *Am J Rhinol Allergy* 2011; 25(4): 205-208.
 18. Baser S, Ozkurt S, Topuz B. Peak expiratory flow monitoring to screen for asthma in patients with allergic rhinitis. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2007; 17(4): 211-215.
 19. Molgaard E, Thomsen F, Lund T et al. Differences between allergic and nonallergic rhinitis in a large sample of adolescents and adults. *Allergy* 2007; 62: 1033-1037.
 20. Thomas M, Yawn BP, Price D et al. EPOS Primary care guidelines: European paper on the primary care diagnosis and management of rhinosinusitis and nasal polyps 2007 – a summary. *Prim Care Respir J* 2008; 17: 79-89.

Жұмамбаева С., Розенсон Р., Төлебаев Р., Моренко М., Затонских В., Қазанғапова А.

АЛЛЕРГИЯЛЫҚ РИНИТ: САЛЫСТЫРМАЛЫ ДИАГНОСТИКАСЫ

Біздің зерттеуде қолданылған танауды өлшеу әдісі дәлелді, аллергиялық және инфекциялық риниттің дифференциалды диагностикасының инвазия емес әдісі болып табылады. Көрсетілген әдістеме емделушінің жағдайын бағалап, аурудың профилактикасын және дер кезінде дұрыс емдеуді тағайындауды жеңілдетеді.

Жұмамбаева С., Розенсон Р., Төлебаев Р., Моренко М., Затонских В., Қазанғапова А.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Использованный в нашем исследовании метод локальной назальной термометрии является надежным, простым и неинвазивным способом дифференциальной диагностики аллергического и инфекционного ринита. Указанная методика облегчает оценку состояния пациента, профилактику осложнений и назначение адекватного своевременного лечения.



КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ

Астана, ГП №4

Актуальность. В последнее время вопросам терапии клинических проявлений гиперандрогении (ГА) уделяется особое внимание в связи с широкой распространенностью данной патологии среди женщин репродуктивного возраста. Так, по данным различных авторов, гиперандро-

генные состояния диагностируют у 10-30% пациенток.

Акне-одно из наиболее частых проявлений синдрома ГА. Несмотря на многочисленные исследования и наличие большого числа препаратов, используемых в лечении угревой болезни (УБ), проблема терапии гиперандрогенных акне остается актуальной.

Цель исследования: изучить связь клинических проявлений ГА, а именно акне и гинекологической патологии и оценить эффективность комбинированных оральных контрацептивов с антиандрогенной активностью при лечении данной патологии.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 60 пациенток в возрасте от 18 до 35 лет (до 20 лет – 40% (24), с 20 до 25 лет – 37% (22) и старше 25 лет – 23% (14) с различной степенью тяжести акне: 5% (3) с легкой степенью тяжести, 73% (44) со средней степенью тяжести и 22% (13) с тяжелой степенью. Большим проводилось комплексное обследование в

следующем объеме: оценка состояния кожи, клинический и биохимический анализы крови, гормональный спектр крови, стероидный профиль мочи, УЗИ органов малого таза. У всех пациенток до начала лечения анализировали

гинекологический анамнез (возраст менархе, число родов, аборт и т.д.), оценивали менструальную функцию (эпизоды аменореи, дисменореи, межциклические выделения), производили гинекологический осмотр, цитологическое исследование эпителия влагалища и шейки матки для исключения морфологических признаков, характеризующих диспластические процессы. Динамика кожного процесса оценивалась двумя методами: визуальный осмотр (подсчет акне-элементов) и себометрия: измерения проводились в области Т-зоны и лба.

Методом случайной выборки все больные были разделены на две группы: первую группу составили 30 женщин которым назначен препарат «Ярина» сроком на 6 месяцев по стандартной схеме. Оставшиеся 30 пациенток

находились во второй группе и получали «Диане-35» (по стандартной схеме). Всем пациенткам была назначена местная терапия. В зависимости от преобладания в клинической картине комедональных или папуло-пустулезных элементов назначались: Дифферин (адапаленгель), сквиорен (препарат азелаиновой кислоты) и зинерит (цинк+эритромицин). Уход за кожей средствами лечебной косметики (BIODERMA, AVENE, URIAGE, LA-ROCHE). Осмотр проводился ежемесячно.

Результаты: В ходе исследования у всех женщин была выявлена как абсолютная, так и относительная ГА. Абсолютная ГА: 32 % (19) - яичниковая (СПКЯ), 8.3% (5) - надпочечниковая, 12 % (7)- рецепторная, 48,3 % (29) – сме-

шанная, из них 1,2 % (2) - транспортная (в данном случае транспортную форму ГА следует рассматривать в структуре смешанной ГА, поскольку помимо снижения уровня ПССГ были выявлены и другие нарушения гормонального фона, имеющие место при яичниковой или надпочечниковой формах ГА. При оценке репродуктивной функции олигоменорея была отмечена у 33,3% (1) женщин с легкой степенью тяжести акне, у 47,7% (17) женщин со средней степенью тяжести акне и у 46,1% (6) женщин с тяжелым течением УБ. Частота первичного бесплодия составила: 36,3% (16) и 7,6% (1) у больных со средней и тяжелой степенью акнесоответственно, в то время как у больных с легким течением акне данная патология не встречалась. Нормальный менструальный цикл также имел место у этих больных: 66,6% (2) составили женщины с легкой степенью тяжести УБ, 25% (11) – женщины со средней степенью тяжести акне и 46,1% (6) – женщины с тяжелыми проявлениями акне. УЗ-картина в основном была представлена следующими изменениями: у больных с легким течением акне поликистозные яичники (ПКЯ) составили 66,6% (2), у больных со средней степенью тяжести угревой болезни мультифолликулярные яичники (МФЯ) встречались в 11,3% (5), ПКЯ в 54,5% (24). Что касается женщин с тяжелым течением акне, ПКЯ выявлялись у 38,4% (5), МФЯ в 23% (4). В проведенном исследовании нами не было выявлено зависимости между гинекологической патологией и степенью выраженности акне. Однако отмечалось недостоверное снижение частоты ПКЯ при усилении выраженности акне. У женщин с различной степенью тяжести

акне уровень тестостерона практически не изменялся и составлял в среднем 0,65 мкг/мл (норма), а уровень 17-ОН-прогестерона несколько выше у женщин со средней степенью тяжести акне, в то время как уровень ДГЭА-С снижался с увеличением выраженности акне. На фоне лечения наблюдалось снижение уровня секреции кожного сала, положительная динамика угревых высыпаний. Значительно улучшилось состояние у 2/3 больных, а у 1/3 – полностью исчезли проявления акне. Наиболее быстрый эффект от терапии наблюдался у пациенток с наиболее легкой степенью УБ, локализованной только на лице. Уже на 3 мес. терапии регресс высыпаний составил 50-55%. Прекратилось появление свежих комедонов. Во второй группе пациенток регресс высыпаний происходил медленнее. Положительная динамика на коже во многом зависела от степени распространенности высыпаний. У больных с локализацией на лице и туловище регресс высыпаний происходил медленнее. Наиболее активно регрессировали остро-воспалительные элементы, в первую очередь пустулы, количество которых к концу 6 месяца лечения уменьшилось втрое. Также существенно уменьшилась сальность кожи и волос. Заметно быстрее регрессировали акне на лице по сравнению с высыпаниями на туловище.

Более торпидно отвечали на лечение пациентки 3 группы, которые имели наиболее тяжёлые проявления УБ. Положительные сдвиги в виде уменьшения гиперсекреции сала, уменьшения папуло-пустулёзных высыпаний на 60-70% отмечались на 6 месяц терапии.

Заключение: проведенное нами исследование позволило предположить, что акне является клиническим маркером неблагополучия женской репродуктивной системы, а ГА - ведущим этиологическим звеном патогенеза акне, однако, нами не было выявлено четко зависимой корреляции между тяжестью поражения кожи и выраженностью изменений гормонального статуса женщины; все пациентки, страдающие угревой болезнью, нуждаются в комплексном гинекологическом обследовании на предмет выявления ГА и последующей гормональной коррекции; КОК с антиандрогенной активностью – эффективный метод терапии клинических проявлений ГА, а именно акне, но улучшение состояния кожи на фоне терапии данными препаратами наблюдается лишь на 3-4 мес приема КОК, поэтому курс лечения должен быть длительным (6-9 месяцев, а в некоторых случаях – до 1 года), что зависит от степени тяжести поражения кожи и выраженности гормональных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

Shaw R.W. *Endometriosis. -The Parthenon Publishing Group. -New York. -1995.*

Wheeler J.M. *Issues of study design and statistical analysis in endometriosis research. Endometriosis (edit. Shaw R.W.), New jersey, 1990, 141-146*

MacLavery CM, Shaw RW: *Pelvic pain and endometriosis; in Shaw RW (ed): Endometriosis. Oxford, Blackwell Science, 1995, pp 112-146.*

Schweppel K.W. // *VI World Congress on Endometriosis, 1998.-P. 76.*

Horn L.C., Schnurbusch U, *Risk of progression in complex and atypical endometrial hyperplasia: Gynecol. Cancer. – 2004. – Vol. 14, N 2. – P. 348-353.*

Kinsel L., Greene G., et al. // *Cancer Res. – 1989. – V. 49. – P.1052-1056*

Montgomery B.E., Damm G.S., Dunton C.J. et al. *Endometrial hyperplasia: a review // Obstetrical and Gynecological Survey.-2004.– Vol. 59, №5.– P.368-378*

Зайнулдинова Н.Е.

ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ СИНДРОМЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ МЕН ЕМІНЕ КЕШЕНДІ БАҒЫТ

Гиперандрогенияның клиникалық көріністері, әсіресе акне және гинекологиялық патологияның арасындағы байланыс зерттелді және осы патологияда антиандрогенді белсендігі бар оралді контрацептивтердің зор нәтижесі бағаланды. Акне – әйелдің репродуктивті жүйесінің қолайсыздығының клиникалық ізі болып табылады, алайда тері зақымдану дәрежесі мен әйелдің гормоналды жағдайының өзгерісінің арасындағы айқын байланыс нақтыланған жоқ.

Zainuldinova N.E.

THE COMPLEX APPROACH TO DIAGNOSTICS AND THERAPIES OF GYPERANDROGENIC SYNDROME

Communication of clinical displays is studied, namely akne and a gynecologic pathology and efficiency of the combined oral contraceptives with antiandrogenic activity is estimated at treatment of the given pathology. Akne is a clinical marker of trouble of female reproductive system, however, it has not been revealed accurately dependent correlation between weight of defeat of a skin and expressiveness of changes of the hormonal status of women.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ТОТЕМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОК С ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Астана, ГП №4

По данным ВОЗ, в мире, население которого сейчас приближается к 6 млрд человек, около 2 млрд страдают ЖДА. Из всех анемий 80% составляет ЖДА. Возрастные группы, в которых анемия встречается чаще, - это женщины детородного возраста, беременные и дети 12-17 лет. Распространенность ЖДА у детей меняется с возрастом. В период быстрого роста дефицит железа достигает 50% и превалирует у девочек (они быстрее растут, и у них появляются менструальные кровопотери). Дефицит железа, по данным ВОЗ, определяется у 20-25% всех младенцев, 43% детей младше 4 лет и примерно у 50% подростков (девочки) [1, 4]. Наряду с истинной ЖДА существует скрытый дефицит железа, который составляет 30-40%, а в некоторых регионах РК - 50-60%.

ЖДА характеризуется снижением гемоглобинового фонда. Основными лабораторными критериями ЖДА являются:

- низкий цветовой показатель (<0,85);
- гипохромия эритроцитов;
- снижение средней концентрации гемоглобина в эритроците;
- микроцитоз, пойкилоцитоз эритроцитов (в мазке периферической крови);
- уменьшение количества сидеробластов в пунктате костного мозга;
- уменьшение содержания железа в сыворотке крови (<12,5 мкмоль/л); повышение общей железосвязывающей способности сыворотки >85 мкмоль/л (показатель «голодания»);
- снижение уровня ферритина в сыворотке крови (<15 мкг/л).

Уровень ферритина определяет запас железа в организме, являясь надежным тестом для диагностики дефицита железа. О тяжести течения болезни (легкая, средняя и тяжелая степени анемии) судят по уровню гемоглобина. Модификации лечения ЖДА в основном сводятся к различным комбинациям ПЖ с другими препаратами, чаще с витаминами, микроэлементами и антиоксидантами. Оптимальное сочетание важнейших элементов, необходимых для лечения анемии у гинекологических больных с кровопотерями при быстрой подготовке пациентов к оперативному вмешательству, мы находим в препарате тотема («Лаборатория Иннотек Интернациональ», Франция), тотема содержит, помимо железа, медь и марганец, причем в виде органических солей.

Целью исследования явилось определение эффективности применения препарата тотема в комплексной терапии у гинекологических пациенток с постгеморрагической анемией в предоперационном периоде.

Материал и методы исследования: обследованы 25 пациенток репродуктивного и перименопаузального возраста с ЖДА, получавших предоперационную подготовку при различных гинекологических заболеваниях, в условиях научно-консультативного отделения МОНИИАГ в 2009-2010 гг. Возраст больных колебался от 26 до 53 лет, большинство больных - 17 (68%) - были в возрасте 36-45 лет. В возрасте от 26 до 35 лет было 2 (8%) больных, от 36 до 45 лет - 17 (68%), от 46 до 53 лет - 6 (25%).

Показаниями к оперативному лечению являлись миома матки гигантских размеров - у 5 (20%) пациенток; миома матки с центростремительным ростом узла - у 9 (36%), быстрый рост миомы матки - у 4 (16%). Узловая форма аденомиоза выявлена у 2 (8%), сочетание миомы матки и аденомиоза наблюдалось у 7 (28%). У всех пациенток имелись нарушения менструального цикла по типу мено- и метроррагий. У 12 (48%) больных в анамнезе производились гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание стенок полости матки и цервикального канала. При гистологическом исследовании соскобов обнаружены гиперплазия эндометрия у 8 (32%) больных, полипы эндометрия - у 4 (16%).

При оценке степени тяжести анемии по уровню гемоглобина была выявлена анемия легкой степени у 9 (36%) пациенток (Hb 110-90 г/л), средней степени тяжести (Hb 90-70 г/л) - у 16 (64%).

Лечение пациенток с ЖДА проводилось препаратом тотема. Доза препарата составила 100 мг железа в сутки (по 10 мл раствора - 50 мг железа для приема внутрь 2 раза в день.) Препарат тотема содержит, помимо железа, медь и марганец, быстро повышает уровень гемоглобина в крови и удобен для лечения анемии в предоперационном периоде. Определение содержания гемоглобина, цветового показателя, числа эритроцитов осуществлялось через 14 дней от начала лечения.

Результаты исследования и обсуждение. Клиническая картина ЖДА складывалась из общих симптомов анемии, обусловленных

гемической гипоксией, и признаков тканевого дефицита железа. Клиническая симптоматика в большей степени проявлялась при средней тяжести анемии, при легком течении болезни пациентки могли никаких жалоб не предъявлять, и объективными признаками анемии служили только лабораторные показатели. Общеанемический синдром проявлялся бледностью кожи и слизистых оболочек, слабостью, повышенной утомляемостью, головокружением, головными болями, одышкой при физической нагрузке, ощущениями сердцебиения, мелькания «мушек» перед глазами при невысоком уровне АД, сонливостью днем и плохим засыпанием ночью, раздражительностью,

нервностью, плаксивостью, снижением памяти и внимания, ухудшением аппетита. Выраженность жалоб зависела от адаптации к анемии. Основными жалобами у пациенток с ЖДА были повышенная утомляемость и слабость. До лечения повышенная утомляемость беспокоила 2 (22%) больных с ЖДА легкой степени и 11 (68%) пациенток с ЖДА средней степени тяжести, слабость отмечалась у 3 (30%) и 7 (43%) соответственно (табл. 2). После лечения препаратом тотема в течение 2 нед пациентки с анемией легкой степени жалоб не предъявляли, у 3 (18%) больных с анемией средней степени сохранялась утомляемость, слабость - у 2 (12%).

Таблица 2. Клинические проявления анемии у обследованных больных до лечения препаратом тотема и после него

Симптом заболевания	Анемия легкой степени (n=9)		Анемия средней степени тяжести (n=16)				
	До лечения		После лечения	До лечения		После лечения	
	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%
Бледность кожи и слизистых оболочек	4	44	0	12	75	4	25
Слабость	3	33	0	7	45	2	12
Повышенная утомляемость	2	22	0	11	69	3	19
Головокружение, головные боли	-	-	0	3	19	1	6
Одышка при физической нагрузке	-	-	-	2	12	0	0
Ощущение сердцебиения	-	-	-	1	6	0	0
Раздражительность, нервность, плаксивость	-	-	-	1	6	0	0
Снижение памяти и внимания	-	-	-	1	6	0	0
Сонливость днем и плохое засыпание ночью	-	-	-	1	6	0	0

Объективным критерием эффективности терапии при предоперационной подготовке являлось повышение концентрации гемоглобина (табл. 3). У больных с ЖДА легкой степени значимое достоверное увеличение уровня гемоглобина составило 18% от исходного, при

средней степени тяжести - 17%. Количество эритроцитов, исходно сниженное, повышалось на 10% у пациенток с ЖДА легкой степени, и на 8% у больных анемией средней степени тяжести. Указанная тенденция наблюдалась при анализе изменений уровня цветового показателя.

Таблица 3. Показатели клинического анализа крови до лечения препаратом тотема и после него (M±m)

Показатель	Анемия легкой степени (n=9)		Анемия средней степени тяжести (n=16)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Гемоглобин, г/л	98±0,8	116±1,3	76±0,7	91±0,8
Эритроциты, x 10 ¹² /л	3,0±0,005	3,2±0,06	2,6±0,05	2,8±0,05
Цветовой показатель	0,83±0,04	0,9±0,05	0,76±0,03	0,84±0,04

Побочные реакции на введение препарата тотема были отмечены у одной (4%) больной в виде изжоги и чувства тяжести в эпигастральной области. Данные проявления не требовали специального лечения и самостоятельно купировались при отмене препарата.

Выводы 1. Проведение терапии у гинекологических больных с ЖДА препаратом

тотема до хирургического вмешательства быстро восстанавливает гематологические показатели, хорошо переносится. 2. Препарат тотема может быть рекомендован для лечения пациенток с гинекологической патологией, осложненной ЖДА легкой и средней степени тяжести, в качестве предоперационной подготовки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аркадьева Г.В. Диагностика и лечение железодофицитных анемий: Учебно-методическое пособие. М 1999; 58с.
2. Барабанова О.Э. Оптимизация тактики

ведения больных с миомой матки и анемией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2004; 24.

3. Белошецкий В.А., Гребенникова Л.Г., Бакалов В.И. Диагностика и лечение железодефицита у больных с хроническими заболеваниями. Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья 2002; 10: 17-24.

4. Воробьев П.А. Анемический синдром

в клинической практике. М2001;165.

5. Квашенко В.Л., Айкашев С.А., Богослов Ю.Л. и др. Современные подходы к лечению железодефицитных состояний у женщин. Перинатол и педиатрия 2002;1: 6. Ковалева Л. Железодефицитная анемия. Врач 2002; 12: 4-9.

Зайнулдинова Н.Ж.

ОПЕРАЦИЯҒА ДЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕ ПОСТГЕМОРАГИЯЛЫҚ АНЕМИЯСЫ БАР ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДЫ «ТОТЕМА» ПРЕПАРАТЫМЕН ЕМДЕУДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІ

Тотема препаратын қолдану нәтижелілігін анықтау мақсатында, әртүрлі гинекологиялық аурулармен (симптомды жатыр миомасы, аденомиоз, олардың қосарлануы) операцияға дайындық үстіндегі, темір жетіспеушілік анемиясы бар 25 репродуктивті және перименопаузальды жастағы әйелдер тексерілді. Темір жетіспеушілік анемиясы бар гинекологиялық науқастарды хирургиялық емге дейін тотема препаратымен емдеуде, гематологиялық көрсеткіштер тез қалпына келетіні дәлелденді. Бұл препаратты темір жетіспеушілік анемиясы бар науқастарға операцияға дайындық ретінде тағайындауға болады.

Zainuldinova N.G.

CLINICAL EFFICACY OF TOTEMA IN COMPLEX THERAPY FOR GYNECOLOGICAL PATIENTS WITH POSTHEMORRHAGIC ANEMIA IN THE PREOPERATIVE PERIOD

To define the efficiency of using totema, the investigators examined 25 reproductive age and perimenopausal patients with iron-deficiency anemia (IDA) who received preoperative preparation in various gynecological diseases (symptomatic uterine myoma, adenomyosis, and their concurrence). Preoperative therapy with totema rapidly restored hematological parameters in gynecological patients with IDA. This drug may be recommended as a means of preoperative preparation in these patients.



УДК 614.34-2.5

Занин В.Н.

НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ

АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи»

В настоящее время наиболее эффективным и безопасным способом введения лекарств, особенно у детей, является ингаляционный.

Для улучшения доставки препарата в дыхательные пути и получения быстрого эффекта широкое распространение получает небулайзерная терапия. Небулайзер представляет из себя ультразвуковую систему для аэрозольной терапии - действенный, быстрый и бесшумный в использовании.

Цель исследования. Изучить эффективность небулайзерной терапии с сальбутамолом у детей с бронхиальной астмой в условиях скорой помощи на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. В группу исследования

вошли 20 детей больных бронхиальной астмой в возрасте от 5 до 14 лет.

По тяжести заболевания больные были распределены следующим образом: легкая степень отмечена у 12 детей, приступы бронхиальной астмы средней тяжести констатированы у 6 детей, и тяжелая степень зафиксирована в 2 случаях.

У детей с легкой степенью приступа частота дыхания была в норме или учащено до 30%, при средней тяжести была выражена экспираторная отдышка, с частотой дыхания более 30 – 50% от нормы.

При тяжелой степени отмечена резко выражена экспираторная отдышка – с частотой

дыхания более 50% от нормы.

Частота сердечных сокращений при легкой и средней тяжести была увеличена на 20%, при тяжелой на 50% от нормы.

Предметом исследования явилось применение салбутамола через небулайзер который является селективным бета-2 агонистом адренорецепторов короткого действия.

Результаты исследований. Салбутамолом был применен нами в виде ингаляции в дозе соответственно тяжести течения заболевания. Эффективность проводимой терапии оценивалась через 20 мин.

При легкой степени детям вводился салбутамолом 1,25–2,5 мг (1/2 – 1 небулы) через небулайзер в течении 5-10 мин. Приступ был купирован в 100,0% случаев.

При средней тяжести салбутамолом вводился в дозе 2,5 мг (1 небула), в течении 5-10 мин. Купирование приступа отмечено в 90,9%. С клиникой не купированного приступа было госпитализировано 2 детей.

При тяжелой степени салбутамолом вводился в тех же дозах вместе с преднизолоном 60-120 мг в/в или перорально в дозе 1-2 мг/кг. Эффективность составила 38,4%. Больные дети, после улучшения состояния, но не с полностью купированным приступом бронхиальной астмы были госпитализированы в стационар.

Выводы. В условиях скорой помощи преимущество небулайзерной терапии заключается в легкой технике ингаляции, позволяет создать высокую концентрацию лекарственного вещества в бронхах с минимальными побочными эффектами и сокращения числа дополнительных вводимых препаратов. значительно сокращается время купирования бронхиальной астмы, уменьшается количество повторных вызовов и госпитализаций.

Быстрота действия, относительно простой способ использования и небольшое количество побочных эффектов делают ингаляционные бета-2 агонисты салбутамолом - препаратом выбора для купирования приступа бронхиальной астмы.

Занин В.Н.

ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМ ЖАҒДАЙЫНДА БАЛАЛАРҒА НЕБУЛАЙЗЕРЛІК ТЕРАПИЯНЫ ЖҮРГІЗУ

Жедел медициналық жәрдем жағдайында балаларға небулайзерлік терапияны қолдану – қысқа мерзімде науқастың ағзасында дәрілік заттардың жоғары дәрежеде шоғырлануын, қосымша енгізілетін дәрілік заттардың санын қысқартуға, сонымен қатар дәрі-дәрмектердің жағымсыз әсерлерін төмендетуге мүмкіндік береді. Тыныс демікпесі баса көктеулерін жою уақыты едәуір қысқарады, яғни қайта шақырулар және госпитальдеу жағдайларының саны азаяды.

Zanin V.N.

NEBULAYZER THERAPY AT CHILDREN IN CONDITIONS AMBULANCE

In the conditions of ambulance application of nebulayzer therapy allows to create for short term high concentration of medicinal substance at patients with the minimum side effects and reductions of number of in addition entered preparations. Time of knocking over of attacks of bronchial asthma is considerably reduced, the quantity of repeated calls also decreases.



УДК: 616-072.1-004.051:616-08-039.57.005.935.3

Т.Б. Земцова, Р.Ф.Габидуллин

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

КГП «Поликлиника №4 г. Костанай».

Роли ПМСП в системе здравоохранения в последнее время уделяется большое внимание, согласно поставленным задачам программы «Саламатты Қазақстан». Наша поликлиника была построена в рамках реализации программы «Сто школ, сто больниц».

Цель исследования: изучить эффективность эндоскопических методов в условиях ПМСП.

Материалы и методы: проанализирована работа эндоскопической службы нашей поликлиники за один год в период сентябрь 2011г - сентябрь 2012г.

Результаты исследования и их обсуждение: всего проведено ларингоскопии 165, из них выявлено: рак гортани - 4 случая, полип гортани - 5 случаев, кератоз- 1, парез гортани- 3. Выявляемость составила 7,8%.

За данный период проведено 50 бронхоскопических обследований. Из них выявлено: рак бронха- 1 случай, полип- 4 случая, бронхоэктатической болезни- 2, эндобронхита- 28. Выявляемость составила 70%.

Колоноскопия всего проведено 96 обследований. Из них выявлено: рака толстой кишки- 8 случаев, полипы- 28 случаев,

неспецифический язвенный колит- 11 случаев. Дивертикулез толстой кишки- 13 случаев. Выявляемость составила 62,5%.

Все случаи онкопатологии, неспецифического язвенного колита подтвержденные гистологически.

За указанный период проведено 1200 ФГДС. Из них выявлено: 238 язвы желудка (75% - язва двенадцатиперстной кишки; 25% язва желудка); рак - 52 случая; полип желудка - 40; ГЭРБ -500; 1170 случаев хронический гастрит, причем как самостоятельная патология, так и как сопутствующая.

80% обследованных были направлены врачами нашей поликлиники, остальные специалистами других медицинских учреждений.

Выводы: эндоскопические методы обследования играют большую роль в диагностике заболеваний на амбулаторном этапе. Высокую эффективность колоноскопии (62,5%) можно объяснить тщательным отбором пациентов на эту процедуру. Но бесспорным фактом является то, что наиболее высокая выявляемость отмечена при ФГДС; т.е. данная процедура является наиболее эффективной в плане диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуленков С.И. Эндоскопическое удаление полипов желудочно-кишечного тракта в условиях дневного стационара поликлиники. *Росс.журн. гастроэн., гепатол. и колопрокт.* 1995.№3.С. 85-87.
2. Организация выявления и динамического наблюдения проктологических больных в системе диспансеризации населения: метод. рек. М, 1989.26 с.
3. Вдовина Е.В., Морозова О.В. Обоснованность применения фиброгастродуоденоскопии в амбулаторной практике *Росс.журн. гастроэн., гепатол. и колопрокт.* 2011.№2. С.12-15.

Т.Б. Земцова, Р.Ф.Габидуллин

АМБУЛАТОРЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕГІ ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРДІҢ ТИІМДІЛІГІ

Мақалада амбулаторлық тәжірибедегі эндоскопиялық әдістердің тиімділігі қарастырылады, өйткені зерттеудің аталған әдістері амбулаторлық кезеңде ауруларды диагностикалауда үлкен рөл атқарады. Қостанай қ. №4 емханасының 2011 жылғы қыркүйек айынан 2012 жылғы қыркүйек айы аралығындағы эндоскопиялық қызметтің атқарылған жұмысы на талдау берілген. Диагностика жоспарындағы тексеру процедурасының ең тиімдісі болып ФГДС табылды.

Т.В.Zemtsova, R.F.Gabidullin

THE EFFICIENCY OF ENDOSCOPIC METHODS OF INSPECTIONS IN OUTPATIENT PRACTICE

In this article the efficiency of endoscopic methods of inspections in outpatient practice as these methods of inspection play large role in diagnostics of diseases at an out-patient stage is considered. The analysis of work of endoscopic service of Kostanay policlinic № 4 during September 2011r till September 2012r is provided. One of the most effective procedures of inspection in diagnostics FGDS is noted.

УДК: 618.2:616.145.1:616.151.1

Игиликов А., Жанабергенова Э.Ж. Керимбаева А.А.

**ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У
БЕРЕМЕННЫХ С ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

ННЦМД, НЦСМП, г.Астана

Тромбоэмболические состояния на сегодняшний день остаются одними из самых опасных осложнений гестации и особенно послеродового периода у пациенток, страдающих хронической венозной недостаточностью (ХВН), поскольку влекут за собой непосредственную угрозу жизни беременной и родильницы. По данным разных авторов, тромбозы поверхностных и глубоких вен нижних конечностей развиваются у 7–18% беременных, а на тромбоэмболию лёгочной артерии (ТЭЛА) приходится до 1% материнской смертности.

Цель исследования заключалась в разработке и апробации подхода к профилактике тромбоэмболических осложнений у беременных и родильниц с ХВН.

Материалы и методы. В проспективное исследование было включено 124 беременных, разделённых на две группы. 1 группа включала 62 беременных, получавших дифференцированную терапию. Во вторую группу попали 62 женщины, которым в силу различных причин дифференцированной терапии не проводилось. Всем пациенткам было проведено общеклиническое и гинекологическое обследование, а также консультация флеболога; у всех беременных оценивалось состояние гемостаза и проводилось ультразвуковое доплеровское исследование сосудов нижних конечностей. Контроль состояния плода осуществлялся путём кардиотокографии и доплерографии. Статистическую обработку данных проводили с использованием t-критерия, линейного коэффициента корреляции.

Результаты. Обе группы исследования были сопоставимы по возрасту, соматическому и акушерско-гинекологическому анамнезу, $p > 0,05$. Количество беременных с ХВН клинического класса -1 в группах 1 и 2 достоверно не различалось и составило соответственно 50 (80,7%) и 51 (82,3%) женщину. ХВН класса -2 имела, соответственно, у 10 (14,5%) и 6 (9,7%) беременных. ХВН 3-го клинического класса достоверно чаще наблюдалась у пациенток 2 группы — 3 (4,8%) по сравнению с 2 (3,2%) 1 группы ($p < 0,05$), также как и ХВН -4, соответственно, у 2 (3,2%) женщин 2 из группы -1 (1,6%) из первой ($p < 0,01$). У 5 (8%) женщин второй группы (пациентки, страдавшие ХВН классов -3 и -4), беременность которых осложнилась развитием плацентарной недостаточности (ПН), выявленная внутриутробная задержка развития

плода подтвердилась антропометрическими параметрами новорожденных. Вследствие терапии с учётом клинических классов ХВН новорождённые от беременных 1 группы имели более благоприятное течение раннего неонатального периода.

У них достоверно реже наблюдались: хроническая гипоксия — 3 (4,8%) случая в 1 группе - 11 (17,7%) случаев во второй группе ($p < 0,001$); синдром задержки внутриутробного развития — 8 (12,3%) - 12 (19,3%) ($p < 0,05$); и респираторный дистресс-синдром — 3 (8%) - 9 (14,5%) ($p < 0,05$). Для доказательства взаимосвязи изменений в венозной системе при осложнённых формах ХВН и развитием ПН нами произведено вычисление линейных коэффициентов корреляции между гемокоагуляционной активностью, систоло-диастолическим отношением (СДО), индексом резистентности (ИР), гемодинамики в большой подкожной вене (БПВ). По данным исследования системы гемостаза, у обследуемых беременных с ХВН и ПН выявлены нарушения в тромбоцитарном, коагуляционном, антикоагуляционном и фибринолитическом звеньях. Количество тромбоцитов в среднем составило $234 \text{ тыс} \pm 19,6$. Отмечено также повышение концентрации фибриногена ($5,7 \pm 1,6 \text{ г/л}$) и РФМК до $5,41 \pm 1,22 \text{ мкг/л}$ во 2 группе исследования. Изученные нами показатели свидетельствуют о напряжённом состоянии системы гемостаза у большинства беременных, страдающих ХВН. Сопоставлялись показатели гемокоагуляции, кровотоков сосудов матки и нижних конечностей у беременных в группах с ХВН. При этом в отношении сниженной фибринолитической активности крови во 2 группе исследования обнаружена сильная положительная корреляция с СДО (+0,70) и сильная отрицательная — с концентрацией РФМК (-0,75) и ИР (-0,72). В схему лечения пациенток с классами ХВН -3 и -4 в первой группе исследования входили: компрессионный трикотаж Venotex 2 класса (23–32 мм рт.ст.) ежедневно — на протяжении всей беременности и в послеродовом периоде; магнелис по 2 таблетки 2–3 раза в сутки — 3 недели; со 2 триместра — местная лекарственная терапия лиотонем 1000–3 недели; флебодиа 600 по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 1 месяца (при С4 — повторными курсами);

фраксипарин 2 раза в сутки подкожно в течение 1 недели (при С4 — повторными

курсами). Пациентки второй группы не получали системной дифференцированной терапии. Нами было установлено, что у беременных 1-й группы наблюдалось достоверно меньшее число ТЭО — ни одного случая по сравнению с 2 (3,2%) случаями во 2 группе (у обеих женщин в послеродовом периоде развился илеофemorальный тромбоз). Очевидно, это связано с адекватной коррекцией ХВН в 1 группе, при которой условия для формирования венозных тромбозов не реализуются.

Выводы. На основании проведенной работы можно заключить, что, во-первых, частота

тромбоэмболических осложнений у беременных и родильниц с ХВН достоверно выше при отсутствии дифференцированной терапии венозной недостаточности во время гестации (составляет 3,2% по сравнению с группой, получавшей дифференцированное лечение, где случаев тромбозов не наблюдалось), и вторых — адекватная коррекция ХВН с учётом клинических классов даёт возможность не только профилировать тромбоэмболические осложнения у матерей, но и оптимизировать перинатальные исходы.

Игіліков А., Жаңаберженова Э.Ж. Керімбаева А.А.

КӨКТАМЫР ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ТРОМБОЭМБАЛИЯЛЫҚ АСҚЫНУЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ

Жұмыс барысында жүкті және босанатын әйелдер арасында тромбоэмболиялық асқынулардың кездесу жиілігі созылмалы көктамырлық жеткіліксіздігі бар гестация кезінде салыстырмалы ем қабылдамаған науқастарға қарағанда айтарлықтай жоғары екендігі анықталды (тромбоз байқалмаған салыстырмалы ем қабылдаған топпен салыстырғанда 3,2% құрап отыр), яғни бұл тромбоэмболиялық көріністің алдын алып қана емес, сонымен қатар перинаталды нәтижені жиілетуге де септігін тигізеді.

Iglicov A.A., Zhanabergenova A.Zh., Kerimbayeva A.A.

PREVENTION OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH VENOUS INSUFFICIENCY

In work it is shown that frequency of tromboembolicheskyy complications at pregnant women and women in childbirth with HVI it is authentic above in the absence of the differentiated therapy of venous insufficiency during a gestatsiya (makes 3,2 % in comparison with the group receiving differentiated treatment where cases of thromboses it was not observed), and that adequate correction of HVI taking into account clinical classes gives the chance not only профилировать tromboembolicheskyy complications at mothers, but also to optimize perinatal outcomes.



УДК: 618.2:616.3-008.14

Игіліков А.А.

ВЛИЯНИЕ ЗАПОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

АО «ННЦМД», Астана

Запор у беременных является одним из самых частых экстрагенитальных заболеваний желудочно-кишечного тракта в период гестации [1]. Неизбежное нарушение биоценоза, которое встречается при этой патологии в 95% случаев, может индуцировать активацию условно-патогенной микрофлоры и ее транслокацию в системный кровоток или другие биотопы организма [2]. С учетом того, что иммунный статус у беременной претерпевает серьезные изменения по типу иммуносупрессии, любая дополнительная нагрузка защитных сил сенсibilизированного организма женщины

может привести к срыву адекватного иммунного ответа. Это в свою очередь может стать причиной таких серьезных осложнений, как угроза прерывания беременности, внутриутробное инфицирование и задержка роста плода, преждевременный разрыв плодных оболочек, а также увеличение гнойно-септических заболеваний в послеродовом периоде [3].

Общеизвестно, что проблема любого инфекционного процесса упирается в сочетание факторов микробной агрессии и состояния противoinфекционной иммунной защиты организма. Немаловажным является роль

кишечника, а также микрофлоры в строении и функционировании иммунной системы всего организма. Беременность и роды содержат ряд предикторов для стечения неблагоприятных обстоятельств в рамках этого классического биологического взаимоотношения [4].

Целью проведенного клинического исследования являлось изучение клинической эффективности препарата Дюфалак у беременных с запорами и оценка влияния препарата на состояние биоценоза толстой кишки и генитального тракта.

Материалы и методы исследования. Обследованы 70 беременных во II и III триместрах гестации и послеродовом периоде (3–4-е сутки), у которых на основании Римских критериев II диагностировано нарушение толстокишечного транзита.

Тип запора определяли в зависимости от сроков возникновения и причинной связи с беременностью:

1-я группа – гестационные (запоры, впервые возникшие во время беременности) – 35 беременных;

2-я группа – функциональные (запоры, которые возникли до наступления беременности и тяжесть их усугубилась в период гестации) – 35 беременных.

Группу контроля составили 15 здоровых беременных.

Исследование иммунного статуса беременных осуществляли методом непрямой иммуофлюоресценции с помощью набора моноклональных антител.

Всем беременным проводился комплекс лечебных мероприятий, включавший: обучение и психологическое воздействие на беременную с запором (необходимость выработки рефлекса дефекации в определенное время суток); коррекцию диеты в виде увеличения количества пищевых продуктов, стимулирующих функцию толстой кишки (пищевые волокна свеклы) или увеличивающих массу кала (пшеничные отруби); диетические добавки питательных компонентов (витамины, микроэлементы); коррекцию образа жизни (увеличение физической активности при отсутствии противопоказаний); устранение неприятных ощущений и болей в заднем проходе при акте дефекации (болеутоляющие и спазмолитические свечи); удаление скопившихся газов (спазмолитики, адсорбенты, пеногасители).

У 40 (57,1%) беременных комплексное лечение было дополнено слабительным препаратом Дюфалак в дозе 30 мл/сут курсом 15 дней.

Попадая в толстый кишечник, лактулоза метаболизируется микрофлорой до короткоцепочечных жирных кислот, что приводит к снижению pH, повышению осмотического давления в кишке, задержке жидкости, разжижению и увеличению объема химуса, что усиливает перистальтику кишечника и ускоряет

выведение кишечного содержимого. Дюфалак так же способствует снижению продукции и ускорению элиминации аммиака, что улучшает дезинтоксикационную функцию печени. В клинических исследованиях доказано, что Дюфалак не проникает через фетоплацентарный барьер, не обладает тератогенным и токсическим действием, не оказывает отрицательного воздействия на тонус миометрия и восстанавливает работу кишечника на любом сроке беременности [5].

Результаты. Лечение Дюфалаком способствовало нормализации акта дефекации, достижению стабильного и полноценного устранения запоров у 95% беременных. У 3% женщин с функциональными запорами отмечались метеоризм, тошнота, отрыжка, но они спонтанно исчезали через несколько дней.

Слабительный эффект проявлялся через несколько часов или на 2–3-й день лечения, что, по-видимому, связано с восстановлением кишечной микрофлоры. При нормально подобранной дозе (от 15 до 45 мл/сут) дефекация отмечалась от 3 до 7 раз в неделю с наличием мягкого оформленного стула.

После лечения Дюфалаком достигалась нормализация биоценоза толстой кишки. Значительно уменьшилось количество гемолизирующей кишечной палочки с 66 до 10%, нормализовалось общее количество кишечной палочки у 60% беременных. Полностью были устранены отклонения со стороны грамотрицательных микроорганизмов и дрожжеподобных грибов.

Дефицит бифидо- и лактобактерий был устранен у всех беременных с гестационными запорами, а в группе функциональных запоров нормализация дефицита бифидо- и лактобактерий была достигнута в 60 и 55% наблюдений соответственно.

Анализ исследований биотопа цервикального канала у беременных с толстокишечным стазом показал, что дисбиотический характер выявленных изменений заключался в резком угнетении индигенной микрофлоры лакто- и бифидобактерий, которые обеспечивают колонизационную резистентность этого биотопа. На этом фоне установлено конкурентное замещение лакто- и бифидобактерий представителями факультативных условно-патогенных микроорганизмов. Так, при оценке микрофлоры цервикального канала отмечался дефицит лакто- и бифидобактерий как при гестационных запорах (у 70 и 65% соответственно), так и при функциональных (у 60 и 50% соответственно), в то время как в контрольной группе низкие концентрации бифидо- и лактобактерий обнаруживались достоверно реже (в 6,7 и 20% случаев).

При изучении запоров у беременных немаловажную роль играет уточнение характера и

клинического значения связей между биоценозом толстой кишки и иммунным статусом женщины, поскольку дисбиоз кишечника может приводить к развитию вторичного иммунодефицита. В связи с этим нами изучено состояние разных звеньев системного иммунитета (клеточный иммунитет, фагоцитоз, гуморальный иммунитет) до и после лечения толстокишечного стаза Дюфалаком.

Из 8 параметров, которые были снижены в контрольной группе, у беременных на фоне толстокишечного стаза были достоверно снижены всего 4 параметра. По всем остальным показателям состояние иммунной системы достоверно не отличалось от аналогичных референтных значений.

Все это свидетельствует о подавлении реакции иммунной системы при сочетании беременности и вторичного фактора – запора, усугубляющего состояния частичного иммунодефицита. Так, в группе беременных, получавших лечение Дюфалаком, послеродовой метроэндометрит развился в 4,8% случаев, послеродовые язвы промежности – в 1,2%, нагноения послеоперационных швов после операции кесарева сечения не было ни у одной

родильницы.

Данные осложнения встречались значительно чаще в группе нелеченых женщин: метроэндометрит – в 17% случаев, нагноение послеоперационного шва после кесарева сечения – в 3%, послеродовые язвы промежности – в 3,5%.

Выводы:

1. Наличие запоров у беременных приводит к развитию дисбактериоза толстого кишечника, способствует нарушению колонизационной резистентности генитального тракта беременной и снижает реакции иммунной системы.

2. Устранение толстокишечного стаза с помощью препарата Дюфалак нормализует биоценоз толстого кишечника и генитального тракта, улучшает иммунореактивность организма, значительно снижает послеродовые воспалительные заболевания.

3. Применение слабительного препарата Дюфалак во II и III триместрах беременности устраняет клинические симптомы толстокишечного стаза в 97% случаев.

4. Дюфалак не дает побочных эффектов и хорошо переносится беременными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайдиева З.С., Лукьянова Е.В. Профилактика и терапия запора при беременности. *Рос. мед. журн.* 2010; 18 (4): 209–12.

2. Малов В.А. Дисбактериозы кишечника. *Мед. помощь.* 2000; 5: 13–5.

3. Подзолкова Н.М., Халиф И.Л., Назарова С.В. Биоценоз толстой кишки и цервикального канала беременных на фоне лечения хронического запора. *Пробл. беременности;* 8: 51–7.

4. Решетникова А.К., Сулима М.В. Клинико-

иммунологическая характеристика больных с функциональными запорами. *Организация медицинской помощи. Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний внутренних органов.* Благовещенск, 1998; с. 121–22.

5. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Лактулоза в терапии заболеваний органов пищеварения. М., 2002.

Игликов А.А.

III ҚАТУДЫҢ ЖҮКТІЛІККЕ ӘСЕРІ

Жүктілердегі іштің қатуы тоқ ішекте дисбактериоздың дамуына, жыныс мүшесіндегі колонизациялық резистенттіліктің бұзылуына және иммундық реакцияның төмендеуіне әкеледі. Тоқ ішектің бітелуін Дюфалак препараты арқылы қалыптандырып, тоқ ішектің биоценозын реттеуге және организмнің иммундық реактивтілігін жақсартуға, туудан кейінгі қабынулық процесті төмендетуге болады. Жүктіліктің II және III үш айында тоқ ішектің бітелуінің клиникалық белгілерін 97% дейін төмендетуге болады.

Iglicov A.A.

INFLUENCE CONSTIPATIONS PREGNANCY

The presence of constipation in pregnancy leads to dysbiosis of the large intestine, promotes disruption of genital tract colonization resistance pregnant and reduces the immune response. Removal of colonic stasis with drug normalizes Duphalac biocenosis colon and genital tract, improves the body's immunological significantly reduces postnatal inflammatory diseases. The use of laxatives Duphalac in II and III trimester of pregnancy eliminates the clinical symptoms of colonic stasis in 97% of cases.



УДК: 616.89-008.441.13:615.01

М.К. Изликова

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ МЕКСИДОЛ И НУКЛЕО Ц.М.Ф. ФОРТЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ*Областная клиническая больница, г. Караганда*

Проблема алкогольных сомато-неврологических расстройств является весьма актуальной, что определяется значительным удельным весом этой патологии в структуре неврологических осложнений алкоголизма, высокими показателями временной нетрудоспособности, инвалидизации и значительными социально-экономическими потерями.

Алкогольное поражение периферического отдела нервной системы (алкогольная полинейропатия – АПН) возникает в 5 раз чаще, чем центрального и является наиболее частым осложнением острой и хронической алкогольной интоксикации. Доля АПН среди полинейропатических синдромов различной этиологии постепенно возрастает (от 10%-11% до 36%-70%). Возрастание удельного веса АПН обусловлено как учащением случаев их возникновения, в связи с ростом заболеваемости алкоголизмом, так и с улучшением возможностей диагностики [2,5,9].

Клинические проявления АПН включают следующие симптомы, кардинально не отличающиеся от проявлений полинейропатий (ПНП) другой этиологии:

Дистальные сенсорные расстройства с болью, парестезией и онемением по типу «перчаток» и «чулок»

Слабость и атрофию дистальных мышц, преимущественно в ногах.

Снижение или отсутствие сухожильных рефлексов с ног с последующим угасанием сухожильных рефлексов на руках.

Поражение вегетативных волокон, клинически проявляющееся в виде нарушения вегетативного регулирования различных систем: кардиоваскулярной (тахикардия в покое, аритмии, постуральная гипотензия); гастроинтестинальной (тошнота, рвота, гастропарез, диарея, запоры, рефлюксы); урогенитальной (импотенция, атония мочевого пузыря, недержание мочи, ретроградная эякуляция); терморегуляции (гипо-, гипергидроз); трофики (отеки, трофические язвы, варикоз нижних конечностей). Также встречаются судорожные сведения икроножных мышц или крампи, плохая переносимость тепла и холода, особенно после нагрузок [6, 8, 10].

До настоящего времени не существует единой точки зрения на механизм развития АПН.

Ряд исследователей (Ярош А.А., Гольфарб Л.Г., Juntunen J., Freund G., В. Neundorfer) считают патогенез АПН сложным, сочетающим прямое

токсическое влияние алкоголя и продуктов его метаболизма, дефицит питания и сопутствующую соматические расстройства. Вследствие токсического влияния алкоголя в периферической нервной системе развивается аксональная дегенерация; в результате дефицита тиамин и других метаболических нарушений преобладают процессы сегментарной демиелинизации [2,5,6,8]. В последние годы в неврологии все большее значение придается также нарушению процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) – оксидантному стрессу, который может индуцировать нейроваскулярные дефекты [3,9].

Разработка эффективных методов лечения АПН остается актуальной, так как 64% больных становятся ограниченно трудоспособными и нетрудоспособными [4].

Главными факторами лечения является современная доклиническая диагностика АПН и раннее начало лечения. Непременным условием является полный отказ от употребления спиртных напитков и полноценное сбалансированное питание. При построении рациональной комплексной терапии учитывается форма заболевания, выраженность субъективных и объективных признаков, особенности течения, наличие и выраженность других проявлений алкоголизма, осложнений и сопутствующих заболеваний. Обязательным является длительное парентеральное введение тиамин, в также других витаминов группы В [2,3,7]. Важная роль отводится проведению дезинтоксикационной терапии. Для улучшения периферической гемодинамики показано назначение вазоактивных препаратов. При наличии парестезий и болей эффективными является назначение нестероидных противовоспалительных препаратов, 3-циклических антидепрессантов, антиконвульсантов. Стойкие чувствительные и двигательные расстройства требуют применения антихолинэстеразных препаратов и широкого использования физиотерапевтических методов воздействия [3,7,8]. Для ускорения регенерации поврежденных нервных стволов используются пиримидиновые нуклеотиды, влияющие на синтез нуклеиновых кислот и миелиновые оболочки. Такие качества имеет Nucleo C.M.F. Forte (фармакологическая компания Ferrer grupo), он способствует восстановлению проводимости в периферических нервных волокнах; подавляет боли, улучшает двигательную и чувствительную функции; увеличивает плотность и диаметр нервного волокна, а также улучшает

гистологическую проводимость. Нуклео Ц.М.Ф. Форте состоит из двух нуклеотидов, имеющих биохимическое действие. Нуклеотиды – Цитидин 5 – монофосфат (ЦМФ) и Уридин 5 трифосфат (УТФ) необходимы для нормальной проводимости нервных импульсов, а также способствуют регенерации аксона и его мембраны [11].

Учитывая важную роль оксидантного стресса в патогенезе АПН, вызывает большой интерес применение современного Российского антиоксидантного препарата Мексидол, одновременно являющегося производным 3-оксипиридина и янтарной кислоты. Мексидол обладает выраженными антигипоксантами свойствами, способствует аэробному окислению глюкозы при остром стрессе, предотвращает накопление лактата как в центральной нервной системе, так и в периферических органах [10,11]. Помимо этого Мексидол характеризуется выраженной антиоксидантной активностью, ограничивая перекисное окисление липидов при разнородных стрессогенных состояниях и патологических процессах [10].

Целью данной работы была оценка эффективности комбинации препаратов

Мексидол и Нуклео Ц.М.Ф. Форте при лечении АПН различной степени выраженности.

Исследуемую группу составили 10 человек больных алкогольной полинейропатией, госпитализированных в ОКБ для стационарного лечения.

Критерии включения:

Возраст старше 30 лет.

Сенсомоторная полинейропатия алкогольной природы.

Алкогольный анамнез более года.

Снижение скорости проведения по моторным волокнам n.tibialis не менее чем на 10% от нормы.

Критерии исключения:

Сенсомоторная полинейропатия неустановленной природы.

Сахарный диабет или нарушение толерантности к глюкозе.

Эпилептические припадки в анамнезе.

Декомпенсированная соматическая патология.

Пациенты, имеющие повышенную чувствительность к Мексидолу и Нуклео Ц.М.Ф. Форте.

Клиническая характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1. Демографические показатели пациентов

Показатели	Min – Max	Среднее значение
Пол		
Мужчины	8	
Женщины	2	
Возраст	43-65	52,2
Алкогольный анамнез (годы)	3-20	10,2

Методы и дизайн исследования: Методы исследования включали:

Клинико-неврологическое обследование с использованием шкалы выраженности симптомов нейропатии, визуальной болевой аналоговой шкалы. Биохимическое исследование крови – ферменты АСТ, АЛТ. Электрофизиологическое исследование (определение СПВ по двигательным волокнам n.tibialis).

После проведения скрининговых исследований пациентам назначались Мексидол в дозе 300 мг внутривенно капельно, 1 раз в сутки (курс составлял 10 вливаний с последующим приемом 3 таблеток в день в течение 1 месяца и Нуклео Ц.М.Ф. Форте по следующей схеме – с 1 по 6 день лечения одна внутримышечная инъекция в день, затем с 7 по 30 день 3 капсулы препарата в день. Терапия проводилась на фоне традиционного лечения алкогольной полинейропатии, затем проводилось повторное обследование с использованием вышеперечисленных методов.

Ответ на терапию мы оценивали как положительный при уменьшении счета по шкале выраженности симптомов нейропатии на 50 и более процентов.

Статистический анализ проводился с применением параметрических и непараметрических методов.

Результаты: У всех пациентов обследуемой группы были представлены субъективные и объективные симптомы периферических сенсорных расстройств, у 50% выявлены периферические параличи, в 100% случаев отмечены нарушения в рефлекторной сфере (отсутствие или снижение глубоких сухожильных рефлексов). Максимальная представленность вышеперечисленных симптомов была на нижних конечностях. У половины пациентов выявились симптомы периферической вегетативной недостаточности. Средний счет по шкале выраженности симптомов нейропатии составил $9,5 \pm 0,8$ баллов. Средняя СПВ по двигательным волокнам n.tibialis составила 33,3 м/с при норме 42-45 м/с.

Параллельный анализ аффективных расстройств выявил у пациентов субклинически выраженную тревогу и депрессию (8-10 баллов). У 70% после проведенного лечения наблюдалось индивидуальное снижение счета по шкале выраженности симптомов нейропатии на 50 и более процентов. В целом по группе средний счет по шкале выраженности симптомов нейропатии после курсового лечения составил $4,4 \pm 0,6$ ($p < 0,05$). Влияние Мексидола и Нуклео Ц.М.Ф. Форте на сенсорные симптомы представлено в таблице 2.

Таблица 2. Динамика сенсорных симптомов

Показатели	До лечения	После лечения
Боль (% пациентов/интенсив.)	50/3,8	30/1,9
Парестезии (% пациентов/интенсив.)	100/4,1	30/2,4
Зябкость (% пациентов/интенсив.)	100/4,0	30-3,8
Гипестезия (баллы)		
а) в руках	1,4	0,3
б) в ногах	2,6	0,6
Вибрационная чувствительность (сек.)		
а) в руках	17,3	18,1
б) в ногах	12,8	15,7

Расстройства глубокой чувствительности на ногах отмечались у 25% пациентов, после лечения они сохранились лишь у одного пациента (10%).

Влияние проведенного лечения на моторные симптомы представлено в таблице 3.

Таблица 3. Динамика моторных симптомов

Показатели	До лечения	После лечения
Мышечная сила (баллы)		
а) в руках	20	20
б) в ногах	17,7	18,7
Сухожильные рефлексы (баллы)		
а) в руках	10,4	10,6
б) в ногах	1,7	2,8
СПВ по n.tibialis	33,3	36,1

На фоне лечения улучшились биохимические показатели отражающие функцию печени. В среднем отмечено снижение АСТ на 36%; АЛТ на 25,4%; ЩФ на 33%.

Также, практически у всех пациентов, под действием Мексидола отмечалось снижение тревоги и депрессии. Это обстоятельство отражает улучшение психической составляющей качества жизни больных АП.

Не наблюдалось положительной динамики симптомов периферической вегетативной недостаточности.

Клинический анализ пациентов с отсутствием эффективности от проведенного лечения показал, что их отличал более грубый неврологический

дефект (по шкале выраженности симптомов нейропатии – 10,7).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексная терапия алкогольной полинейропатии с использованием препаратов Мексидол и Нуклео Ц.М.Ф. Форте оказывает положительное влияние: уменьшает выраженность субъективной симптоматики (боли, онемение, жжение, парестезии, судороги), улучшает осязание, вибрацию, мышечную чувствительность; значительно улучшает показатели психологического тестирования пациентов. Соответственно происходит улучшение состояния их здоровья в целом и качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакян Г.Н. и др. Электронейромиографические стадии алкогольной полинейропатии и возможность использования антихолинэстеразных препаратов. // Ж. Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова/ 1990 №3, с. 44-49.
2. Астапенко А.В. Клинико-экспериментальное обоснование применения некоторых вазоактивных препаратов и гипербарической оксигенации при алкогольной полинейропатии. // Дисс. К.м.н., Минск, 1991.
3. Неретин В.Я., Якушин М.А. Новые подходы к лечению алкогольной полинейропатии. // Материалы конференции. Уфа, 1996, ч. 2, с. 28-30.
4. Пальчик А.Б. Об исходах алкогольной полинейропатии. // Вопросы наркологии. 1990, № 1, с. 30-33.
5. Ярош А.А., Ильяхи Т.И. Алкогольная полинейропатия. // Киев: Здоровье, 1986.
6. Dyck P.J., Thomas P.K.: Peripheral neuropathy// Vol I-II, 1984 – W.B.Saunders Company
7. Kritachmar C., Kaumeier S., haase W., Medicamentous therapy of alcoholic polyneuropathy// Fortschi Med. 1996; Nov 20; 114(32): 439-43.
8. Neundorfer B., Claus D., Differential diagnosis, pathogenesis and therapy of alcoholic polyneuropathy.// Frotshr Neurol Psychifrt. 1986; Aug; 54(8)^ 241-7/
9. Скляр И.А., Воробьева О.В., и др. Комплексное лечение алкогольной полинейропатии. // Ж. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова /1996, № 5. С. 38-42.
10. Воронина Т.А., Смирнов Л.Д., Горейнова И.И. Механизм действия и обоснование применения препарата Мексидол в неврологии. /

Мат. Научно-практич. конф. по неврологии. М. Radzewitz B., Warzok R., Cervos- navaro J (1991) 2000. С.18. , Nucleotide, beschleunigen die Nervenregeneration, 11. Watting B., Heydenrich F., Schalow G., Z. Klin. Med. 46: 1371-1373.

М.К. Игликова

АЛКОГОЛЬДІ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯНЫ ЕМДЕУДЕ МЕКСИДОЛ ЖӘНЕ НУКЛЕО Ц.М.Ф. ФОРТЕ ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Мексидол және Нуклео Ц.М.Ф. Форте дәрмектерімен кешенді емдеудің әсерін алкогольдік полинейропатиясымен науқастардың нейропатиялық симптоматикасының және ілеспелі үрей-торығу бұзылуларының белгілеріне бағалау жүргізілді. Алынған нәтижелер клиникалық тиімділігін көрсетеді. Мексидол және Нуклео Ц.М.Ф. Форте дәрмектері неврологиялық тапшылығының да, симптоматикалық дизестезиясының да белгілерін азайтады.

Негізгі сөздер: алкогольдік полинейропатия, электронейромиография, нейропатиялық ауру синдромы

Iglikova M.K.

THE EVALUATION OF INFLUENCE OF COMPLEX THERAPY WITH THE PREPARATIONS “MEXIDOL AND NUCLEO C.M.F. FORTE ON THE EXPRESSIVENESS OF NEUROPATH SYMPTOMS AND CONSECUTIVE ANXIODEPRESSIVE DISORDERS AMONG THE PATIENTS WITH ALCOHOLIC POLYNEUROPATHY.

The evaluation of influence of complex therapy with the preparations “Mexidol and Nucleo C.M.F. Forte on the expressiveness of neuropath symptoms and consecutive anxiodepressive disorders among the patients with alcoholic polyneuropathy. Obtained results show the clinical effectiveness. Preparations “Mexidol and Nucleo C.M.F. Forte objectively decrease the indications of both neurologic deficit and semiologic dysesthesia.

Key words: alcoholic polyneuropathy, electroneuromyography, neuropathic pain syndrome.



УДК:618.346+615.099.06

Изтелеуова Л.Х.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ДОРОДОВОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

АО «ННЦМД», г.Астана

В снижении материнской и перинатальной заболеваемости и смертности большое значение имеет интранатальный период, осложнения которого могут приводить к серьезным последствиям как для матери, так и для ребенка. В этом направлении ПИОВ представляет собой сложную акушерскую проблему, неослабевающий интерес к которой определяется повышением частоты данного осложнения родового акта в последнее десятилетие. Российские авторы выявили высокую частоту пери- и вентрикулярных кровоизлияний и отека мозга, свидетельствующих о тяжелой гипоксии новорожденных от первобеременных матерей при преждевременном излитии околоплодных

вод [1,2]. В связи с этим было оценено состояние здоровья новорожденных у первобеременных при целом плодном пузыре и дородовом излитии околоплодных вод (ДИОВ). Работа посвящена анализу аномалий родовой деятельности у первобеременных при преждевременном излитии околоплодных вод [3,4,5].

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния сократительной деятельности матки (СДМ) у первобеременных в динамике спонтанных родов при целом плодном пузыре и дородовом излитии околоплодных вод (ДПИОВ). С этой целью проведено ретроспективное сравнительное изучение состояния здоровья новорожденных у 88 первобеременных с ДПИОВ (1 группа —

основная) и у 199 пациенток со целым плодным пузырем (2 — группа контроля) со сроками гестации 38–40 недель. Состояние здоровья новорожденных оценивалось путем изучения карт развития новорожденных. Обработка полученных результатов произведена методами статистического анализа и прогнозирования.

Материалы и методы исследования. Было проведено сравнительное изучение аномалий родовой деятельности у первобеременных с дородовым излитием околоплодных вод (ДИОВ) и у пациенток с целым плодным пузырем, со своевременным излитием околоплодных вод. Благоприятный исход родов, являющийся ключевой проблемой акушерства, во многом зависит от характера, качества и эффективности родовой деятельности. Отсутствие биологической готовности организма к родам неблагоприятно сказывается на развитии регулярной родовой деятельности и течении родов. Изменение характера сократительной деятельности матки (СДМ) в родах может быть проявлением адаптационно-защитных механизмов, направленных на поддержание гомеостаза при возникновении патологических изменений в организме матери и плода [6,7]. Для чего было проведено сравнительное изучение гистерограмм у 40 первобеременных с ДИОВ (1 — основная группа) и у 20 пациенток с целым плодным пузырем (2 — контрольная группа) со сроками гестации 38–40 недель. Характер сократительной деятельности матки у пациенток обеих групп изучался методом наружной гистерографии. Обработка гистерограмм проводилась методом качественного и количественного анализа. Оценка качественной активности СДМ в родах проводилась с учетом частоты, амплитуды и длительности маточных сокращений. При количественном анализе СДМ использовался метод математического анализа гистерограмм. Обработка полученных результатов произведена методами статистического анализа и прогнозирования.

Результаты и обсуждение. В результате выявлено, что при ДИОВ у первобеременных схватки имели низкую интенсивность — $28,53 \pm 0,6$ мм рт ст (при целом плодном пузыре — $45,7 \pm 0,45$ мм рт ст) и низкую частоту — 3,59 схватки за 20 минут (в контрольной группе — 9,72). Базальный тонус матки был несколько ниже, чем при отхождении вод на фоне родовой деятельности ($10,75 \pm 0,5$ мм рт ст против $11,87 \pm 0,4$). Эффективность СДМ в основной и контрольной группах составила соответственно $1,91 \pm 0,6$ и $3,41 \pm 0,4$ ($p < 0,05$). Кроме того, тонус матки во всех фазах первого периода родов был более высоким у рожениц с «незрелой» шейкой матки ($12,0 \pm 0,6$ мм рт ст), чем у первобеременных с «созревающей» шейкой матки ($9,0 \pm 0,5$ мм рт ст). Одновременно установлено, что на протяжении первого периода родов

интенсивность сокращений матки у рожениц при ДИОВ с «незрелой» шейкой матки значительно выше, чем при наличии «созревающей» шейки матки. Особенно значительные различия между средними значениями обнаружены в 1-й и 2-й фазах первого периода родов, когда медикаментозные методы коррекции СДМ еще не применялись. При анализе СДМ во втором периоде родов у пациенток 1-й и 2-й групп существенных различий обнаружено не было.

В результате проведенного исследования выявлено, что средняя масса новорожденных составила $3435,6 \pm 0,65$ г у первобеременных основной группы и $3330 \pm 0,9$ г у первобеременных контрольной группы. Однако удельный вес новорожденных с массой 4000 и более грамм достоверно выше у пациенток, роды которых осложнились ДИОВ (9,54% и 6,05% соответственно). Средняя оценка состояния плода при рождении по шкале Апгар составила $7,27 \pm 0,6$ балла у пациенток основной группы и $7,89 \pm 0,65$ балла у пациенток группы контроля. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорожденных основной группы наблюдалась в 8,31% случаев (в контрольной — в 3,34%), аспирация околоплодными водами — в 0,45% случаев (в контрольной — 0,19%). Наличие выраженной родовой опухоли на головке новорожденного отмечено в 8,22% случаев, кефалогематомы обнаружены — у 0,78% детей, рождение которых осложнилось ДИОВ (основная группа), в группе контроля соответственно — 2,28% и 0,29%. Необходимо отметить, что из 8,78% новорожденных контрольной группы, состояние которых оценено при рождении на 7 баллов, у 5,13% в первые 2–3 дня жизни были отмечены признаки, которые свидетельствовали о перенесенной в родах гипоксии.

Выводы. Таким образом, эффективность работы матки у первобеременных рожениц при преждевременном излитии околоплодных вод в 1,78 раза ниже, чем при своевременном излитии околоплодных вод, что в свою очередь оказывает влияние на исход родового процесса. Снижение значений гистерографических показателей родов при преждевременном излитии околоплодных вод в сопоставлении с показателями родовой деятельности при своевременном излитии околоплодных вод свидетельствует о нарушении сократительной деятельности матки у первобеременных при преждевременном излитии околоплодных вод. Заболеваемость новорожденных при преждевременном излитии околоплодных вод в 2 раза выше, чем при своевременном излитии околоплодных вод. Так, ишемически-гипоксические поражения ЦНС наблюдались в 2,5 раза чаще, аспирация околоплодными водами — в 2,3 раза чаще, кефалогематомы — в 2,8 раза чаще, чем у новорожденных при своевременном излитии околоплодных вод.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство // Справочник. Под ред. К. Нисвандера и А. Эванса. Пер. с англ. -М., Практика. -1999. -С.34-35.
2. Липман А.Д., Чилова Р.А. // Акуш. и гин. -2001.-№ 1.-С.23-26.
3. Осложнения при аборте: руководство по техническим и управленческим аспектам. ВОЗ, 1995., С, 53-60
4. Серов В.Н., Стрижаков В.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству.-М. "Медицинское информационное агентство", 1997.-С.3-
5. Horn L.C., Schnurbusch U, Risk of progression in complex and atypical endometrial hyperplasia: Gynecol. Cancer. – 2004. – Vol. 14, N 2. – P. 348-353.
6. Kinsel L., Greene G., et al. // Cancer Res. – 1989. – V. 49. – P.1052-1056
7. Montgomery B.E., Damm G.S., Dunton C.J. et al. Endometrial hyperplasia: a review // Obstetrical and Gynecological Survey.-2004.– Vol. 59, №5.– P.368-378

Изтеулеуова Л.Х.

ҚАҒАНАҚ СУЫНЫҢ МЕЗГІЛСІЗ КЕТУІНЕН БОЛАТЫН АСҚЫНУ

Босанатын әйелдерде қағанақ суларының мезгілсіз кетуі кезінде жатырдың жұмысының тиімділігі 1,78 рет төмендейді. Көрсеткіштердің қағанақ суларының мезгілсіз болғанда гистерографиялық мәндерінің төмендеуі жатырдың қысқарту қызметінің бұзлуын нақтылайды. Осылай, орталық жүйке жүйесінің ишемиялық аурулары 2, 5 ретте жиірек байқалды, қағанақ суларымен аспирация - 2, 3 рет жиірек, гематома - 2, 8 –ге анықталды.

Изтеулеуова Л.Х.

COMPLICATIONS WITH PRETERM RUPTURE OF MEMBRANES

Effectiveness of the uterus of primiparous women in labor with preterm rupture of membranes in a 1.78 times lower than for the timely discharge of amniotic fluid, which in turn affects the outcome of the generic process. Lower values of the parameters gisterograficheskikh labor with preterm rupture of membranes in relation to the performance of labor for the timely discharge of amniotic fluid indicates a violation of uterine activity in primigravidas with preterm rupture of membranes. The incidence of infants with preterm rupture of membranes in 2 times higher than for the timely discharge of amniotic fluid. Thus, ishemiceskigipoksicheskie CNS were observed in 2.5 times more likely to aspirate amniotic fluid - 2.3 times more likely cephalhaematomata - 2.8 times more likely than infants with timely discharge of amniotic fluid.



УДК: 616.329-006+616-089.168.1

Иманбаев Х.А.

ОЦЕНКА КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА

АО «Медицинский университет Астана» Кафедра онкологии

В современной хирургии рака пищевода (РП) основным методом оперативного вмешательства является трансторакальная резекция пищевода по методу Льюиса. Однако высокий процент ранней послеоперационной летальности (до 60%) от кардиореспираторных осложнений является сдерживающим фактором при планировании операции у больных с сопутствующей патологией сердечно - сосудистой и дыхательной систем. [1,2,3,4].

Цель работы: Оценка выраженности синдрома кардиореспираторной дезадаптации в ранний послеоперационный период у больных раком пищевода с сопутствующей патологией сердечно - сосудистой и дыхательной систем.

Материалы и методы: В исследование были включены пациенты с раком пищевода с сопутствующей кардиореспираторной патологией которым было проведено хирургическое лечение в условиях хирургического отделения

ГОД г. Астана. Операции проводились с трансдиастиального (ТМД) (первая группа 29 пациентов) и трансторакального (ТТД) (вторая группа 27 пациентов) доступов. Всем больным в дооперационный и ранний послеоперационный период проводился мониторинг показателей функции внешнего дыхания (ФВД) и измерение артериального давления (АД). У больных первой группы до операции хроническая сердечная недостаточность I функционального класса по классификации ВОЗ была установлена у 7 (24,1±7,9%) пациентов, II функционального класса – у 13 (44,8±9,2%), III функционального класса – в 9 (31,1±8,6%). Во второй группе хроническая сердечная недостаточность I функционального класса была установлена у 8 (29,6±8,8%) пациентов, II функционального класса – у 12 (41,4±9,6%), III функционального класса – 7 (25,9±8,4%) случаях. Среди встречающихся патологий отмечались: артериальная гипертензия (АГ) – ТМД (79,3±7,5%), ТТД (77,8±8,0%) ишемическая болезнь сердца (ИБС) – ТМД (41,3±9,1%), ТТД (48,1±9,6%), атеросклеротический кардиосклероз – ТМД (31,1±8,6%), ТТД (29,6±8,8%), мерцательная аритмия – ТМД (10,3±5,7%), ТТД (14,8±6,8%). В структуре сопутствующей патологии дыхательной системы у больных обеих групп среди часто встречающихся патологий можно отметить ХОБЛ – ТМД (31,0±8,6%), ТТД (25,9±8,4%), бронхиальная астма – ТМД (6,8±4,7%), ТТД (11,1±6,0%), экссудативный плеврит – ТМД (10,3±5,7%), ТТД (7,4±5,0%). В первой группе дыхательная недостаточность I стадии констатирована у 11 пациентов (37,9±9,0%), II стадии 18 пациентов (62,1±9,0%). Во второй группе дыхательная недостаточность I стадии встречалась у 9 пациентов (33,3±9,1%), II стадии 18 пациентов (66,6±9,1%) Таким образом, обе группы были клинически сопоставимы.

Результаты и обсуждение: Результаты проведенного исследования показали, что

у больных второй группы использование торакотомного доступа неблагоприятно сказывалось на системной гемодинамике – возросло количество наблюдений с отсутствием ночного снижения АД либо с его повышением: I группа (ТМД) – АД сист. ночное на 2 сутки послеоперационного периода 143,2±1,2. АД диаст. ночное 93,1±2,0. На 5 сутки АД сист. ночное 128,1±1,6, АД диаст. ночное 91,3±2. II группа (ТТД) АД сист. ночное на 2 сутки послеоперационного периода 141,3±1,1. АД диаст. ночное 98,2±1,8. На 5 сутки АД сист. ночное 138,2±1,5, АД диаст. ночное 97,4±1,7. Это в свою очередь приводит к возрастанию давления на сосудистую стенку, затрудняет адаптацию сосудистой стенки к меняющейся нагрузке, приводит к срыву регуляции и неадекватному изменению сосудистого тонуса. Снижение показателей функции внешнего дыхания в послеоперационном периоде наблюдалось в обеих группах. Однако снижение данных показателей также было более выражено во второй группе с ТТД. Так, ЖЕЛ снизилось на 13,1%, ФЖЕЛ на 11,2%, ОФВ1 на 10,1%, Индекс Тифно на 2,1%, МОС 50 на 10,2%, МОС 75 на 9,1%. Для сравнения в группе ТМД ЖЕЛ не изменилось, ФЖЕЛ снизилось на 2,3%, ОФВ1 на 2,1%, Индекс Тифно на 1,1%, МОС 50 на 5,2%, МОС 75 на 3,2%.

Вывод: Проведение хирургического вмешательства из торакотомного доступа у больных раком пищевода с сопутствующей патологией сердечно – сосудистой и дыхательной систем сопровождается более выраженным снижением основных показателей функций вышеуказанных систем. Применение в данной группе пациентов трансдиастиального доступа снижает выраженность синдрома кардиореспираторной дезадаптации в ранний послеоперационный период, снижая тем самым вероятность развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т., Бубеев Н.А., Жуматаев Ж.Ж. Результаты хирургического лечения рака пищевода. // Материалы V-го съезда онкологов и радиологов СНГ – Ташкент, 2008г. – С. 201.
2. Малькевич М.А., Жарков В.В., Оситрова Л.И. 10-летний опыт хирургического лечения рака пищевода// Материалы V-го съезда онкологов и радиологов СНГ – Ташкент, 2008г.

– С. 205.

3. Оразгельдыев Г.Р., Аманов С.А., Орунов Г.К. Хирургическое лечение рака пищевода. // Материалы V-го съезда онкологов и радиологов СНГ – Ташкент, 2008г. – С. 209.

4. Gemenjager E., Guyer P., Weisflog H.P. Esophageal surgery in the region hospital. // Schweiz. Rundsch. Med. Prax. – 2006. – Vol.87. – T. 156, № 39. – 1241- 1247.

Иманбаев Х.А.

**Өңеш обыры анықталған науқастардағы отадан кейінгі кезеңде
кардиореспираторлы дезадаптацияны анықтау**

Бұл мақалада зерттелінген науқастарда трансмедиастиналді енуді жүргізу кардиореспираторлы дезадаптация синдромын төмендететіндігі анықталғандығы жайында сипатталады. Оның нәтижесі науқастарда болатын жүрек-тамыр жүйесі және тыныс жолдарында кездесетін асқынудың болуын төмендетеді.

Imanbayev H.A.

**EVALUATION CARDIORESPIRATORY MALADJUSTMENT IN THE POSTOPERATIVE
PERIOD IN PATIENTS WITH ESOPHAGEAL CANCER**

The use in this patient trans mediastinal access reduces the severity of cardio respiratory maladjustment syndrome in the early postoperative period, thus reducing the risk of complications from cardiovascular and respiratory systems.



УДК: 616.8-053.2:616-071

Исабекова А.А., Албаева Ю.К., Жақипбаева С.Р.

**ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКИХ
ПОРАЖЕНИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ
ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ СУТОК ЖИЗНИ.**

Национальный научный центр материнства и детства Астана

Актуальной проблемой современной неонатологии, неврологии детей раннего возраста остается проблема диагностики внутричерепных кровоизлияний и их осложнений.

Для недоношенных новорожденных менее 35 недель гестации и массой тела менее 1800г наиболее характерны периферические и интравентрикулярные кровоизлияния (ПВК). В случае рождения ребенка в асфиксии и проведения ему искусственной вентиляции легких частота геморагии еще более увеличивается.[2,6]

В патогенетических механизмах развития кровоизлияний у недоношенных новорожденных важное значение имеет незрелость капилляров герминального матрикса и фактор гипоксии / ишемии, приводящий к повышению тонуса магистральных сосудов, увеличению сосудистого сопротивления, падению венозного кровообращения, нарушению свертываемости крови.[2]

Наиболее часто внутричерепные кровоизлияния развиваются в первые 72 часа жизни. Распространенность внутричерепных кровоизлияний у новорожденных варьирует в больших пределах – от небольших субэпендимальных до массивных геморагий в полость желудочков или с распространением процесса в паренхиму мозга.[4,6]

ПВК 1-ой степени обычно развиваются в области субэпендимальных отделов переднего рога бокового желудочка, головки хвостатого ядра или каудоталамической борозды.

В практической деятельности определенные трудности возникают при локализации субэпендимальных кровоизлияний в области тела боковых желудочков, где геморагии суммируются с гиперэхогенной структурой сосудистого сплетения. Появление утолщения сосудистого сплетения в его передней части обычно указывает на вероятность кровоизлияния. Частой локализацией субэпендимальных геморагий у детей является каудоталамическая борозда в силу локализации здесь большого количества герминативного матрикса, в то же время необходимо учитывать, что в верхних отделах борозды часто отмечается экзогенная зона, обусловленная рефлексией ультразвуковых волн от боковой стенки желудочка. Незнание этого положения часто приводит к гипердиагностике.

ПВК 2-ой степени (ВЖК) - субэпендимальное кровоизлияние с прорывом в полость бокового желудочка без его расширения. УЗД может быть сложной из-за скудности картины, и требует необходимость динамического наблюдения каждые 7-10 дней, а тяжелый реанимационный контингент необходимо исследовать ежедневно.

Коагуляция крови по поверхности сосудистого сплетения приводит к усилению его экзогенности, расширению и деформации контура.

ПВК 3-ей степени (ВЖК) сопровождается дилатацией желудочковой системы. Постгеморрагическая дилатация желудочков может быть отмечена уже на 1-2 день кровоизлияния, но максимальных размеров обычно достигает к 2-4 неделе заболевания. Визуализация тромба в просвете бокового желудочного наиболее оптимальна, начиная с 2-го дня после кровоизлияния.

ПВК 4-ой степени сопровождается вовлечением в процесс перивентрикулярной паренхимы мозга и характеризуется наличием внутрижелудочкового тромба, расширения желудочков и паренхиматозного кровоизлияния, представленного гиперэхогенным участком с четкими контурами[1,3,5]

Цель исследования - ранняя диагностика внутрочерепных кровоизлияний у недоношенных детей в первые сутки жизни.

Материал и методы исследования. Нами в условиях отделения интенсивной терапии новорожденных Национального Научного центра Материнства и детства было обследовано 20 недоношенных детей с геморрагическими поражениями ЦНС в сроке гестации от 26 до 34 недель с весом от 1000 до 1800 грамм при рождении. Из них 6 детей – 26-29 недель гестации (1-я группа), 9 детей – 29-32 недели гестации (2-я группа), 5 детей – 32-34 недели гестации (3-я группа). Все новорожденные находились в кувезах с диагнозом: РДС средней и тяжелой степени, из них 6 новорожденных на аппарате ИВЛ.

Исследования проводились на портативном аппарате «Vivid I» секторным датчиком с частотой сканирования 7Мгц. Исследования проводились через большой родничок, с использованием дополнительных методов сканирования через височную кость для более детальной оценки анатомических структур головного мозга.

Результаты и обсуждения. ПВК 1 степени были выявлены у 4х детей из 3-ей группы и у 3х детей из 2-ой группы. ПВК 2 степени были

диагностированы у 1-го ребенка из 3-ей группы, у 2-их из 2-ой группы и 1-го из 1-ой группы. ПВК 3 степени диагностированы у 4-х детей из 2-ой группы и у 5-х детей из 1-ой группы. ПВК 4 степени диагностированы у 1-го ребенка из 1-ой и 2-ой группы.

В первые 24 часа жизни были диагностированы как ПВК 1 степени, так и ПВК 2 и 3 степени, что в большей степени обусловлено сроком гестации и тяжестью сопутствующей патологии.

ПВК 4 степени наблюдалось у одного ребенка на 3-и сутки, находящегося на искусственной вентиляции легких с признаками тяжелых дыхательных расстройств с вовлечением в паренхиму на уровне лобной доли. Еще один случай ПВК 4-ой степени на 3-и сутки у ребенка с тампонадой бокового желудочка с вовлечением в процесс паренхимы лобно-теменной области.

В дальнейшей динамике у детей, перенесших кровоизлияние в первые сутки после рождения отмечались характерные осложнения, которые определялись тяжестью перенесенного патологического процесса: наличие субэпендимных кист после ПВК 1 степени, постгеморрагическая вентрикуломегалия легкой и средней степени после ПВК 2 степени на стороне поражения, постгеморрагическая вентрикуломегалия тяжелой степени, обусловленная окклюзией в критических зонах после ПВК 3 степени, порэнцефалические кисты после ПВК 4 степени.

Выводы. Таким образом, нейросонография является приоритетным методом исследования недоношенных детей в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации, позволяющий в ранние сроки с высокой точностью выявлять геморрагические поражения ЦНС с определением локализации и распространенности патологического процесса у детей первых суток жизни. Преимуществами данного метода являются неинвазивность, доступность и многократность применения, что обуславливает актуальность его применения как для ранней диагностики патологических состояний, так и для динамического наблюдения за состоянием маленьких пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зубарева Е.А., Улезко Е.А. *Нейросонография у детей раннего возраста/Мн.: Издательство Парадокс, 2004*

2. *Детская ультразвуковая диагностика под общей редакцией Пыкова М.И., Ватолина К.В. Москва Издательский дом Видар-М 2001 8-103 стр*

3. Васильев А.Ю., Ольхова Е.Б. *Ультразвуковая диагностика в детской практике. Москва Издательская группа «ГЭОТАР- Медиа» 2008 10-30 стр*

4. Зубарева Е.А., Неижко Л.Ю. Клиническая нейросонография новорожденных и детей

раннего возраста. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике под редакцией Митькова В.В., Медведева М.В. М. Видар 1997 т.3 стр.9-24

5. Зубарева Е.А., Ватолин К.В., *Нейросонография: анализ ошибок в диагностике вентрикулярных кровоизлияний у недоношенных детей*. Тез. Докл. «Съезд Ассоц. Спец. УЗД в медицине 1995 стр.98.

6. Улезко Е.А., Куприянов Д.Б. *Ультразвуковая диагностика внутрочерепных кровоизлияний у новорожденных. Здоровоохранение. -1997. №8 стр 49-51*

Исабекова А.А., Албаева Ю.К., Жақыпбаева С.Р.

**ӨМІРІНІҢ БІРІНШІ КҮНДЕРІ ДҮНИЕГЕ КЕЛГЕН ОРТАЛЫҚ ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІНІҢ
ГЕМОМРАГИЯЛЫҚ ЗАҚЫМДАЛУЛАРЫ БАР БАЛАЛАРДЫ УЛЬТРАДЫБЫСПЕН
АНЫҚТАУДЫҢ МАҢЫЗЫ**

Орталық жүйке жүйесінің геморагиялық зақымдары бар шала туған балаларды жедел көмек көрсету және реанимация бөлімшелерінде геморагияның таралу ошақтарын анықтау үшін нейросонография жүргізудің оң нәтижелері қарастырылған

Isabekova A.A., Albayeva Ye.K., Zhakipbayeva S.R.

**VALUE OF ULTRA SOUND DIAGNOSIS OF HEMORRHAGIC LESIONS PREMATURE
CHILDREN'S THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM DURING THE FIRST DAYS OF LIFE**

The Sonography Of The Infant Brain is the priority method of researching prematurely born children in the conditions of the intensive – care unit. This makes it possible to reveal in the early period and with high precision haemorrhagic lesions of the CNS with identification of localization and prevalence of pathologic process of the first days living children



УДК: 618.38+618.4-089

*Искаков С.С., Саурбаева Б.Ж., Нурмагамбетова Д.М., Бекенова Г.О., Тулемисова А.А.,
Капаков Т.Н.*

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ И
РОДОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПУПОВИНЫ**

*АО «Медицинский университет Астана» кафедра акушерства, гинекологии с курсом
неонатологии, г.Астана*

Введение. Асфиксию плода нельзя рассматривать в качестве отдельного нозологического заболевания. Она является лишь симптомом определенных патологических процессов, их конечным выражением. Такое понимание сущности асфиксии имеет очень важное практическое значение, так как при анализе этиологии перинатальной смертности обязательным является установление этого фактора или их совокупности, которые послужили основой для развития асфиксии.

В происхождении внутриутробной асфиксии, перинатальной смертности большую роль играет нарушение пуповинного кровообращения. Причиной мертворождения нередко является нарушение кровообращения в пуповине. Оно может быть вызвано довольно разнообразной патологией пуповинного канатика, возникающей во время беременности или в родах. К опасным для жизни плода аномалиям развития пуповины относится ее оболочечное прикрепление. Внутриутробная смерть плода может наступить в связи с прижатием идущих в оболочках пупочных сосудов предлежащих частично. К такому же результату приводит разрыв указанных сосудов в

момент вскрытия плодного пузыря. Значительно чаще приходится наблюдать абсолютно или относительно короткую пуповину. Возникающие при этом нарушения пупочного канатика в родах приводит к затруднению и даже к полному прекращению кровообращения в ней. В период изгнания короткая пуповина может стать причиной частичной или полной отслойки плаценты. В редких случаях она обуславливает разрыв сосудов пуповины, и даже полный отрыв пупочного канатика.

Оценивая значение короткой пуповины для исхода беременности, кроме упомянутых осложнений может способствовать образованию неправильных положений плода, наступлению преждевременных родов, возникновению аномалии родовой деятельности и нарушению механизма родов.

Среди различных видов патологии пуповины (кроме выпадения), обвитие вокруг тех или иных частей плода имеет наибольшее практическое значение.

Внутриутробная асфиксия при этом является следствием сжатия сосудов пуповины в момент продвижения плода по родовым путям.

Когда обвитие пуповины произошло вокруг шеи, в механизме возникновения асфиксии определенную роль играют давление сосудов этой части тела и вызванные им ответные рефлекторные реакции плода.

Примерно в 0,25 – 0,5% родов отмечается наличие истинных узлов пуповины. Однако указанная патология пуповины редко приводит к антенатальной смерти плода. Это наблюдается лишь тогда, когда вследствие короткости пупочного канатика происходит очень тугое затягивание образовавшегося узла. В таких случаях можно видеть расширение пупочной вены на участке между узлом и местом прикрепления пуповины и плаценты.

Большую угрозу для плода представляет предлежание и выпадение пуповины. Плотное прижатие выпавших петель пуповины предлежащей частью в течение 5 – 6 минут приводит к смерти плода от асфиксии. Асфиксия развивается не только как результат механического препятствия для кровообращения в пуповине, но и вследствие рефлекторных воздействий на дыхательный центр в связи с охлаждением и расширением пуповины.

Прогноз для плода особенно неблагоприятен, если выпадения пуповины происходит при неполном раскрытии шейки матки или сочетается с наличием другой акушерской патологией (узкий таз, многоводие, неправильное положение и тазовое предлежание плода, недоношенность, многоводие).

Довольно многообразная патология пуповины должна рассматриваться как важная причина перинатальной смертности детей. Поэтому своевременная диагностика этой патологии во время беременности и в родах является одним из условий успеха в снижении асфиксии и перинатальной смертности.

Целью настоящей работы является. Изучение влияния патологии пуповины на течение родов и состояние плода и новорожденного.

Методы и материалы исследования. Всего было проанализировано 120 истории родов с обвитием пуповины. Ретроспективный анализ историй родов связанный с патологией пуповины показал, что по возрасту, женщины распределились следующим образом: от 18 лет до 29 лет было 53,3% женщин (70), от 30 до 34 лет 26,6% (32) и от 35 до 40 лет и более 15% (18).

При анализе состояния здоровья наблюдавшихся женщин отмечается высокий процент экстрагенитальной патологии. На первом месте анемия 48,3% (58), болезни мочевыделительной системы 35%(42), болезни органов дыхания 24%(20).

Течение настоящей беременности в группе обследованных женщин осложнилось угрозой

прерывания беременности 20,8% (25), угрозой преждевременных родов 23,3% (28). У 10% (12) имело место артериальная гипертензия, существовавшая до беременности, преэклампсия легкой степени было у 12,5% (15) и 4,1% поступили с клиническими признаками ОРВИ. Все беременные поступили с установленным диагнозом обвитие пуповины. Из числа обследованных беременных госпитализированы в плановом порядке с тенденцией к перенашиванию в сроке 41 неделя 3 – 4 дня - 29% (35), с началом регулярной родовой деятельности - 58,3% (70), и с дородовым излитием околоплодных вод - 12,5% (15).

В родах всем беременным и роженицам проведена кардиотохография (КТГ) плода, которая проведена по двум критериям: показатель страдания плода (ПСП) и признаки патологии пуповины. Признаки страдания плода имел место у 20,8% (25), признаки патологии пуповины диагностированы у 35 (29,2%) в активной фазе.

Из 120 родильниц у 87,5% (105) роды закончились самостоятельно без осложнений. Средняя продолжительность первого периода родов составила 10 часов 33 минуты, второй период 60 – 65 минут. Третий период 10 – 15 минут. Операция кесарево сечения была у 12,5% (15), показанием для операции была дистресс плода в первом периоде родов, во втором периоде с началом потужной деятельности 3,3% (8) случаев имело место наложение акушерских выхлудных щипцов. В трех случаях была интранатальная гибель плода в связи с короткой пуповиной (40см), в одном случае истинный узел пуповины и выпадение петель пуповины.

Родилось 97,5% (117) живых новорожденных, с массой тела от 2800 до 4500гр, тяжесть состояния оценивалось по шкале Апгар, из них в асфиксии легкой степени тяжести 23,4% (28), в асфиксии тяжелой степени 10% (12) и 2,5% (3) случаях интранатальная гибель плода.

Выводы. Таким образом, у наблюдавшихся беременных имеет место высокий процент экстрагенитальной патологии, такие как анемия 48,3%, болезни мочевыводящих путей 35%, болезни органов дыхания 24%. Патология пуповины повышает процент асфиксии плода 33,4%, увеличивает показания к оперативному родоразрешению 12,5 %, данная патология является частой причиной перинатальной смертности 2,5%.

Важную роль в профилактике внутриутробной асфиксии и перинатальной смертности имеет значение своевременная диагностика клинических признаков внутриутробной гипоксии плода и квалифицированное ведение родов.

ЛИТЕРАТУРА

- Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д., Краутер К., Дьюли Л., Ходнет Э., Хофмейер Д. *Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка: перевод / под ред. А.В. Михайлова.* – СПб., 2003.
- Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов: руководство для акушеров и врачей / ВОЗ. – Женева, 2000.
- Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов, послеродового периода, уход за новорожденным: руководство для клинической практики // ВОЗ. – Женева, 2003.
- Эффективная перинатальная помощь и уход: руководство для врачей / ВОЗ.

С.С. Искаков., Б.Ж. Саурбаева, Д.М. Нурмагамбетова,
Г.О. Бекенова, А.А. Тулемисова, Капаков Т.Н.

КІНДІКТІҢ ПАТОЛОГИЯСЫ ЖАҒДАЙЫНДА ЖҮКТІЛІК ПЕН ТУУДЫ ЖҮРГІЗУГЕ АРНАЙЫ ҰСТАНЫМ

Сайып келгенде, қасында байқалған аяғы ауыр жыныс мүшенің сыртындағы патологияның биік пайызы орын алады. Кіндіктің патологиясы жемістің асфиксиясының пайызын жоғарылатады, жедел босануға көрсетуді үлкейтеді.

S.S. Iskakov, B.J. Saurbaeva, D.M. Nurmagambetova,
G.O. Bekenova, A.A. Tulemisova, T.N. Kapakov.

DIFFERENTIATED APPROACH TO PREGNANCY PATHOLOGY CORD

Thus, the observed pregnancy there is a high percentage of extragenital pathology. Pathology of the umbilical cord increases the percentage of fetal asphyxia, increases the indications for operative delivery.



УДК: 618.17-008.8:613.888.15-005.6

С.С. Искаков, Г.О. Бекенова, Б.Ж. Саурбаева, А.А. Тулемисова, Кожжапарова А.Г.,
А.Б. Байтанатова.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРАЦЕПТИВНОГО КОЛЬЦА НОВАРИНГ ПРИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОМ СИНДРОМЕ

АО «Медицинский университет Астана»

Актуальность	проблемы:	
Предменструальный синдром (ПМС) представляет собой многогранный симптомокомплекс различной степени выраженности, возникающий во второй фазе менструального цикла и проявляющийся нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. Симптомы ПМС исчезают в первые дни или сразу после окончания менструаций. Предменструальный синдром - достаточно распространенная патология. В возрасте до 30 лет частота ПМС составляет около 20%, а после 30 лет ПМС различной степени выраженности встречается практически у каждой второй женщины [13].	Одной из множества теорий патогенеза ПМС является гормональная теория, предложенная в 1931 году Робертом Франком. Франк постулировал неразрывную связь симптоматики данного синдрома с овуляцией, так как симптомы ПМС возникают только во 2-ю фазу менструального цикла и не наблюдаются в тех случаях, когда менструального цикла нет: до наступления менархе, при гипогонадотропной аменорее, во время беременности, после хирургической или естественной менопаузы.	
		Клиническая картина ПМС характеризуется большим разнообразием. Некоторые авторы описывают порядка 100 – 150 симптомов, относящихся к данной патологии [6,13].
		Для удобства систематизации и оценки симптомов последние разделены на различные группы. К нервно-психическим

нарушениям относят раздражительность, депрессию, плаксивость, слабость, нарушение сна, агрессивность и др. В группу вегетососудистых проявлений включают головную боль, головокружение, тошноту, рвоту, одышку, боли в области сердца, тахикардию, изменения артериального давления, потливость и т.д. В качестве обменно-эндокринных нарушений рассматривают нагрубание молочных желез, отеки, прибавку массы тела, приливы, метеоризм, диарею, боли в животе, зуд, жажду, повышение температуры тела и др.

Одним из методов лечения ПМС является использование монофазных комбинированных оральные контрацептивов (КОК), эффективно подавляющих овуляцию и циклические процессы. Известно, что при лечении препаратом «Марвелон» (содержащего 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела), у пациенток с ПМС, отмечалось достоверное снижение частоты развития большинства симптомов [8].

Усовершенствование комбинированных контрацептивов привело к снижению ежедневной гормональной нагрузки на организм, повышению селективности прогестагенового компонента, разработке альтернативных путей введения стероидных гормонов при сохранении высокой контрацептивной надежности этого метода предохранения от нежелательной беременности. Безусловно, продолжают изучаться разнообразие неконтрацептивные эффекты комбинированных контрацептивов [7,8,11].

Применяющееся в клинической практике в России с 2004г. контрацептивное влагалищное кольцо НоваРинг («Органон», Голландия) содержит эстрогенный компонент этинилэстрадиол и гестаген последнего поколения этоноргестрел – активный метаболит дезогестрела. При размещении во влагалище по биологическому градиенту из кольца выделяется 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоноргестрела ежедневно, т.е. оно является ультрамикродозированным методом монофазной комбинированной гормональной контрацепции. Эластичное кольцо надежно размещается во влагалище (анатомические особенности влагалища), не ощущается женщиной (практическое отсутствие тактильной и температурной чувствительности слизистой верхних двух третей влагалища), не влияет на образ жизни. Во влагалище имеются необходимые условия для быстрого попадания гормональных ингредиентов в системный кровоток (большая площадь слизистой оболочки влагалища, обильное кровоснабжение).

Неконтрацептивные эффекты НоваРинг изучены недостаточно. Учитывая, что основным механизмом действия НоваРинг, также как и КОК, является подавление овуляции, можно предполагать положительный эффект

влагалищного кольца при ПМС. В настоящее время исследования применения НоваРинг при ПМС практически отсутствуют.

Цель исследования: оценить эффективность применения влагалищного контрацептивного кольца НоваРинг у женщин с ПМС.

Материалы и методы: Критерии включения в исследование:

1. Возраст от 18 до 40 лет
2. Наличие симптомов ПМС
3. Отсутствие органической патологии ЦНС, психических заболеваний
4. Отсутствие использования гормональной контрацепции в течение последних 3-х месяцев до включения в исследование
5. Отсутствие противопоказаний для использования комбинированных гормональных контрацептивов
6. Отсутствие планов на беременность в течение всего времени исследования.

Все пациентки подписывали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Для лечения ПМС был применен монофазный ультрамикродозированный комбинированный контрацептив - влагалищное кольцо НоваРинг[®], высвобождающее 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоноргестрела в день. Кольцо вводилось во влагалище согласно инструкции.

В группу наблюдения вошли 72 женщины с симптомами ПМС. Оценка формы и тяжести ПМС проводилась до начала исследования, в динамике через 3 и 6 месяцев использования НоваРинг на основе специально разработанной шкалы: «Оценка формы и тяжести ПМС» (модифицированная шкала Королевой Г.П.) [4]. Форма ПМС определялась по преобладанию симптомов какой-либо группы: а) нервно-психическая (раздражительность, слабость, депрессия, агрессивность, плаксивость, нарушение сна); б) кризово-цефалгическая (вегето-сосудистая) (головная боль, головокружения, парестезии, повышение АД, увеличение ЧСС, кардиалгия, одышка, тошнота, рвота); в) обменно-эндокринная (прибавка массы тела, акне, нагрубание молочных желез, отеки, жажда, приливы, полиурия, метеоризм, боли в животе, диарея); г) трофическая (зуд, сыпь типа крапивницы, экзема, потливость, боли в суставах, запоры, изменение аппетита, повышенная чувствительность к запахам); д) смешанная форма. Каждый симптом имел оценку от 0 до 3-х баллов в зависимости от наличия и степени выраженности. По общей балльной результату выделялись следующие степени тяжести ПМС: 4-21 баллов – легкая степень, 22-51 балл – средняя степень, 52 балла и более – тяжелая степень ПМС. В исследование включались пациентки с легкой и средней степенью тяжести синдрома, так как пациентки с тяжелым течением ПМС обращаются, как правило, к психиатрам,

невропатологам, терапевтам, кардиологам и т.д., требуют комплексной терапии с участием смежных специалистов.

Результаты исследования: Средний возраст пациенток, вошедших в группу исследования, составил 27,1±1,8 года (от 20 до 39 лет). Длительность течения ПМС в среднем составила 7,1±1,5 года (от 2-х до 11-и лет). У 14 (19,4%) женщин была нервно-психическая форма заболевания, у 9 (12,5%) - кризово-цефалгическая, у 27 (37,5%) - обменно-эндокринная, 1 (1,4%) пациентка имела трофическую и 21 (29,2%) – смешанную формы ПМС.

У 41 (56,9%) женщины наблюдалась легкая степень тяжести течения ПМС, что

соответствовало в среднем 17,1±2,5 баллам (от 7 до 20) и у 31 (43,1%) – средняя степень ПМС: 34,4±3,1 балла (от 24 до 39).

Все 72 пациентки имеют 3-х месячную динамическую контрольную оценку симптомов ПМС при использовании влагалищного кольца НоваРинг, а 55 (76,4 %) женщин – полугодовые контроли наблюдения.

Через 3 месяца использования влагалищного кольца НоваРинг у 17 пациенток с легкой степенью ПМС симптомы прошли, у 24 пациенток тяжесть проявления ПМС уменьшилась со средней до легкой, у остальных пациенток уменьшилось количество симптомов и степень их проявления (таб.1).

таб. 1. Распределение пациенток в зависимости от форм ПМС

Формы ПМС	Исходные данные (n = 72)		Через 3 месяца (n = 72)		Через 6 месяцев (n = 55)	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Нервно-психическая	14	19,4	13	18,1	8	14,5
Кризово-цефалгическая	9	12,5	8	11,1	3	5,5
Обменно-эндокринная	27	37,5	14	19,4	6	10,9
Трофическая	1	1,4	1	1,4	1	1,8
Смешанная	21	29,2	19	26,4	5	9,1
Симптомы прошли	-	-	17	23,6	32	58,2

Общая балльная оценка симптомов у пациенток с легкой степенью ПМС через три месяца использования НоваРинг составила 12,4±1,6 (от 5 до 14 баллов), при средней степени – 24,6±2,8 балла (от 22 до 28 баллов). Уменьшение симптоматики ПМС в целом при

исходной легкой степени выраженности через 3 месяца применения НоваРинг было тенденцией, при начальной средней степени тяжести ПМС ослабление симптомов в целом при 3-месячном контроле было достоверным (таб.2).

Таб. 2. Распределение пациенток в зависимости от степени тяжести течения ПМС

Степень тяжести ПМС	Исходные данные (n = 72)		Через 3 месяца (n = 72)		Через 6 месяцев (n = 55)	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Легкая	41	56,9	48	66,7	23	41,8
Средняя	31	43,1	7	9,7	-	-
Средний балл: Легкая ст. тяжести Средняя ст. тяжести	17,1±2,5 34,4±3,1		12,4±1,6* 24,6±2,8**		6,7±1,3*** -	

* - p > 0.1; ** - p < 0.05; *** p < 0.01

Наибольший эффект отмечался при обменно-эндокринной форме ПМС. Частота проявления симптомов этой формы ПМС уменьшилась следующим образом: прибавка массы тела – на 41%, нагрубание молочных желез – на 47%, отеки – 50%, полиурия – на 71%, акне – 50%, боли в животе – на 53,8%, а метеоризм и приливы прошли полностью. В целом ослабление симптомов ПМС составило 50%.

Уменьшение предменструальной симптоматики при кризово-цефалгической форме составило: головная боль – 60%, головокружения – на 50%, ослабление проявления тахикардии – на 25%, потливость – на 22,2%, тошнота – на 30%. У 3-х пациенток в комплексе симптомов ПМС имели место кардиалгии, которые прошли на фоне применения НоваРинг. В целом ослабление проявления симптомов данной формы ПМС

составило 35,3%.

Динамика симптомов психо-эмоциональной формы была наименее выраженной: уменьшились проявления депрессии – на 20%, агрессивности – на 33,3%, плаксивости – на 25%; в случаях наличия раздражительности и слабости выявлялось незначительное улучшение в 25% случаев. В целом отмечалось уменьшение симптоматики ПМС при данной форме на 26,7% от исходных показателей.

У пациентки, имеющей трофическую форму ПМС, положительная динамика проявлялась в уменьшении такого симптома как изменение аппетита, а боли в суставах сохранялись без изменений.

Динамика симптомов ПМС на фоне применения влагалищного кольца НоваРинг в течение полугодия по сравнению с 3-х

месячными контролями следующая: полностью прошли проявления ПМС у 32 пациенток из 55, прошедших 6-месячный рубеж наблюдения, а у остальных 23 из 55 пациенток с полугодовым сроком наблюдения выраженность симптомов имела легкую степень и общая балльная оценка составила $6,7 \pm 1,3$ (от 5 до 11 баллов) ($p < 0,01$) (таб.2).

Через 6 месяцев применения НоваРинг прошло большинство симптомов обменно-эндокринной формы ПМС (нагрубание молочных желез, отеки, боли в животе, акне). Прибавка массы тела и полиурия сохранялись, но выраженность их значительно уменьшилась.

Такие проявления кризово-цефалгической формы предменструального синдрома, как тошнота и тахикардии, через 6 месяцев использования НоваРинг прошли полностью. Положительная динамика таких симптомов, как головная боль, головокружения, потливость, имевшая место на фоне 3-х месячного использования колец НоваРинг, при полугодовом контроле осталась без изменений.

Со стороны предменструальной симптоматики психо-эмоциональной формы большего улучшения, чем при 3-х месячных

наблюдениях не отмечалось, а у 3-х пациенток было незначительное усиление проявлений раздражительности и слабости.

У пациентки, имеющей трофическую форму ПМС, положительная динамика проявлялась в уменьшении такого симптома как изменение аппетита, а боли в суставах по-прежнему сохранялись без изменений.

В целом до начала использования влагалищного кольца НоваРинг в группе наблюдения преобладала обменно-эндокринная форма ПМС, через 3 месяца вследствие динамики симптомов – смешанная форма, а при полугодовом контроле преимущественно регистрировалась психо-эмоциональная форма предменструального синдрома (в основном вследствие наименьшего лечебного эффекта НоваРинг при данной форме ПМС).

Выводы:

Использование контрацептивного влагалищного кольца НоваРинг у пациенток с ПМС является клинически эффективным и перспективным. Наибольшая эффективность отмечается при обменно-эндокринной форме данного синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

Аганезова Н.В. *Современные методы контрацепции (учебное пособие)*. – СПб: Издательский дом СПбМАПО, 2006. – 92 с.

Кира Е.Ф., Бескровный С.В., Скрябин О.Н. *Прожестожель в терапии предменструального синдрома*. // Журн. акушерства и жен. бол. - 2000. - №3. - с.59–61.

Линде В.А., Татарова Н.А. *Предменструальный синдром*. – СПб: Гиппократ+, 2005. – 216 с.

Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян Н.А. *Клинические лекции по гинекологической эндокринологии*. – М.: МИА, 2001. – 247 с.

6. Межевитинова Е.А. *Предменструальный синдром и комбинированные гормональные контрацептивы*. // Гинекология. - 2002. - т.4, №6. - с.250-253.

7. Межевитинова Е.А. *Опыт лечения предменструального синдрома комбинированным гормональным контрацептивом 3-го поколения «Марвелон»*. // Гинекология. - 2003. - т.5, №4. - с.158-161.

8. Прилепская В.Н. *НоваРинг – контрацепция, анатомия, сексология*.- Гинекология, 2004. - т.6, №6 - с.306-308.

9. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. *Предменструальный синдром*. // Гинекология. - 2005. - т.6, №4.- с.210-214.

10. Тарасова М.А., Лекарева Т.М. *Гормональные методы терапии предменструального синдрома*. // Гинекология. - 2005. - т.6, №4. - с.215-219.

С.С.Искаков, Г.О.Бекенова, Б.Ж.Саурбаева, А.А.Тулемисова, Кожагапарова А.Г., А.Б.

Байтанатова.

ЕТЕККІРГЕ ДЕЙІНГІ СИНДРОМ КЕЗІНДЕ КОНТРАЦЕПТИВТІ НОВАРИНГ САҚИНАСЫН ҚОЛДАНУ

Наукастарда ЕДС кезінде консерватив НоваРинг сақинасын қолдану кезінде клиникалық эффективті және перспективті екені анықталды. Осы синдромның эндокринді алмасу түрінде эффективтілігі жоғары екені анықталды.

SS Iskakov, GO Bekenova, BJ Saurbaeva, A.A. Tulemisova., A.G. Kozhagaparova, A.B. Baitanatova

EFFICIENCY OF APPLICATION THE CONTRACEPTIVE RING NUVARING FOR PREMENSTRUAL SYNDROME

The use of contraceptive vaginal ring NuvaRing in patients with PMS is clinically effective and promising. The highest efficiency is observed in the exchange-endocrine form of the syndrome

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ДЖОЗАМИЦИН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Медицинский Центр ТОО «Корпорация Казахмыс» г.Жезказган

Введение. Несмотря на большие успехи в лечении мочевой и урогенитальной инфекции, проблема данной патологии остается актуальной. Имея в наличии большой арсенал лекарственных препаратов порой не всегда можно провести адекватное и успешное лечение. Актуальность проблемы возрастает в связи с увеличивающейся резистентностью возбудителей к антибактериальным препаратам, повышением вирулентности условно-патогенных бактерий [1]. Все это предрасполагает к поиску новых лекарственных препаратов, отвечающих требованиям настоящего времени.

В конце прошлого века основными антибактериальными препаратами в лечении мочевой и урогенитальной инфекции стали антибиотики группы фторхинолонов и цефалоспоринов. С 80-х годов XX века фторхинолоны первого и второго поколения заняли ведущие позиции при лечении различных бактериальных инфекций, прежде всего назокомиальных, основными возбудителями которых являются грамотрицательные бактерии и специфические инфекции, передающиеся половым путем [2]. Однако существенным недостатком их являлось невысокая активность в отношении этих микроорганизмов и наличие побочных эффектов.

Развитие научно-технического прогресса позволило расширить возможности в лечении мочевой и урогенитальной инфекции в связи с появлением новых антибактериальных препаратов - фторхинолонов и макролидов нового поколения.

У новых фторхинолоновых и макролидных антибиотиков значительно повышена активность в отношении грамположительных бактерий и специфической инфекции.

В целом можно обозначить преимущества новых фторхинолонов и макролидов выделив их основные положительные данные: широкий спектр антимикробного действия (таблица 1), преимущественно почечный путь элиминации с созданием высокой концентрации в моче, хорошее проникновение в органы, ткани и клетки организма, высокая концентрация в ткани почек, предстательной железы, уретре, длительный период полувыведения [3].

В последние годы в комплексном лечении вместе с антибактериальными средствами используются иммуноориентированная и иные виды патогенетической терапии, включая системную энзимотерапию. При этом отмечено увеличение эффективности антибактериальных средств, снижение их токсичности и уменьшение побочных эффектов, в связи с чем системная энзимотерапия может рассматриваться как важный компонент бустер - терапии.

Способность энзимов повышать концентрацию антибиотиков в крови, облегчать их проникновение в ткани и тем самым повышать эффективность терапии доказано в экспериментах. Это явление объясняется их способностью улучшать микроциркуляцию, уменьшать отеки, улучшать трофику ткани и реологию крови, и возможно, транспорт антибиотиков.

Таблица 1. Спектр антимикробной активности новых макролидов in vitro (МПК₉₀, мг/л)

Микробы	Джозамицин
E.coli	0,03
K.pneumoniae	0,13
S.marcescens	0,25
Enterobacterspp	0,06
C.freundii	0,5
P.mirabilis	0,25
P.vulgaris	0,13
M.morganii	0,12
P.rettgeri	0,5
P.aeruginosa	0,25-64
S.pneumoniae	2

S.saprophyticus	-
S.epidermidis	1
E.faecalis	2
N.gonorrhoeae	0,5
C.trachomatis	1,5
M.genitalis	1,2
M.hominis	0,9
U.urealyticum	1,1

Материалы и методы. В настоящей работе мы изучали эффективность применения антибиотика джозамицин. Высокая эффективность джозамицина, широкие показания к его применению, устойчивость молекулы к биотрансформации в организме, отсутствие взаимодействия с большинством препаратов других фармакологических групп были основанием для широкого применения. При недостаточности функции почек требуется коррекция доз, так как джозамицин в основном элиминируется путем почечной экскреции. Для комплексного лечения урогенитальной инфекции мы использовали ферментный препарат

Вобензим.

Джозамицин и Вобензим мы применили для лечения 45 пациентов. Все пациенты трудоспособного возраста. Возраст пациентов колебался от 20 до 50 лет. Всем больным проводилась этиотропная монотерапия препаратом джозамицин по 500 мг 3 раз в сутки. Вобензим применяли по 3 - 5 таб. - 3 раза в день. Курс лечения при остром пиелонефрите составил 10 дней, при остром цистите 5-7 дней, при генитальной инфекции 10 дней. В таблице 2 представлено распределение больных по заболеваниям.

Таблица 2. Распределение исследованных больных по нозологическим формам

Нозологическая форма	Число наблюдений
Острый первичный пиелонефрит	12
Острый паранефрит	3
Острый цистит	8
Острый специфический уретрит	10
Обострение хронического уретропростатита	12

Группу больных с острым пиелонефритом и острым паранефритом составило 15 пациентов. Основными жалобами в группе были: повышение температуры тела в пределах 37,5-38,0°C, слабость, недомогание, снижение аппетита, работоспособности и боли в проекции почек.

Группу больных с острым циститом составило 8 пациентов. Основными жалобами в группе были: выраженный дискомфорт в проекции мочевого пузыря, дизурические явления.

Группу больных с острым уретритом и обострением хронического простатита составили 22 пациентов. Основными жалобами были болевой симптом и дизурические явления (странгурия, никтурия и др.).

Результаты. Под влиянием лечения препаратом «Джозамицин» и Вобензим у всех пациентов определялась положительная динамика клинической картины. Это подтверждалось клинико-лабораторными показателями.

В группе пациентов с острым пиелонефритом на 5-7 сутки полностью нормализовалась температура тела и регрессировал болевой симптом с явно положительной динамикой лабораторных исследований. На 7-10 сутки лечения

отмечалось восстановление работоспособности и нормализация лабораторных исследований.

В группе пациентов с острым циститом явление выраженного дискомфорта в проекции мочевого пузыря и дизурические явления регрессировали на 4-5 сутки, нормализация лабораторных исследований наблюдалась на 5-7 сутки лечения.

В группе пациентов с острым уретритом и обострением хронического простатита явление выраженного дискомфорта в проекции мочевого пузыря и дизурические явления регрессировали на 4-5 сутки, нормализация лабораторных исследований наблюдалась на 10 сутки лечения.

У всех пациентов, подвергшихся лечению препаратом «Джозамицин» и Вобензим было проведено бактериологическое исследование мочи и мазок из уретры и секрет предстательной железы для выявления специфического воспаления методом РИФ и ПЦР. Выделенная микрофлора соответствовала спектру антимикробной активности джозамицина. Титры исследованных микроорганизмов составляли от 10^5 до 10^6 КОЕ/мл. В результате проведенной терапии наблюдалась полная

элиминация возбудителей, что расценивается как положительный бактериологический результат.

В процессе проведения клинических исследований среди всех пациентов не было выявлено серьезных побочных действий или аллергических реакций.

Заключение. На основании выполненных исследований можно отметить высокую эффективность препарата «Джозамицин» в комплексном лечении с ферментным препаратом Вобензим для лечения воспалительных

заболеваний мочеполовой системы. Препараты характеризуются хорошей переносимостью, удобны для применения и могут широко применяться в урологической практике. В работе показана эффективность комплексного лечения урогенитальной инфекции препаратами «Джозамицин» и Вобензим. Результаты лечения подтверждены современными лабораторными исследованиями. Авторы рекомендуют широко применять этот метод лечения в урологической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антибиотики и системная энзимотерапия: новые возможности повышения эффективности лечения. Кнорринг Г.Ю., Стернин Ю.И., Воронина Е. В. Сборник рефератов научных статей. Санкт - Петербург. - 92 с. 2008.

2. Гариловский О.М. Пленум Правления Всероссийского Общества урологов, 1996, С.28-29.

3. Полиферментные препараты в гнойной хирургии. Методические рекомендации. Под ред. Н.А.Ефименко. Москва. - 32 с. 2005.

4. Повышение эффективности и снижение побочных эффектов антибактериальной терапии методом системной энзимотерапии. Методические рекомендации. Под ред. Г.Л. Сухих и др. Москва. -52 с. 2005.

5. Страчунецкий Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.П. Антибактериальная терапия, 2000, С. 106-108.

6. Яковлев С.В. Трудный пациент, 2006, №7. С.13-14.

Кайшенов Н.Н.

УРОГЕНТАЛДІ ИНФЕКЦИЯНЫ КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕ «ДЖОЗАМИЦИН» -ДІ КОЛДАНУ

Мақалада «Джозамицин» және «Вобензим» дәрі-дәрмектерімен урогениталді инфекцияны кешенді емдеудің тиімділігі керсетілген. Емдеу нәтижелері қазіргі заманғасай лабораториялық зерттеулермен нақтыланған. Авторлар урологиялық тәжірибеде аталған емдеу әдісін қолдануды ұсынады,

Kaichenov N.N.

HOLIATRY OF UROGEMTAL INFECTION «JOSAMYCIN»

The treatment rate of urogenital infection with Josamycin and Vobenzim drug preparations has been shown in this paper. Treatment results are confirmed by modern laboratory. The authors recommend wide use of this method of treatment in urological practice.



УДК: 616.28-008.14-053.9-08

Кенжалиева А.Б.

ПАТОГЕНЕЗ СТАРЧЕСКОЙ ТУГОУХОСТИ-ПРЕСБИАКУЗИСА И МЕТОДЫ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

ГКП на пхв «Городская поликлиника №4» г.Астана

Пресбиакузис (от слова presbys-старик и akousis - слух) или старческая тугоухость - это возрастные анатомические и функциональные изменения слухового анализатора, возникающие как проявления общего процесса старения организма. Термин «пресбиакузис» давно выделен в отдельную нозологию потерь слуха

в связи со своей распространенностью наряду с пресбиопией в пожилом возрасте.

По статистическим данным частота встречаемости у разных возрастных групп лавинообразно изменяется. Среди лиц в возрасте 40-50 лет плохо слышащих составляет 6%, среди лиц в возрасте 50-60 лет- 25%, к 60-70 годам

уже 40%, у лиц старше 70 лет - свыше 50% со сниженным слухом.

Как правило, инволюционные процессы возникающие при пресбиакузисе затрагивают все отделы слухового анализатора в том числе и корковую зону слуха в головном мозге. Но основные патогенетические процессы заключаются с в медленно-развивающихся дегенеративно-атрофических изменениях во внутреннем ухе (атрофия кортиева органа, дегенерация спирального ганглия, ядер и волокон слухового нерва). Свой вклад, в этот процесс, вносит уменьшение эластичности костей черепа с возрастом, в результате ухудшение проведения звуков. Следует отметить, что пресбиакузис возникает одновременно со старением всех отделов ЦНС и в патогенезе его развития играют роль и такие изменения как атеросклероз сосудов, гипертония, нарушения обменных процессов головного мозга и гиперхолестеринемия.

Длительная работа на шумном производстве, проживание рядом с шумными объектами, сопутствующие заболевания, прием определенных лекарственных препаратов, продолжительное прослушивание телевизора, громкой музыки, а также наследственные факторы также оказывают влияние на раннее развитие тугоухости у взрослых и способствуют ухудшению слуха у пожилых.

Классификация возрастных изменений слуха основывается на механизмах патогенеза. А. Саксен и Н. Фианд (1937) выделяют две ее формы: *ганглионарную*, обусловленную инволюционной атрофией спирального ганглия, и *ангиосклеротическую*, связанную со склерозом мельчайших артерий и капилляров улитки. Наиболее признанной в мире считается классификация по Н. Schuknecht (1974), который выделил четыре формы старческой тугоухости: сенсорную, невральную, метаболическую, механическую. В основе каждой из указанных форм лежат собственные патогенетические механизмы и чаще в сурдологической практике встречается их сочетание.

Симптомы: При отоскопии в нижней половине барабанной перепонки видно серо-белое кольцо полукруглой формы (arcus lipoides), сочетающееся обычно с arcus lipoides corneae. При исследовании слуха- аудиометрии выявляется плохой слух на высокие тона и укорочение костной проводимости. Часто кривые аудиограмм носят нисходящий характер и характеризуются ухудшением порогов слышимости как костно-, так и воздушно-проведенных звуков. Многие пациенты начинают замечать сначала нарушения тонального слуха на высокие частоты: плохое различение согласных таких как «С», «Ц», «Ч», затем ухудшение разборчивости речи детских и женских голосов. Хотя низкочастотные слова и мужские голоса воспринимаются удовлетворительно, происходит

прогрессирование помехоустойчивости слухового анализатора: особенно при одновременном разговоре нескольких лиц или в шумной обстановке у слушающего возникает затруднение в понимании речи, но сохраняется общая звуковая составляющая речи. Эти явления нередко сопровождаются непостоянным ушным шумом. Иногда возникают кратковременные невыраженные головокружения, связанные с резкими движениями.

Ученые выделили основные характеристики пресбиакузиса по аудиометрическим данным характерные для переферических возрастных изменений слуха это:

-тугоухость при пресбиакузисе двусторонняя, симметричная, сенсоневральная;

-пресбиакузис имеет тенденцию к ухудшению с возрастом, чаще с наибольшим снижением порогов слышимости на частотах выше 1000Гц;

-тональные пороги слышимости ухудшаются (в зависимости от частоты) на 5,5-9дБ за 10 лет для лучше слышащего уха, темпы для хуже слышащего уха выше в 1,5 раза.

Лечение. В связи с многофакторностью патогенеза возрастного снижения слуха, лечение старческой тугоухости направлено на замедление инволюционных процессов в нервной системе и организма в целом, на улучшение когнитивных функций, восстановление внутримозговых нейронных связей, лечение субъективного ушного шума, кохлеовестибулярных нарушений, лечение атеросклероза и гипертонии, поддержание сил стареющего организма (режим , бессолевая гипохолестериновая диета, витаминотерапия, достаточная физическая активность, отказ от курения).

При терапии пресбиакузиса могут быть использованы следующие средства:

1. Ноотропы (пирацетам и его аналоги)
2. Антиоксиданты (мексидол)
3. Нейротрофическая терапия (актовегин, церебролизин)
4. Сосудорасширяющая терапия (никотиновая кислота, инстенон)
5. Фоновая антигипертензивная терапия
6. Коррекция реологических нарушений крови
7. Гериатрические средства (витамины, анаболики, микроэлементы). При назначении терапии предпочтения следует отдавать комплексным препаратам с широким спектром фармакологической активности например – танакан (гинко билоба), имеющим минимальное количество противопоказаний и побочных эффектов.

В период острого ухудшения слуха на фоне хронически текущей тугоухости эффективно парентеральное введение (в виде внутривенных, капельных и внутримышечных инъекций), затем с целью поддерживающей терапии таблетированный прием 2-3 раза в день длительно в течении 1-2 месяцев. Курс лечения

целесообразно повторять 2-3 раза в год с учетом сопутствующих заболеваний.

Реабилитация. К сожалению, в настоящее время нет надежных медикаментозных средств, способных остановить возрастное снижение слуха. Усиление звуков с помощью слуховых аппаратов и обучение – две основные стратегии реабилитации лиц с проблемой пресбиакузиса. Целью восстановления слуховой коммуникации лиц страдающих старческой тугоухостью является электро-акустическая коррекция (слухопротезирование), которая осуществляется с помощью подбора слухового аппарата в соответствии степени потери слуха.

Выводы. Таким образом в старческая тугоухость наряду с общим старением всего организма имеет множество патогенетических процессов. Пресбиакузис вместе с факторами ухудшающими слух является необратимым процессом, почти не поддающимся медикаментозному лечению нуждается в адекватной коррекции с помощью слуховых аппаратов. Слухопротезирование является важным шагом на пути к улучшению коммуникативной и социальной активности лиц пожилого и старческого возраста в результате которого пожилой человек способен жить полной и активной жизнью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтман Я.А. Таверткиладзе Г.А. *Руководство по аудиологии-М, :ДМК Пресс, 2003 год. Гл 5. стр.308-312.*
2. Лопотко А.И. Плужников М.С. Атамурадов М.А. *Старческая тугоухость (пресбиакузис)-Ашхабад, : Ылым, 1986г. Гл.3 стр.-31-58, 72-78, 91-94.*
3. Бабияк М.И. Говорун М.И. Накатис Я.А. *Оториноларингология: руководство. Том 2.-СПб.: Питер, 2009 год, стр.708-709.*
4. Лопотко А.И, Бобошко М.Ю, Журавский С.Г, Лавренова Г.В. *Фармакотерапевтический справочник сурдолога-оториноларинголога. -СПб. 2004, стр.355-368.*
5. Busis S.N. *Presbycusis //In: Geriatric Otolaryngology. Karen H. Calhoun, ed David E. Eibling, ed –New York 2006, – Chopt .6, -P.77-90.*
6. Aubin L. *Presbycusis Risk Factor in Alzheimer's Disease //Audio infos 13 2008 pp.25-29*
7. Беляев К. Токарев О.П. *Слухопротезирование –это не наука, а искусство.-Аудио инфо №2, 2006 год, стр.10-12.*

Кенжалиева А.Б.

ҚАРТТЫҚ ҚҰЛАҚ МҮКІСТІГІ-ПРЕСБИАКУЗИСТІҢ ПАТОГЕНЕЗІ ЖӘНЕ САҚТАУШЫ ЕМШАРАНЫҢ ӘДІСТЕМЕЛЕРІ

Қарттық құлақ мүкістігі-пресбиакузис – қарт жаста кездесетін аурулардың бірі. Қартаюмен байланысты қарттық құлақ мүкістігінің көптеген патогенетикалық үрдістері бар. Есту қабілетінің төмендеуіне ықпал ететін факторлармен қатар пресбиакузис медикаментоздық емге келмейтін, қайтымсыз үрдіс болып табылады. Ол есту аппараттарының көмегімен дұрыс түзетуді қажет етеді. Есту қабілетін жақсартатын протездер қарт адамдардың әлеуметтік және коммуникативтік белсенділігін арттырады. Нәтижесінде қарт адамдар толық белсенді өмір сүре алады.

Kenzhalieva A.B.

THUS, IN THE OLD MAN'S HEARING LOSS TOGETHER WITH THE GENERAL AGING OF THE WHOLE ORGANISM HAS MANY PATHOGENIC PROCESSES

Presbycusis, together with the factors impairing hearing is an irreversible process, are almost impossible to treat with drugs needs adequately treated with hearing aids. Hearing aid is an important step towards the improvement of communication and social activity in elderly and old patients in which an elderly person is able to live a full and active life.



УДК: 616.366-072.1

Матжанов Б.Е.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ

КГП на «ПХВ» Атырауская городская больница

Актуальность. При хирургическом лечении холелитиаза за последние 10–15 лет повсеместное распространение лапароскопические способы оперативного лечения [1]. Стремительное развитие в последние 10–летия эндоскопических методов привело к признанию видеолапароскопической холецистэктомии (ВЛХЭ) «золотым стандартом» при лечении желчнокаменной болезни (ЖКБ) [2,3,4,5].

Цель работы – анализ результатов ВЛХЭ при остром и хроническом холецистите у больных желчнокаменной болезнью.

Материалы и методы. На базе хирургического отделения Атырауской городской больницы

лапароскопические холецистэктомии проводятся с 2005 года. За период с 2005 по сентябрь 2012г. произведено 112 ВЛХЭ больным в возрасте от 40 до 70 лет. Мужчин было 28 (25%), женщин - 84 (25 %). ВЛХЭ при хроническом холецистите 67 (75%), при остром холецистите - 45 (25 %).

Наибольшее количество больных приходится на возраст от 40 до 49 лет – 65,3 %. Необходимо отметить, что у больных старше 60 лет, как правило, выявлялись сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, ожирение, сахарный диабет, постинфарктный кардиосклероз, последствия нарушения мозгового кровообращения и другие (таб.1).

Таблица 1. Распределение больных перенесших ВЛХЭ по возрасту

Возраст	Количество больных
с 40 до 49 лет	63 (65,3%)
с 50 до 59 лет	37 (33 %)
с 60 до 70 лет	12 (1,7%)

Подтвержденный клиническими данными и результатами УЗИ диагноз хронического или острого калькулезного холецистита, при отсутствии противопоказаний и согласия больного, является для нас показанием к проведению ВЛХЭ. Перечень обследования – стандартный. Предоперационная подготовка не отличается от традиционной. Анестезия – эндотрахеальный наркоз, без каких либо особенностей. Отрицательных явлений карбоксиперитонеума не отмечалось.

После наложения карбоксиперитонеума иглой Вереша, устанавливаем 10мм троакар параумбиликально. После ревизии брюшной полости устанавливаем троакары в эпигастральной и правой боковой области живота. После дифференцировки и диссекции элементов треугольника Кало, клиппируем и пересекаем пузырный проток и артерию, выделяем желчный пузырь из ложа. Производим тщательный гемостаз электрокоагуляцией. После туалета подпеченочного пространства дренируем брюшную полость ПХВ трубкой. Желчный пузырь извлекаем через параумбиликальную рану, при деструктивных формах холецистита предварительно погрузив его в контейнер.

Технические трудности возникали при выраженном спаечном перипроцессе, плотном инфильтрате в области шейки желчного пузыря, в виду сложностей дифференцировки трубчатых элементов гепатодуоденальной связки и Кало.

Длительность ВЛХЭ варьировала от 20 минут до 3 часов 35 минут. Причинами увеличения продолжительности операции наличие перивезикального инфильтрата, спаечного процесса.

В послеоперационном периоде пациент на период пробуждения оставался в отделении реанимации (1– 2 часа), затем переводился в хирургическое отделение. Вставать и принимать пищу больным разрешали на следующий день. Длительность инфузионной терапии составляет 1 сутки, длительность антибиотикотерапии 3-5 суток. Ввиду менее выраженного болевого синдрома ограничивались введением ненаркотических анальгетиков. Дренаж из брюшной полости удаляем через 1– 2 суток.

На этапе освоения лапароскопической техники холецистэктомии были переходы в открытый способ в 7 случаях (0,2%): повреждение общего печеночного протока – 1; повреждение общего желчного протока – 2; кровотечение из культи пузырной артерии – 2; рубцово– спаечный процесс с инфильтрацией и деформацией анатомических структур гепатодуоденальной связки и элементов треугольника Кало – 2;

Причинами конверсии были следующие ситуации:

Трудности дифференцировки трубчатых структур в области шейки желчного пузыря (деструктивный процесс или склеротрофические изменения);

Интраоперационные осложнения (ранения внепеченочных желчных кровотоков из культы пузырной артерии), которые не были устранимы лапароскопическим методом.

Выявление при лапароскопии заболеваний, не диагностированных до операции, требующих выполнения лапаротомии.

В трех (2,7 %) случаях была произведена релапароскопия по поводу желчеистечения по дренажной трубке в послеоперационном периоде.

Результаты. Общее количество осложнений составило 8 случаев (7,1%) – полное пересечение общего желчного протока – 2 случая (1,8%); повреждение общего печеночного протока – 1 (0,9%); кровотечение из культы пузырной артерии – 2 (1,8%), желчеистечение из культы пузырного протока (короткая культа) – 3 (2,7%);

Средняя продолжительность пребывания больных после ЛХЭ в стационаре составила 5 к

/дней.

Выводы. Таким образом, ВЛХЭ является основным методом при лечении острых и хронических форм калькулезного холецистита.

В выраженный минимальной степени в послеоперационном периоде болевой синдром, позволяет выписывать пациентов через несколько суток после операции. Ранний активный режим в послеоперационном периоде позволяет быстро вернуть пациента к обычной жизни и определяете его раннюю трудовую и социальную реабилитацию. Прекрасный косметический результат побуждает больных выбирать лапароскопический метод, а не открытую операцию. Сокращение сроков пребывания на больничном листе определяет социальную значимость широкого внедрения лапароскопических вмешательств в хирургическую практику.

ЛИТЕРАТУРА

Сафин Р.Ж. Результаты 3000 лапароскопических холецистэктомий // Р.Ж. Сафин, А.З. Фарахов, И.И. Валеев // 4-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: сб. тезисов / Под ред. Ю.И. Галлингера. - М., 2000. - С. 272-273.

Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Самратов Т.У и др. Хирургическое лечение осложнений желчекаменной болезни // Анналы хирургической гепатологии-2006.- №3-С. 64

Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия- М.-1996.-С.152.

Бигалиев М.Х., Умбеталиев О.Н. Опыт лапароскопических операции // II Конгресс хирургов Казахстана – 2003-С. 73-74

Джаркенов Т.А., Мовчун А.А., Абдуллаев А.Г. Видеоэндоскопические операции при лечении осложненной желчекаменной болезни // II Конгресс хирургов Казахстана – 2003-С.121-123.

Матжанов Б.Е.

ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ЖАСАУ ТӘЖІРИБЕСІ

Жедел және созылмалы холециститтер кезінде жасалған 112 эндовидеолық холецистэктомияның қорытынды анализы келтірілген. Конверсиялар мен операциядан кейінгі асқынуларға жүргізілген анализ.

Matzhanov B.E.

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMIES EXPERIENCE

The analysis of the results of 112 endovideo surgery cholecystectomies performed in acute and chronic cholecystitis. The conversion and postoperative complications causes were analysed.



УДК: 616.21-322-007.61-053.2-08

Мергентай А.

МҰРЫН ЖҰТҚЫНШАҚ МИНДАЛИНИ ҰЛҒАЙҒАН НАУҚАС БАЛАЛАРДЫҢ ЕМДЕУІНЕ ТАЛДАУ

Астана қаласы, «№4 қалалық емхана» МКҚК

Мұрын жұтқыншақ миндалинінің патологиялық ұлғаюы оториноларингология мен педиатрияның ең өзекті мәселерінің бірі болып табылады [1]. Балалар отоларингологиясында мұрын жұтқыншақ миндалинінің ұлғаюы (аденоидтар) және жұтқыншақ миндалинінің қабынуы (аденоидит) болып бөлінеді.

Мұрын жұтқыншақ миндалинінің ұлғаюы (аденоидтар) бұл балалардағы отоларингология ауруларының ішіндегі ең кең таралған түрі болып табылады. Осы аурудың анықталу жиілігі мектепке дейінгі 1000 баланың 398,8 және ал мектеп жасындағы 1000 баланың 199,2 жағдайларын құрайды [2].

Мұрын, жұтқыншақ және құлақ аурулары 3-7 жастағы балалар арасында өте жиі кездеседі [3].

Көп жағдайда мұрын жұтқыншақ безінің ұлғаюына (аденоидтар) мамандар назар аударма бермейді, бірақ ата-аналардың алаңдауымен, денсаулық сақтау және медицинада көкейтесті мәселесі [4]. Көбінесе бұл балалар жылына 3-4 рет жоғарғы тыныс алу жолдарының жедел респираторлық вирустық инфекциялармен ауырады [5]. Ресей дәрігерлерінің 2000 жылғы статистикалық мәліметтері бойынша «бадамшабездің созылмалы ауруы және аденоидтар» 0 жастан 14 жасқа дейінгі балалар ауруы 1000 балаға шаққанда 26,8 жағдайды құрайды [6]. Жоғарғы тыныс алу жолдарының созылмалы ауруларының басқада топтары бойынша сырқаттар едәуір жоғары.

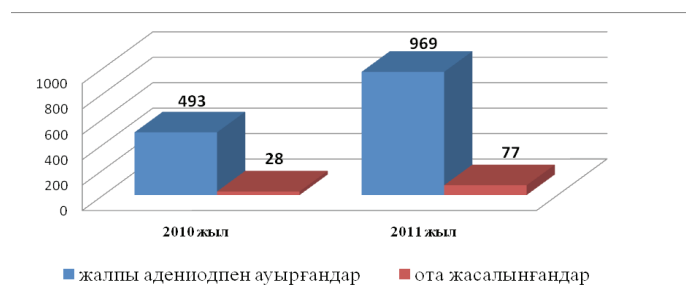
Жұмыстың мақсаты – мұрын жұтқыншақ миндалині ұлғайған (аденоидтар) науқас балалардың жағдайына талдау.

Зерттеу материалдары. Зерттеу жұмысы Астана қаласының №4 қалалық емханадағы балалар отоларингология бөлімінің 2010-2011 жылдардағы жылдық есебіне талдауға негізделген.

Жалпы емханаға 2010 жылы 3-10 жас аралығында мұрын жұтқыншақ миндалинінің ұлғаюы (аденоидтар) ауырған 493 науқас балалар тіркелсе, ал 2011 жылы 969 науқас балалар тіркелді. Бұл көрсеткіш Астана халқының жылдан жылға өсуіне байланысты болып отыр. Астана тұрғындары санының өсу динамикасы 2010 жылы – 697,1 мың адам, 2011 жылы – 730,8 мың адам [7]. Халық санының жоғары динамикасы миграциялық үдерістермен де, халықтың табиғи өсуімен де байланысты. Қала халқының санының өсуіне байланысты емханаға да келушілердің саны 2 есе артып отырғанын көрсетеді.

2010 жылы тіркелген 493 балалардың 465-не амбулаторлық консервативті емдеу жүргізіліп, ал 28 науқасты №2 қалалық балалар ауруханасында жоспарлы түрде ота жасалынды.

Ал 2011 жыл 969 балалардың 892 амбулаторлық консервативті емдеу жүргізіліп, соның ішінде III-дәрежелі 77 науқас балаларға жоспарлы түрде ота жасауға жіберілді. (1-ші сурет).



Сурет 1- Жалпы аденоидпен тіркелген және ота жасалғандар көрсеткіші

Балалардағы мұрын жұтқыншақ миндалинінің ұлғаюының клиникалық белгілері әртүрлі. Жалпы Лор-мүшелерінің қызметіне, организмнің жағдайына, әртүрлі патологиялық аурулардың туындауына алып келеді. Барлық науқастар мұрын арқылы дем алудың қиындауына, мұрыннан бөліністің бөлінуіне, жиі жөтелдің болуына, есту және есте сақтау қабілетінің төмендеуіне, қорылдауына, жиі тұмаурауына, көз алдының көгеруіне, маңқаланып сөйлеуіне, тамаққа тәбетінің төмендеуіне шағымданады. Сонымен қатар назофарингеалды бітелу бұл балаларда ауызбен дем алуып жүруге мәжбүр болады. Үнемі аузын ашып жүруіне байланысты бет бұлшықетінің керілуі, жас өсіп келе жатқан бассүйектің қысымына және оның конфигурациялық өзгеруіне алып келеді. Осының нәтижесінде бас пен бет сүйегі ұзарып, жоғарғы жақ алға шығып, төменгі жақ салбырайды. Бет бұлшықет тургоры әлсізденіп, үнемі мұрын ауыз үшбұрышы тегістеліп тұрғандықтан, мимикасы жоғалады. Осының барлығы «аденоидтық келбетке» алып келеді.

Емдеу алдында барлық науқас балаларға алдыңғы және артқы риноскопия, мұрын жұтқыншақты саусақ арқылы тексеру, мұрын қуысының шырышты қабатының транспортты функциясы және сорғыш әдістерімен зерттелінді.

Амбулаторлық консервативті емдеу кезінде гипосенсибилизациялық және гомеопатиялық дәрілер (циннабсин, тонзилотрен, барбарис

комп, эуфорбиум композитум спрей), Д және С дәрумендері, кальций препараты, 2% протаргол ертіндісі тағайындалды. Барлық балалардың мұрынына жиі санация жүргізіліп (мұрын қуысына вакуум дренаж, аква марис, синомарин, хьюмер спрей), физиотерапиялық емдері (лазерлік терапия, УФС, электрофарез) жасалынды. Науқас балалардың иммундық жүйесін қалыпқа келтіру үшін иммуностимулятор дәрілері тағайындалды. Мұрын жұтқыншақ миндалинінің ұлғаюы балаларда созылмалы үрдіс болғандықтан мұрынға шашатын спрей дәрілері (авамис, назонекс) ұзақ уақытқа 1-2 айға тағайындалады.

Консервативті емделу кезінде нәтиже бермеген науқас балалар лимфоидтық тінінің (II-III дәрежелі аденоидтар) ұлғаюы және әртүрлі асқынулар пайда болған жағдайда, есту қабілетінің төмендеуі, сонымен қатар мұрынымен тыныс алудың қиындауы, сөйлеу қабілетінің бұзылуы, жиі тұмаурату және т.б. клиникалық белгілер анықталғанда қатаң түрде аденоотомия отасына жоспарлы түрде жіберіліп отырылды.

Қорыта келгенде, мұрын жұтқыншақ миндалинінің ұлғаюын дер кезінде анықтап, консервативті ем уақытында жүргізілсе, клиникалық асынуларға жол бермей, оперативті емнің алдын-алуға болады.

ӘДЕБИЕТТЕР

Быкова В.П., Антонова Н.А., Юнусов А.С., Архангельская И.И. Клинико-морфологический анализ аденоидных вегетаций у детей // Вестник оториноларингологии. - 2000. - № 5. - С. 9-12. 140 М.Р.Богомильского В.Р.Чистяковой Дестская оториноларингология I том Глава 11-Стр.296.

Борзов Е.В. Особенности функционального состояния центральной нервной системы у детей с патологией глоточной миндалины // Вестник -2002.-№2.-С.28-30.

А.Б. Бизунков Аденоиды, аденоотомия и здоровье ребенка Витебский государственный

медицинский университет Республика Беларусь Талышинский А.М. Аденоидэктомия под визуальным контролем. Актуальные вопросы клинической оториноларингологии. – Москва. – 1992. – С. 134.

А.К. Нечаев Аденоиды и аденоидиты у детей. Диагностика и лечение// публикации из интернета 12 марта 2009 года.

Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан», 2006г., 2007г., 2008г., 2009г., 2010г.

Мергентай А.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С УВЕЛИЧЕННОЙ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Патология глоточной миндалины является одной из наиболее актуальных проблем оториноларингологии и педиатрии, а своевременное выявление болезни, проведение консервативного лечения поможет избежать клинических осложнений и без хирургического вмешательства.

А.Мергентай

ANALYSIS OF TREATMENT OF CHILDREN WITH ENLARGED NASOPHARYNGEAL AMYGDALAE

Pathology of pharyngeal tonsils is one of the most actual problems of Otorhinolaryngology and Pediatrics, and early identification of illnesses, a conservative treatment can help you avoid clinical complications and without surgery.



Муқанова ГД

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИАПФ

ГККП № 1 . г Астана

По определению Американского Общества по изучению гипертонии заболевание характеризуется как прогрессирующий полиэтиологичный сердечно-сосудистый синдромокомплекс приводящий к структурным и функциональным изменениям сердца и

сердечно-сосудистой системы причем на ранних стадиях болезнь может не сопровождаться подъемом артериального давления (АД) [1].

Уровень АД и степень его коррекции не может служить достоверным критерием тяжести имеющихся изменений и полноты

терапевтического воздействия, а игнорирование этого постулата увеличивает количество осложнений и смертность [2].

Поэтому для профилактики неблагоприятных исходов необходимы препараты, которые снижая АД оказывают множественные положительные (плейотропные) эффекты нормализующие или максимально улучшающие работу органов пострадавших в результате гипертонической болезни [3]. К таким лекарственным средствам относятся ингибиторы ангиотензин – превращающего фермента (ИАПФ) [4].

Основной гипотензивный потенциал ИАПФ заложен в их нейрогуморальных эффектах заключающихся в уменьшении образования ангиотензина 2 альдостерона и ослаблении негативных последствий гиперреактивности ренин-ангиотензин – альдостероновой системы в целом [5]. Одновременно снижается активность симпато-адреналовой системы и повышается парасимпатическая афференция. Таким образом, восстанавливается хрупкий нейрогуморальный и барорефлекторный баланс утерянный по ходу прогрессирования гипертонической болезни [6].

Клинически описанные процессы сопровождаются нормализацией системного АД общего периферического сопротивления (снижение постнагрузки), венозного тонуса (снижение преднагрузки) восстановлением нормального регионарного кровотока в центральной нервной системе и паренхиматозных органах [7].

Обратное развитие гипертрофии левого желудочка которая является независимым предиктором сердечно-сосудистых осложнений, а также уменьшение объема дилатированных камер замедление темпов ремоделирования и их инволюция частичный регресс миокардиофиброза связаны не только с уменьшением постнагрузки но и с антипролиферативной активностью ИАПФ продемонстрированной на примере эналаприла [8].

Существует еще множество других эффектов ИАПФ которые реализуются на микроуровне сосудистого гомеостаза и скорость наступления которых может опережать синергичное системное нейрорефлекторное воздействие препаратов на которое ориентируются для оценки назначенной терапии [9].

Плейотропия ИАПФ неразрывно связана с воздействием на эндотелий. Оксид азота является основным медиатором эндотелиальной функции. Он потенцирует местную вазодилатацию, ингибирует агрегацию тромбоцитов, миграцию и пролиферацию кардиомиоцитов и гладкомышечных клеток, адгезию моноцитов [10].

Кардиоваскулярный риск повышается при наличии эндотелиальной дисфункции которая проявляется нарушением эндотелий – зависимой дилатации (дефицит оксида азота

и прокоагуляционно-провоспалительной активности на уровне простагландинов [11]. Оценка эндотелий – зависимой дилатации является общепринятым критерием гуморальной активности интимы при ее тестировании: с помощью ангиографии оценивается степень ответа на воздействие экзогенных эндотелиальных агонистов (с этой целью используется ацетилхолин). Другим способом является исследование диаметра плечевой артерии до и после реактивной гиперемии (неинвазивная методика [12]. Отрицательные результаты тестирования говорят в пользу повышенного риска коронарного атеросклероза, стенокардии рестеноза после стентирования, а также являются предиктором неблагоприятных кардиоваскулярных исходов [13].

Эналаприл достоверно увеличивает абсолютное значение диаметра сосудов мелкого калибра на 34,6%, а прирост его при дилатации в процентном отношении составляет 32,6 % [14].

Дисфункция эндотелия рассматривается сегодня как частично обратимый синдром, и с целью его фармакологической коррекции используют ИАПФ благодаря способности этой группы лекарственных средств увеличивать либерацию оксида азота на фоне их приема (15). Подобным свойством обладают также блокаторы рецепторов ангиотензина (сартаны), статины, в-адреноблокаторы [6]. Показано, что эналаприл способствует эндотелий – зависимой вазодилатации, индуцированной серотонином, что продемонстрировано результатами двойного слепого рандомизированного исследования [17]. В дополнение, ИАПФ уменьшают секрецию эндотелина-1 мощного вазоконстриктора, что вносит еще больший вклад в нормализацию местного сосудистого тонуса [1-8]. Однако воздействие ИАПФ на интиму оказалось еще более широким, чем считалось ранее. Так недавно доказано, что эналаприл способен расширять сосуды за счет стимуляции местной выработки эндотелий – секретируемого гиперполяризующего фактора, причем активность этой субстанции сопоставима с дилатацией и действует изолированно от оксида азота [2-8].

Большой интерес представляет антиаритмический эффект ИАПФ. Анализ крупных исследований, проведенных в течение последних 10 лет, показал что различные формы фибрилляции предсердий имеют в своей основе структурно-электрофизиологические изменения, которые возникают в результате миокардиального ремоделирования и выполняют пусковую роль для манифеста этого распространенного нарушения ритма [2-10].

Многие исследования косвенно свидетельствовали о способности ИАПФ оказывать антитромботическое действие. В исследованиях на животных подобная активность

была неоднократно продемонстрирована [12-15]. Имеются работы, демонстрирующие благоприятное влияние на активность тромбоцитов ИАПФ как в монотерапии, так и в комбинации с клопидогрелем или ацетилсалициловой кислотой [16].

Гипертензия ассоциируется со снижением фибринолитического потенциала сыворотки [17]. Скопление брадикинина как результат ингибирования АПФ имеет довольно большое значение, если рассматривать эту биологическую активную субстанцию как мощный литический агент [8-10], этим свойством можно объяснить и антиишемический эффект ИАПФ [19] активация фибринолиза дополнительно способствует ревазуляризации поврежденных сосудов венечного бассейна, что повышает метаболизм в сердечной мышце, способствует накоплению в кардиомиоцитах макроэргических фосфатов [10] причем без перераспределения регионального кровотока в ущерб ишемизированным участкам, свойственным старым поколениям метаболически активных препаратов [11].

Положительные эффекты брадикинина продолжают изучаться и рассматриваться как перспективные при планировании терапевтической стратегии ведения кардиологических больных [12]. Однако следует помнить, что ввиду особенностей фармакодинамики их невозможно получить при использовании сартанов [13-16]. В дополнение, благодаря АПФ –ингибированию высвобождающийся эндогенный оксид азота снижает синтез ингибитора активатора плазминогена и таким образом улучшает фибринолитическую активность сыворотки [14].

ИАПФ повышают синтез липопротеинов высокой плотности (антиатерогенных) распад липопротеинов низкой плотности (атерогенных) и триглицеридов [3-15]. Одновременно ускоряются процессы стабилизации имеющихся атеросклеротических бляшек [3-6]. На уровне сосудов мелкого калибра и микроциркуляторного русла ИАПФ участвуя в нормализации эндотелиальной функции, описанной выше, несут высокое клиническое значение в свете понимания атеросклероза как воспалительного процесса [5-7].

Пациенты с гипертонической болезнью находятся в группе риска по развитию сахарного диабета 2 типа. Недавние крупные исследования продемонстрировали, что прием ИАПФ, в частности эналаприла, имеет протективный эффект в плане развития нарушения толерантности к глюкозе и сахарного диабета 2 типа, что связывают с ликвидацией хронической ишемизацией микрососудистого русла поджелудочной железы, а также утилизацией токсических продуктов извращенного метаболизма энергетических

субстратов, накопление которых начинается с этапа нарушенной толерантности [18]. При изучении влияния эналаприла (Энапа) на состояние микроциркуляторного русла выяснилось, что после 6 недель применения препарата прирост напряжения кислорода вырастает на 34,5 %, утилизация кислорода тканями увеличивается на 90 %. Частично благодаря этим свойствам эналаприл снижает риск развития диабета у больных сердечной недостаточностью (исследование - SOLVD) в 4 раза, а в подгруппе с нарушенной толерантностью к глюкозе – в 15 раз по сравнению с плацебо [10].

Благоприятное влияние ИАПФ на работу клубочкового аппарата давно используется в нефрологии [11]. Эналаприл расширяет афферентные и эфферентные артериолы гломерул, следствием чего становится уменьшение выраженности внутрисклобковой гипертензии [12]. Благодаря антипролиферативной активности снижается количество клеток мезангия и мезангиального матрикса, клубочковых и канальцевых фибробластов. В результате уменьшается размер пор гломерулярного фильтра, что клинически проявляется регрессом протеинурии, снижением вероятности развития восходящей инфекции мочевых путей и, в итоге, нефропротекцией [13]. Уменьшение высвобождения вазопрессина, являющееся результатом прерывания [14], улучшает перфузию почек за счет вазодилатации и косвенно повышает диурез с элиминацией избыточного натрия (45). Этому также способствует повышение секреции предсердного натрийуретического пептида под влиянием ИАПФ [16]. Незначительное повышение уровня плазменного калия во многих случаях рассматривается как относительно благоприятное явление: довольно частая комбинированная терапия с гидрохлортиазидом, который снижает уровень калия, в итоге приводит к его стабилизации [17].

При лечении гипертонической болезни, как и других сердечно-сосудистых заболеваний, высокая роль отводится множественным положительным эффектам ИАПФ, которые были выявлены и изучены на эталонных препаратах группы, в первую очередь на эналаприле, поэтому можно с уверенностью утверждать, что это лекарственное средство обладает полным спектром плейотропии, необходимым для возведения качества лечения каждого больного на более высокий уровень. Все описанные свойства способствуют снижению числа кардиоваскулярных событий, что было продемонстрировано результатами крупнейшего российского исследования РОСА: комбинированная терапия, включавшая Энап или Энап Н, в течение двух лет снизила частоту инфарктов миокарда в 8,5 раза, острых нарушений мозгового кровообращения – в 10 раз, тяжелых гипертонических кризов с госпитализацией – в

5,7 раза [18]. При этом коэффициент «стоимость\эффективность» у Энапа является наиболее приемлемым среди различных препаратов эналаприла малеата [19]. Энап является одним из наиболее популярных дженериков, который первым получил Сертификат соответствия

Европейской фармакопеи. В 2000 году FDA выдало заключение о том, что Энап полностью удовлетворяет требованиям соответствия оригинальному препарату эналаприла и применяется в 53 странах мира.

ЛИТЕРАТУРА

- Haas M. Hypertension, rase, and glomeruli; more than simply a numbers game//Kidney Int / 2006 Feb,640 -2.
2. New Hypertension definition proposed American Society of Hypertension annual meeting, San Francisco, California:14-18 May 2005.
3. Dendorfer A., Dominiak P., Shunkert H. ACE inhibitors and angiotensin 2 receptor antagonists// Handb Exp Pharmacol. 2005; (170);407-42.
4. Borghi C., Cosentino E., De Sanctis D. Angiotensin-converting enzyme inhibition and cardiovascular prevention; more than twenty years of clinical success // Ital Heart J Suppl. 2005 Dec,6(12), 769-79.
5. Mahmud A., Feely J. Arterial stiffness and the renin-angiotensin-aldosterone system // J Renin Angiotensin Aldosterone Syst, 2004 Sep,5(3);102-8.
6. Goldsmith S.R. Interactions between the sympathetic nervous system and the RAAS in heart failure// Curr Heart Fail Rep . 2004 Jul., 1(2) ., 45-50 .
7. Dendorfer A., Dominiak P., Schunkert H. ACE inhibitors and angiotensin 2 receptor antagonists // Handb Exp Pharmacol. 2005., (170);407-42 .
8. Dzau V. The cardiovascular continuum and renin-angiotensin-aldosterone system blockade// j Hypertens Suppl. 2005 Apr., 23(1);S9-17.
9. Gryglewski R., Uracz W., Swies J . et al. Comparison of endothelial pleiotropic actions of angiotensin converting enzyme inhibitors and statins// Ann N Y Acad Sci 2001 Dec ; 947;229-45
10. Walford G., Loscalzo ., Nitric oxide in vascular biology // j Tromb Haemost 2003 ; 1(10);2112 -2118 .
11. Cerqueira-Gomes M., Maciel M., de Faria D .B. Endothelium dysfunction in coronary artery disease//Rev Port Cardiol, 1992 Oct ; 1192 Oct ;11(10);873-86
12. Joannides R., Bellien J ., Thuillez Clinical methods for the evaluation of endothelial function-a focus on resistance arteries //Fundam Clin Pharmacol .2006 Jun ; 20 (3);311-20
13. Linke A ., Erbs S., Hambrecht R. Exercise and the coronary circulation-alterations and adaptations in coronary artery disease//Prog Cardiovasc Dis.2006 Jan -Feb ;48 (4);270-84.
14. Яковлев В. М ., Семенкин А.А.Юдин С.М. и соавторы Влияние терапии эналаприла малеатом на функцию сосудистого эндотелия и тромбоцитарно- эндотелиальные взаимосвязи у больных гипертонической болезнью // Терапевтический архив .2000.№1 с-40-44.
15. Martelli A., Rapposelli S., Calderone V. NO-releasing hybrids of cardiovascular drugs // CURR Med Chem ,2006 ,13(6),609-25
16. Patti G., Melfi R., Di Sciascio G., the role endothelial dysfunction in the pathogenesis and in clinical practice of atherosclerosis .Current evidences //Recenti Prog Med .2005 Oct ., 96 (10) 499-507
17. Patti G ., Melfi R ., Di Sciascio G The role of endothelial dysfunction in clinical practice of atherosclerosis Current evidences// Recenti Prog Med . 2005 Oct.,96(10);499-507
18. van Ampting J.M., Hijmering M.L, Beutler Jj , et al .Vascular Effects of ACE Inhibition Independent of the Renin angiotensin System in Hypertensive Renovascular Disease; A Randomized , Double -Blind , Crossover Trial //Hypertension .2001 Jan ., 37(1), 40-45
19. Bohm F ., Beltron E ., Pernow J Endothelin receptor blockade improves endothelial function in atherosclerotic patients on angiotensin converting enzyme inhibition //J Intern Med .2005 Mar ., 257 ., 263-71.

Мұқанова Г Д

ИАПФ КӨПТЕГЕН ОҢ ӘСЕРЛЕРІ ЖАЙЫНДА

Бұл мақалада ИАПФ көптеген аурулар кезінде қолдану оң нәтиже беретіндігі зерттеу жүзінде дәлелденгендігі жайында қарастырылады.

Mukanova D

MULTIPLE POSITIVE EFFECTS OF ACE INHIBITORS

In the treatment of hypertension, as well as other cardiovascular diseases, much attention is paid to the multiple positive effects (APF inhibitor).

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи»

В последнее время большое внимание уделяется диагностике и лечению острых осложнений ишемической болезни сердца (ИБС), так называемых острых коронарных синдромов (ОКС) - нестабильной стенокардии, острой коронарной недостаточности (ОКН), острого инфаркта миокарда (ОИМ), сложных нарушений ритма и внезапной коронарной смерти (ВКС). Новые данные, касающиеся фатальных аритмий, свидетельствуют о главенстве сосудистой, ишемической и электрической нестабильности миокарда, приводящей к внезапному прекращению сердечной деятельности и гибели больных на догоспитальном этапе [1].

Известно, что ранняя диагностика острых форм ИБС в условия работы бригад скорой медицинской помощи (СМП) и профилактические меры борьбы с ОКС на догоспитальном этапе (ДГЭ) способствуют снижению высокого риска летального исхода, особенно внезапного. При этом установлено, что алгоритмизация в выявлении острых поражений миокарда и оказании СМП пациентам, прегоспитальная антиаритмическая и тромболитическая терапия у больных с ОИМ и организация активного наблюдения больного с ОКС при его отказе от госпитализации действительно влияют на исходы нестабильной стенокардии [2].

На основании анализа данных по оказанию СМП больным с приступами болей в сердце, нами выделен ряд принятых требований к ее организации: автомашины СМП должны быть оборудованы по типу подвижной мобильной станции интенсивной терапии; выездной медицинский персонал должен прибыть на место как можно быстрее (в течение 5-15 мин.); путь бригады должен быть как можно короче: приоритетность при оказании помощи отдается оперативной ЭКГ-диагностике болевого приступа, быстрому его купированию набором лекарственных средств для стабилизации состояния и экстренной доставки больного в стационар.

Не вызывает сомнения, что объем помощи, оказанной при развитии ОКС во многом зависит от уровня квалификации специалистов, работающих на ДГЭ. Успех лечения часто определяют комбинированные действия бригад, когда менее квалифицированные вызывают «на себя» специализированные бригады.

Помощь наиболее эффективна лишь при условии высокой координации действий всех

участников (от больного, его родственников и бригад СМП до врачей блока интенсивной терапии стационара) и постоянного повышения качества лечебно-диагностической работы медперсонала скорой помощи.

Решение поставленных задач обеспечивают следующие типы выездных бригад: I тип - линейная, задача которой - оказание СМП при большинстве неотложных состояний. Ее осуществляют линейные бригады (ЛБ) общемедицинского профиля; II тип - многопрофильная линейная бригада интенсивной терапии (БИТ). Ее задача - оказание помощи при угрожающих жизни синдромах; III тип - специализированная кардиореанимационная бригада, задача которой - оказание реанимационной и анестезиологической помощи в критических сердечно-сосудистых состояниях.

Действующая структура оказания СМП в Астане позволяет за счет ситуационных критериев предварительного отбора вызовов, поступающих в диспетчерскую, точно определить экстренность целевого объекта помощи. Причем четкая организация и проведение экстренной лечебной помощи при обострении хронических форм ИБС или возникновении ОКС помогли не только приблизить кардиологическую помощь к больным, но и обеспечить быстроту прибытия, результативность неотложной терапии и преемственность в динамике лечения больных ИБС.

Детализируя обстоятельства выезда бригад и сроки госпитализации пациентов, мы подтвердили объективную закономерность ДГЭ, когда характер исходов, быстрота развития ВКС и вероятность успеха реанимации определяют 3 временных фактора: время от начала болевого синдрома до обращения за СМП, время от вызова бригады до ее прибытия, время от приезда СМП до госпитализации больного. Несвоевременное обращение за СМП, поздняя госпитализация обуславливают высокую догоспитальную летальность - более 76%.

Повышение эффективности лечения зависит от умения больного соблюдать все наставления, полученные ранее от врачей по активной индивидуальной неотложной терапии болей в сердце имеющимися в домашней аптечке средствами, в связи с чем в 45% случаев обострение ИБС не сопровождалось развитием свежих очаговых изменений миокарда. Благодаря активному проведению профилактики

ИБС, удалось реально сократить количество развившихся осложнений.

Системно-целевой подход в оптимизации СМП кардиологическим больным способствовал разработке более рациональной тактики неотложной терапии, прежде всего за счет алгоритмизации наиболее обоснованных действий бригад по оказанию адекватной лечебной помощи. Она включает в себя алгоритм ЭКГ-диагностических действий врачей, в основе которой лежит систематизация 7 основных типов ранних ЭКГ-признаков ОИМ соответствующей локализации. Введение алгоритма лечебно-диагностической помощи при ОИМ помогло выработать единый тактический подход в целевом применении лекарственных средств (комбинированные наборы симптоматической, комплексной и неотложной дифференциальной терапии).

При комплексной терапии реанимации кардиологических больных врачи применяли и чередовали наружный массаж сердца - искусственную вентиляцию легких - электрическую дефибрилляцию - лекарство. Все эти действия укладываются в функции выездной

бригады.

Наилучшие результаты оживления больных были получены при первичной ФЖ (24%), несколько ниже при вторичной ФЖ (16%), значительно хуже - при асистолии (9%) и отрицательный результат отмечен при электромеханической диссоциации.

Таким образом, стойкий эффект реанимации наблюдался в 49% случаев среди 89 больных с ВКС. Практика лечебно-диагностических мероприятий ДГЭ и объективная оценка urgentных клинических ситуаций подтверждают, что интенсификация работы СМП, сложившаяся система организации, преемственности и алгоритмизация работы медицинского персонала бригад СМП позволяют сократить число случаев внезапных летальных исходов у больных ОКС на 12-13% и увеличить выживаемость больных с нефатальным ОИМ.

Проведенное исследование позволило установить, что существующая система СМП Астаны соответствует современному уровню оказания экстренной помощи кардиологическим больным и отвечает задачам диагностики, лечения и профилактики острых форм ИБС.

ЛИТЕРАТУРА

Верткин А.Л. Тактика ведения и скорая медицинская помощь при неотложных состояниях. – Москва, 2004. – 391 с.

Сулейменова Б.А., Дубицкий А.А. Принципы

организации скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе в РК. – Астана, 2002. – 126 с.

Наумкина Л.В.

ГОСПИТАЛЬГЕ ДЕЙІНГІ КЕЗЕНДЕГІ ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРҒА ДӘРІГЕРЛІК ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМ КӨРСЕТУДІ ЖЕТІЛДІРУ

Өткізілген зерттеу Астана қаласындағы жедел жәрдем жүйесі кардиологиялық аурулары бар науқастарға шұғыл көмек көрсету деңгейі және диагностика, емдеу және жүректің ишемиялық ауруларының алдын алу қазіргі заман талабына сәйкес екенін көрсетті.

Naumkina L.V.

OF THE FIRST HELP BY THE PATIENT WITH THE ISCHEMIC HEART TROUBLE AT THE PRE-HOSPITAL STAGE

The conducted research has allowed establishing that the existing system of the first help of a city of Astana corresponds to modern level of rendering of the emergency help to cardiological patients and answering to problems of diagnostics, treatment and preventive maintenance of sharp forms of an ischemic heart trouble.



УДК: 578.825.12 - 053.

Нуранова Г.А., Абылкасымова М.Б., Штоль Ю.Р., Урлапова М.С., Даутова Д.Р.,
Иманова Д.Т., Шахрай М.Р., Байжуманова Т.Р., Зулкарнаева А.Г., Нуранова С.А.

АНАЛИЗ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ГИПОКСИЧЕСКИ - ИШЕМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

АО «Медицинский университет Астана»
ГККП «Городская детская больница №1», Астана
ГККП «Городская поликлиника №8», Астана
Городской родильный дом №2, Шымкент

Перинатальные гипоксически-ишемические поражения головного мозга у новорожденных детей наблюдаются в 15-30% случаев, а у новорожденных недоношенных детей составляет около 40% [1,2,3]. Это определяет чрезвычайную актуальность изучаемой проблемы, так как в дальнейшем эти поражения могут приводить к таким заболеваниям, как детские церебральные параличи, симптоматические формы эпилепсии, органические формы слабоумия, минимальные мозговые дисфункции и др. Данные заболевания во многом определяют инвалидизацию и социальную дезадаптацию у этих пациентов. [4,5].

Возникающие в пре- и перинатальном периодах нарушения ЦНС часто ведут к формированию нарушений в развитии нервно-психических функций у детей. Этиологические факторы, способствующие возникновению данных состояний, многообразны. Однако, по данным исследований последних лет, одним из ведущих является гипоксическое поражение головного мозга 86% [6,7].

На сегодняшний день внедрены в клиническую практику эффективные методы ранней диагностики поражения мозга у плодов и новорожденных, в первую очередь это методы нейровизуализации: нейросонография (НСГ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), позволяющие изменения в головном мозге, которые могут быть причиной различных форм патологии центральной нервной системы [8].

Нейросонография - современный, безопасный метод визуализации головного мозга, позволяющий через открытый большой родничок, швы, наружный слуховой проход или глазницу оценить состояние ткани головного мозга, образований передней, средней, задней черепных ямок и ликворных пространств, может применяться как скрининг-метод при подозрении на интракраниальное повреждение головного мозга. С помощью НСГ описывается структура и экзогенность мозгового вещества, размеры и форма ликворных пространств мозга и оцениваются их изменения. Наиболее важными особенностями метода является его способность

выявить наличие родových и ранних послеродовых повреждений головного мозга и оценить характер последствий таких повреждений, выявить атрофические изменения головного мозга и изменения мозговой ткани и ликворных путей при гидроцефалии. Метод позволяет определить наличие отека мозговой ткани, сдавления и дислокации структур головного мозга, пороков развития и опухолей центральной нервной системы, повреждения мозга при черепно-мозговых травмах [9,10].

Целью нашей работы явилось провести анализ причин развития и сравнительную оценку последствий гипоксически-ишемических поражений головного мозга у новорожденных.

Материалы и методы. Работа проводилась в отделении патологии новорожденных детей №1 городской детской больницы города Астаны. Изучались истории болезни новорожденных детей наблюдавшиеся в период 2010-2011гг. Общая группа перенесших церебральную гипоксическую ишемию в перинатальном периоде 101 новорожденных детей с малой массой тела при рождении, а именно с низкой массой тела при рождении 2500 – 1500г. Диагноз перинатального гипоксически – ишемического поражения и его степень тяжести устанавливали в соответствии с классификацией. Для верификации диагноза перинатальной церебральной гипоксии – ишемии использовали следующие данные: анамнез (течение беременности и родов, особенности неонатального периода), динамика неврологического статуса. У всех наблюдаемых детей проводили динамическую НСГ, кроме у 6 проведена КТ головного мозга.

Результаты и их обсуждение. Все обследованные дети родились недоношенными, гестационный возраст варьировал от 29 до 36 недель, средняя масса тела при рождении составила 2060г. Во всех случаях отмечен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез матерей по хронической гипоксии. Известно, что наиболее часто преждевременные роды обусловлены заболеваниями матери и наши исследования оказались не исключением. При анализе анамнестических данных соматического, гинекологического и акушерского статуса

беременных женщин выявлено, что первое место среди причин невынашивания занимают острые и хронические урогенитальные инфекции и экстрагенитальная патология. Далее по частоте случаев следует гестоз, патология сердечно-сосудистой системы, эндокринные нарушения. Отмечалось преобладание социально – экономических факторов, которые имеют особое значение, в том числе и возраст матерей. В наших исследованиях выявлено роды 1 случай юного возраста (до 17 лет) и зрелого 32 случаев (старше 35 лет) у матерей. Отягощенный акушерский анамнез в виде угрозы прерывания беременности имел место в 29% случаев, предыдущие самопроизвольные аборт отмечались у 33% женщин, признаки фетоплацентарной недостаточности как первой так и второй половины беременности были выявлены у всех матерей.

Новорожденные родились в состоянии асфиксии средней и тяжелой степени тяжести, кардио-респираторным дистресс-синдромом, респираторными и церебральными нарушениями, синдромом дыхательных расстройств, аспирационный синдром. При поступлении в отделение у всех детей было диагностировано гипоксически-ишемическое поражение ЦНС различной степени выраженности; у большинства новорожденных – пневмопатии, обусловленные незрелостью легочной ткани и системы сурфактанта; у трети новорожденных – внутриутробные пневмонии. Из сопутствующих состояний – конъюгационные желтухи, синдром задержки внутриутробного развития анемический

синдром и т.д. Клинически гипоксически-ишемические поражения центральной нервной системы (ЦНС) выглядели следующим образом: синдром угнетения и синдром возбуждения ЦНС; синдром ликворо-динамических нарушений и синдром вегето-висцеральных дисфункций. Кроме того, при поступлении в отделение не исключались внутрижелудочковые и перивентрикулярные кровоизлияния на фоне гипоксически-ишемических поражений ЦНС. В первые дни после поступления детей в отделение всем новорожденным проводилось ультразвуковое обследование головного мозга для уточнения топике поражения центральной нервной системы. Гестационный возраст ребенка определял возможный спектр гипоксически-ишемических повреждений, прежде всего по локализации. Особенности кровоснабжения мозга у недоношенных практически не позволяют развиваться диффузному ишемическому поражению. Для недоношенных новорожденных характерно повреждение, в первую очередь, белого вещества головного мозга (ПВЛ). Гипоксия играет ведущую роль в формировании перивентрикулярных некрозов. Ишемический некроз проявляется повышением эхогенности обычно в острой фазе. В подострой и хронической фазах ведущую роль в диагностике играют неоднородность структуры, а также наличие участков с различной эхогенностью и кистами. ПВЛ в подавляющем числе наблюдений является двусторонним процессом (рис. 1,2).

Клиническое наблюдение.



Рис. 1 Новорожденная С. 12 суток, СГ – 30 недель, ПВЛ III-IV степени на фоне повышенной эхогенности – мелкие анэхогенные образования (формирование кист).



Рис. 2. Новорожденный К. 13 суток, СГ – 31 недель, ПВЛ III степени, гиперэхогенность в перивентрикулярном пространстве (до образования кист).

В ходе работы, проанализирована за 2010 год на НСГ выявлена у 35 детей перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ): из них 21(60%) девочки, а 14(40%) мальчики. Субкортикальная лейкомаляция (СКЛ) выявлено у 13 детей: девочки-6 (46%), мальчики -7 (54%);

За 2011 год ПВЛ 37 случаев: девочки-12 (32%) и мальчики-25 (68%). А также, СКЛ – 16, из них 6

девочек (37%) и 10 мальчиков (63%).

Всем новорожденным детям, была назначена «плановая» терапия гипоксически-ишемических поражений ЦНС, а также проведены осмотр невропатолога.

Заключение. Таким образом, в результате проведенного изучения неблагоприятных исходов церебральной гипоксии-ишемии показано,

что для их раннего выявления необходимо проведение раннего комплексного обследования с обязательным применением НСГ и по показаниям КТ и МРТ, позволяющей выявлять структурные изменения головного мозга, детерминирующие

формирование неврологических расстройств и развитие необратимых процессов. Данное исследование позволяет сформулировать способы для борьбы с неблагоприятными последствиями перинатальной церебральной гипоксии-ишемии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Неонатология: Национальное руководство. Под ред. Н.Н. Володина. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.
2. Барашинов Ю.И. Перинатальная неврология. М.: Триада-Х, 2001.
3. Власюк В.В. Родовая травма и перинатальные нарушения мозгового кровообращения. СПб, «Нестор История», 2009.- 252 С. ISBN 978-5-98187-373-7.
4. Бадалян Л.О. Детская неврология/ Л.О. Бадалян.-М., Медпресс.-1998.-С.216-306.
5. Кешишян Е.С. Психомоторное развитие детей на первом году жизни / Е.С. Кешишян// Пособие для врачей.- М.- 2000.-С.47.
6. Шниткова Е.Б. Нервно-психическое здоровье детей, перенесших перинатальное поражение ЦНС/ Е.Б. Шниткова, Е.М. Бурцев, А.Е. Новиков, М. Философова// Журнал неврологии и психиатрии.-2000.-№3.- С.57-59.
7. Карачунская Е.М. Особенности течения тяжелых перинатальных постгипоксических поражений ЦНС у новорожденных детей различного гестационного возраста : автореф. дис. . канд. мед. наук / Е.М.Карачунская. М., 2000. - 23 с.
8. Беликова Д.В. Научное обоснование развития инновационных технологий организации амбулаторно-поликлинической помощи детям с поражением нервной системы. Д.В.Беликова. Дис. канд. мед. наук. Кемерово, 2005.
9. Ватолин К.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний головного мозга у детей / К.В .Ватолин. М, 2000. - 136 с.
10. Власюк В. В. Перивентрикулярная лейкомаляция у детей. — СПб.: Гликон Плюс, 2009. — 218 с. ISBN 978-5-93682-540-8.
- 11.

Нуранова Г.А., Абылкасымова М.Б., Штоль Ю.Р., Урлапова М.С., Даутова Д.Р., Иманова Д.Т., Шахрай М.Р., Байжуманова Т.Р., Зулкарнаева А.Г., Нуранова С.А.

НӘРЕСТЕЛЕР МИЫНЫҢ ПЕРИНАТАЛДЫ ГИПОКСИЯ-ИШЕМИЯЛЫҚ ЗАҚЫМЫНЫҢ ЗАРДАПТАРЫНА ТАЛДАУ

Бұл мақалада нәрестелік кезең жасындағы балалардың миындағы гипоксиялы-ишемиялы перинаталды зақымның пайда болу себептеріне және зардаптарына талдау жасалды.

Nuranova G.A., Abilkasimova M.B., Chtol U.R., Uralpova M.S., Dautova D.R., Imanova D.R., Chahrai M.R., Baizhumanova T.R., Zulkarnaeva A.G., Nuranova S.A.

THE ANALYSIS OF CONSEQUENCES PERINATAL HYPOXEMIC - ISCHEMIC DEFEATS OF A BRAIN AT NEWBORN CHILDREN

This article analyzes the causes of development and comparative evaluation of the consequences of hypoxic-ischemic brain damage in newborn infants.



Нуранова Г.А.

ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНАЯ ЛЕЙКОМАЛЯЦИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

АО «Медицинский университет Астана»

Перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ) является одной из наиболее типичных осложнений гипоксических состояний у недоношенных детей. Особенно при длительной персистирующей гипоксии, родившихся в асфиксии, с последующим развитием сепсиса, пневмопатий и пневмонии. Хотя мозг недоношенных новорожденных более устойчив к действию гипоксии, однако цереброваскулярные повреждения у них встречаются значительно чаще за счет большей уязвимости сосудистой системы. ПВЛ – головного мозга у недоношенных новорожденных детей, приводит к отклонениям нервно-психического, моторного развития и сенсорным нарушениям [1,2,3].

По данным исследований последних лет, гипоксическое поражение головного мозга у новорожденных составляет 86%. Частота обнаружения ПВЛ у недоношенных новорожденных колеблется до 40% [4,5].

Наибольший дефицит кровоснабжения испытывает перивентрикулярная зона белого вещества мозга. Это обусловлено особенностями кровоснабжения данной зоны. Анастомозы между вентрикулопетальными и вентрикулофугальными артериями перивентрикулярной области недостаточно развиты у недоношенных детей. Гиперперфузия в зонах коллатерального кровоснабжения являются основными патофизиологическим механизмами нарушения мозгового кровообращения при ПВЛ [6,7].

Морфологически ПВЛ представляет собой очаг коагуляционного некроза в перивентрикулярных зонах белого вещества полушарий головного мозга новорожденных, проходящий в своем развитии ряд стадий – некроза, резорбции и глиоза [8].

Клинические и морфологические аспекты ПВЛ в настоящее время достаточно изучены. Вместе с тем особый интерес представляют данные по исследованию церебрального кровотока и клинической картины при ПВЛ в остром периоде и в динамике заболевания, что и явилось *целью нашей работы*.

Материалы и методы. Проведено клиничко-инструментальное обследование у 17 недоношенных детей с ПВЛ в возрасте от 4-х дней до 2-х месяцев, среди которых с недоношенностью I степени было – 2; II степени – 6; III степени – 7; IV степени – 2.

Нейросонографическое исследование кровотока проводилось в передней мозговой

артерии на сагиттальном срезе перед коленом мозолистого тела. Количественную оценку кровотока осуществляли путем измерения систолической и диастолической скоростей с последующим расчетом индекса резистентности.

Результаты: Результаты анализа течения беременности позволили установить у 85,9% женщин наиболее значимые факторы риска, приводящие к ПВЛ: гестозы, угрозы прерывания на различных сроках беременности, которые привели к хронической фетоплацентарной недостаточности. Экстрагенитальная патология была выявлена у 61,3% беременных. У 49,5% матерей наблюдались патология родов (стремительные и затяжные роды, обвитие пуповины, раннее излитие околоплодных вод, отслойка плаценты, оперативные роды).

Приведенные результаты свидетельствуют о значительном нарушении соматического и репродуктивного здоровья женщин, которые являются причиной неблагоприятных перинатальных исходов у новорожденных детей, особенно неврологических расстройств. В родильном доме находились 29% детей на искусственной вентиляции легких с продолжительностью до 2 суток. У 23,7% младенцев после рождения регистрировались приступы апноэ. Следовательно, во всех случаях имели место хроническая внутриутробная или острая интранатальная, постнатальная гипоксия, являющаяся основным патогенетическим фактором развития ПВЛ.

Клиническая картина ПВЛ у новорожденных характеризовалась синдромом угнетения, приступами апноэ и гипоксии, судорожным синдромом, отсутствием оральных рефлексов. ПВЛ у младенцев в большинстве случаев наблюдалась артериальной гипотензией. Чаще всего ПВЛ развивалось у новорожденных с пневмонией. А также у 50% детей ПВЛ сочеталось с внутрочерепными кровоизлияниями разной степени тяжести. При определении газового состава крови регистрировались метаболический ацидоз. В результате воздействия нарушений центральной гемодинамики и метаболических сдвигов возникали стойкие нарушения микроциркуляции в зонах смежного кровообращения, ведущие к гипоперфузии белого вещества и развитию участков ишемии и инфаркта.

Наблюдения свидетельствуют, что в остром периоде у детей отсутствует специфическая клиническая картина ПВЛ. Диагностика

основывается исключительно на эхографических данных. Учитывая, что ПВЛ динамический персистирующий процесс в двух случаях прогрессировал после рождения на 17-20 день жизни. В динамике нейросонографические наблюдения показали, что в 1 месячном возрасте у 75% детей – кистозная трансформация ПВЛ (кисты диаметром 1-5 мм). К 2-х месячному возрасту только у 1 ребенка отмечался постепенное исчезновение кист с замещением их очагами глиоза.

Обсуждение и выводы: Таким образом, ПВЛ у недоношенных детей является одной из наиболее тяжелых патологий мозга, трудно диагностируемых клиническими методами. Основными патогенетическими факторами развития ПВЛ являются гипоксия, артериальная гипотензия, воздействие которых приводит к развитию глубоких и длительных цереброваскулярных нарушений, а именно

вазokonстрикции, которая вызывает стойкую гипоперфузию и ишемию мозга, являющуюся неблагоприятным прогностическим признаком органического поражения головного мозга. У младенцев с кистозной трансформацией мозга долгое время т.е. больше 3-х месяцев может не наблюдаться нормализация мозгового кровотока. А дальнейшим развивается атрофия, гидроцефалия, которая приводит задержку психомоторного развития, судорогам, спастической диплегии, возникающую в результате нисходящей дегенерации кортикоспинального тракта.

Лечебные мероприятия при ПВЛ должны быть направлены на стабилизацию центральной гемодинамики, адекватную оксигенацию, коррекцию метаболических нарушений и нормализацию мозгового кровотока. Основной патогенетической терапией является купирование вазokonстрикции и улучшение тем самым перфузии мозговой ткани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шабалов Н.П. Неонатология 1 том. МЕДпресс-информ, 2006.
2. Власюк В. В. Перивентрикулярная лейкомаляция у детей. — СПб.: Гликон Плюс, 2009. — 218 с. ISBN 978-5-93682-540-8.
3. Сафонов А.Б., Васильев С.Ц., Круглов А.В. Перивентрикулярная лейкомаляция у новорожденных // Педиатрия. № 1. 1996. С.80-85
4. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. М.: Триада-Х, 2001.
5. Власюк В.В. Родовая травма и перинатальные нарушения мозгового кровообращения. СПб, «Нестор История», 2009.- 252 С. ISBN 978-5-98187-373-7.
6. Шниткова Е.Б. Нервно-психическое здоровье детей, перенесших перинатальное поражение ЦНС/ Е.Б. Шниткова, Е.М. Бурцев, А.Е. Новиков, М.И.Философова // Журнал неврологии и психиатрии.-2000.-№3.- С.57-59.
7. Карачунская Е.М. Особенности течения тяжелых перинатальных постгипоксических поражений ЦНС у новорожденных детей различного гестационного возраста: автореф. дис. . канд. мед. наук / Е.М.Карачунская. М., 2000. - 23 с.
8. Ватолин К.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний головного мозга у детей / К.В.Ватолин. М, 2000. - 136 с.

Нұранова Г.А.

ШАЛА ТУҒАН БАЛАЛАРДАҒЫ ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРЛЫ ЛЕЙКОМАЛЯЦИЯ

Бұл мақалада ПВЛ-сы бар, 4 тәуліктен 2 айлық жасқа дейінгі 17 шала туған нәрестелерге клиникалық және жабдықты тексерулер жүргізілген. ПВЛ-ның өзіне тән клиникалық синдромының жоқ екені анықталды. Мидың қан айналымын тексеру нәтижесінде, бас миының гипоперфузиясы ұзақ уақыт сақталып, әрі қарай органикалық өзгерістеріне соқтыруы мүмкін екенін көрсетеді.

Nuranova GA.

PERIVENTRICULAR LEUCOMALACIA IN PRETERM INFANTS

This article studies the clinical – instrumental examination of 17 preterm newborn children with PVL (periventricular leucomalacia), aged 4 days to 2 months. The absence of specific clinical syndromes in children with PVL was found. These investigations of cerebral blood flow testified the development of hypoperfusion of brain was observed during a long time. This was connected with high risk of development of organic damaging of brain.



УДК: 616.37-008.64

Т.В. Петрова

ВТОРИЧНАЯ ЭКЗОКРИННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ФАО ЖГМ АО ЦДБ, Астана

Пищеварение – это многоэтапный физиологический процесс, в основе которого лежит ферментативное расщепление сложных молекул пищи (белков, жиров, углеводов) на простые для их последующего всасывания. Процесс переработки осуществляется по мере продвижения пищевых масс по желудочно-кишечному тракту (ЖКТ), строится по конвейерному типу, непрерывен и состоит из нескольких этапов.

Исходя из причины, вызвавшей развитие экзокринной недостаточности ПЖ, принято выделять первичную и вторичную ее формы. Важно подчеркнуть, что именно вторичная панкреатическая

недостаточность встречается в клинической практике чаще всего.

Одной из значимых причин формирования внешнесекреторной недостаточности ПЖ является патология гепатобилиарной зоны, квота которой в последние годы имеет тенденцию к увеличению. Нарушение функций желчеобразования и желчеотделения (при желчнокаменной болезни особенно часто) сопровождается изменением моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря и структуры желчной мицеллы, нарушая процесс эмульгирования жиров. В этих условиях резко снижается действие панкреатической липазы, катаболизирующей пищевые триглицериды, даже при достаточном в абсолютном значении ее количестве [1, 2]. Степень данных изменений усугубляется по мере увеличения сроков болезни.

Клинические проявления и диагностика.

Клиническая картина, обусловленная нарушенным пищеварением независимо от причины последнего, имеет сходные проявления, а именно: вздутие живота, избыточное газообразование, ощущение переливания и урчания в животе, неустойчивый стул. В более выраженных случаях – полифекалия, стеаторея, диарея, похудание, признаки дефицита жирорастворимых витаминов. Если же имеется моторная дисфункция тонкой и толстой кишки с явлениями гипо- и атонии, гиперхлоргидрия, явления холестаза, то у таких пациентов нередко наблюдается склонность к хроническому запору. Вместе с тем, «яркая» клиническая картина отмечается лишь у небольшого числа пациентов при тяжелых нарушениях функции ПЖ (при экзокринном дефиците более чем на 90%). Тем не менее использование инструментальных методов

исследования позволяет оценить состояние органов, играющих важную роль в развитии панкреатической недостаточности вторичного генеза.

Наиболее простым и доступным способом лабораторной оценки эффективности пищеварительных процессов служит копрологическое исследование, которое до настоящего времени не потеряло своей актуальности [2,6]. При функциональной недостаточности ПЖ, сопровождающейся дефицитом или снижением активности панкреатических ферментов, нарушается процесс расщепления и всасывания пищевых веществ в кишечнике, что проявляется полифекалией, сероватым оттенком и жирным блеском каловых масс с неприятным зловонным запахом. Наиболее ранними признаками экзокринной недостаточности ПЖ считают стеаторею или наличие в кале нейтрального жира (стеаторея 1-го типа), жирных кислот, мыл (стеаторея 2-го типа), первого и второго вместе (стеаторея 3-го типа). У больных с панкреатической недостаточностью встречается довольно редко в связи с высокой активностью амилазы кишечника. Содержание жиров в стуле оценивается качественным (добавление к калу суданового красителя) и количественным, наиболее информативным методом [4,5]. Он позволяет суммарно определить общее количество жира в фекалиях с учетом жира экзогенного (пищевого) происхождения.

Терапия. На сегодняшний день на фармацевтическом рынке имеется множество ферментных препаратов, отличающихся комбинацией компонентов и их активностью, способом производства и формой выпуска. В зависимости от состава и происхождения ферментные препараты можно разделить на 6 групп: экстракты слизистой оболочки желудка, панкреатические энзимы, комбинированные препараты, содержащие панкреатин в сочетании с компонентами желчи, растительные энзимы, комбинированные ферментные препараты, содержащие панкреатин, в сочетании с растительными энзимами, витаминами, дисахаридазы

Панкреатические энзимы. Наиболее часто в практике врача используются панкреатические энзимы. Их основным компонентом является экстракт ПЖ – панкреатин, содержащий протеазы, липазу и амилазу. Данные полиферментные препараты считаются наиболее универсальными и

не влияют на функции желудка, печени, моторику билиарного тракта и кишечника. Вместе с тем, они обеспечивают достаточное поступление ферментов и способствуют купированию таких клинических признаков, как тошнота, вздутие и урчание живота, уменьшению или исчезновению жирного блеска в стуле, снижению количества кусочков непереваренной пищи в кале. Вместе с тем, при назначении ферментов необходимо учитывать и выраженность внешнесекреторной недостаточности, поскольку при относительно незначительном снижении выработки эндогенной липазы и отсутствии выраженной диареи прием с препаратом чрезмерно высоких доз липазы может привести к запору. Причины неэффективности заместительной терапии ферментами могут быть связаны как с неточной диагностикой заболевания, так и с неадекватной терапией. Пациенты могут неверно соблюдать назначенную схему лечения – снижать кратность приема или принимать фермент в неправильное время (до или после еды). Важным аспектом

является учет всех причин развития вторичного характера экзокринной недостаточности ПЖ (о которых говорилось) с

назначением соответствующей терапии, где ферментные препараты являются лишь одной из составляющих комплексного подхода.

Таким образом, для коррекции экзокринной недостаточности ПЖ эффективно могут использоваться капсулированные ферментные препараты и препараты таблетированной формы выпуска (Мезим® 10 000). Преимущество последних заключается в наличии кислотоустойчивой оболочки и особенностях фармакодинамики (активация ферментов в проксимальных отделах ДПК, вблизи выхода протока ПЖ), что позволяет применять их у пациентов с жалобами на абдоминальную боль панкреатогенного генеза, а также дает возможность использовать при гиперхлоргидрии (с учетом, безусловно, индивидуальной ситуации) без дополнительного назначения ингибиторов желудочной секреции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гастроэнтерология и гепатология, диагностика и лечение. Под ред. А.В.Калинина, А.И.Хазанова. М., 2007; с. 325–35.
2. Логинов А.С., Парфенов А.И. Болезни кишечника. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2000. С. 12–28.
3. Раков А.Л. Хронический панкреатит: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Методические рекомендации. М., 1999. С.13–14.
4. Яковенко А.В. Клиника, диагностика и лечение хронического панкреатита. Клин. мед. 2001; 79 (9): 15–20.
5. Walkowiak J, Cichy WK, Herzig KH. Gastroenterol 1999; 2: 202–7.
6. FDA «Guidance for Industry. Exocrine Pancreatic Insufficiency Drug Products – Submitting New Drug Applications», U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration Center for Drug Evaluation and Research (CDER), April 2006, www.fda.gov.

Т.В. Петрова

ҰЙҚЫ БЕЗІНІҢ ЕКІНШІЛІКТІ ЭКЗОКРИНДІ ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ

Дәрігер тәжірибесінде екіншілікті панкреатиттік жеткіліксіздік жиі кездеседі. Сыртқы секреторлы жеткіліксіздігінің ең маңызды себептерінің бірі гепатобилиарлы зонаның патологиясы болып табылады. Ұйқы безінің екіншілікті экзокринді жеткіліксіздігін коррекциялауда оң әсер беретін таблетка түріндегі немесе капсула түріндегі ферментті дәрілер қолданылады. Олардың фармакодинамикалық әсері 12-елі ішектің проксимальді бөлігіндегі ферменттерді белсендіруінің нәтижесінде болады.

Petrova T.V.

THE SECONDARY PANCREAS EXOCRINE INSUFFICIENCY

The secondary pancreas exocrine insufficiency mostly occurs in practice. The one of the most important causes of exocrine insufficiency forming of pancreas is pathology of hepatobiliary zone. For correction exocrine insufficiency effective can used encapsulated enzyme preparations and preparations in tablet forms. The advantages of last described consist in availability of acid-resistant sheath and pharmacodynamic designs.



УДК: 616.72-002.77-08

Сарбалинова Г.К.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С НЕАДЕКВАТНЫМ ОТВЕТОМ НА БАЗИСНУЮ АНТИРЕВМАТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ. НАСКОЛЬКО ДОСТИЖИМА РЕМИССИЯ?

РГП «БМЦУДПРК» г. Астана

Неуклонный рост заболеваемости ревматоидным артритом (РА), быстро приводящим к инвалидизации больных, диктует необходимость применения активной базисной терапии на самых ранних этапах заболевания - для предотвращения прогрессирующего развития эрозивно-деструктивного поражения суставов [1,2,3,12]. Многие годы это заболевание считалось тяжелым для лечения. Поэтому врачи и пациенты связывают огромные надежды с появлением инновационных препаратов, созданных на основе моноклональных антител [4,5,6,12,13]. В последнее 10-летие в стандарты оказания медикаментозной терапии, за рубежом и у нас в стране, вошла новая группа средств, модифицирующих течение ревматоидного артрита, так называемые антицитокинные или биологические препараты. Одним из таких препаратов является ритуксимаб (мабтера), являющийся блокатором CD 20 рецепторов В-лимфоцитов [7,8,9,10,11,14].

Больные ревматоидным артритом, не

Объективный статус пациентов

Больные	Пол	Возраст	Длительность заболевания	Длительность наблюдения	Сопутствующие заболевания
К.С.	Жен	56	7 лет	9 мес	Артериальная гипертония 3ст, р 4
К.Б.	Жен	51	16 лет	4 мес	ГЭРБ 2ст, АИТ, Остеопороз
М.Ж.	Жен	24	1 лет	4 мес	Хр.гастрит, НР-ассоциированный

Методы лечения: БПВП (метотрексат, арава), НПВП, глюкокортикостероиды
Биологическая терапия (ритуксимаб/Мабтера)

Все 3 пациентки, не имели противопоказаний для проведения антиВ-клеточной терапии.

Препарат Мабтера был назначен в дозе по

имеющие адекватного эффекта от базовой антиревматической терапии – особая категория пациентов и проблема для специалиста.

Как помочь таким пациентам? Мы попытались это сделать.

В течение 9 месяцев на базе терапевтического отделения больницы УДПРК проводилась терапия у трех пациентов РА Мабтерой. Все они были женщины в возрасте от 24 до 56 лет. Длительность заболевания: от 1 до 17 лет.

Клинико-анатомическая форма:

РА с системными проявлениями - у 2 больных РА в сочетании с остеоартрозом – у 1 больной,

РФ: позитивный у всех больных

Течение заболевания:

медленно-прогрессирующее - 2

быстро-прогрессирующее - 1

Дебют болезни: В молодом возрасте - 1 (35 лет)

в раннем послеродовом – 1 (24 года)

в климактерическом – 1 (50 лет)

Активность: 3 степени – 2, 2 степени – 1

Клиническая характеристика

Больные	Клинико-анатомическая форма	Дебют	РФ	Активность	Течение
К.С.	Полиартрит в сочетании с ОА	В зрелом возрасте	Позитивный	3 степень	Медленно-прогрессирующее
К.Б.	В сочетании с ОА	В молодом возрасте (послеродовом периоде)	Позитивный	3 степень	Быстро прогрессирующее
М.Ж.	Полиартрит	В молодом возрасте (ранний послеродовый период)	Позитивный	2 степень	Медленно-прогрессирующее

1000 мг на 2 введения (день 1 и на день 15, в/в капельно, с предварительной премедикацией преднизолон 90 мг в/в кап, кетонал 2 мл в/м).

Выводы: Соблюдение рекомендованного режима премедикации и техники проведения антиВ-клеточной терапии препаратом Мабтера способствовало отсутствию нежелательных

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Оценка активности заболевания по критериям ACR

Больные	ЧБС	ЧПС	Утренняя скованность	ВАШ по мнению врача	ВАШ по мнению пациента	СОЭ мм/ч
К.С.						
До	22	22	До обеда	90 мм	90 мм	62
После	1	0	Нет	0 мм	2 мм	37
К.Б.						
До	28	28	Весь день	100 мм	100 мм	52
После	2	4	30 мин	2 мм	0 мм	23
М.Ж.						
До	22	22	До обеда	90 мм	90 мм	47
После	3	3	5 мин	4 мм	0 мм	17

Отмеченные побочные эффекты при проведении анти-клеточной терапии ритуксимабом

Пациент	Побочные эффекты
К.С.	Побочных эффектов и нежелательных явлений не наблюдалось как в течение инфузии, так и в последующий период наблюдения
К.Б.	Побочных эффектов и нежелательных явлений не наблюдалось как в течение инфузии, так и в последующий период наблюдения
М.Ж.	Предъявляла жалобы на кожный зуд в течение инфузии. Объективно - гиперемия лица, аллергические высыпания по типу ограниченного дерматита на волосистой части головы.

явлений и инфузионных реакций в ходе проведения терапии.

Благоприятная переносимость, отсутствие серьезных побочных эффектов при назначении препарата Мабтера позволяет сделать вывод о достаточно высоком уровне безопасности препарата Мабтера.

Применение препарата Мабтера позволило снизить активность иммунопатологического процесса и добиться клинического эффекта и стойкой ремиссии у пациентов, устойчивых к предшествующей терапии БП.

Ко II месяцу у всех больных, получивших терапию Мабтерой (по 1000 мг на 2 инфузии) отмечалось клиническая эффективность терапии и улучшение качества жизни по показателям ВАШ.

Полная медикаментозная ремиссия у одной больной через 4 месяца привело к отмене ГКС, что дает нам основание сделать вывод о высокой эффективности препарата Мабтера.

Высокая стоимость мабтеры приводило его применение лишь у платных пациентов. К настоящему времени лечение мабтерой проведено у 6 больных РА. У 1 пациентки проводилась инфузия мабтеры по 500 мг, учитывая небольшую площадь поверхности тела (1,23 м²), в остальных случаях по 1000 мг с интервалами в 15 дней. У двух пациенток с хорошим клиническим эффектом курс лечения через 6-7 месяцев был повторен. В настоящее время седьмая пациентка РА готовится к первому курсу мабтеры.

Лечение препаратом Мабтера в комплексе с БП

Больные	Патогенетическая терапия	Через 2 мес	Через 4 мес	Через 6 мес	Через 9 мес
К.С.	МТ 5 мг Преднизолон 5 мг Диклофенак 150 мг	МТ 5 мг Преднизолон 5 мг Диклофенак 150 мг	МТ 5 мг	МТ 5 мг	МТ 5 мг
К.Б.	МТ 7,5 мг Пульс-терапия преднизолоном 600 мг, Мовалис 15 мг	МТ 7,5 мг Мовалис 15 мг	МТ 5 мг		
М.Ж.	Арава 20 мг Медрол 4 мг ежедневно	Арава 20 мг Медрол 4 мг ежедн	Арава 20 мг Медрол 2 мг ежедн		

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е.Л. «Моноклональные антитела к фактору некроза опухоли -а в ревматологии: 2003 г. РМЖ, 2003, с.14-18
2. Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты: новые аспекты применения в ревматологии и кардиологии. РМЖ, 2003, 11, 23 (195), 1280-1284.
3. Насонов Е.Л. Почему необходима ранняя диагностика и лечение ревматоидного артрита? РМЖ 2002; 10; 1009-1014.
4. Насонов Е.Л. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов и ингибиторов ЦОГ-2 в начале XXI века. РМЖ, 2003, 11, 7, 375-378.
5. Насонов Е.Л. Фактор некроза опухоли новая мишень для противовоспалительной терапии ревматоидного артрита // Клиническая фармакология. 2001. - №9. - с. 7-9
6. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины: новые рекомендации. РМЖ, 2002; 10: 294301
7. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита в эру генно-инженерных биологических препаратов//Терапевтический архив.-2007. №5. - с.5-8
8. Чичасова Н.В., Насонова М.Б., Степанец О.В., Насонов Е.Л. Современные подходы к оценке активности ревматоидного артрита. Терапевт. архив 2002, 5, 57-60.
9. Nikas S.N., Temekonidis T.I., Zikou A.K. et al. Treatment of resistant rheumatoid arthritis by intra-articular infliximab injections: a pilot study. // Ann. Rheum. Dis.-2004.-V.63.-p. 102-103
10. Kiely P.D.W., Johnson D.M. Infliximab and leflunomide combination therapy in rheumatoid arthritis: an open-label study. Rheumatology 2002; 41: 631-637.
11. Cooper C., Coupland C., Mitchell M., Rheumatoid arthritis, corticosteroid therapy and hip fracture. Ann.Rheum. Dis., 1994, 54(1), 49-52.
12. Elliott M., Maini R., Feldman M., et al. Treatment of rheumatoid arthritis with chimeric monoclonal antibodies to tumor necrosis factor a. Arthritis Rheum., 1993;36:1681-1690
13. Emery P. et al., J. Rheumatology, № 40, 699-702 (2001).
14. Emery P., Reginster J.Y., Appelboom T., et al. WHO Collaborative Centre consensus meeting on anticytokine therapy in rheumatoid arthritis. Rheumatology 2001; 46: 1451-1459.

Сарбалинова Г.К.

РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТ АНЫҚТАЛҒАН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДЕ РЕВМАТИДКЕ ҚАРСЫ НЕГІЗГІ ЕМГЕ ЖАУАП БЕРУ. РЕМИССИЯҒА ҚОЛ ЖЕТКІЗУ ҚАНШАЛЫҚТЫ МҮМКІН?

Зерттеу нәтижесі ревматоидты артритті Мабтермен анти В- клеткалы емдеудің тиімді және қауіпсіз екенін дәлелдейді. Ритуксимабты қолдану иммунопатологиялық әсердің белсенділігін, жоғарыда айтылған емдеу әрекеттерінің тұрақтылығын, науқастың бойында ауруға қарсы күштің пайда болғанын көрсетті. Көрсетілген емдеу әдістерін ревматоидты артритті кешенді емдеуге пайдалануға болады. Ритуксимабты қолданып емдеу аурудың бетін қайтаруда өз нәтижесін беретіні дәлелденді. Жоғарыда айтылғанның бәрі Мабтера препаратының жоғары тиімділігіне көз жеткізеді.

Sarbalinova G.K.

TREATMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS WITH INADEQUATE RESPONSE TO A BASIC ANTIRHEUMATIC THERAPY. AS FAR AS IS ATTAINABLE IN REMISSION? “

Results of research testify to efficiency and safety of technics of carrying out of anti-cellular therapy by a preparation of Mabtera in treatment of revmatoid arthritis. Application of Rituximab has allowed to lower activity immunopatologicus process and to achieve clinical effect and proof remission from the patients steady against previous therapy of revmatoid arthritis. By basic preparations. It is shown that these means can be included in complex therapy of RA at intolerance and an inefficiency of standard “basic” means. It is established that application of Rituximab allows to achieve a positive effect in earlier terms - at a stage.



УДК: 618.16-163-002:616-053.5-055.25

Саурбаева Б.Ж., Нурмагамбетова Д.М., Бекенова Г.О., Кадырова Д.М., Ахменова А. Д.,
Байтанатова А.Б.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЕ СИНЕХИЙ У ДЕВОЧЕК НЕЙТРАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

АО «Медицинский университет Астана» кафедра акушерства и гинекологии ФНПР и
ДО, г.Астана,

Введение. В структуре гинекологической заболеваемости воспалительные процессы вульвы и влагалища у девочек до 10 лет колеблются от 65% до 93% от заболеваемости половой сферы девочек (Глазырина В.Н., 1980г).

Клиническое значение этих воспалительных поражений в том, что они могут быть причиной серьезных нарушений основных функций урогенитальной системы, способствующей формированию синехий (сращения малых половых губ, полного заращения мочевого канала и инфицирования мочевой системы.)

Проблема синехий (сращения малых половых губ) у детей и подростков актуальна для врачей занимающихся гинекологией детского возраста. Синехии наблюдаются у девочек в период полового покоя от 2 до 10 лет, чаще от 2 до 5 лет. Литературных данных по этому процессу мало. Этиопатогенез синехий остается малоизученным. Развитию синехий предрасполагают следующие факторы: анатомо-физиологические особенности строения вульвы. Детская вульва в период полового покоя покрыта нежной легко ранимой кожей, не содержит видимого секрета и очень восприимчива к инфекции. В этом же периоде в мазках на флору отмечается небольшое количество лейкоцитов, эпителиальные клетки, флора кокковая в небольшом количестве, лактобациллы Дедекейна отсутствуют. Автономные иммунологические факторы защиты детей нейтрального периода снижены, имеет место минимальная защита роль иммуноглобулинов А, лизоцима, система комплемента фагоцитов.

Возникновение синехий в периоде полового покоя ряд авторов связывают с низкой функциональной активностью репродуктивной системы, незрелостью гипофизарной зоны, гипоталамуса. В связи, с чем созревание фолликулов до антральных отделов происходит редко и бессимптомно, яичник секреторирует эстрогены в малых дозах, поэтому одной из причин синехий считается дефицит эстрогенов. Это предположение обосновывается тем, что синехии могут вновь наблюдаться у пожилых женщин в постменопаузальном периоде.

Одной из причин возникновения синехий могут быть нелеченные вульвовагиниты, которые способствуют формированию синехий, образованию рубцовых изменений во влагалище и в наружном зеве шейки матки. Нередко

причиной возникновения синехий является нарушение гигиены, нечистоплотность, не правильной уход за наружными половыми органами, использование общих предметов туалета, близкий контакт с больными детьми или родителями.

Кроме того, полагают, что синехиям предшествуют эрозирование эпителиального покрова половых губ, в связи с бессимптомно протекающим воспалительным процессом, или переползание острит из прямой кишки в область половых губ, который вызывает зуд, расчесы, нарушение целостности эпителиального слоя.

Синехии образуются за счет сращивания эпителия малых половых губ при аллергическом вульвовагините, возможно при физиологических белях на фоне экземы, нейродермита, а также при применении раствора калия перманганата для туалета наружных половых органов. Образование синехий могут быть результатом воспалительного процесса преддверия влагалища вследствие трения тесной грубой одежды. В процессе заживления эрозированного эпителиального слоя малой половой губы происходит сращения половых губ. Сращения половых губ может начинаться с проксимального отдела половой щели или с дистального отдела сверху вниз. Синехии могут быть частичными, при которых можно видеть ту или иную область преддверия влагалища или тотальными. При тотальном сращении область вульвы представляет собой слегка возвышающуюся гладкую поверхность без признаков воспаления. В середине зоны вульвы вертикально проходит тонкая линия беловатого цвета (граница сращения половых губ). Сросшиеся малые половые губы образуют дополнительную стенку, закрывающую вульву, вход во влагалище и наружное отверстие уретры. Мочеиспускание при данной патологии затруднено, моча, попадает за образованную слипшуюся половыми губами стенку и только после этого, изливалась через небольшое сохранившееся отверстие между половыми губами.

Сращение половых губ - это патологический процесс и если он сохраняется в течение ряда лет, он будет в той или иной степени в зависимости от плотности сращения влиять на нормальное возрастное анатомическое развитие вульвы.

Целью настоящей работы является.

Изучение причин возникновения синехий у девочек нейтрального возраста и методы лечения.

Материалы и методы исследования. Нами было проанализировано 88 амбулаторных карт девочек с синехиями половых губ, обратившихся к детскому гинекологу в возрасте от 1 года до 14-15 лет.

Все девочки были направлены врачами поликлиники 25% (22) более 30% (26) привели сами родители и 45% (40) выявлены на профилактическом осмотре.

Удельный вес синехий половых органов среди обследованных составляют девочки от года до трех лет 36.4 % (32), от 4- 7 лет 29.5 % (26). От 7 до 10 13.6 % (12), от 10 до 13 лет 6.8% (6), от 14 до 15 лет 5.7% (5).

В структуре гинекологической заболеваемости синехий половых органов занимают второе место. В последние годы отмечаются рост синехий половых губ девочек раннего возраста от года до трех лет и не только рост, но и тяжесть течения, частые рецидивы.

Из анамнеза, в беседе с родителями выяснено, что многие из них используют памперсы в течение 18-20 часов. Хотелось бы подчеркнуть, что любые памперсы (даже высшего качества) сделаны из синтетической ткани, которые вызывают раздражения слизистой входа во влагалище. Кроме того здоровый новорожденный мочится 20 – 25 раз в сутки, во втором полугодии 15 - 16 раз, а стул бывает 5 – 6 раз в день и плюс недостаточное соблюдение гигиены, возможно, явилось одной из причиной появления синехий половых губ.

При обращении всем девочкам проводилось бактериологическое исследование. В мазках незначительное количество лейкоцитов, флора кокковая у 73.9 % (65) девочек и у 26.1 % (23) имело место большое количество лейкоцитов, флора кокковая.

Анализируя перенесенные заболевания у девочек, нами получено, что в большинстве случаев девочки страдали воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей - острая респираторная вирусная инфекция (42,5%), обострение хронического тонзиллита (22,3%), корь (12,7%), ветрянка (8,5%), рецидивирующие вульвовагиниты (14%).

При гинекологическом осмотре, у всех девочек имело место правильное строение наружных половых органов. У всех пациенток был обнаружен один и тот же дефект- сросшиеся малые половые губы. При отведении малых половых губ, определялся малый эпителиальный

мостик. У (8%) девочек имело место инфекция слизистой вульвы на фоне синехий, у (19,5%) дизурические расстройства. Всем девочкам проводилось бактериологическое исследование. В мазках незначительное количество лейкоцитов, флора кокковая. Лечение проводилось в два этапа. Амбулаторно было рекомендовано мамам смазывание синехий кремом «Овестин» и прикладывание марлевого валика пропитанной мазью в течение 2х недель. Смазывание кремом «Овестин» способствовало исчезновению синехий и разъединению половых губ в (12%) случаев. После предварительного лечения в амбулаторных условиях производилось ручное растяжение и разъединение синехий у 55%.

В условиях стационара у 6 % было произведено рассечение синехий посредством скальпеля под наркозом. В послеоперационном периоде проводился туалет наружных половых органов в течении 3х месяцев настоем ромашки и смазывание раневой поверхности половых губ после мочеиспускания кремом «Овестин», девочки выписаны из стационара на 5е сутки с рекомендациями: туалет наружных половых органов настоем шалфея или ромашки, смазывание кремом «Овестин». У одной девочки был рецидив сращения половых губ через месяц. Разъединение было произведено ручным растяжением. После разъединения было рекомендовано родителям туалет наружных половых губ, смазывание кремом «Овестин». Рецидивов сращения половых губ не было.

Профилактика включает: строгое соблюдение правил личной гигиены, режима дня и питания (исключить жирные, раздражающие продукты): своевременное выявление вульвовагинитов, лечение; санация очагов инфекции; разумный подход к вопросу об использовании памперсов.

Выводы. Таким образом, проведенная работа позволила сделать заключение:

Большинство девочек страдали воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей (42,5%).

Обострением хронического тонзиллита (22,3%).

Детские инфекции, такие как корь, ветрянка имело место у 21,2% девочек.

Рецидивирующими вульвовагинитами страдали 14% девочек.

Всем девочкам использовали памперсы по 18-20 часов в течение длительного времени.

Удельный вес синехий половых органов среди обследованных составил от 1 года до 10 лет 79,4%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Костоева З. А. Адаптационно-приспособительные реакции у девочек с воспалительными заболеваниями вульвы и влагалища. «Материалы научно-практической конференции» «Актуальные вопросы акушерства

и гинекологии». Ростов-на-Дону, 2003.с 64-66

2. Костоева З. А. Селина Г. А., Бубородова М. Л. Влияние экстрагенитальной патологии на течение вульвовагинитов у девочек. Материалы научно-практической конференции

» «Актуальные вопросы акушерства и локального применения «Гинекология.-2000-Т.2 гинекологии». Ростов-на-Дону, 2003.с 66-68 №2

3. Гуркин Ю. А., Михайлова Л. Е. Вульвовагиниты у девочек СПб 1998 64 с

4. Приленская В. Н. Особенности инфекционных процессов нижнего отдела половых путей. Возможности терапии препаратами для

5. Уварова Е. А. Султанова Ф. Т. Влагалище как микросистема в норме и при воспалительных процессах различной этиологии «Репродуктивное здоровье детей и подростков»- 2005-№2 с 26-39

Саурбаева Б.Ж., Д.М. Нурмагамбетова, Г.О. Бекенова, Д.М. Кадырова, А. Д. Ахменова, Байтанатова А.Б.

ОРТАША ЖАСТАҒЫ ҚЫЗ БАЛАЛАРДА СИНЕХИЯНЫ ЕМДЕУ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ СҰРАҚТАРЫ

Сайып келгенде, өткізілген жұмыс келесі қорытынды жасауға мүмкіндік берді:

Қыздардың көбісі жоғары тыныс алу жолдарының асқыну ауруларымен ауырғандардың саны - 42,5%.

Созылмалы тонзилиттің асқынуы - 22,3%.

Жел шешек сияқты балалар жұқпалары - 21,2 % құрады.

Қыздардың 91,4% - да қайталанған вульвовагинит жағдайлары байқалды.

Барлық қыз балаларға тәулігіне 18-20 сағат ағымында памперсті қолданылған.

Барлық тексерілген 1 жас және 10 жас аралығындағы қыздарда жыныс мүшесі синехиясы - 79,4% құрады.

B.J. Saurbaeva, D.M. Nurmagambetova, G.O. Bekenova, D.M. Kadyrova, A.D. Ahmenova, Baitanatova A.B.

ON THE PREVENTION AND TREATMENT OF NEUTRAL ADHESIONS IN GIRLS AGE

Thus, the work has led to the following conclusions:

Most of the girls suffered from inflammatory diseases of the upper respiratory tract infection (42.5%)

Exacerbation of chronic tonsillitis (22.3%)

Three childhood diseases such as measles, chicken pox occurred in 21.2% of girls

In 14% of girls with recurrent vulvovaginitis.

All the girls used diapers for 18-20 hours

Proportion of adhesions genitals surveyed ranged from 1 year to 10 years 79.4%.



УДК: 618.39-005.341

Саурбаева Б.Ж., Нурмагамбетова Д.М., Бекенова Г.О., Тулемисова А.А., Дуйсенбиева М.Т., Омаров Г.Н.

БЕЗОПАСНАЯ ФОРМА АБОРТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

АО «Медицинский университет Астана» кафедра акушерства, гинекологии с курсом неонатологии, г.Астана

Введение. Проблема аборта продолжает занимать особое место в системе мер по сохранению и восстановлению репродуктивного здоровья женщины. Так показатели числа аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста колеблется в пределах 29,1 – 30,0. 75% аборт отмечается в оптимальном репродуктивном возрасте 19-34 года. Удельный вес аборт на первом беременности остается также на прежнем уровне- 12,9-13,8%. Ежегодно 4-5 % аборт приходится на долю девочек- подростков.

В настоящее время считается общепризнанным, что искусственное прерывание

беременности проводится традиционным методом, т.е. одномоментное удаление плодного яйца путем выскабливания, вакуум эксхоляция с использованием виброрасширителей, вакуум аспирация в ранние сроки. Применение оперативных методов и анестезиологических пособий всё ещё нередко приводит к тяжелым осложнениям.

Наиболее частыми осложнениями, несмотря на щадящие методы искусственного прерывания, являются кровотечения, воспалительные процессы со стороны половых органов, перфорация матки, что в совокупности может

быть причиной нарушения репродуктивной системы женщины. Частота ранних и отдаленных последствий инструментального аборта колеблется по данным различных авторов от 4% до 50%.

Альтернативу хирургическому прерыванию беременности представляет медикаментозный аборт с использованием антипрогестинов и простагландинов, который исключает ряд осложнений и является безопасным методом.

Преимуществом медикаментозного аборта является:

- отсутствие механического повреждающего воздействия на эндометрий, миометрий и шейку матки,

- снижение риска восходящей инфекции и связанных с ней осложнений; отсутствие психоэмоциональной травмы, также неблагоприятным влиянием на дальнейшую репродуктивную функцию.

Медикаментозный аборт является методом выбора для девочек – подростков.

Целью настоящей работы является. Анализировать клинический опыт применения мифепристона и мизопростала с целью прерывания беременности от 3 до 12 недель.

Мифепристон и мизопростол являются эффективными и дешевыми медикаментами для прерывания беременности, непосредственный механизм прерывания заключается в нарушении маточно-плацентарного кровотока, и приводит к отторжению эмбрионального мешка и его частями.

Методы и материалы исследования. Медикаментозное прерывание было произведено 900 женщинам. Возраст пациенток колебался от 16 до 40 лет. Первородящие 38,9% (350), повторнородящие 61,1% (550).

Перед применением беременным объяснили, что нельзя применять алкоголь, крайне нежелательно курение, не принимать БАДы, медикаменты, с целью снижения боли было рекомендовано, после приема мифепристона прием кетонала, но-шпы.

При обращении женщины обсуждали разницу между медикаментозным и хирургическим абортом. Предлагали женщине выбрать метод, который ей больше приемлем.

При проведении медикаментозного аборта учитывались все противопоказания указанные в протоколе.

Предварительно было проведено ультразвуковое исследование для определения срока беременности. В зависимости от срока беременности все пациентки были разделены на 3 группы.

Первая группа- срок беременности от 3 до 4х недель -320 (35,5%) женщин, вторая группа срок беременности от 5 до 8 недель – 460 (51,16%) , третья группа от 9 до 12 недель - 120 женщин (13,3%).

Всем беременным был назначен мифепристон по 200мг пер орально в амбулаторных условиях, спустя 36 часов, 550 (61,1%) женщинам был назначен мизопростол по 400 мг перорально, и 350 (38,1%) женщинам было введено интравагинально, при этом использованы тампоны на 6 -8 часов.

В первой группе беременных от 3 до 5 недель выкидыш произошел в пределах 24 часов что составило 88% (282), длительное кровомазание имело место 1% (3) женщин было обильное кровотечение с последующей вакуум аспирацией. У 4% (13) женщин прогрессировала беременность, повторно назначен мизопростол интравагинально, в течении 6 часов произошел выкидыш, без осложнений и у 4% (12) женщин была замершая беременность.

Во второй группе беременных от 5 до 8 недель, выкидыши произошли в течении 12-16 часов у 95% (435) женщин. У 5% (25) женщин было обильное кровотечение, в связи с этим был назначен холод на низ живота на 20 минут, сокращающие: викасол, дицинон. Кровотечение прекратилось без инструментального вмешательства.

В третьей группе от 8 до 12 недель произошел выкидыш в течении 10-12 часов в 99% (119) случаев, кровотечение имело место у 1% (1) было произведено кюретаж полости матки.

Осложнение при применении мифепристона в сочетании с мизопростолом имел место болевой синдром в 65% случаев, у 35% - болевой синдром не выраженный, 3% это кровотечение, остановка-консервативная, 1% случаев вакуум аспирация у женщин в срок беременности 3-5 недели, 4% - замершая беременность.

В большинстве случаев произошел выкидыш с целым плодным пузырем, редко надрыв плодного пузыря.

Контроль проводился через 12 дней, после выкидыша. Всем было произведено ультразвуковое исследование, развивающаяся беременность диагностирована у 13 женщин, замершая у 12 женщин.

Менструальный цикл восстановился через 25- 30- 40 дней, и в трех случаях имело место восстановление через 1,5 месяца.

Всем женщинам рекомендована контрацепция, 25 женщинам была введена ВМС на 7 -ой день, после УЗИ – без осложнений, и всем остальным КОКи.

Выводы. Таким образом, в результате анализа нами были получены следующие данные:

- эффективность медикаментозного аборта составила в среднем 96%;
- наиболее благоприятный исход медикаментозного аборта от 5 до 12 недель;
- неблагоприятный исход от 3 до 5 недель;
- при интравагинальном введении мизопростала эффективность медикаментозного аборта высокая.

На основании полученных данных можно сделать заключение, что медикаментозный аборт является щадящим, эффективным и достаточно

безопасным методом прерывания беременности на ранних сроках.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон РК о репродуктивных правах и гарантиях и их использования 16 июня 2004 года. Алматы, 2001г., с 86-88.
2. Здоровье населения РК. и деятельность организации здравоохранения в 2000 году – 1997г., с 77.
3. Каюпова Н.Л., Бикташева Х.М. Аборт и планирование семьи в Казахстане.- Алматы,

С.С Искаков., Б.Ж Сауырбаева, Д.М Нурмагамбетова, Г.О Бекенова, А.А Төлемисова, Дуйсенбиева М.Т.

ТҮСІК ТАСТАУДЫҢ ҚАЗІРГІ КҮНГІ ҚАУПСІЗ ТҮРІ

Сайып келгенде, талдау нәтижесінде біз келесі мәліметтерді алдық:

Дәрілік түсіктің нәтижелілігі орта есеппен 96% құрады.

Дәрілік түсіктің ең қолайлы нәтижесі 5-12 аптаға дейін.

Дәрілік түсіктің қолайсыз нәтижесі 3-тен 5 аптаға дейін.

Мипростозолды интравгинальды енгізген жағдайда дәрілік түсіктің тиімділігі жоғары.

S.S. Iskakov, B.J. Saurbaeva, D.M. Nurmagambetova, G.O. Bekenova, A.A. Tulemisova, M.T. Duisenbieva.

SAFE ABORTION FORM TODAY

Thus, in the analysis we obtained the following data

Effectiveness of medical abortion was an average of 96%

Most favorable outcome of medical abortion from 5 to 12 weeks

Adverse outcome from 3 to 5 weeks

With intravaginal misoprostol abortion is high efficiency

Based on these results it can be concluded that medical abortion is a gentle, effective and fairly safe termination of early pregnancy.



УДК: 616.61-002.3:615.281.9

Сейсембеков Т.З.¹, Касымова А.К.², Заря Ж.Г.², Досмухамедова Е.А.¹, Джунусова М.Б.¹

КАНЕФРОН® И В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

АО "Медицинский университет Астана", ГККП "Городская поликлиника №8"²

Воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей – термин, обозначающий наличие микробной колонизации в моче - свыше 10^4 колоний микроорганизмов в 1 мл мочи и/или микробная инвазия с развитием инфекционного процесса в какой-либо части мочеполового тракта.[1]. Одно из распространенных воспалительных заболеваний - пиелонефрит с поражением чашечно-лоханочной системы и паренхимы почек. В эпидемиологическом плане наиболее часто страдают лица женского пола, особенно в детском и репродуктивном возрасте. Фоновым заболеванием в развитии инфекционного процесса в мочеполовом тракте

нередко является мочекаменная болезнь, лежащие в ее основе обменные нарушения (оксалатно-кальциевая, уратная, фосфатная кристаллурия), гинекологические заболевания, сахарный диабет, патология предстательной железы и др. Для лечения и профилактики пиелонефрита используется антибактериальной терапия, в сочетании или сменяющаяся длительными курсами фитотерапии. В последние годы среди множества современных фитопрепаратов, используемых в лечении воспалительных заболеваний почек и мочевыводящего тракта, в частности пиелонефрита выделен Канефрон® Н, обладающий противовоспалительным,

спазмолитическим, мягким диуретическим действием, повышающий эффект антибактериальной терапии путем улучшения кровоснабжения почек, лоханок и обеспечения увеличения концентрации антибактериальных препаратов в паренхиме почек.[2,3,4,5,6].

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 49 пациентов с хроническим пиелонефритом: 40 женщин и 9 мужчин в возрасте от 25 до 74 лет, в том числе в возрасте до 45 лет- 35, старше 45 лет-14. У 26 пациентов диагностирован первично хронический пиелонефрит, у 10 - пиелонефрит на фоне мочекаменной болезни, 5 - пиелонефритом на фоне врожденных аномалий мочевыделительной системы, 3 - пиелонефритом единственной почки и 5 пациенток с гестационным пиелонефритом. К первично хроническому пиелонефриту мы относили таких больных, у которых в анамнезе и в период настоящего исследования не определялась какая либо другая патология поражения почек, кроме того не имело места иное заболевание или состояние, послужившее фоном для хронического пиелонефрита (беременность, сахарный диабет, гиперплазия предстательной железы и пр.). Основную группу наблюдения составили 26 пациентов с первично хроническим пиелонефритом и 10 пациентов с хроническим пиелонефритом на фоне мочекаменной болезни (МКБ). Следует отметить, что в указанные групп больных, в результате проведенного обследования, не были включены пациенты с сопутствующей артериальной гипертензией и выраженным нарушением функции почек. Контрольную группу составили 10 пациенток с хроническим пиелонефритом в возрасте от 27 до 71 лет, в том числе в возрасте до 45 лет- 3, старше 45 лет - 7 пациенток.

Клинические, клиничко-лабораторные, биохимические исследования включали: сбор анамнеза, физикальное обследование, общеклинический анализ крови и мочи, определение содержания мочевины и креатинина в плазме крови, скорости клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта- Гоулта, бактериологическое исследование мочи, ультразвуковое исследование органов мочевой системы. В необходимых случаях объем исследований расширился.

Результаты и обсуждение. Все пациенты, основной и контрольной группы, получали антибактериальную терапию цефалоспоридами 3 поколения, фторхинолонами 2 поколения, амоксициллинами, чередующиеся курсами длительно от 7 до 10 дней, спазмолитическую терапию (но-шпа), препараты, улучшающие почечный кровоток (трентал, курантил). Пациентам группы наблюдения дополнительно к

базисной терапии назначался Канефрон Н в дозе: по 2 таблетки 3 раза в сутки в течение 1 месяца. Пациенты контрольной группы Канефрон Н не получали.

Оценка эффективности комплексного лечения больных хроническим пиелонефритом проводилась по общепринятым клиническим (динамика изменений субъективного и объективного статуса) и дополнительными (лабораторными, инструментальными) методами исследования. Учитывались сроки изменения субъективного состояния больных (улучшение общего самочувствия, уменьшение болевого синдрома, дизурических расстройств, исчезновение или уменьшение отеков), а также объективных данных (выраженность интоксикационного синдрома, болезненность при пальпации в поясничной области, симптом поколачивания, наличие отеков, показатели артериального давления и сопутствующих осложнений). Подробно анализировались данные лабораторного исследования мочи, включая динамику изменений относительной плотности, показатели рН мочи. Оценивалась функция почек по биохимическим показателям (мочевина и креатинин крови, скорость клубочковой фильтрации).

На фоне проведенной терапии все пациенты отметили значительное облегчение клинических симптомов – практически полностью купировался болевой синдром, уменьшились дизурические расстройства, нормализовалась температура тела, улучшилось общее самочувствие. Учитывая динамику изменения данных объективного статуса, можно отметить исчезновение и значительное уменьшение выраженности симптома поколачивания, уменьшение отеков, полное купирование интоксикационного синдрома. Побочных эффектов, аллергических реакций на препарат за время наблюдения отмечено не было.

Особое внимание было обращено на выраженность и динамику изменения таких показателей как степень лейкоцитурии и бактериурии, сроки их купирования в основной группе наблюдения по сравнению с контрольной (Табл.1). Так, купирование лейкоцитурии в основной группе наблюдения с хроническим пиелонефритом (n=26) в сроке до 10 дней произошло 31% пациентов, с хроническим пиелонефритом на фоне мочекаменной болезни (n=10) у 25,2% пациентов, тогда как в контрольной группе (n=10) ни у одного пациента не наблюдалось купирования этих проявлений в течение 10-ти дневного наблюдения. в сроки более 10 дней у 38%, 65,6% у 20% пациентов соответственно, в сроке более 21 дней у 31%, 8,2% и у 80% соответственно.

Таблица 1. Показатели лейкоцитурии и бактериурии в динамике лечения больных основной и контрольной группы с хроническим пиелонефритом

Сроки ирования	Группа Канефрона с хроническим пиелонефритом (n=26)		Группа Канефрона с хроническим пиелонефритом на фоне МКБ (n=10)		Контрольная группа(N=10)	
	Лейкоцитурия (%)	Бактериурия (%)	Лейкоцитурия (%)	Бактериурия (%)	Лейкоцитурия (%)	Бактериурия (%)
До 10 дней	31,2	29,4	25,2	24	0	0
Более 10 дней	38,8	52,1	65,6	74,6	22,3	28,4
Более 21 дня	30	18,5	8,2	1,4	77,7	71,6

Купирование бактериурии в основной группе наблюдения с хроническим пиелонефритом (n=26) в сроке до 10 дней произошло у 29,4% пациентов, с хроническим пиелонефритом на фоне МКБ (n=10) у 24 %, тогда как в контрольной группе (n=10) в сроки до 10 дней ни у одного

пациента подобного купирования не отмечалось (табл.1). Сроки купирования более 10 дней у наблюдались у 52,1%, 74.6% и 28,4 % пациентов соответственно, а в сроки более 21 дней у 18,5%, 1,4% и у 71,6% соответственно.

Таблица 2. Показатели рН и относительной плотности мочи больных с хроническим пиелонефритом в динамике лечения

Сроки	Группа Канефрона с хроническим пиелонефритом (n=26)		Группа Канефрона с хроническим пиелонефритом на фоне мочекаменной болезни (n=10)		Контрольная группа(n=10)	
	Рн мочи	Отн. плотность	Рн мочи	Отн.плотность	Рн мочи	Отн. плотность
Начальные (при обращении)	5,0±0,14	1016±1,4	5,0±0,3	1018±1,4	5,0±0,2	1017±1,2
Через 14 дней:	5,4±0,32	1020±1,2	5,4±0,2	1020±0,5	5,1±0,1	1019±1,1
Через 2 месяца:	5,6±0,22	1020±1,1	5,6±0,4	1020±1,3	5,1±0,12	1020±1,3

Аналогичным образом анализированы, в частности показатели относительной плотности и рН мочи обследованных пациентов (табл.2). Средние значения рН мочи при обращении в группе с хроническим пиелонефритом 5,0±0,14, в группе с хроническим пиелонефритом на фоне МКБ 5,0±0,3, в контрольной группе 5,0±0,2, через 14 дней 5,4±0,32, 5,4±0,2 и 5,1±0,1 соответственно, через 2 месяца 5,6±0,22, 5,6±0,4 и 5,1±0,12 соответственно.

Средние значения относительной плотности мочи при обращении в группе с хроническим пиелонефритом 1016±1,4, в группе с хроническим пиелонефритом на фоне МКБ 1018±1,4, в контрольной группе 1017±1,2, через 14 дней 1020±1,3, 1020±0,5 и 1019±1,1 соответственно, через 2 месяца 1020±1,4, 1020±1,3 и 1020±1,3 соответственно.

Выводы

Применение комбинированного растительного препарата Канефрон®Н в сочетании с базисной терапией при лечении хронического пиелонефрита оправдано ввиду его способности потенцировать эффекты компонентов базисной терапии, сокращать сроки лечения больных, не вызывая побочных эффектов.

Комплекс фармакологических эффектов фитопрепарата Канефрон® Н (противовоспалительное, антибактериальное, спазмолитическое, диуретическое действия) способствуют улучшению общеклинических и лабораторных показателей мочи, в комплексе с применением с антибактериальной терапией уменьшает сроки купирования основных проявлений мочевого синдрома - лейкоцитурии и бактериурии.

ЛИТЕРАТУРА

Перепанова Т.С., Хазан П.Л. Растительный препарат Канефрон®Н в лечении и профилактике инфекций мочевых путей //Врачебное сословие, 2005; 4-5:44-46.

*Пытель Ю.А., Амосов А.В. Растительный препарат Канефрон в урологической практике// Лечащий врач,1999;6:38-39.
Иванова Д.Д., Назаренко В.И., Кушниренко*

С.В., Крот В.Ф., Таран Е.И. Терапевтические возможности препарата Канефрон® Н при инфекциях мочевых путей у пациентов с сахарным диабетом типа 2 и метаболическим синдромом //Здоровье Украины, 2004;21:27-28

Гресь А.А., Вошула В.И., Рыбина И.Л., Шлома Л.П. Канефрон® Н в лечении инфекций мочевых путей. //Медицинские новости, 2004;8:89-93.

Калинина С.Н., Тиктинский О.Л. Роль

Канефрона Н при лечении хронического пиелонефрита и профилактике его осложнений. // Урология, 2006;1:22-25.

Борисов В.В., Гордовская Н.Б., Шилов Е.М. Фитотерапия препаратом Канефрон Н в нефрологической практике: настоящее и перспективы//Клиническая нефрология, 2010;6:39-42.

Сейсембеков Т.З., Касымова А.К., Заря Ж.Г., Досмухамедова Е.А., Джунусова М.Б.

СОЗЫЛМАЛЫ ПИЕЛОНЕФРИТТИ КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕ КАНЕФРОН® Н ҚОЛДАНУ

Созылмалы пиелонефритпен 49 науқасқа базисті антибактериялды терапияға қосымша Канефрон® Н-ды қолданған науқастың жалпы клиникалық жағдайын жақсартты және лейкоцитурия мен бактериурияның уақытын қысқартты.

Seisembekov T.Z., Kasimova A.K., Zarya G.G., Dosmuhamedova E.A., Junussova M.B.

CANEPHRON® N IN COMBINED TREATMENT OF CHRONIC PYELONEPHRITIS

Administration of Canephron® N to the 49 patients with chronic pyelonephritis in addition to the basic antibiotic therapy showed a significant improvement in general clinical status and decreasing of leukocyturia and bacteriuria.



УДК 614.2:616.084

Сейтенова К.К.

ОБРАЩАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПО ПОВОДУ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗОВ

ГККП «Станция скорой медицинской помощи города Астаны»

Частота обращений населения по поводу артериальной гипертензии (АГ) остается на протяжении последних трех лет стабильно высокой, оставаясь ведущей патологией среди заболеваний сердечнососудистой системы.

Цель исследования. Изучить обращаемость населения за скорой медицинской помощью по поводу гипертензивных кризов.

Материалы и методы исследования. Анализ обращаемости населения крупного города за неотложной медицинской помощью по поводу (АГ) проведен и основан на результатах статистического анализа карт вызовов станции скорой медицинской помощи Астаны (ГССМП) за период 2009-2011 гг. на базе.

Результаты исследования. Как показал статистический анализ обращаемость населения за скорой и неотложной медицинской помощью имеет достаточно стабильную тенденцию - ежегодно до 30-35% населения прибегает к услугам службы «103» при этом, от общего числа

обращений от 20,4 до 22,8% вызовов приходится на заболевания сердечно-сосудистой системы.

При определении прогнозных уровней обращаемости населения по поводу АГ было установлено, что они имеют вид экспоненциальной возрастающей с незначительными отклонениями «чернового» тренда от выровненных рядов.

Полученные данные в определенной степени отражают состояние медицинского обслуживания населения врачами амбулаторно-поликлинической службы города. Поликлиники города не заинтересованы в полном охвате населения, так как это требует дополнительных средств и усилий с одной стороны, а с другой - поликлиника выполняет план посещений за счет самостоятельно обратившихся прикрепленных жителей.

Такой подход к обслуживанию населения на поликлиническом уровне ведет к увеличению нагрузки на ГССМП. Наряду с этим увеличению частоты обращаемости за скорой медицинской

помощью населения по поводу АГ могут способствовать социально-экономические причины: низкие бытовые и материальные условия жизни населения, малая доступность населения к необходимым диагностическим исследованиям на амбулаторно-поликлиническом этапе, а также доступность службы скорой медицинской помощи.

Данное положение подтверждается анализом обращаемости населения в зависимости от пола и возраста больных. Наиболее часто за медицинской помощью обращаются женщины (75,2%), по сравнению с мужчинами (24,8%).

Анализ структуры вызовов бригад скорой помощи в зависимости от возраста больных показал, что обращаемость населения по поводу АГ увеличивается с возрастом: с 2,2% (20-29 лет) до 38,1% (в 70 лет и более). Наиболее часто за медицинской помощью обращаются больные старших возрастов 51-60, 61-70, 70 лет и более (17,2, 26,2 и 33,2% соответственно).

При этом обращаемость мужчин молодого возраста (до 50 лет) достоверно чаще по сравнению с женщинами (18,1 против 15,9% соответственно).

В старших возрастных группах обращаемость мужчин также как и женщин практически одинаковая, достигая более высоких цифр среди больных 60-69 и 70 лет и более.

Высокая обращаемость населения старших возрастов по поводу АГ по-видимому связана с изменившейся ситуацией по медицинскому обслуживанию населения, отсутствием профилактических мероприятий среди данного контингента и, в немалой степени, изменением диагностических критериев АГ, новыми подходами к лечению и обследованию больных [1].

При анализе структуры причин гипертонических кризов (ГК) было отмечено, что наиболее частыми пациентами бригад скорой помощи являются больные гипертонической болезнью II стадии (55,7%), в 14,2% - III стадии, а в 12,4% - I стадии, что еще раз показывает

недостаточную работу врачей первичного звена по лечению и профилактике АГ среди населения.

Примерно в 90% случаев больные после стационарного лечения в дальнейшем не наблюдаются на уровне поликлинического звена, не проводится их реабилитация и диспансеризация.

В 10,8% и 5,9% случаев ГК возникали у больных с симптоматическими артериальными гипертензиями (САГ) и установленным диагнозом нейроциркуляторной дистонии.

Как известно, клинические варианты ГК определяются скоростью нарастания системной артериальной гипертензии и степенью нарушения регионарного кровообращения. При этом, по доминирующим клиническим проявлениям различают церебральный, кардиальный и смешанный варианты ГК.

Вместе с тем, все варианты ГК в той или иной степени сопровождаются церебральными симптомами. При анализе клинической симптоматики гипертонических кризов у 385 больных было установлено, что ведущими являлись жалобы церебрального характера - головная боль (76,3%), головокружение (32,8%), шум в ушах (15,7%). В 11,4% случаев описанные жалобы сопровождались тошнотой и рвотой, в 10,5 % - общей слабостью. Кардиальные проявления ГК в виде болей в области сердца, учащенного сердцебиения отмечались в 8,9 и 7,3 % случаев соответственно.

Выводы. Таким образом, полученные нами предварительные данные свидетельствуют, что наиболее частой причиной обращения населения за скорой медицинской помощью, особенно среди женщин и лиц старших возрастов, является ГК, который чаще развивается при эссенциальной артериальной гипертензии (83,3%) и сопровождается преобладанием общемозговой симптоматикой.

Согласно прогнозу, ежегодно число обращений по поводу артериальной гипертензии будет возрастать на 0,2% [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Арабидзе Г.Г. Гипертонические кризы: классификация, диагностика осложнений, лечение //Кардиология. - 2003. - №10. - С. 86-90.
2. Доклад комитета экспертов ВОЗ. Борьба с артериальной гипертензией //Женева. - 2004.

Сейтенова К.К.

ГИПЕРТЕНЗИЯЛЫҚ КРИЗ БОЙЫНША ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМ КӨМЕГІНЕ СҮЙЕНГЕН НАУҚАСТАРДЫҢ КӨРСЕТКІШТЕРІН ТАЛДАУ

Өткізілген зерртеу, халықтың жедел медициналық жәрдемге хабарласуларының, әсіресе әйел адамдар мен жасы үлкен азаматтардың, жиі себеббі болып жалпы ми симптоматикасы ілесекен гипертоникалық криз екенін көрсетті.

Seitenova K.K.

NEGOTIABILITY OF PATIENTS BEHIND THE EMERGENCY MEDICAL SERVICE
APROPOS GIPERTENSIA OF CRISES

The conducted research has shown that the most frequent reason of the reference of the population behind the first help, especially among women and persons of advanced ages, is the hypertensive crisis in overwhelming number of cases accompanied brain semiology.



УДК: 616.24-3-006(574.1)

Сиджанов М.Ж.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЛЕГКОГО И ПИЩЕВОДА В
АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ

КГП на ПХВ « Атырауский областной онкологический диспансер».

В Атырауской области по показателям заболеваемости и смертности от злокачественных заболеваний рак пищевода и легкого занимают одно из ведущих мест среди других онкологических заболеваний. Остается высоким и случаи запущенных форм раков данной локализации, свыше 70% больных в момент выполнения хирургической операции выявляется III или IV стадии заболевания. Целью данного исследования является изучить динамику заболеваемости раком легкого и пищевода по Атырауской области.

Методы исследования: после обработки статистических и архивных данных по Республике Казахстан и данные КГП на ПХВ « Атырауский областной онкологический диспансер» выявлено, что заболеваемость раком легкого на 100000 населения в 2006г., по Казахстану составляет – 23,8, по Атырауской области – 19,5. В 2011г. – 20,9, и 18,2 соответственно. Смертность от рака легкого на 100000 населения в 2006г. по Казахстану – 20,2, по Атырауской области – 17. В 2011г. – 17,2 и 16,9 соответственно. Ранняя диагностика рака легкого (I- II стадии) в 2006г. по Казахстану составила – 21%, по Атырауской области – 16,5%. В 2011г. – 23,3% и 28,9% соответственно. Поздняя диагностика рака легкого (IV стадия) в 2006г., по Казахстану составила -21,7%, по Атырауской области – 20,9%. В 2011г. – 22,9% и 12,4% соответственно. В КГП на ПХВ « Атырауский областной онкологический диспансер» на период с 2006 по 2011 г.г. больных с впервые в жизни установленным диагнозом рак легкого зарегистрировано 602 случаев. Диагноз подтвержден морфологически у 451(74,9%) больных, 139 (23%) пациентов выявлено при профилактическом осмотре. Распределение больных по стадиям: I-II стадия - 124 (20,5%), III стадия - 382 (63,4%), IV стадия - 92 (15,2%). Из них мужчин - 498 , женщин - 104 .

Исследования по раку пищевода: заболеваемость раком пищевода на 100000 населения в 2006г. по Казахстану составила – 9,3, по Атырауской области - 14,5. В 2011г. - 8,1 и 13,8 соответственно. Смертность от рака пищевода на 100000 населения в 2006г. по Казахстану составила – 8,1, по Атырауской области – 16,4. В 2011г. – 6,3 и 10,2 соответственно. Ранняя диагностика рака пищевода (I- II стадии) в 2006г. по Казахстану составила - 28,1%, по Атырауской области - 25%. В 2011г. – 36,7% и 48,6% соответственно. Поздняя диагностика рака пищевода (IV стадия) в 2006г. по Казахстану составила – 9,8%, по Атырауской области – 5,9%. В 2011г. – 7,6% и 5,4% соответственно. В КГП на ПХВ «Атырауский областной онкологический диспансер» на период с 2006 по 2011 г.г. больных с впервые в жизни установленным диагнозом рак пищевода, зарегистрировано 408 случая. Из них 46 (11,2%) больных выявлены при профилактическом осмотре. У 369 (90,4 %) больных диагноз подтвержден морфологически. Распределение больных по стадиям: I- II стадия - 149 (36,5%), III стадия - 241 (59%), IV стадия - 17 (4,1%). Из них мужчин - 232 , женщин - 176 .

Результаты исследования: Специальному лечению пациентов с раком легкого подлежало 497 (82,5%) больных, из них лечение закончили - 368 (61,1%), хирургическое лечение – 32 (6,4%), химиотерапию - 172(34,6 %), комбинированное лечение - 1 (0,2%), комплексное лечение - 13 (2,6%), химио-лучевое лечение – 2 (0,4%). Более 5 лет живут 30,4% пациентов. Специальному лечению пациентов с раком пищевода подлежало 273 (66,9%) больных, из них лечение закончили - 132 (48,3 %), хирургическое лечение - 28 (21,2%), химиотерапию - 27 (20,4%), лучевую терапию - 71 (53,7 %), комплексное лечение - 2 (1,5%), химиолучевую терапию - 3 (2,2%). Более 5 лет живут 31,2% пациентов. В КГП на

ПХВ «Атырауский областной онкологический диспансер» за период с 2006 по 2011 г.г. проведены следующие виды радикальных оперативных вмешательств по поводу рака легкого и пищевода: пульмонэктомия - 21, лобэктомия - 17, билобэктомия - 1, операция по типу Льюиса - 12, операция типа Добрамыслова-Торека - 1.

Заключение: основным методом лечения, как рака легкого, так и рака пищевода является хирургический, совершенствование хирургической техники с применением современных сшивающих аппаратов, специальная подготовка больных, дает возможность улучшить непосредственные результаты оперативного лечения больных данных патологий. Появление новых прогностических и предсказывающих маркеров, препаратов биологической

направленности, улучшили показатели по раннему выявлению рака легкого и пищевода. Внедрение в Республике Казахстан с 2013 скрининговой программы по раннему выявлению рака пищевода безусловно улучшит ситуацию с выявляемостью, лечением и продолжительностью жизни у данной категории больных. Для успешного выявления ранних стадий рака легкого необходимо более активно применять эндоскопические методы исследования у групп риска по раку легкого с цитологическим исследованием мокроты, взятием браш- биопсии. И наконец самое главное необходимо ужесточать меры по запрещению курения в общественных и государственных учреждениях, отпуске табачных изделий несовершеннолетним и всех видов реклам на телевидении, СМИ и интернет ресурсах.

Сиджанов М.Ж.

АТЫРАУ ОБЛЫСЫНДАҒЫ ӨКПЕ ЖӘНЕ АСҚАЗАН ОБЫРЫ АУРУЛАРЫНЫҢ ДИНАМИКАСЫ

Хирургиялық жол, өкпе обыры және асқазан обыры емінде маңызды әдіс болып саналады. Хирургиялық техниканың шарықтауы, заманауи тігетін аппараттар, аурулардың арнайы дайындығы, патологиялық аурудың емін дұрыс нәтиже беруге мүмкіндік жасайды. Алдын алу және болжау маркерлері жаңадан пайда болуы, биологиялық препараттың бағытталуы, өкпе және асқазан обырының ерте анықтау көрсеткіштерін жақсартады.

Sidzhanov MJ

DYNAMICS INCIDENCE OF LUNG CANCER AND ESOPHAGUS IN ATYRAU REGION

The main method of treatment as lung cancer and esophageal cancer is surgery, improved surgical techniques using advanced suturing devices, special training of patients, provides an opportunity to improve the immediate results of surgical treatment of patients with these disorders. The emergence of new prognostic and predictive markers of biological agents focus, improved performance for the early detection of lung cancer and esophagus.



УДК: 616.34-08-006-039(574.12)

Сиджанов М.Ж.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ НА ПЕРИОД С 2006-2011 ГОДЫ

КГП на ПХВ «Атырауский областной онкологический диспансер»

Цель: колоректальный рак в последние годы привлекает все большее внимание врачей. Отмечается интенсивный рост количества больных и вместе с ним рост летальности от данной патологии. Высокий темп заболеваемости отмечается в странах Западной Европы и Северной Америки, где колоректальный рак уверенно занимает ведущее место среди других онкологических заболеваний. Остается высоким и случаи запущенных форм рака данной

локализации, почти у 70% больных в момент выполнения хирургической операции выявляется III или IV стадии заболевания. В республике Казахстан ежегодно выявляются более 2000 новых больных данной нозологической формы, но тенденции к росту не отмечается. По показателям смертности, рак прямой кишки и ободочной кишки прочно удерживает 6-7 место в структуре заболеваемости. Целью данного исследования является изучить динамику заболеваемости

колоректальным раком по Атырауской области.

Методы исследования: после обработки статистических и архивных данных по Республике Казахстан и данные КГП на ПХВ «Атырауский областной онкологический диспансер» выявлено, что заболеваемость раком ободочной кишки на 100000 населения в 2006г. по Казахстану составляет – 7,8, по Атырауской области – 2,9. В 2011г. – 8, и 4,1 соответственно. Смертность от рака ободочной кишки на 100000 населения в 2006г. по Казахстану – 5,1, по Атырауской области – 2,3. В 2011г. – 4,8 и 3,9 соответственно. Ранняя диагностика рака ободочной кишки (I- II стадии) в 2006г. по Казахстану составила – 25,3%, по Атырауской области – 14,3%. В 2011г. – 36,5% и 40,9% соответственно. Поздняя диагностика рака ободочной кишки (IV стадия) в 2006г. по Казахстану составила - 19,7%, по Атырауской области – 21,4%. В 2011г. – 17,5% и 13,6% соответственно. В КГП на ПХВ «Атырауский областной онкологический диспансер» на период с 2006 по 2011 г.г. больных с впервые в жизни установленным диагнозом раком ободочной кишки зарегистрировано 149 случаев. Диагноз подтвержден морфологически у 131(87,9%) больных, 11 (7,3%) пациентов выявлено при профилактическом осмотре. Распределение больных по стадиям: I-II стадия - 48 (32,2%), III стадия - 65 (43,6%), IV стадия - 36 (24%). Из них мужчин - 67, женщин - 82.

Исследования по раку прямой кишки: заболеваемость раком прямой кишки на 100000 населения в 2006г. по Казахстану составила – 7,4, по Атырауской области - 2,9. В 2011г. – 7,5 и 3,5 соответственно. Смертность от рака прямой кишки на 100000 населения в 2006г. по Казахстану составила – 5,1, по Атырауской области – 4,8. В 2011г. - 4,5 и 2,4 соответственно. Ранняя диагностика рака прямой кишки (I - II стадии) в 2006г. по Казахстану составила - 42,3%, по Атырауской области - 50%. В 2011г. – 61,5% и 68,4% соответственно. Поздняя диагностика рака прямой кишки (IV стадия) в 2006г. по Казахстану составила - 16,6%, по Атырауской области – 21,4%. В 2011г. – 13,3% и 21,1% соответственно. В КГП на ПХВ «Атырауский областной онкологический диспансер» на период с 2006 по 2011 г.г. больных с впервые в жизни установленным диагнозом

рак прямой кишки, зарегистрировано 102 случая. Из них 32 (31,3%) больных выявлены при профилактическом осмотре. У 99 (97 %) больных диагноз подтвержден морфологически. Распределение больных по стадиям: I- II стадия - 67 (65,6%), III стадия - 18 (17,6%), IV стадия - 17 (16,6%). Из них мужчин - 57, женщин - 45.

Результаты исследования: Специальному лечению пациентов с раком ободочной кишки подлежало 116 (77,8%) больных, из них лечение закончили - 59 (49,1%), хирургическое лечение - 31(52,5 %), химиотерапию - 4(6,7 %), комбинированное лечение - 1 (1,6%), комплексное лечение - 23 (38,9%). Более 5 лет живут 47,4% пациентов. Специальному лечению пациентов с раком прямой кишки подлежало 71 (69,6%) больных, из них лечение закончили - 46 (64,7 %), хирургическое лечение - 14 (19,7%), химиотерапию - 6 (8,4 %), лучевую терапию - 5 (7 %), комплексное лечение - 16 (22,5%), химиолучевую терапию - 5(7%). Более 5 лет живут 50,3% пациентов. В КГП на ПХВ «Атырауский областной онкологический диспансер» за период с 2006 по 2011 г.г. проведены следующие виды радикальных оперативных вмешательств по поводу колоректального рака: правая гемиколэктомия - 16, левая гемиколэктомия - 8, полная колэктомия - 1, резекция поперечно-ободочной кишки - 2, операция Гартмана - 2, резекция сигмовидной кишки - 2, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки - 14.

Заключение: основным методом лечения колоректального рака является хирургический, совершенствование хирургической техники с применением современных сшивающих аппаратов, достижения анестезиологии, специальная подготовка больных, дает возможность улучшить непосредственные результаты оперативного лечения больных колоректальным раком. Появление новых прогностических и предсказывающих маркеров, препаратов биологической направленности расширили терапевтические подходы. Внедрение в Республике Казахстан скрининговой программы по раннему выявлению колоректального рака безусловно улучшит ситуацию с выявляемостью, лечением и продолжительностью жизни у данной категории больных.

Сиджанов М.Ж.

АТЫРАУ ОБЛЫСЫНДАҒЫ 2006-2011 ЖЫЛДАРДАҒЫ ТІК ЖӘНЕ ТОҚ ІШЕКТЕРДІҢ ОБЫР АУРУЫНЫҢ ДИНАМИКАСЫ

Тік және тоқ ішек обырдың негізгі емдеу әдісі хирургиялық әдіс болып табылады. Заманауи тігуші аппараттың қолдануымен хирургиялық техниканың шарықтауы, анестезиология жетістіктері, ауруларды арнайы дайындауы тік және тоқ ішек обырымен ауыратын науқастардың оперативті емдеуінде жақсы нәтижеге жетуге мүмкіндік береді. Қазақстан Республикасында скрининг бағдарламаның енгізілуі тік және тоқ ішек обырдың анықталуын, осы категориядағы науқастардың емін және өмірінің ұзартуын жақсартады.

DYNAMICS OF INCIDENCE OF COLORECTAL CANCER IN THE ATYRAU REGION FOR THE PERIOD FROM 2006-2011

Main treatment for colorectal cancer is surgery, improvement of surgical techniques using modern suturing devices; achievement of Anesthesiology, special training of patients, provides an opportunity to improve the immediate results of surgical treatment of patients with colorectal cancer. Introduction in Kazakhstan skrining program for the early detection of colorectal cancer will improve detestability, and life expectancy in these patients.



УДК 616.12-008-085:615

Сливкина Н.В.

ПРИМЕНЕНИЕ АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

АО «Медицинский университет Астана», Астана

Известно, что в патогенезе многих заболеваний, особенно сердечно-сосудистой системы (ССС), существенную роль играет вегетативный дисбаланс. В одних ситуациях он выступает в качестве первопричины патологического процесса (нейроциркуляторная дистония, нарушения ритма и проводимости, гипертоническая болезнь), в других - в виде предрасполагающего фактора (атеросклероз, ишемическая болезнь сердца). Нарушения в состоянии вегетативной нервной системы могут также осложнять течение органического заболевания (рефрактерная сердечная недостаточность, вегетативные кризы). Поскольку показатели кардиоинтервалограммы адекватно отражают состояние вегетативной нервной системы, они несут существенную информацию о реактивности организма при наличии той патологии, в генезе которой первостепенное значение имеет вегетативный дисбаланс. Поэтому в настоящее время в клинической и профилактической медицине находит все более широкое применение метод математического анализа сердечного ритма, или анализ вариабельности сердечного ритма. Данный метод основан на рассмотрении сердечного ритма (СР) как случайного процесса, представленного временным рядом кардиоинтервалов, к которому применимы различные методы статистической обработки [1]. Подобный временной ряд сердечного ритма содержит информацию не только о сердечной деятельности, но и о деятельности регуляторных систем, управляющих многочисленными функциями целостного

организма [2; 3]. Таким образом, используя СР как интегральный показатель процессов регуляции, становится возможным получить оценку состояния адаптации организма в целом, функционирования вегетативной нервной системы в соматическом и психосоматическом аспектах [4]. Актуальность использования статистического анализа СР в кардиологии обусловлена его высокой чувствительностью как индикатора функционального состояния сердечно-сосудистой системы [4]. Анализ вариабельности сердечного ритма производится путем статистической обработки временных рядов интервалов R-R ЭКГ. При этом выделяют вариабельность сердечного ритма в целом (HRV), имеющую комплексный, многофакторный характер, и дыхательную синусовую аритмию, являющуюся одной из ее составных частей и преимущественно связанную с парасимпатической активностью [5]. Учитывая роль парасимпатической нервной системы, в первую очередь *n. vagus*, в обеспечении гомеостаза и сопротивляемости стрессу, как отдельный показатель выделяется вагусный тонус, который рассматривается как интегральный показатель гомеостаза [4, 6], или показатель подверженности стрессу.

При анализе кардиоинтервалографии используются как общестатистические показатели - параметры гистограммы СР, параметры распределения СР, так и производные от них специализированные индексы. Среди последних - индекс вегетативного равновесия, вегетативный показатель ритма, показатель

адекватности процессов регуляции [7]; индекс напряжения [7; 8]; индекс парасимпатических влияний [9]; SDNN - стандартное отклонение RR-интервалов; SDANN - стандартное отклонение средних кардио- интервалов за несколько 5-минутных периодов анализа; RMSSD-квадратный корень суммы квадратов разностей смежных кардиоинтервалов; NN50 - число смежных кардиоинтервалов за эпоху анализа, отличающихся более чем на 50 мсек и др. При анализе спектров СР выделяются, по меньшей мере, два частотных диапазона: высокочастотный (HF, около 0.25 Гц) и низкочастотный (LF, около 0.1 Гц). Аналогичные частотные диапазоны прослеживаются в отношении системы регуляции артериального давления. Амплитуда высокочастотной компоненты HRV (в диапазоне от 0.16 до 0.40 Гц) рассматривается как показатель вагусных влияний на СР, в то время как низкочастотная компонента variability СР считается маркером симпатической активности [4]. Соответственно соотношение LF/HF представляется индексом вагусно-симпатического взаимодействия, или вегетативного баланса. По другим источникам, в спектре СР выделяют три частотных диапазона [10]: 1) низкочастотный (от 0.02 до 0.06 Гц), тесно связанный с регуляцией температуры тела; 2) среднечастотный (от 0.07 до 0.14 Гц), связанный с системой краткосрочной регуляции артериального давления (АД); 3) высокочастотный (от 0.1 до 0.5 Гц), наиболее широкий, отражающий текущие респираторные влияния на СР - дыхательная синусовая аритмия (RSA). Данный компонент наиболее нестабилен, его положение в частотном спектре изменяется при изменении частоты дыхания. Среднечастотный диапазон отражает активность как симпатического, так и парасимпатического звена регуляции. В спектре СР принято выделять дыхательные волны (ДВ) с периодом от 3 до 5 с, медленные волны первого порядка (MB1, с периодом 10-30 с), второго порядка (MB2, с периодом 30-90 с) и медленные волны более низких порядков (MB0) с периодами от нескольких минут до десятков часов [1]. По динамике соотношения спектральной плотности СР в этих диапазонах дается оценка соотношения автономного и центрального контуров управления ритмом сердца: усиление ДВ указывает на активацию автономного контура управления, усиление MB - центрального контура. Децентрализация управления наблюдается при оптимизации функционального состояния, когда автономный уровень регуляции не нуждается в коррекции со стороны более высоких уровней, централизация - при стрессе [4].

Показатели variability сердечного ритма широко используются в диагностике различных патологических состояний сердечно-сосудистой системы, в особенности связанных с психоэмоциональным стрессом. Так например, при

функциональной сердечной боли обнаруживается значительно более высокая текущая вариация СР, чем при стенокардитическом болевом синдроме. Показатель LF/HF значимо выше у пациентов с выраженными симпато-адреналовыми проявлениями. Отчетливые динамические сдвиги данного показателя наблюдаются при использовании β -адреноблокаторов.

Физиологические механизмы, лежащие в основе феномена вариации сердечного ритма играют важную роль в генезе начальной стадии повышения артериального давления. Показано, что лежащие в основе вариации сердечного ритма кардиопульмональные рефлекторные механизмы заметно усиливают свою активность у лиц с пограничной артериальной гипертензией [4]. У пациентов с коронарной патологией и избыточной реактивностью диастолического АД в условиях эмоционального стресса, т.е. избыточной симпатической активности, амплитуда высокочастотной компоненты HRV (от 0.16 до 0.40 Гц) существенно ниже, чем у пациентов с низкой реактивностью диастолического АД [4].

Одним из наиболее распространенных функциональных расстройств среди подростков и молодежи является нейроциркуляторная дистония (НЦД). При этом наблюдаемые изменения в системе управления ритмом сердца отражают наиболее ранние проявления вегетативного дисбаланса. У большинства подростков, имеющих замедление атриовентрикулярной проводимости, показатели кардиоинтервалограммы свидетельствуют об увеличении вагусных влияний на ритм сердца ($AMo - 20-30\%$, $Mo - 0.7+0.01$ сек, $DX - 0.26-0.5$ сек, $ИН -$ ниже 40 усл. ед.). У этих подростков, по данным ортостатической пробы, ваготоническая направленность функционирования сердечно-сосудистой системы сохраняется и при переходе в вертикальное положение. Однако, в ряде случаев возможно резкое увеличение AMo , $ИН$, уменьшение DX и повышение отношения $ИН2/ИН1$, что указывает на гиперсимпатикотоническую реактивность. Последняя свидетельствует о срыве адаптационно-компенсаторных механизмов регуляции работы сердца и подтверждает наличие синдрома вегетососудистой дистонии.

Большую диагностическую информацию содержат данные кардиоинтервалограммы у подростков с нарушением процессов реполяризации на ЭКГ (уменьшение амплитуды зубца Т в отведениях I, II, V5, V6), обусловленным симпатикотонией. Обнаруживается уменьшение Mo (0.58-0.62 сек), DX (0.09-0.12 сек), увеличение AMo (37-41%) и $ИН$ (120-220 усл. ед.). Эти сдвиги свидетельствуют об увеличении симпатико-адренергических воздействий и централизации управления сердечным ритмом. Высокие величины $ИН$ при этом указывают на развитие в организме выраженного напряжения регуляторных систем. Следует отметить, что

примерно у 1/3 обследованных с нарушением процессов реполяризации отмечается исходная ваготоническая направленность в функционировании сердечно-сосудистой системы. Последняя имеет компенсаторный характер, поскольку вегетативная реактивность у этих подростков носит симпатикотоническую направленность. Необходимо подчеркнуть, что если на фоне исходной симпатикотонии по данным отношения ИН2/ИН1 выявляются вагусные сдвиги, то они также свидетельствуют о компенсации защитно-приспособительных механизмов, направленных на предотвращение нейродистрофических изменений в миокарде.

Преимущественно ваготонические сдвиги параметров клино-ортостатической пробы имеют подростки с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта. Обнаружение у них гиперсимпатикотонической реактивности при переходе в ортоположение указывает на повышенную вероятность возникновения у них приступов пароксизмальной тахикардии.

Таким образом, выявление вегетативной дисфункции у больных нейро-циркуляторной дистонией, по данным кардиоинтервалографии, позволяет подойти к назначению адекватной терапии. Подросткам с преимущественно симпатикотоническими сдвигами параметров кардиоинтервалографии по исходному ИН, а также с гиперсимпатикотонической реактивностью при отношении ИН2/ИН1

больше 3 назначается терапия, направленная на уменьшение симпатических влияний вегетативной нервной системы, в виде сбора седативных трав. Эти препараты не показаны детям с исходным ваготоническим тонусом и недостаточной вегетативной реактивностью при отношении ИН2/ИН1 меньше 1, так как они могут еще более усугублять имеющиеся отклонения. В подобных ситуациях показано назначение препаратов, стимулирующих симпатический отдел вегетативной нервной системы (настойка заманихи, элеутерококка, жень-шеня, радиолы), глюконата кальция, аскорбиновой кислоты, витамина В6.

При выявлении гиперсимпатикотонической реактивности у подростков с исходными парасимпатическими сдвигами кардиоинтервалографии (синдром WPW, атриоventрикулярная блокада 1 степени, экстрасистолия) целесообразна седативная терапия (сбор трав), а также вегетотропные препараты, влияющие на оба отдела вегетативной нервной системы. Следует подчеркнуть, что кардиоинтервалография является также методом объективной оценки эффективности лечения подростков с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы. Нормализация параметров кардиоинтервалографии свидетельствует об эффективности проводимой терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский Р.М. *Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии.* - М.: Наука, 1979. - 296 с.
2. Баевский Р.М., Берсенева А.П., Максимов А.Л. *Валеология и проблема самоконтроля здоровья в экологии человека.* - Ч.1. Магадан: СВНЦ ДВО РАН, 1996. - 55 с.
3. Казначеев В.П., Баевский Р.М., Берсенева А.П. *Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения.* - Л.: Медицина, 1980. - 208 с.
4. Гизатуллин Р.Х., Сандомирский М.Е., Еникеев Д.А., Стоянов А.С. *Анализ variability сердечного ритма и его применение в психиатрии.* // *Здравоохранение Башкортостана.* 1998. NN 5-6. С. 136-142.
5. Coker R., Koziell A., Oliver C., Smith S.E. *Does the sympathetic nervous system influence sinus arrhythmia in man?* // *The Journal of Physiology.* 1984. - V. 356 - Pp. 459-464.
6. Porges S.W. *Vagal tone: a physiologic marker of stress vulnerability.* // *Pediatrics.* 1992. - V. 90 № 3 Pt 2 - Pp. 498-504.
7. Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. *Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе.* - М.: Наука, 1984. - 225 с.
8. Сидоренко Г.И. *Ранняя инструментальная диагностика гипертонической болезни и атеросклероза.* - Минск: Беларусь, 1973. - 232 с.
9. Цветовский С.Б., Амбурцев М.М., Крестинина Л.Н. *Обеспечение автоматизированного анализа сердечного ритма.* // *Медицинская техника,* № 2, 1989. С. 33-37.
10. Jorna P.G.A.M. *Spectral analysis of heart rate and psychological state: A review of its validity as a workload index.* // *Biological psychology.* - 1992. - V. 34 - Pp. 237-257.

Сливкина Н.В.

ЖҮРЕК-ТАМЫР ЖҮЙЕСІНІҢ ҚЫЗМЕТТІК ЖАҒДАЙЫНЫҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫН ДИАГНОСТИКАЛАУДА ЖӘНЕ ЕМДЕУДЕ ЖҮРЕК ҒЫҒАҒЫНЫҢ ТОЛҚЫНДАРЫН ТАЛДАУДЫ ҚОЛДАНУ

Көптеген аурулардың ішінде, әсіресе, жүрек-тамыр жүйесі ауруларының патогенезінде вегетативті ауытқудың алатын орны ерекше. Қазіргі күні клиникалық және профилактикалық медицинада жүрек ғырғағының математикалық анализі кеңінен қолданылып жүр. Қазіргі күні жүрек-тамыр жүйесі аурулары кезінде жасөспірімдердің қызметтік бұзылыстарын диагностикалауда және емдеуде қолдану мәселесі кеңнен қолдау тауып отыр.

Slivkina N.V.

APPLICATION OF HEART RATE VARIABILITY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF FUNCTIONAL STATE OF CARDIOVASCULAR SYSTEM

In the pathogenesis of many diseases, especially cardiovascular system plays an essential role autonomic imbalance. Currently in clinical and preventive medicine is becoming more widely used method of mathematical analysis of cardiac rhythm. We discuss the possibility of its application in the diagnosis and treatment of functional disorders among adolescents, especially cardio-vascular system.



УДК: 616.831-005-08-036

Сутбаева Ы.О., Аширбекова Г.М., Бегимбетова Л.К., Айтжанова Ш.Г., Аширматова М.Т., Ережепова М.А.

ДИНАМИЧЕСКИ-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИНСУЛЬТА ПО ШКАЛЕ NIHSS

Медицинский университет Астана

Введение. Инсульт — серьезная клиническая, социальная и экономическая проблема. В настоящее время проявляется стремление клинической медицины к максимальной объективизации и количественному выражению показателей, характеризующих состояние больного, причем это касается не только данных инструментальных и лабораторных исследований, но и сведений, имеющих субъективный характер.

В практической неврологии для оценки тяжести неврологической симптоматики в остром периоде ишемического инсульта применяется шкала NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale, Brott T., Adams H.P., 1989). Это позволяет объективно подходить к состоянию больного с инсультом. Отдельные работы позволяют не только объективизировать степень тяжести состояния больного по шкале NIHSS, но и проводить прогностическую оценку исходов инсульта. Ценность оценки возрастает, если проводится оценка в динамике. Так, при оценке менее 10 баллов вероятность благоприятного исхода через 1 год составляет 60–70 %, а при оценке более 20 баллов — 4–16 %.

Суммарный балл по шкале позволяет логично,

соответственно тяжести течения инсульта определить прогноз заболевания. Однако, возможности данной широко распространенной шкалы для прогнозирования исхода инсульта изучены мало.

Цель. Провести прогностическую оценку ишемического инсульта по шкале NIHSS по каменноестическим данным

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 87 больных (средний возраст $68,2 \pm 7,26$ года) ишемическим инсультом в системе внутренней сонной артерии. Диагноз ишемического инсульта поставлен на основании анамнестических сведений, данных клинического осмотра и методов нейровизуализации (МРТ или КТ головного мозга). Обращалось внимание на отсутствие острого инфаркта миокарда, декомпенсированной соматической патологии, онкологического процесса, инфекционного или аллергического заболевания. Ишемический полушарный инсульт был первым в анамнезе.

Больным с завершённым инсультом назначалась унифицированная базисная терапия, направленная на нормализацию гомеостаза, центральной и церебральной гемодинамики. А

также актовегин в постинсультной реабилитации при умеренных когнитивных расстройствах и сосудистой деменции применяется до 1000 мг в сут. (Курс лечения в течении 4 недель 2 раза в год, эффект сохраняется 6 месяцев).

Согласованность изменения признаков оценивали методом корреляционного и дисперсионного анализов, а причинно-следственную связь и прогностическую значимость признаков – методами линейной и логистической регрессии. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Обсуждение. Проведен анализ обследования в динамике по шкале NIHSS и индексу Бартела (на 1, 3, 7, 14, 21 сутки) и через 6 мес. после выписки 87 больных инсультом (41 мужчина, 46 женщин). Основным сосудистым заболеванием у больных послужила артериальная гипертензия в сочетании с атеросклерозом. Другими ведущими (корригируемыми) факторами риска ишемического инсульта явились заболевания сердца (хронические формы ИБС) у 73 (84%) больных, гиперлипидемия у 67 (47, 1%) и сахарный диабет II типа у 44 (50,5%) больных. Согласно классификации TOAST (Adams H.P. et al., 1997), у 50 (57%) больных определен атеротромботический подтип инсульта, у 28 (32,2%) больных – кардиоэмболический подтип, и в 9 (10,3%) случаях этиология инсульта осталась неизвестной.

По степени восстановления неврологических функций на 21 сутки инсульта выжившие больные разделены на три группы (Таблица 1).

В Группу 1 (хорошее восстановление неврологических функций) вошли 30 (34,5%) больных, перенесших инсульт средней тяжести. Группу 2 (умеренное восстановление неврологических функций) составил 49 больной (56,3%), при этом 6 больных перенесли тяжелый инсульт и 43 больных – инсульт средней тяжести. Группу 3 (минимальное восстановление неврологических функций) составили 8 (9,2%) больных, перенесших тяжелый инсульт.

Хорошее восстановление неврологических функций или благоприятный исход заболевания (NIHSS ≤ 5 баллов; индекс Бартел ≥ 75 баллов). Нарушение функций ЦНС представлены легкой очаговой неврологической симптоматикой (двигательные нарушения, гипестезия, центральный парез VII и XII пар ЧМН, легкие нарушения речи). Могли отмечаться также легкие когнитивные расстройства (снижение уровня внимания, замедление темпа психических процессов, трудности запоминания новой информации) при отсутствии объективных свидетельств нарушений памяти, концентрации внимания или способности к обучению. Возможно полное самообслуживание больных и их частичная социальная адаптация.

Умеренное восстановление неврологических функций (NIHSS 6-10 баллов; индекс Бартел 70- 60 баллов). У больных отмечается умеренный очаговый неврологический дефицит, обусловленный различными клиническими синдромами частичного поражения в каротидной системе. Наряду с этим, может наблюдаться синдром легких или умеренных когнитивных нарушений. Возможны субклинически выраженная тревога/ депрессия. Характерна частичная зависимость больных от окружающих и полная социальная дезадаптация.

Минимальное восстановление нарушенных функций или неблагоприятный функциональный исход заболевания (NIHSS ≥ 12 баллов; индекс Бартел ≤ 50 баллов). У больных отмечается выраженный очаговый неврологический дефицит, представленный различными сочетаниями симптомов и синдромов поражения в каротидной системе. Отмечаются додементные когнитивные нарушения. Возможно не тяжелое депрессивное состояние. Для больных характерна полная зависимость от окружающих в повседневной жизни, социальная и психическая дезадаптация.

Таблица 1. Динамика неврологической симптоматики в остром периоде инсульта у 87 больных с различным восстановлением неврологических функций к 21 суткам заболевания ($P \leq 0.05$ *Student's t-test)

Группы больных n=87	NIHSS (баллы)			Индекс Бартел (баллы)
	1 сутки	14 сутки	21 сутки	21 сутки
Группа 1 n= 30	10,47 9,47; 11,48	7,15* 6,19; 9,0	5,31* 4,79; 5,82	78,58 76,19; 80,96
Группа 2 n=49	13,61 12,33; 14,86	12,23 10,16; 14,11	9,98* 8,75; 11,2	65,62 63,26; 67,98
Группа 3 n= 8	15,30 14,18; 16,71	15,10 13,78; 16,54	14,27 13,54; 15,02	43,21 38,07; 48,35

Согласно данным, приведенным в Таблице 1, быстрая положительная динамика неврологического статуса к 14 суткам (уменьшение суммарного балла NIHSS 1/14 сутки на 32%) отмечалась у больных из Группы 1. При этом у больных из Группы 2 значимое уменьшение неврологической симптоматики наблюдалось только к 21 суткам (уменьшение суммарного балла NIHSS 1/21 сутки на 27%), тогда как у больных из Группы 3 выявлено лишь уменьшение выраженности отдельных неврологических симптомов (уменьшение суммарного балла NIHSS 1/21 сутки на 7%).

При ретроспективном анализе у 87 больных с различным восстановлением неврологических функций выявлена высокодостоверная корреляционная связь между тяжестью неврологического дефицита на 7 и 14 сутки и степенью когнитивных нарушений на 6 месяц заболевания (по данным суммарного балла MMSE): NIHSS 7 сутки ($r_s = -0,46, p = 0,0004$), NIHSS 14 сутки ($r_s = -0,48, p = 0,0002$). Выраженный

очаговый неврологический дефицит на 21 сутки инсульта (контралатеральная гемиплегия, гемианестезия, центральный парез VII и XII пар ЧМН, умеренный речевой дефект, нарушение оптико-пространственного гнозиса и различных видов праксиса, NIHSS 14 баллов), является независимым неблагоприятным фактором, влияющим на формирование постинсультной деменции к 6 месяцу заболевания. Результаты регрессионного анализа ($R = 0,70$, критерий Фишера $F = 12,85$ при уровне $p = 0,0003$; $R^2 = 0,50$; $B = -0,91$; $b = -0,70$ при уровне $p = 0,0001$, критерий $t_{Student} = 3,54$) свидетельствуют о высокой значимой причинно-следственной связи между переменными «тяжесть очагового неврологического дефицита NIHSS 14 баллов» и «деменция на 6 месяц инсульта».

Закключение. Учитывая эти данные, можно сделать вывод о необходимости динамического контроля за состоянием высших корковых функций у больных с выраженным неврологическим дефицитом к 1 месяцу заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

Мищенко Т.С., Шестопалова Л.Ф., Трещинская М.А. Клинические шкалы и психодиагностические тесты в диагностике сосудистых заболеваний головного мозга. - *Неврология и психиатрия* (277) 2009 (тематический номер) / В помощь практикующему врачу.

Хиллис А.Е., Уитик Р.Дж., Баркер П.Б.,

Юлатовски Дж.А., Джакобс М.А. Тест на пространственную гемиагнозию позволяет более точно определить изменения перфузии при инсульте в недоминантном полушарии, чем оценка по шкале NIHSS. *Журнал «Stroke (Инсульт)» №5, 2004*

Сүтбаева Ы.О., Әшірбекова Г.М., Бегімбетова Л.К., Айтжанова Ш.Г., Әшірматова М.Т., Ережепова М.А.

NIHSS ШКАЛАСЫ БОЙЫНША ИНСУЛЬТТИ ДИНАМИКАЛЫҚ ЖӘНЕ БОЛЖАМДЫҚ БАҒАЛАУ

NIHSS шкаласы (National Institutes of Health Stroke Scale, Brott T., Adams H.P., 1989) инсультпен науқастардың жағдайының ауырлық дәрежесін әділ бағалауға мүмкіншілік береді. Оның инсульттің нәтижесін болжамдық бағалаудағы мүмкіншіліктері аз зерттелген.

Мақсаты. Ишемиялық инсультті жіті кезеңінде NIHSS шкаласы бойынша және 6 айдан соң катанестикалық мәліметтер бойынша болжамдық бағалау өткізу.

Материалдар мен әдістер. Ішкі ұйқы артериясы жүйесіндегі ишемиялық инсультпен 87 науқас (орташа жасы $68,2 \pm 7,26$ жас) біздің бақылауымызда болды.

Қорытынды. Ретроспективті талдау нәтижесінде неврологиялық қызметтердің қалыпқа келуі әр түрлі науқастарда 7 және 14 тәуліктердегі неврологиялық тапшылық және аурудың 6-шы айындағы когнитивті бұзылыстары арасында анық корреляциялық байланыс анықталды.

Негізгі сөздер: NIHSS шкаласы, болжам, инсульт.

Sutbayeva I.O., Achirbekova G.M., Begimbetova L.K., Aitghanova Sh.G., Achirmatova M.T., Irizhipova M.A.

DYNAMICAL-PROGNOSTIC EVALUATION OF STROKE ACCORDING TO THE NIHSS SCALE

NIHSS scale (National Institutes of Health Stroke Scale, Brott T., Adams HP, 1989) allows to objectively evaluate the severity of stroke of the patient, however its ability to conduct predictive assessment of stroke outcomes is less studied.

Purpose. To make a predictive assessment of ischemic stroke according to the NIHSS scale in acute

stroke and using the catamnes data in 6 months.

Materials and methods. 87 patients (average age is $68,2 \pm 7,26$ years) with ischemic stroke in the internal carotid artery were studied.

Conclusion. Retrospective analysis of patients with various degree of neurological functions recovery revealed very strong correlation between the severity of neurological deficit at 7 and 14 day, and the degree of cognitive impairment at 6 month of disease.

Keywords: NIHSS scale, prediction, stroke



УДК: 616.12-008.331.1:159.953-055.1

Сутбаева Ы.О, Аширбекова Г.М, Бегимбетова Л.К, Аширматова М.Т., Ережепова М.А.

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ (ПАМЯТЬ, ВНИМАНИЕ, МЫШЛЕНИЕ) У МУЖЧИН-МЕНЕДЖЕРОВ

АО Медицинский университет Астана

Введение. За последние 10 лет в многочисленных эпидемиологических исследованиях отмечается тенденция к повышению заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологии. Артериальная гипертензия остается ведущим фактором риска развития инсульта. У мужчин артериальная гипертензия начинается в более молодом возрасте до 50 лет, распространенность гипертонии преобладает у мужчин. К сожалению, этот фактор – одна из причин низкой средней продолжительности жизни мужчин в нашей стране (63,5 года в сравнении с женщинами – 73 года) и большой частоты инфарктов и инсультов среди мужчин. Молодые мужчины на много больше входят в зону риска из-за лишнего веса, приема алкогольных напитков и курения. У мужчин своевременное выявление и лечение артериальной гипертензии встречается реже, чем у женщин.

Необходимость ранней диагностики и своевременного проведения мероприятий по борьбе с повышенным АД, как предиктора когнитивных нарушений не вызывает сомнений.

Цель: Дать оценку состояния когнитивных функций у мужчин молодого возраста с нормальным АД и у лиц с ГБ в зависимости от степени АГ, длительности и стадии заболевания,

и проанализировать их связь с параметрами СМАД.

Методы: Под нашим наблюдением находилось 63 мужчины, средний возраст $37,2 \pm 0,4$ года, работающих менеджерами в государственных и частных банках и компаниях г. Астаны с установленным диагнозом артериальной гипертензии I и II стадии (АГ).

Контрольная группа - 28 пациентов с нормальным АД, средний возраст $37,5 \pm 1,7$ года. Среди них курили – 14 (50 %), избыточная масса тела была у 9 (32,1 %), гиперхолестеринемия – у 7 (25 %) человек. Информированное согласие больного было обязательным условием включения в исследование.

Оценка когнитивных функций проводилась с использованием шкал: определение показателей **памяти**: объемы механической и смысловой памяти (баллы), тест «запоминание бессмысленных слогов» (баллы); **внимания**: объем внимания (баллы), тесты «отыскивание чисел» и «красно-черная таблица» (сек.); **мышления**: составление простых и сложных аналогий» (баллы), формирование суждений (баллы), комбинаторные способности (баллы), индукция и абстракция (баллы).

АГ I-й степени имели 93,3% пациентов в одинаковой мере по САД и по ДАД. Преобладали лица I и II стадий ГБ, III стадия встречалась

у одного из пациентов. Процент лиц со 2-3 степенями АГ и II-III стадиями ГБ увеличивался с возрастом.

Анализ СМАД выявил повышение средних значений суточных САД и ДАД и отдельно в дневное и ночное время. Повышенное АД носило стойкий характер, на что указывали повышенные «индексы нагрузки»: ИВ САД $41,5 \pm 7,5$ % и ДАД $50,9 \pm 6,7$ % в дневное и ИВ САД $34,2 \pm 8,4$ % и ДАД $44,9 \pm 9,6$ % в ночное время. При этом скорость утреннего подъема САД на 50 % АД, а ДАД -

в два раза превышали нормативные показатели. 64,2 % мужчин с АГ имели суточный профиль **нон-диппер по САД, 34 % - нон-диппер по ДАД и 24,5 % - овер-дипперы по ДАД.**

У больных АГ, по сравнению с лицами без АГ, в полтора раза чаще встречалась избыточная масса тела (ИЗМТ) или ожирение (Ож) и недостаточная физическая активность (НФА), в три раза - повышенное содержание общего холестерина (ОХ) крови, курили одинаково в обеих группах (табл. 1).

Таблица 1. Частота основных факторов риска у мужчин с АГ и лиц без АГ

Факторы риска	Больные АГ (n=63)		Без АГ (n=28)	
	n	%	n	%
ИЗМТ и ожирение	52*	82,5	15	53,6
Гиперхолестеринемия (ГХС)	36*	57,1	6	21,4
Курение	51	80,9	20	71,4
НФА	15**	23,8	5	17,8
Сочетание 2-х и более ФР	56*	88,9	17	60,7

Условные обозначения: *,** - достоверно ($p=0,0001$ и $0,02$) по сравнению с лицами без АГ.

У пациентов с АГ ИЗМТ и Ож наблюдались чаще, чем у лиц без АГ (82,5% и 53,6 %, $p=0,0001$) и не зависели от степени АГ и стадии ГБ. Увеличение индекса массы тела (ИМТ) от нормального к ожирению сопровождалось достоверным возрастанием ОХ, что подтверждалось результатами корреляционного анализа между ИМТ и содержанием ОХ крови ($r=0,45 \pm 0,08$, $p<0,05$). Среди мужчин с АГ ГХС встречалась достоверно в 2,6 раза чаще, чем среди с нормальным АД и ее распространенность не зависела от степени повышения АД и стадии ГБ. Содержание ОХ у лиц с АГ было больше, чем без АГ ($5,32 \pm 0,06$ и $4,77 \pm 0,03$ ммоль/л, $p=0,001$).

Результаты и обсуждение:

У пациентов с АГ объем смысловой памяти (ОСП) и тест «запоминания бессмысленных слогов» (ЗБС) оказался достоверно ниже, чем в у мужчин с нормальным АД (на 25,9 %, $p=0,007$ и 28,2 %, $p=0,045$ соответственно). Указанные отклонения происходили при длительности анамнеза АГ свыше 5 лет. Вместе с тем, снижение объема смысловой памяти было выявлено и при длительности анамнеза АГ менее 5 лет (табл.2). Снижение объема механической памяти и теста «запоминания бессмысленных слогов» происходило только у пациентов со II стадией ГБ и при 2-й степени АГ. Вместе с тем, у лиц с 1-й степенью АГ уже было выявлено снижение объема смысловой памяти, по сравнению с нормотониками.

Корреляционный анализ показал наличие отрицательной средней степени связи между ОСП и средними показателями и вариабельностью САД и ДАД и «нагрузкой» ДАД в дневное и ночное время и СУП САД и тестом «запоминания бессмысленных слогов».

Лицам с АГ требовалось больше времени для концентрации внимания в тесте «красно-черная таблица» (КЧТ). Все показатели внимания были достоверно хуже у лиц с длительностью анамнеза гипертонии более 5 лет. Объем внимания (ОВ) был достоверно снижен по сравнению с нормотониками у пациентов с ГБ независимо от длительности анамнеза гипертонии. Снижение показателей памяти и внимания наблюдали только у больных со II стадией заболевания, которую устанавливали по наличию гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) (табл.1).

Отрицательное влияние на процессы внимания у мужчин с АГ в большей степени оказывали САД в ночное время и ДАД в дневное время, о чем свидетельствовали средней степени силы отрицательные коэффициенты корреляции между средними САД и ИВ САД ночью и средними ДАД днем, и объемом внимания.

У пациентов с АГ, в отличие от лиц с нормальным АД, на 23,4 % был снижен показатель «сложные аналогии» (СА), на 20,6 % - «комбинаторные способности» (КС), а также показатели, характеризующие языковое мышление – на 15,9 % «индукция» (И) и 45,7 % - «абстракция» (А), имеющиеся отклонения не зависели от длительности анамнеза и степени АГ. Снижение показателей мышления наблюдали в основном при II стадии ГБ, за исключением «абстракции», которая была достоверна, почти в два раза меньше и у пациентов с I стадией ГБ, по сравнению с лицами с нормальным АД (табл. 2). Между различными показателями мышления, максимальными и средними значениями САД и ДАД, вариабельностью САД и ДАД в дневное время, «нагрузки» ДАД выявлены отрицательные, средней силы корреляционные связи.

Таблица 2. Показатели памяти, внимания и мышления у мужчин с ГБ в зависимости от длительности и степени АГ и стадии ГБ

Показатели	Мужчины с ГБ (n=63)						контроль (n=28)
	Длительность АГ (лет)		Степень АГ		Стадия ГБ		
	< 5 (n=39)	> 5 (n=24)	1-я (n=27)	2-я (n=36)	I (n=29)	II (n=33)	
Объем смысловой памяти (ОСП) (баллы)	5,8,0±0,2 p=0,013	5,3±0,3 p=0,006	6,1±0,3 p=0,024	5,2±0,3 p=0,004	6,5±0,4 p=0,15	5,2±0,2 p=0,001	7,2±0,5
Запоминание бессмысленных слогов(ЗБС) (баллы)	3,8,0±0,3 p=0,06	3,9±0,4 p=0,045	4,1±0,4 p=0,32	3,3±0,3 p=0,012	4,2±0,4 p=0,33	3,4±0,3 p=0,025	4,8±0,4
объем внимания (ОВ) (баллы)	3,92±0,3 p=0,05	3,6±0,4 p=0,008	3,9±0,5 p=0,08	4,1±0,3 p=0,07	4,42±0,4 p=0,14	3,74±0,3 p=0,007	5,33±0,5
Отыскивание чисел (ОЧ) (сек.)	51,0±1,7 p ₁ =0,009	59,4±3,1 p=0,012	55,7±2,7 p=0,09	54,3±2,4 p=0,16	46,7±2,3 p ₁ =0,005	57,5±2,3 p=0,012	48,4 ±2,3
Красно-черная таблица (КЧТ) (сек.)	175,4±7,8 p=0,11	191,4±12,1 p=0,05	195,3±14,6 p=0,041	179,1±9,6 p=0,04	150,0±10,7 p=0,37	176,0±9,2 p=0,049	156,7 ±5,1
Составление простых и сложных аналогий (СА) (баллы)	8,3±0,6 p=0,05	8,2±0,6 p=0,046	7,8±0,7 p=0,02	8,7±0,6 p=0,075	9,6±0,6 p=0,22	8,2±0,5 p=0,014	11,3±1,2
Комбинаторные способности (КС) (баллы)	10,5±0,7 p=0,041	9,6±0,6 p=0,014	9,8±0,8 p=0,044	10,5±0,6 p=0,014	11,3±0,7 p=0,08	10,2±0,6 p=0,006	13,5±1,1
Индукция (И) (баллы)	10,2±0,3 p=0,043	10,4±0,4 p=0,05	10,5±0,3 p=0,05	10,6±0,3 p=0,023	10,5±0,5 p=0,07	10,3±0,3 p=0,032	11,6±1,1
Абстракция (А) (баллы)	6,1±0,5 p=0,0001	5,1±0,7 p=0,0001	5,4±0,8 p=0,000	7,5±0,8 p=0,009	6,4±1,0 p=0,007	6,8±0,7 p=0,001	10,6±1,6

Условные обозначения: p- достоверность различий по сравнению с лицами с нормальным АД; p₁ - достоверность различий по сравнению со II стадией или 2 степенью.

Заключение:

Артериальная гипертензия у мужчин молодого возраста способствовала формированию легкой когнитивной дисфункции. Снижение отдельных показателей памяти, внимания, мышления возникали при длительности анамнеза гипертонии менее 5 лет и 1-й степени

заболевания. Наличие артериальной гипертензии у мужчин молодого возраста, в отличие от лиц с нормальным артериальным давлением, сопровождалось ростом относительного риска возникновения нарушений отдельных показателей: памяти – в 4,7 раза, мышления – в 3-6 раз. Отклонения со стороны исследуемых параметров когнитивных функций возникали при длительности анамнеза гипертонии менее 5 лет и 1-й степени заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афонасков О.В., Давидович И.М., Поротикова Е.В. Мозговой кровоток, вариабельность ритма сердца и состояние нейродинамики у мужчин молодого возраста с гипертонической болезнью. Вестник РГМУ, 2011, 1, 8-11.
2. АСТАНА. Tengrinews.kz.20.02.12
3. Hamer M. et al. Psychological distress as a risk factor for death from cerebrovascular disease. Canadian Medical Association Journal. Опубликовано онлайн 18 июня 2012 г.

Сүтбаева Ы.О., Әшірбекова Г.М., Бегімбетова Л.К., Айтжанова Ш.Г., Ережепова М.А.

АРТЕРИАЛЬДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ МЕНЕДЖЕР - ЕР АДАМДАРДЫҢ КОГНИТИВТІ ҚЫЗМЕТТЕРІНЕ (ЕСТЕУ САҚТАУ, НАЗАР, ОЙЛАУ) ӘСЕР ЕТУІ

Жас ер адамдарда артериальды гипертензия когнитивті қызметтердің жеңіл бұзылыстарының туындауына себепші болды. Гипертонияның ұзақтығы 5 жылдан аз болған жағдайда есте сақтау, назар аудару, ойлаудың жеке көрсеткіштерінің төмендеуі анықталды. Жас ер адамдарда артериальды гипертензияның болуы жеке көрсеткіштердің бұзылуының салыстырмалы қауіп-қатерінің жоғарылауымен қатар жүрді: есте сақтаудың – 4,7 есе, ойлаудың – 3-6 есе. Когнитивті қызметтің зерттелген параметрлерінің ауытқулары анамнезде гипертензияның ұзақтығы 5 жылдан аз және аурудың 1-ші ауырлық дәрежесінде байқалды. Созылмалы ми қанайналымының жеткіліксіздігінің одан ары үдеуі кезінде саногенетикалық қорғаныс механизмдерінің, сонымен қатар плазманың антиоксидантты қасиеттерінің төмендеуі байқалады. Осыған байланысты актовегин тәрізді антиоксиданттарды қолдану патогенетикалық негізделген болып табылады.

Sutbayeva I.O., Achirbekova G.M., Begimbetova L.K., Achirmatova M.T., Irizhipova M.A.

THE INFLUENCE OF HYPERTENSION ON COGNITIVE FUNCTIONS (MEMORY, ATTENTION, INTELLECT) AMONG MALE MANAGERS

Arterial hypertension among young males contributed to the formation of slight cognitive dysfunction. Decline in memory performance, attention, and intellect were identified in the hypertension anamnesis within less than 5 years period. The presence of arterial hypertension among young males was accompanied with the potential risk rates increase in particular characteristics' disturbances: of memory – 4.7 times, intellect – 3-6 times.



УДК: 616.98.578.828-084(574)

А.С. Токпанова

ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИД В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ГККП «Центр по профилактике и борьбе со СПИД» г. Астана

Во многих странах распространенность ВИЧ среди лиц, содержащихся в тюрьмах и других местах заключения, значительно выше, чем в других группах населения. Такие примеры имеются в странах Западной и Восточной Европы, Африки, Латинской Америки и Азии. Имеющие данные по распространенности ВИЧ в тюрьмах охватывают лиц, которые были инфицированы до тюремного заключения, а также заключенных, инфицированных в местах лишения свободы, в результате совместного использования зараженного инструментария для инъекций или незащищенных сексуальных контактов. Высока вероятность того, что именно представители определенных групп населения, наиболее уязвимы в отношении ВИЧ-инфекции, окажутся в местах лишения свободы вследствие их образа жизни, включающего употребление наркотиков и оказание платных сексуальных услуг.[6]

В 1993 году ВОЗ опубликовала рекомендации

по вопросу ВИЧ-инфекции и СПИДа в тюрьмах. В них содержатся следующие положения:

Все заключенные имеют право на такое медицинское обслуживание, в том числе профилактическое, которым пользуются все члены общества, без какой-либо дискриминации, в отношении их правового статуса или гражданства. Общие принципы, закрепленные в национальных программах борьбы со СПИДом, должны распространяться на заключенных в той же мере, что и на других членов общества. [4]

В развитии любой профессии определяющую роль играют основы деятельности, так называемый фундамент, являющийся базовым для всех. Для выявления таких основ, на наш взгляд, следует обратиться к правовому акту, имеющему высшую юридическую силу – Конституции Республики Казахстан.

В статье 1 Конституции Казахстана достаточно четко определено, что Республика Казахстан утверждает себя демократическим, светским,

правовым и социальным государством, высшими ценностями которого являются человек, его жизнь, права и свободы. Таким образом, Республика Казахстан является правовым государством, где мерилом справедливости определен закон. [1]

Одной из актуальных проблем в современном обществе является эффективность профилактики ВИЧ/СПИД среди осужденных, в особенности в местах лишения свободы.

На наш взгляд, в целях дальнейшего улучшения рассматриваемой деятельности, специалистам всех уровней следует четко осознавать нормативные основы профилактики ВИЧ/СПИД в пенитенциарных учреждениях Республики Казахстан. Важность такого вывода обуславливается тем, что большинство проблем в данной сфере имеют место по причине правовой безграмотности осужденных (незнание правовых основ влечет торможение реализации норм права).

Следует обратить внимание, что мы ведем речь о профилактике ВИЧ/СПИД в пенитенциарных учреждениях. В правовом государстве специалист любой профессии должен знать правовые основы своей профессиональной деятельности.

Рассмотрим некоторые из них. В первую очередь обратим внимание на международные акты. Наиболее актуальным можно назвать Политическую декларацию по ВИЧ и СПИД: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ и СПИД, принятую Генеральной Ассамблеей ООН 10 июня 2011 года.

В данной Декларации отмечается, что «несмотря на существенный прогресс, достигнутый за три десятилетия после того, как впервые стало известно о СПИДе, эпидемия ВИЧ по-прежнему является беспрецедентной гуманитарной катастрофой, обрекающей страны, общества и семьи во всем мире на невыносимые страдания, что более 30 миллионов человек умерли от СПИДа и еще примерно 33 миллиона человек инфицированы ВИЧ, что более 16 миллионов детей вследствие СПИДа остались без родителей, что ежедневно появляются более 7000 новых ВИЧ-инфицированных, в основном в странах с низким и средним уровнем дохода и что, по всей видимости, менее половины людей, живущих с ВИЧ, знают о том, что они инфицированы».

Также в Декларации отмечается, что профилактика должна быть ключевым элементом глобальной программы борьбы с ВИЧ и СПИДом, но вместе с тем многие национальные программы профилактики ВИЧ-инфекции и приоритеты финансирования недостаточно отражают это обязательство. Выделяемых на профилактику ВИЧ-инфекции средств недостаточно для того, чтобы развернуть решительную, эффективную и широкомасштабную кампанию такой профилактики на глобальном уровне. Национальные программы профилактики не

всегда осуществляются на скоординированной и научной основе. [2]

Таким образом, мировое сообщество в лице ООН четко осознает проблемы эффективной профилактики ВИЧ/СПИД. Следует отметить, что в отличие от других групп риска, лица, содержащиеся в местах лишения свободы по приговору суда, наиболее сильно ощущают государственно-правовое воздействие, поскольку в пенитенциарных учреждениях существует режим, позволяющий контролировать поведение людей. При этом, существуют очевидные и латентные нарушения режима, что приводит к фактам заражения и распространения ВИЧ в пенитенциарных учреждениях. Например, главным препятствием в деле профилактики передачи ВИЧ-инфекции в тюрьмах является отрицание правительствами факта употребления наркотиков путем инъекций и сексуальных контактов в тюрьмах, а вовсе не отсутствие данных результатов осуществления соответствующих программ. Имеется достаточно свидетельств того, что употребление наркотиков вообще в частности, а также сексуальные контакты между заключенными широко распространены в пенитенциарных учреждениях. Кроме того есть данные, указывающих на то, что риск ВИЧ-инфицирования в тюрьмах обычно выше, чем в обществе в целом: тюрьмы являются местом повышенного риска в плане ВИЧ-инфицирования. Признав этот факт, правительства смогут разработать широкий диапазон программ для профилактики распространения ВИЧ в тюрьмах. [5]

Данные показывают, что такие программы должны включать те меры против передачи ВИЧ-инфекции, которые применяются для всего общества вне пенитенциарных учреждений, в том числе образовательные программы по вопросам ВИЧ/СПИДа, проведение тестов консультирования на добровольной основе, раздачу стерильных игл, шприцов и презервативов, а также лечение наркозависимости, включая заместительную терапию. [4]

Поскольку заключенные зачастую не знают своих прав, должностные лица исправительных учреждений обязаны разъяснять их, в том числе расширяя правовую пропаганду с помощью НПО.

На наш взгляд, борьба с ВИЧ/СПИД начинается с осознания заключенного лица своих прав. Так, например, согласно пункту 4 статьи 88 «Права граждан» «Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения», гражданам, свобода которых ограничена, а так же отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения, медицинская помощь оказывается в порядке, определяемом Правительством Республики Казахстан. [3] Указанные лица пользуются всеми правами граждан Республики Казахстан при получении медицинской помощи. Принимаемые

правовые и организационные меры дают соответствующие результаты. Так, за 2011 год, по сравнению с прошлым годом, наблюдается тенденция к снижению ВИЧ-инфекции на 76 случаев по Республики Казахстан

Вместе с тем, сложившаяся эпидемиологическая ситуация требует коренного изменения принципов профилактических вмешательств в исправительных учреждениях. Без четкой, непрерывной профилактики в пенитенциарной системе невозможно будет обеспечить снижение уровня ВИЧ-инфекции в Казахстане.

На сегодняшний день совместно с ЦСПИД г. Астаны в системе УКУИС, проводится комплекс профилактических мероприятий.

С 2004 года в исправительных

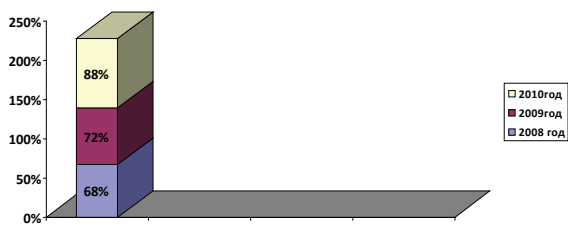


Рисунок 1. Доля осужденных, которые правильно указали меры профилактики ВИЧ и в тоже время правильно назвали, неверные представления о путях передачи ВИЧ- инфекции.

В сравнение с прошлым годом правильно указали, меры профилактики ВИЧ инфекции и в тоже время правильно назвали, неверные представления о путях передачи ВИЧ увеличилось в 1,2 раз;

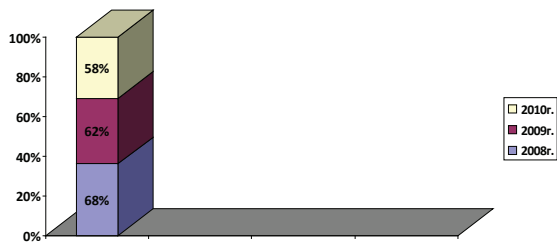


Рисунок 2. Доля осужденных, правильно идентифицирующих мнимые пути передачи ВИЧ- инфекции.

Процент информированности осужденных составил 58% в 2010 г. снизился на 4 % в сравнение с 2009 - 62 %

учреждениях г. Астаны проводится дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН). Целью дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) является изучение уровня распространенности ВИЧ- инфекции, вирусного гепатита «С» и сифилиса среди осужденных, факторов, которые могут способствовать распространению ВИЧ в пенитенциарной системе. На основании данных ДЭН проводится анализ эффективности для разработки профилактических, противоэпидемических мероприятий. Осведомленность осужденных о мерах профилактики и мнимых путях передачи по информированности по вопросам ВИЧ-инфекции.

Определение уровня знаний



Рисунок 3. Доля осужденных, правильно определяющих истинные меры профилактики ВИЧ- инфекции

При определении уровня знания по результатам ДЭН мы видим, что показатели снижаются, что можно объяснить недостаточностью ИОМ, а также наглядных уголков здоровья и видеороликов.

В 2011 году проведена образовательная работа по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД с личным составом, с медицинским персоналом и осужденными. Однако это вмешательство носит ограниченный характер. Самой системой УКУИС необходимо более активное осуществление программ по повышению уровня знаний, увеличению доступа к программам снижения вреда и консультированию по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД. К сожалению, на сегодняшний день многие субъекты профилактики осуществляют свою деятельность ради констатации самого процесса, а не результата. Не случайно в своих рекомендациях ВОЗ отмечает, что «при проведении просветительской работы среди заключенных необходимо стремиться к реально достижимому изменению во взглядах и поведении как в период пребывания в тюрьме, так и после освобождения» то есть социальное сопровождение освободившихся.

На наш взгляд, на современном этапе развития пенитенциарной системы и обеспечения эпидемиологической безопасности следует обратить внимание на следующие пункты.

1. Важно развивать и укреплять

профессиональную привычку обходиться силами УИС, поскольку воздействие извне всегда будет носить эпизодический, фрагментарный характер. На наш взгляд, чем активнее общественность, СМИ и службы СПИД участвуют в борьбе с ВИЧ в местах лишения свободы, тем инертнее роль УИС, исправительные учреждения начинают выступать лишь в роли посредников в осуществлении профилактики. По нашему мнению, это основная проблема торможения превентивных мероприятий в пенитенциарной системе. В системе профилактики ВИЧ в пенитенциарных учреждениях основную, завершённую роль должны играть учреждения УИС, а службы профилактики СПИД должны осознаваться в качестве координаторов, дополнительных сил, но никак не наоборот.

2. Необходимо сделать доступным консультирование и тестирование на ВИЧ по желанию осуждённых в течение всего срока отбывания наказания, так как знания ВИЧ-статуса снижает степень поведенческого риска.

Если в 2008 г. 83 % осуждённых пенитенциарных учреждений г. Астаны, то в 2010 году добровольно обследовались только 6 %. В 2010 году большая часть осуждённых обследовались принудительно, что позволяет нам судить о низком уровне работы медицинского персонала учреждения.

Практически при опросе выяснилось, что 85% осуждённых не знают, что такое положительные и отрицательные результаты, осведомлены лишь 10%, не проводятся профилактические беседы с осуждёнными.

И скорее всего осуждённые, узнают чаще всего информацию через СМИ.

Для этого медицинским работникам системы УИС необходимо иметь хорошие навыки консультирования по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД.

С этой целью, на базе ГЦСПИД г. Астаны, ежегодно проводится цикл семинаров по вопросам ВИЧ/СПИД, которые необходимо посещать медицинским работникам УКУИС.

3. С целью более эффективной профилактики ВИЧ в пенитенциарных учреждениях г. Астаны важно делать акцент на принципах открытости, профессионализма и взаимодействия следующих ключевых субъектов:

1) управление уголовно-исполнительной системы Республики Казахстан по г. Астане; исправительные учреждения: ЕЦ-166/1 (СИЗО); ЕЦ-166/10;

ЕЦ 166/5; ЕЦ-166/22;

2) ГККП «Центр по профилактике и борьбе со СПИД»;

3) общественные объединения, занимающиеся вопросами профилактики ВИЧ/СПИД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Конституция Республики Казахстан.
2. Политическая декларация по ВИЧ/СПИД, 2011г.
3. Кодекс РК от 18.09.2009г. «О здоровье народа и системе здравоохранения»
4. Основные статьи по вопросам охраны здоровья в пенитенциарной системе, ЮНЭЙДС, 2006 г., 60с.
5. «СПИД Фонд Восток-Запад» проект «Старт» ЮНЭЙДС, 2011г., 200с.
6. Рекомендации ВОЗ по ВИЧ- инфекции и СПИДу в тюрьмах, ЮНЭЙДС 2009г., 7с.

А.С. Тоқпанова

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ПЕНИТЕНЦИАРЛЫҚ МЕКЕМЕЛЕРІНДЕ ЖИТС АЛДЫН АЛУДЫҢ НЕГІЗДЕРІ

Пенитенциарлық мекемелердегі АИТВ-мен өмір сүретін адамдардың жоғары шоғырлану сақталатын жағдайларда халықтың денсаулығын сақтау мақсатында да және этикалық ұғыну жағынан да алдын алу шаралары ерекше қажет. Бас бостандығынан айыру орындарында АИТВ-ның таралу қарқынын тоқтату және төмендету жөніндегі міндеттерді іске асыру тек қана денсаулық сақтаудың, қылмыстық-атқару жүйесінің, үкіметтік емес ұйымдардың бірлескен күшімен қауіпсіз мінез-құлқты қамтамасыз ету жолы арқылы ғана мүмкін болады. Білім деңгейін арттыру және алдын алу бағдарламаларына қол жетімділікті ұлғайту үздіксіз және белсенді жүргізілуі қажет.

AS Tokpanova

BASICS OF HIV / AIDS in prisons OF KAZAKHSTAN

With continuing high concentration of people with HIV in prisons, preventive measures are especially necessary, both in order to protect public health, and for ethical reasons. The goals to contain and reduce the spread of HIV in prisons is possible only by ensuring the safe conduct of joint efforts of health, the correctional system, non-governmental organizations. Improving knowledge, increasing access to prevention programs should be continuous and active.

УДК: 616.28-008.14-071

С.Е. Тургунбаева

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТАСЕРКА У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

ГККП “Городская поликлиника № 4” г.Астана, Казахстан.

Нейросенсорная тугоухость – одна из наиболее распространенных и тяжелых форм поражения органа слуха. За последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости нейросенсорной тугоухостью (в частности в мегаполисах), в связи с чем проблема повышения качества диагностики и эффективности лечения данного заболевания становится все более актуальной в медицинском и социальном аспектах. Выбор лечебной тактики больных с нейросенсорной тугоухостью должен быть обоснован результатами обследования, проведенного в кратчайшие сроки от момента обращения пациента в специализированные учреждения. Одним из самых важных этиологических факторов нейросенсорной тугоухости является сердечно-сосудистая патология (гипертоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония, вертебробазилярная дисциркуляция, атеросклероз). В ряде случаев причина заболевания остается неизвестной. Для лечения больных с нейросенсорной тугоухостью необходимо в первую очередь использовать лекарственные вещества, положительно влияющие на кровоснабжение внутреннего уха, в частности антагонисты H3-рецепторов. Одним из таких лекарственных препаратов, эффективно устраняющим головокружения и снижающим субъективный ушной шум, является Бетасерк (бетагистиногидрохлорид). Следует подчеркнуть избирательность вазоактивного действия Бетасерка, улучшающего кровещиркуляцию внутреннего уха и проницаемость капилляров, а также нормализует давление эндолимфы в лабиринте, не приводя к выраженному снижению артериального давления. Кроме того Бетасерк

блокирует распад эндогенного гистамина и усиливает кровоток во внутреннем ухе и в базилярной артерии.

Цель. Определение эффективности препарата Бетасерк в лечении такого клинического симптома, как субъективный ушной шум. Группа обследуемых состояла из 20 человек в возрасте от 20 до 65 лет. Больные предъявляли жалобы на сильный ушной шум. Пациентам проводились исследования: отоскопия, камертональные пробы, тональная пороговая аудиометрия, осмотр невропатолога. Пациентам Бетасерк назначали перорально. Суточная доза составляла 48 мг, разделенная на два приема. Курс лечения длился от одного до двух месяцев.

Результаты исследования: эффективность лечения была оценена главным образом на основе уменьшения или исчезновения ушного шума. Интенсивность шума уменьшилась через 7-8 дней у 58% больных, через 30 дней положительный результат получен у 80% больных. Ухудшения состояния не отмечалось. Картина ушного шума была оценена для каждого пациента до начала лечения, после 10 дней и после 20 дней на основе сравнительной шкалы по баллам: 0- нет шума, 1- умеренный шум, 2- сильный шум.

Выводы: таким образом, анализируя наблюдения и исследования применения препарата Бетасерк можно сделать вывод, что симптоматика заболевания улучшилась. Результаты на 10 день лечения показывают эффективность препарата (значительное снижение интенсивности субъективного ушного шума.) лечение может быть длительным от одного месяца до года, так как он не имеет серьезных побочных действий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Эндомикрохирургия. М. 2003. // Вестник оториноларингологии- №3.-2006.- С.45-48.
2. Пальчун В.Т., Кунельская Н.Л., Полякова Т.С. Лечение острой нейросенсорной тугоухости
3. Пальчун В.Т., Петухова Н.А. // Вестник оториноларингологии- №3-2001.-С20-29.

С.Е. Тургунбаева

НЕЙРОСЕНСОРЛЫҚ МҮКІСТІГІ БАР АУРУЛАРҒА «БЕТАСЕРК» ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУДЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ

Бұл мақалада науқастарға «Бетасерк» препаратын қолданғанда байқалған зерттеу жұмысының нәтижесі келтірілген. Яғни зерттеудің нәтижесінде науқастың жағдайы жақсарып, қолданғаннан кейін 10 күн ішінде препараттың оң нәтижесі байқалғандығы көрсетілген, сонымен қатар, тұрақты толық ем алу үшін ем курсы бір айдан бір жылға дейін созу қажеттігі қарастырылған.

SE. Turgunbayeva

CLINICAL EXPERIENCE WITH BETASERK
IN PATIENTS WITH SENSORINEURAL HEARING LOSS

Choice of treatment strategy in patients with sensorineural hearing loss shall be made by a survey conducted in the shortest possible time from the time of the patient's treatment in institutions. For the treatment of patients with sensorineural hearing loss, you must first use the drugs, a positive impact on the blood supply of the inner ear, in particular the H3 receptor antagonists. One of these drugs, effectively eliminating and reducing subjective dizziness ear noise is Betaserk (betagistinogidrohlorid). It should be emphasized selectivity Betaserk vasoactive action, improves krovetsirkulyatsiyu inner ear and the permeability of capillaries, and also normalizes the pressure of the endolymph in the labyrinth, without leading to a marked reduction in blood pressure. Results on day 10 of treatment with the entire show precedence efficacy.



УДК 616.611-002-085

Тургунова Л.Г., Умбеталина Н.С., Бачева И.В., Шакаева Т.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАНЕФРОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

Карагандинский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней №2, кафедра терапии, трансфузиологии, патологической анатомии с курсом повышения педагогической квалификации факультета непрерывного профессионального развития

Введение. Среди заболеваний почек, рост заболеваемости которыми в последнее время во всем мире приобрел характер пандемии, хронический гломерулонефрит (ХГН) занимает особое место. Это обусловлено его распространенностью, преимущественным поражением лиц молодого и среднего возраста, ранней инвалидизацией пациентов, быстрым развитием хронической почечной недостаточности и необходимостью проведения заместительной терапии у большинства больных. Гломерулонефрит диагностируется у трети пациентов с нефрологической патологией, в 40% случаев является этиологической причиной развития хронической болезни почек (ХБП), при этом у 51,9% пациентов с ХГН возраст не превышает 50 лет [7, 10]. В настоящее время на заместительной терапии по поводу ХПН в мире находится более 1 млн. человек. В течение ближайших 10 лет ожидается удвоение этого количества. Изучение структуры причин, приведших пациентов к диализу, показало, что удельный вес ХГН среди них высок и составляет 46,1-60% [2,3].

Вопрос о механизмах прогрессирования хронических заболеваний почек является одним из центральных в современной нефрологии. Согласно принятой "концептуальной модели" ХБП, ведущими неиммунными факторами прогрессирования гломерулонефрита, в стадии

хронической почечной недостаточности, являются тесно связанные между собой протеинурия, артериальная гипертония и нарушения почечной гемодинамики (внутриклубочковая гипертензия, гиперфльтрация и почечная ишемия). Нарушение почечного кровотока, с одной стороны, является следствием иммунного воспаления и перестройки работы почек в ответ на уменьшение числа функционирующих нефронов. С другой стороны, изменение почечной гемодинамики приводит к прогрессированию заболевания и формированию нефросклероза [9]. Знание факторов риска и механизмов прогрессирования ХБП составляет основу нефропротективной стратегии, включающей в себя весь комплекс мероприятий, направленных на торможение прогрессирования ХБП. На сегодняшний день, несмотря на внедрение в практику ингибиторов **ренин-ангиотензиновой системы, способных достоверно** снижать скорость падения фильтрационной функции почек, поиск препаратов, обладающих дополнительными нефропротективными свойствами, продолжается.

Не менее важным критерием эффективности лечения, и в соответствии с новой парадигмой медицины, главной либо дополнительной его целью является качество жизни [1]. В этой связи особый интерес исследователей вызывает изучение возможностей препаратов

растительного происхождения, преимущество которых является меньшее количество побочных эффектов, осложнений, а следовательно лучшая переносимость и приверженность пациентов к лечению, возможность комбинации терапевтических эффектов. Одним из современных комбинированных фитопрепаратов, эффективность которого показана при таких заболеваниях почек как мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, является Канефрон Н. Работы, посвященные изучению применения Канефрона Н при хроническом гломерулонефрите немногочисленны [4]. Представляет интерес изучение динамики показателей почечного кровотока и качества жизни (КЖ) на фоне терапии Канефроном Н пациентов с ХГН.

Целью исследования было изучение клинической эффективности Канефрона Н в комплексной терапии ХГН и влияние его на состояние почечной гемодинамики и качество жизни пациентов.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования были 44 пациента (28 мужчин, 16 женщин) в возрасте от 25 до 50 лет (средний возраст $40,3 \pm 8,5$ лет) с ХГН (гипертоническая форма-15 пациентов, нефротическая форма-9, смешанная-14). Длительность заболевания колебалась от 1 года до 13 лет. Все пациенты методом рандомизации были разделены на 2 группы: контрольная группа (19 пациентов), получавшая стандартную терапию (гипотензивные, антиагреганты, глюкокортикостероиды, диуретики и др.) и основная группа (25 пациентов), которая дополнительно к стандартной терапии получала Канефрон Н по 2 драже 3 раза в день. До лечения, в динамике к концу 1 и 2 недели у всех пациентов оценивались клинко-лабораторные показатели, включая холестерин (ХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), коэффициент атерогенности (КА), параметры почечной гемодинамики и качества жизни. Исследование внутривисочечного кровотока проводилось методом цветовой доплерографии с импульсно-волновой доплерометрией на ультразвуковом сканере марки SonoAce 8000EX (Medison) с использованием конвексного датчика

с частотой 5,0 МГц по общепринятой методике. Исследованию подлежали магистральные (основной ствол) и интратренальные почечные артерии (дуговые, междольевые и сегментарные) в проекции трех сегментов обеих почек. Измеряли максимальную (V_{max} , м/сек), и минимальную (V_{min} , м/сек), скорости кровотока, по стандартным формулам, включенным в пакет программ ультразвукового сканера, рассчитывали индекс резистентности (RI) и пульсационный индекс (PI).

Для оценки КЖ использовали общий опросник SF-36, рекомендуемый для измерения КЖ больных с различными заболеваниями и здоровых лиц. Результаты оценивали по 8 основным шкалам: физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование (РФ), боль (Б), социальное функционирование (СФ), психическое здоровье (ПЗ), эмоциональное функционирование (ЭФ), жизненная активность (ЖА), общее состояние здоровья (ОЗ). Разброс баллов по каждой шкале – от 0 до 100. Чем выше балл, тем лучше КЖ. Оценку достоверности числовых различий между средними величинами проводили с помощью непараметрических критериев Wilcoxon, Mann-Whitney (U).

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что на фоне проводимой терапии в обеих группах пациентов наблюдалась положительная динамика клинко-лабораторных показателей: достоверно уменьшились жалобы на общую слабость, головную боль, отеки на ногах; к концу 2 недели регрессировали отеки на лице, снизился уровень АД (таблица 1). В основной группе по сравнению с контрольной группой, достоверный характер имело уменьшение болевого синдрома в поясничной области, отмечалась тенденция к более раннему снижению систолического давления (САД). При общей положительной динамике уровня диастолического давления (ДАД) недостаточный гипотензивный эффект наблюдался у 20% пациентов основной группы и у 21,1% контрольной группы. Переносимость препарата была хорошей, не наблюдалось ни одного случая развития побочных эффектов или непереносимости препарата.

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Таблица 1. Частота (%) клинических признаков заболевания в основной и контрольной группах до и после лечения

Признаки	Основная (n=25)			Контрольная (n=19)		
	До лечения	К концу 1 недели лечения	К концу 2 недели лечения	До лечения	К концу 1 недели лечения	К концу 2 недели лечения
	% (абс.)	% (абс.)	% (абс.)	% (абс.)	% (абс.)	% (абс.)
Общая слабость	100 (25)	100 (25)	20 (5)**	100 (19)	78,9 (15)	10,5 (2)**
Боли в пояснице	92 (23)	92 (23)	8 (2)**	100 (19)	89,5 (17)	57,9 (11) #
Учащенное мочеиспускание	60 (15)	40 (10)	28 (7)	68,4 (13)	68,4 (13)	57,9 (11)
САД, мм.рт.ст (M±m)	158,1±28,6	135,0±13,6*	126,1±9,95**	162,5±12,7	150,8±7,12	134,0±19,0*
ДАД, мм.рт.ст (M±m)	95,8±12,0	91,7±11,7	87,9±9,97	94,0±10,0	93,5±7,8	88,5±8,95
Головная боль	68 (17)	48 (12)	0**	78,9 (15)	42,1 (8)	0**
Отеки на ногах	68 (17)	60 (15)	8 (2)*	52,6 (10)	31,6 (6)	10,5 (2)*
Отеки на лице	60 (15)	12 (3)	0**	42,1 (8)	0	0**

Примечание: *p<0,05; ** p<0,01- достоверность различий показателей до и после лечения; # p<0,05 достоверность различий показателей основной и контрольной групп

Анализ динамики показателей крови и мочи показал, что применение Канефрона не сопровождалось негативным влиянием на лабораторные показатели по сравнению с контрольной группой (таблица 2). В обеих группах пациентов зарегистрировано достоверное снижение протеинурии, начиная с 1 недели лечения, к концу 2 недели отмечено снижение

уровня креатинина, мочевины, увеличение скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Сравнительный анализ между группами показал, что на фоне приема Канефрона повышение СКФ было достоверно выше, чем в контрольной группе; уровень креатинина и мочевины после лечения между группами был сопоставим.

Таблица 2. Показатели крови и содержание белка в моче в динамике лечения

Показатели	Основная (n=25)			Контрольная (n=19)		
	До лечения	К концу 1 недели лечения	К концу 2 недели лечения	До лечения	К концу 1 недели лечения	К концу 2 недели лечения
	% (абс.)	% (абс.)	% (абс.)	% (абс.)	% (абс.)	% (абс.)
СОЭ, мм/ч	29,6±11,5	21,3±7,06	17,0±6,12	21,9±10,0	20,3±10,4	18,1±6,23
креатинин ммоль/л	0,22±0,13	0,18±0,09*	0,12±0,07*	0,21±0,16	0,18±0,09	0,15±0,09*
мочевина ммоль/л	15,8±9,80	13,3±5,39	9,61±3,95*	12,4±4,96	9,51±3,96	12,2±0,26
общий белок, г/л	60,1±10,1	61,6±11,7	69,3±9,45	63,4±10,3	39,8±8,77	70,0±12,6
белок в моче, г/л	2,56 ± 1,03	1,43±0,89*	1,21±0,45**	1,49 ± 0,91	1,29±0,8*	0,77±0,06**
ХС ЛПНП, ммоль/л	5,34±2,30	4,97±1,46	4,57±1,25	4,46±0,63	4,36±0,58	4,30±0,54
ЛПВП ммоль/л	1,10±0,53	1,11±0,53	1,14±0,43	0,88±0,21	0,9±0,19	1,01±0,25
Триглицериды ммоль/л	2,61±0,84	2,45±0,64	2,03±0,50*	2,95±0,79	2,77±0,71	2,58±0,64
ХС ммоль/л	7,74±2,43	6,83±1,49	5,91±1,05*	7,05±0,74	6,17±0,83	6,02±0,83*
КА	6,53±2,82	6,05±2,57*	5,22±1,89*	6,2±1,74	6,07±1,16	5,84±1,37*
СКФ, мл/мин.1,73м ²	63,5 ± 30,5	63,5±28,6	81,22±33,3*	66,0±33,0	75,5±26,5	74,6±22,0#

Примечание: *p<0,05; ** p<0,01- достоверность различий показателей до и после лечения; # p<0,05 достоверность различий показателей основной и контрольной групп

Положительный эффект Канефрона Н, возможно, обусловлен входящими в его состав лекарственными растениями (золототысячник, любисток и розмарин), которые содержат различные активные вещества (флавоноиды, фенольные гликозиды, фенолкарбоновые кислоты, эфирные масла, фталиды, и др.). Компоненты, входящие в состав препарата, благодаря ингибированию неспецифической активации комплемента и липоксигеназы, разрыву цепей радикальных реакций (розмариновая кислота, фенольные кислоты), оказывают противовоспалительное действие, опосредованно за счет улучшения кровенаполнения почечных канальцев, влияния на реабсорбционную функцию эпителия (эфирные масла любистка), и прямо за счет повышения осмотического давления в почечных канальцах фенолкарбоновыми кислотами достигается мочегонное действие препарата и, благодаря устранению рефлекторного спазма мочевых путей, улучшению пассажа мочи (эфирное масло и фталиды любистка, фенолкарбоновые кислоты золототысячника, розмаринового масла). Канефрон Н обладает спазмолитическим эффектом. Некоторые авторы отмечают антигипертензивное действие Канефрона, вследствие выведения из организма избытка жидкости и солей натрия. Немаловажное значение имеет выраженный антиоксидантный эффект, которым обладают фенольные компоненты (розмарин, золототысячник) и некоторые фталиды (любисток).

Обращает внимание улучшение липидного состава крови в виде уменьшения атерогенных фракций липопротеидов, триглицеридов и тенденции к увеличению липопротеидов высокой плотности. О позитивной динамике липидного спектра свидетельствует достоверное уменьшение коэффициента атерогенности в обеих группах пациентов. В свете современных представлений гиперлипидемия рассматривается как существенный независимый фактор прогрессирования заболеваний почек. Установлено, что темпы снижения почечной функции почти в два раза выше у пациентов ХБП с гиперхолестеринемией, чем у больных без выраженных нарушений липидного обмена. Гиперхолестеринемия вызывает увеличение выработки коллагена, фибронектина и тромбоцитарного фактора, что приводит к гемодинамическим нарушениям в виде увеличения давления в капиллярах клубочков, почечную вазоконстрикцию и повышения резистентности почечных сосудов [6]. Анализ данных ультразвуковой доплерометрии показал, что характер почечной гемодинамики

характеризуется однонаправленными изменениями в виде снижения скоростей кровотока и повышения индекса резистентности на уровне дуговых, междолевых, сегментарных артерий и основного ствола, при этом более выраженное снижение кровотока наблюдалось на уровне дуговых и междолевых артерий. Так, на уровне дуговых артерий максимальная скорость (V_{max}) составляла 0,22 м/с, что в 1,9 раза ниже по сравнению с нормой, минимальная скорость (V_{min}) кровотока на уровне дуговых артерий была снижена в 17 раз; на уровне междолевых артерий в сравниваемых группах наблюдалось снижение V_{max} в 1,8 раза, V_{min} – в 27 раз. Значение V_{max} и V_{min} на уровне сегментарных артерий и основного ствола почек были снижены по сравнению с нормой в 2-2,2 раза и в 1,4-4,4 раза соответственно. Значение индексов резистентности на уровне дуговых, междолевых, сегментарных артерий и основного ствола превышали нормальные показатели в 1,6; 2,0, 1,7 и 1,75 раза соответственно. Изменения пульсационного индекса имели разнонаправленный характер: на уровне дуговых, междолевых артерий и основного ствола превышали показатели нормы, на уровне сегментарных артерий были ниже в 1,1 раза. В динамике в обеих группах пациентов отмечались положительные изменения в виде увеличения скоростных показателей и уменьшения индексов резистентности на уровне дуговых, междолевых, сегментарных артерий и основного ствола. Наиболее выраженные изменения по сравнению с исходными значениями наблюдались на уровне дуговых артерий ($p < 0,05$) (рис 1,2) и междолевых. Необходимо отметить, что, несмотря на положительную динамику, как скоростные показатели, так и индексы резистентности уровня нормы не достигли. При отсутствии достоверных различий между основной и контрольной группами более отчетливый эффект наблюдался в основной группе. Механизмы повышения периферического сопротивления имеют сложный характер. Имеются данные о наличии корреляции между RI и количеством гломерул, наличием клубочкового склероза, возрастом пациентов, распространенностью атеросклероза. В увеличении периферического сопротивления на уровне долевых и дуговых артерий также немаловажную роль играют выраженная клеточная инфильтрация, распространенность отека, которые в значительной степени отражают активность почечного процесса. Весомый вклад в формирование почечной гемодинамики вносит наличие системной артериальной гипертензии, форма ХГН [8].

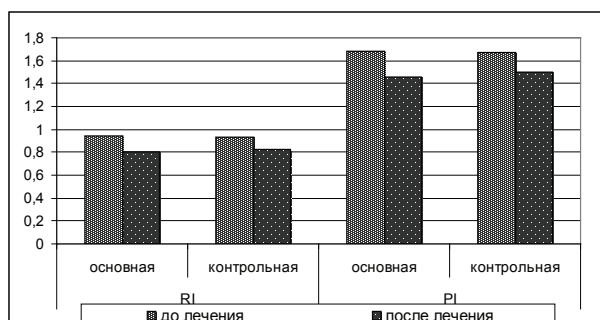


Рис. 1. Динамика максимальной (V_{max}) и минимальной (V_{min}) скоростей кровотока на уровне дуговых артерий в основной и контрольной группах.

Изучение КЖ показало, что у больных с ХГ имело место снижение всех показателей, при этом степень изменения различных параметров колебалась в широких пределах. Наиболее выраженное ухудшение было отмечено по шкалам РФ- в 1,4 раза сравнению со здоровыми ($p < 0,01$), ОЗ и ЭФ - в 1,2 раза ($p < 0,01$). Существенного ухудшения показателей ЖА, СФ и ПЗ не наблюдалось. На фоне лечения в контрольной и основной группах наблюдалось улучшение параметров качества жизни: показатели ФФ увеличились на 7,4% ($p < 0,05$) и 10,3% ($p < 0,05$), Б- на 5,9% и 7,2% ($p < 0,05$), РФ- на 16,7% ($p < 0,05$) и 24,1% ($p < 0,05$), ОЗ-7,9-8,4% соответственно. При отсутствии достоверных различий улучшение суммарной физической составляющей КЖ было более выражено в группе, получающей Канефрон Н. Имеются сведения, что у пациентов, находящихся на гемодиализе, показатели физического здоровья, основанные на самооценке больных, позволяют прогнозировать риск смерти больных, и являются не менее важными предикторами выживаемости пациентов, чем объективные клиничко-лабораторные параметры, характеризующие тяжесть соматического состояния [5].

Таким образом, применение Канефрона Н в комплексной терапии хронического гломерулонефрита характеризуется хорошей

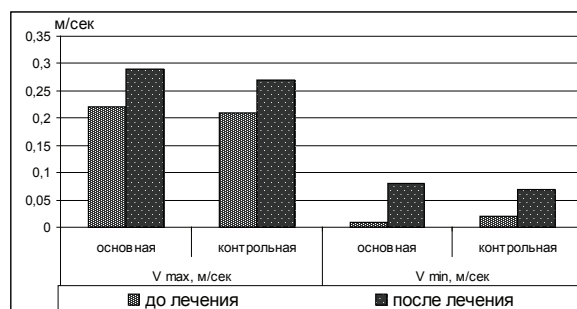


Рис. 2. Динамика индекса резистентности (RI) пульсационного индекса (PI) дуговых артерий в основной и контрольной группах.

переносимостью и комплексным воздействием, усиливающим положительные эффекты патогенетической терапии.

Выводы:

1. Применение Канефрона Н в составе комплексной терапии хронического гломерулонефрита индуцирует положительную динамику клиничко-лабораторных показателей: как в контрольной, так и в основной группах пациентов достоверно уменьшились общая слабость, отеочный синдром, головная боль, снизился уровень АД, уровень протеинурии, креатинина, улучшился липидный состав крови ($p < 0,05$). По сравнению с контрольной группой применение Канефрона Н сопровождалось достоверным уменьшением жалоб на боли в пояснице и увеличением СКФ ($p < 0,05$).

2. В обеих группах больных отмечено достоверное улучшение почечной гемодинамики, особенно на уровне дуговых и междольковых артерий, и качества жизни преимущественно за счет показателей физического здоровья. В группе, принимающей Канефрон Н, тенденция к более выраженным изменениям, носила недостоверный характер по сравнению с контрольной группой.

3. Канефрон Н характеризуется хорошей переносимостью и может быть рекомендован в качестве вспомогательного препарата в терапии хронического гломерулонефрита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В. Ю., Винярская И. В. Возможности использования критериев качества жизни для оценки состояния здоровья // *Российский педиатрический журнал*. - 2007. - № 5. - С.5-9.
2. Байгенжин А.К., Туганбекова С.К., Нарманова О.Ж., Магзумова Р.З. О регистре больных с заболеваниями почек в Республике Казахстан // *Нефрология и диализ*. - 2005. - №3. - С.357.
3. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2009 гг. (Отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии) // *Нефрология и диализ*. - 2011. - Т. 13, № 3. - С.198.
4. Борисова Т.Л., Герасименко О.Н. Применение препарата канефрона Н в комплексном лечении детей с гематурической формой хронического гломерулонефрита // *Современная педиатрия*. - 2011. - №2. - С.193-196.
5. Васильева И.А. Внутренняя картина болезни и качество жизни больных с терминальной почечной недостаточностью // *Рос. науч. журн.* - 2009. - № 2 (9). - С. 77-87.
6. Малкоч А.В., Хасабов Н.Н. Гиперлипидемия как фактор прогрессирования хронических

гломерулонефритов и принципы ее коррекции// Лечащий врач.- 2008.- №7.- С.19-21.

7. Осадчук М.А., Усик С.Ф., Осадчук А.М., Мишина Е.А. Нефрология: Учебное пособие. М.: «Медицинское информационное агентство», 2010, 168 с.

8. Полецук Л. А. Характеристика почечной гемодинамики у детей с заболеваниями почек. Обзор литературы//Нефрология и гемодиализ.- 2006.-Т. 8, №3.- С.3-14.

9. National Kidney Foundation KD: Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification // Am J Kidney Dis., 2002.- Vol. 39.-P.1-266.

10. Snyder J.J., Foley R.N., Collins A.J. Prevalence of CKD in the United States: a sensitivity analysis using the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004 // Am J Kidney Dis.- 2009, Vol. 53.-P. 218-228.

Л.Г. Тургунова, Н.С. Умбеталина, И.В. Бачева, Т.А. Шакаева

СОЗЫЛМАЛЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТТИҢ КЕШЕНДІ ЕМІНДЕ КАНЕФРОНДЫ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Созылмалы гломерулонефриттің кешенді емінде канефрон Н клиникалық тиімділігін анықтау мақсатында 44 науқас (25-негізгі топ, 19- бақылау топ) бақыланды. Емдеу алдында және емдеуден кейін клиникалық-зертханалық зерттеулер, бүйрек гемодинамикасының көрсеткіштері және өмір сапасы (SF-36 сауалнамасы арқылы) бағаланды. Канефрон Н қолдану клиникалық-зертханалық көрсеткіштерді, бүйректік гемодинамика көрсеткіштерін, әсіресе доғалық және бөлікаралық артериялар деңгейінде, физикалық денсаулық көрсеткіштері есебінен науқастардың өмір сапасын жақсартты ($p < 0,05$). Бақылау тобымен салыстырғанда канефрон Н қолдану нәтижесінде бел аймағының ауырсынуы азайды, шумақтық фильтрация жылдамдығы өсті ($p < 0,05$). Науқастар канефрон Н жақсы қабылдады. Препаратты созылмалы гломерулонефриттің емінде қосымша препарат ретінде қолдануға болады.

Кілттік сөздер: созылмалы гломерулонефрит, клиникалық-зертханалық көрсеткіштер, бүйректік гемодинамика, өмір сапасы, канефрон Н.

L.G. Turgunova, N.S. Umbetalina, I.V. Bacheva, T.A. Shakaeva

EXPERIENCE OF USING OF CANEPHRON N IN THE TREATMENT OF CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS

To study the clinical effectiveness of Canephron N in the treatment of chronic glomerulonephritis (CGN) examined 44 patients (25 study group, 19 control group). Before and after the treatment study of clinical and laboratory parameters, parameters of renal hemodynamics and quality of life (total SF-36). Found that the use of Canephron N induces a positive dynamics of clinical and laboratory parameters, improves renal hemodynamics, especially at the arc and interlobular arteries, and quality of life, mainly due to indicators of physical health ($p < 0.05$). Compared with the control group use of Canephron N was associated with significant reduction in complaints of back pain and an increase in glomerular filtration rate ($p < 0.05$). Canephron N is well tolerated and can be recommended as a subsidiary of the drug in the treatment of chronic glomerulonephritis.

Keywords: chronic glomerulonephritis, clinical and laboratory findings, renal hemodynamics, quality of life, Canephron N.



УДК: 616.233-053.2:612.6.051

Уразова С.Н., Исаева А.Б., Ермухамбетова М.С., Амрина Г.К., Шериева Б.Т.,
Уандикова А.Б.

**НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ
БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ**

АО «Медицинский университет Астана», г.Астана

Неотложные состояния у детей раннего возраста с тяжелыми острыми бронхолегочными заболеваниями во многом обусловлены нарушениями гемодинамики и нейрогуморальными механизмами ее регуляции. Среди регуляторных факторов важное место принадлежит калликреин-кининовой системе, т.к. ее компоненты оказывают существенное влияние на гемодинамику, особенно при воспалительных изменениях в легких [1,2].

Нами изучены компоненты калликреин-кининовой системы – калликреин и калликреиноген у 39 детей раннего возраста (от 1 месяца до 3 лет), из них у 28 - при тяжелых формах острых бронхолегочных заболеваний и у 11 здоровых детей того же возраста, составивших контрольную группу. Исследования проводили в динамике: в критический период, при улучшении состояния и выздоровлении. Как следует из представленной таблицы результатов исследований, в острый период регистрируется достоверное повышение уровня калликреина крови. Сопоставление полученных данных с клиническими проявлениями заболевания показало прямую зависимость возрастания активности фермента от тяжести и характера течения заболевания. Повышение активности калликреина при обструктивном бронхите и бронхиолите связано, скорее всего, с дыхательной недостаточностью, гипоксией

и цитотоксическими эффектами вирусов, как этиологического фактора этой бронхолегочной патологии. При осложненных формах пневмонии показатели калликреина в крови еще выше, чем при предыдущей патологии. Особенно высокий уровень калликреина в крови регистрируется при пневмонии с гнойными осложнениями в период критического состояния. Активация кининовой системы, по-видимому, является следствием распада тканей, лейкоцитов, ацидоза в очаге воспаления. Что касается показателей калликреиногена в плазме крови, то параллельное определение его у тех же больных показало закономерное снижение его уровня в критический период ($p < 0,02$). Видимо, такой характер изменений закономерен: снижение калликреиногена является следствием потребления его на образование калликреина. Чем выше его уровень, тем ниже концентрация калликреиногена, на что указывает обратная коррелятивная зависимость между ними ($r = -0,83$). Наши исследования показали наличие функциональной взаимосвязи калликреин-кининовой системы и гемодинамики. Установлена коррелятивная зависимость от концентрации калликреина в крови ЧСС ($r = +0,61$); ЦВД ($r = +0,59$); амплитуды систолической волны ($r = -0,7$), амплитудно-частотного показателя ($r = -0,64$); скорости медленного наполнения сосудов ($r = -0,78$).

Таблица: Динамика показателей калликреин-кининовой системы плазмы крови при тяжелой бронхолегочной патологии у детей раннего возраста

Нозологические формы	Калликреин, МЕ/мл, (M±m)		
	Калликреиноген, МЕ/мл, (M±m)		
	I	II	III
Обструктивный бронхит и бронхиолит	41,94±1,01x n=13	38,9±0,499 n=11	23,84±1,68с n=7
Бронхопневмонии с токсическим синдромом	334,85±14,2x n=13 47,3±5,54x n=10	352,4±11,2 n=11 44,12±0,734x n=9	358,64±15,2 n=7 24,41±0,35cy n=5
Бронхопневмонии с гнойными осложнениями	302,3±15,0x n=10 48,9±2,01 n=5 280,2±10,2x n=5	326,0±8,05 n=9 45,4±0,43x n=5 286,4±8,4x n=5	330,64±9,5сх n=5 25,12±0,39cy n=4 312,6±1,2сyx n=4
Здоровые дети		21,84±1,02 360,2±14,4 n=11	

Примечание: I, II, III – периоды заболевания; n- количество наблюдений; x- достоверность различий; y- II периода с I, II с III; с- III периода с I.

Полученные результаты являются отражением компенсаторных механизмов, направленных на восстановление гомеостаза и могут быть

рекомендованы для оценки тяжести и прогноза заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яровая Г.А. Калликреин-кининовая система: новые факты и концепции // Вопросы медицинской химии. - 2001. - №1. - С.19-26

2. Жилкова Н.Н. Калликреин-кининовая система, биогенные амины при анемии: автореф... дис. докт. мед. наук. - 2005. - 36 с.

Уразова С.Н., Исаева А.Б., Ермухамбетова М.С., Амрина Г.К., Шериева Б.Т., Уандикова А.Б.

БАЛАЛАРДАҒЫ ҚОЛҚА-ӨКПЕ АУРУЛАРЫНЫҢ АУЫР АҒЫМЫНЫҢ КЕЙБІР ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ ТҮРҒЫЛАРЫ

Балалардағы қолқа-өкпе аурулары кезіндегі гемодинамика регуляциясының нейрогуморалді тетіктері зерттелген - калликреин-кининді жүйенің компоненттері қарастырылған.

Urazova S., Isayeva A., Ermuhambetova M., Amrina G., Sherieva B., Uandikova A.

SOME PATHOGENETIC ASPECTS OF THE CURRENT SEVERE BRONCHOPULMONARY DISEASES IN CHILDREN

Investigated neurohumoral mechanisms regulating hemodynamics in severe acute bronchopulmonary diseases in children - the components of the kallikrein-kinin system.



УДК: 614.212:616-053.3

Шевченко С.А.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

ГККП «Городская поликлиника № 8»

Организация медицинской помощи новорожденным и детям раннего возраста является одним из важнейших разделов отечественного здравоохранения [1-3]. Учитывая, что первый год жизни ребёнка имеет решающее значение в обеспечении и сохранении здоровья в последующие годы, одной из основных задач педиатрической службы является организация диспансерного наблюдения за детьми первого года жизни [3,4]. Профилактическая работа на участке начинается с антенатального периода. Существует четкая взаимосвязь в работе женской консультации, родильного дома, детской поликлиники. Данные о беременных поступают из женской консультации. На дородовом патронаже проводится сбор и оценка генеалогического, биологического, социального анамнеза, даются рекомендации по режиму, питанию беременной, антенатальной профилактике рахита, подготовке к кормлению ребенка грудью.

Цель работы – сравнительный анализ диспансерного наблюдения за детьми первого года жизни за 2010 и 2011 годы.

Материал и методы исследования – изучены

амбулаторные карты новорожденных и детей до 1 года, находившихся на учете ГККП «Городская поликлиника № 8» г. Астана за 2010-2011 годы.

Результат и обсуждение. Охват матерей дородовым патронажем составил 95,3% в 2010 году, в 2011 – 95,7%. Сведения о новорожденных передаются из роддома ежедневно. Все новорожденные осматриваются своевременно. Первичный патронаж к новорожденному осуществляется на следующий день после выписки из роддома. Посещение новорожденного врачом в первые 3 дня после выписки из родильного дома составило 98,6% в 2010 году, в 2011 – 100%. Посещение новорожденного участковой медсестрой в первые 3 дня после выписки из родильного дома составило 98,6% в 2010 году, в 2011 – 100%. В месячном возрасте проводился осмотр невропатологом, ортопедом.

Ведется активная пропаганда исключительно грудного вскармливания. Требование к организации питания детям первого года жизни должно быть более высоким в связи с морфологической функциональной незрелостью системы пищеварения [4]. И, безусловно,

наилучшим продуктом питания для ребёнка первого года жизни является материнское молоко. Новорожденный ребёнок, находящийся рядом с матерью с первых минут жизни, лучше растёт и развивается, более пропорционально сложен, меньше болеет, а у матерей не развивается первичная гипогалактия [5]. При первом патронаже показывает матери, как правильно кормить грудью и как сохранить лактацию. Медицинский персонал информирует матерей о том, чтобы не давать младенцам никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока в течение первых шести месяцев жизни. Пропагандируется и поощряется продолжительность грудного вскармливания до 2х лет, рекомендуется круглосуточное совместное размещение матери и ребёнка, поощряется грудное вскармливание по требованию, проводятся беседы о вреде использования бутылочек и сосок. На исключительно грудном вскармливании в период новорожденности были в 2010 году 1854 (96,1%) детей, в 2011 году 1735 (96,3%). На исключительно грудном вскармливании до 3 месяцев были в 2010 году 1626 (91%), в 2011 г. - 1548 (95,5%) детей, на грудном вскармливании до 6 месяцев были в 2010 г. - 1542 (86,3%) и 1385 (85,4%) в 2011 г. До 12 месяцев на грудном вскармливании находились 1392 (77,9%) детей в 2010 г. и 1379 (85,1%) в 2011 г., до 18 месяцев 596 (33,3%) и 435 (26,8%) соответственно. Проводимая работа позволила увеличить процент детей, находящихся на грудном вскармливании в 3-х месячном возрасте и до 1 года. Показатели грудного вскармливания улучшились. Анализируя данные показатели, выяснилось, что перевод на смешанное или искусственное вскармливание в большинстве случаев проводится в родовспомогательных учреждениях или на 2-м этапе выхаживания новорожденных. Основная причина искусственного вскармливания - это вторичная гипогалактия и, очень редко, отказ ребёнка от груди.

В кабинете здорового ребенка ведется скрининговая оценка развития ребенка, при необходимости дети направляются на ПМПК (психолого-медико-педагогическая комиссия). На основании приказа МЗ РК № 140 от 28.03.06г «О скрининговой программе дородовой диагностики и профилактики врожденных и наследственных заболеваний у детей проводится неонатальный скрининг новорожденных на фенилкетонурию (ФКУ) и врожденный гипотиреоз (ВГ). На основании приказа МЗ РК № 376 от 21.06.07г. «Об утверждении перечня видов заболеваний и отдельных категорий населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и специализированное лечебное питание по рецептам отпускаются бесплатно и на льготных условиях», дети первого года жизни обеспечиваются сухими молочными смесями по показаниям. Во исполнение приказа

департамента здравоохранения г. Астана № 82 от 18.02.2008 года в поликлинике создана комиссия по переводу детей на раннее искусственное или смешанное вскармливание по медицинским показаниям.

Разработана разрядка распределения сухих молочных смесей на 2012 год. В местах наглядной информации размещен перечень абсолютных и социальных показаний для перевода детей до года на искусственное вскармливание, перечень относительных показаний.

Новорожденные по группам здоровья распределились следующим образом: I группа – 547 (28,3%) в 2010 году и 534 (29,6) в 2011 г., II группа – 1337 (69,3%) в 2010 г. и 1237 (68,7%) в 2011г., III группа – 44 (2,28%) в 2010 г. и 29 (1,6%) в 2011 г. В 2011 году снизилось количество детей, находящихся в третьей группе здоровья.

Дети из группы риска наблюдаются чаще, чем здоровые дети, осматриваются невропатологом в 1 месяц, назначается лечение, как в амбулаторных условиях, так и в неврологическом отделении ДГБ № 1.

В группу риска включаются дети, на которых внутриутробно, либо непосредственно после рождения воздействовал комплекс условий, определяющих большую вероятность развития патологии. Однако для возникновения того или иного заболевания необходимы провоцирующие факторы. Знание таких факторов и их предупреждение – основная задача участковых педиатров. Аномальное течение беременности, токсикоз, нефропатия, анемия беременных ведут к внутриутробной гипоксии плода, в результате чего в первые месяцы жизни могут возникнуть гипотрофия, рахит, анемия [6]. Указанные аномалии течения беременности могут быть предпосылкой возникновения нарушений мозгового кровообращения. Повышенный риск развития родовой травмы возникает у новорожденных, перенесших внутриутробную гипоксию.

Одним из важных показателей профилактической работы с детьми первого года жизни является показатель систематичности наблюдения. Среднее число посещений к врачу в поликлинику/ЦПМСП на 1 ребенка в 2010 г. составило 9,3 посещений, в 2011 г. - 10 посещений.

Среднее число посещений врачом на дому на 1 ребенка (включая профилактические и патронажные посещения) составило в 2010 г. 9 посещений, в 2011 г. - 9. По группам здоровья дети до 1 года жизни распределились следующим образом: в 2010 г. I группа – 980 (54,9%), II группа 774 (43,3%), III группа – 30 (1,68%), IV группа - 1 (0,05%), в 2011 г. I группа – 950 (58,6%), II группа 646 (39,8%), III группа – 22 (1,3%), IV группа 2 (0,1%) детей. Число детей, имевших рахит к 1 году жизни, в 2010 г. составило 19 (1,06%) и 16 (1,0%) – в 2011 г.

Активизировалась работа по выявлению

фоновых заболеваний. Число детей, имевших анемию к 1 году жизни, составило 145 (8,1%) в 2010 году и 287 (17,7%) – 2011 г. Число детей, имевших расстройство питания в 2010 г., было 42 (3,0%), в 2011 г. – 34 (2,0%). Гипотрофию к 1 году жизни имели 63 (3,5%) детей в 2010 г. и 27 (1,7%) – в 2011 г.

Таким образом, сравнительный анализ

диспансерного наблюдения за детьми первого года жизни за 2010- 2011 годы показал, что повысился охват новорожденных детей дородовым патронажем, увеличилось количество детей, находящихся на грудном вскармливании, активизировалась работа по выявлению фоновых заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

Поликлиническая педиатрия: Учебное пособие / Е.П. Сушко, В.И.Новикова, З.Е.Петухова и др.- Мн.: Вышэйш. шк., 2000

Полин Ричард А., Дитмар Марк Ф. Секреты педиатрии: Учебное пособие / Пер. с англ. под общ. ред. Н.Н.Володина и др.- М.: БИНОМ, СПб.: Нев. Диалект, 2001

Пропедевтика детских болезней: Учебник /

Под ред. акад. А.А.Баранова.- М.: Медицина, 1998
Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии Учебник / Под ред. акад. А.А.Баранова.- М.: Медицина, 2009, 592 с.

Авдеева Т.Г. Руководство участкового педиатра М.: Медицина, 2008, 312 с.

Манин В.Н. Патронаж новорожденного М.: Медицина, 2003, 245 с.

Шевченко С.А.

БІР ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДЫ ДИСПАНСЕРЛІК БАҚЫЛАУ

2010-2011 жылдарда бір жасқа дейінгі балаларды диспансерлік бақылаудың салыстырмалы анализі көрсетілген: босануға дейінгі және нәрестелердің патронажымен қамту жоғарылап, ана сүтімен тамактанатын балалардың санын көбейту, фондық ауруларды айқындау жұмысы белсендендірілуі қажет.

Shevchenko S.A.

DISPENSARY OBSERVATION OF CHILDREN OF THE FIRST YEAR

Comparative analysis of follow-up of the children of the first year for the 2010 - 2011 years, demonstrates that increased coverage of prenatal infants patronage, the number of children who are breastfed, stepped up efforts to identify the background diseases.



УДК: 616.37-002.4-08

С.В. Шеремет

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Костанайская городская больница

Введение: актуальность проблемы лечения панкреонекроза обусловлена значительным возрастанием количества больных и стабильно высокой летальностью, связанной с повышением числа распространенных форм панкреонекроза, сопровождающихся высокой частотой развития тяжелого панкреатогенного шока, полиорганной недостаточностью и выраженными гнойно-некротическими осложнениями (В.С.Савельев, 1996, и др.), о чем свидетельствуют высокие показатели летальности — от 30% [1,2,3,4] до 50—70% [5]. В литературе отсутствует единый подход в хирургической тактике при

этом труднопрогнозируемом заболевании [6]. В частности, нет определенности в вопросах о необходимости антибиотикопрофилактики [7], использования антисекреторной терапии [8], применения раннего энтерального питания [9], разноречивы данные об эффективности методов дренирования жидкостных парапанкреатических образований под контролем УЗИ (КТ) [10].

Цель исследования — определение эффективности использования современной концепции лечения больных с панкреонекрозом.

Материал и методы: за период с 2000 по 2011 г. в хирургическом отделении городской больницы

г. Костаная под наблюдением находились 62 больных некротическим панкреатитом. К больным панкреонекрозом относили: 1) пациентов, у которых в ходе оперативных вмешательств были определены некротические изменения в самой железе или парапанкреатической клетчатке; 2) неоперированных пациентов, умерших в ранние сроки от начала заболевания, у которых диагноз подтвержден результатами патологоанатомического вскрытия;

3) неоперированных пациентов, у которых на 2-й неделе от начала заболевания имелся парапанкреатический инфильтрат или по данным ультразвукового или компьютерного исследования определяли парапанкреатические жидкостные образования с секвестрацией тканей. Из вышеуказанных пациентов были сформированы 2 группы: основная — 38 больных, которые находились под наблюдением и лечились в клинике с 2005 по 2011 г., и контрольная — 24 больных, лечившихся в период с 2000 по 2004 г. С учетом того, что пациенты были неоднородны по тяжести состояния и могли по-разному реагировать на лечебные воздействия, было решено провести исследование еще и по признаку тяжести их состояния при поступлении в стационар. В связи с этим все больные панкреонекрозом по критерию тяжести состояния, определяемого по шкале APACHE II [9], были разделены на две категории — тяжелых (8 баллов и более) и легких (менее 8 баллов). Из тяжелых больных сформированы две группы: основная — 28 человек, лечившихся в период с 2005 по 2011 г., и контрольная — 19 человек, лечившихся в период с 2000 по 2004 г. Из легких также были сформированы две группы: в основную вошли 10 человек, лечившихся в период с 2005 по 2011 г., в контрольную — 5 человек, лечившихся в период с 2000 по 2004 г.

Таким образом, эффективность различных комплексов лечения оценивалась сразу у трех категорий пациентов: 1) с некротическим панкреатитом в целом; 2) с тяжелыми формами заболевания; 3) с легкими формами панкреонекроза.

Этапы исследования состояли в определении: 1) различий лечебных комплексов в основных и контрольных группах; 2) различий тяжести состояния пациентов основных и контрольных групп в начале наблюдения; 3) эффективности комплексного лечения больных основных и контрольных групп; 4) методов и их характеристик, влияющих на конечный результат лечения больных.

Различия в комплексном лечении групп больных некротическим панкреатитом выявляли по 62 параметрам 9 основных лечебных направлений.

Различия в тяжести состояния больных сравниваемых групп в момент начала наблюдения оценивали по трем группам параметров (23

показателя). Отмечали возраст больного (годы), пол и сутки от начала заболевания.

Результаты лечения оценивали по количеству и тяжести гнойных осложнений и показателю летальности. Определяли наличие гнойных осложнений их структуру: абсцесс, забрюшинная флегмона, распространенный гнойный перитонит. Определяли наличие смертельного исхода. Статистическую обработку материала производили с помощью программы STATISTICA3 версия 7.033. При сравнении исследуемых групп достоверными считались различия при p для критерия ниже 0,05.

Результаты и обсуждение: в отличие от контрольных у всех категорий больных основных групп большинство антибиотиков первой и второй очереди составляли препараты широкого спектра действия и прежде всего карбопенемы и фторхинолоны. Во всех основных группах антисекреторная терапия применялась чаще, чем в контрольных, и преимущественно использовались антисекреторные препараты октреотид и квамател. В целом у больных некротическим панкреатитом и при тяжелых формах заболевания метод начинали применять раньше. Антиферменты использовали реже у больных всех основных групп. У больных всех групп, лечившихся в период с 2005 по 2011 г., раннее питание использовалось чаще, назначалось раньше и, помимо парентерального, применяли еще и энтеральное питание. Нутритивная поддержка при гнойных осложнениях панкреонекроза также чаще использовалась в основных группах. При панкреатите в целом и у пациентов с легким течением заболевания в указанный период чаще применяли малоинвазивные перкутанные дренирования парапанкреатических жидкостных образований под контролем УЗИ. Не выявлено различий между группами по показателям лапароскопических и полостных вмешательств.

Таким образом, при оценке комплексного лечения с позиций современной концепции лечения заболевания все группы пациентов, лечившихся в период 2005 по 2011 г., имели преимущества перед пациентами контрольных групп: 1) чаще использовались панкреотропные антибиотики; 2) чаще, раньше и более эффективными препаратами проводилась антисекреторная терапия; 3) чаще использовалась нутритивная поддержка как в ранний период заболевания, так и при гнойных осложнениях, начинали ее проводить раньше и, помимо парентерального, использовали еще и энтеральное питание; 4) применялись малоинвазивные способы дренирования жидкостных парапанкреатических образований под контролем УЗИ.

Таким образом, снижение летальности при тяжелых формах панкреатита было достигнуто благодаря применению в начале

антибиотикотерапии панкреотропных препаратов широкого спектра действия, более частому назначению антисекреторной терапии и ранней нутритивной поддержки. Неоднозначность оценок, приводимых в литературе и касающихся результатов и необходимости проведения антисекреторной терапии, нашла отражение и в представленных материалах исследования. С одной стороны, подтверждено отсутствие эффекта от применения октреотида, что согласуется с данными большого количества рандомизированных исследований и метаанализов [11], с другой — зафиксирован эффект от самого факта проведения антисекреторной терапии независимо от используемых препаратов, что противоречит утверждению ряда исследователей

[12]. Таким образом, данные проведенного исследования позволяют рекомендовать выбор лечебной тактики уже с момента поступления пациента с панкреонекрозом в стационар. Если тяжесть состояния больного панкреонекрозом при поступлении более 8 баллов по шкале АРАСНЕ II, то в ходе комплексного лечения неукоснительным должно быть выполнение трех условий: 1) назначение первым антибиотиком панкреотропного препарата широкого спектра действия; 2) применение антисекреторной терапии; 3) использование ранней нутритивной поддержки. При тяжести состояния больных менее 8 баллов выполнение этих условий необязательно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Краснорогов В.Б. и др. Острый панкреатит (Протоколы диагностики и лечения) Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 12 марта 2004.
2. Бутров А.В., Гамаджиева М.М., Борисов А.Ю. Раннее энтеральное питание в комплексной интенсивной терапии больных с острым некротическим панкреатитом. Хирургия 2006; 1: приложение к журналу CONSILIUM MEDICUM.
3. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневич С.З. и др. Антибактериальная терапия абдоминальной хирургической инфекции. М 2002; 124.
4. Гучев И.А., Волков И.П., Иванова А.М. Панкреонекроз. Возможности антибактериальной терапии и профилактики. Рус мед журн 2007; 15: 12: 965—972.
5. Лейдерман И.Н., Руднов В.А. Нутритивная поддержка в многопрофильном стационаре. Учебно-методическое пособие. Екатеринбург 2000; 24.
6. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения (проект). (Проект составлен по материалам 9-го Всероссийского съезда хирургов, состоявшегося 20—22 сентября 2000 г. в Волгограде). CONSILIUM MEDICUM 2001; 3: 6.
7. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Инфицированный панкреонекроз. Инфекции в хирургии 2003; 1: 2: 34—39.
8. Bhattacharya S., Banerjee D., Bauri A.K. et al. Department of General Surgery, Department of Viszeral surgery, University of Ulm (1982—2001), Donau-Klinikum, Neu-Ulm, Germany Bettina M Rau, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg Saar, Germany. Severe acute pancreatitis: Clinical course and management University Hospital, Steinhoevelstr. 9, D-89075 Ulm, Germany. Received 2007; 13.
9. Bradley E.L. III. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the international symposium on acute pancreatitis. Atlanta 1992.
10. Carroll J.K., Herrick B., Gipson T., Lee S.P. Acute pancreatitis: diagnosis, prognosis, and treatment. Am Fam Physician 2007; 75: 1513—1520.
11. Dellinger E.P., Tellado J.M., Soto N.E. et al. Early Antibiotic Treatment for Severe Acute Necrotizing Pancreatitis: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. Ann Surg 2007; 245: 5: 674—683.
12. Heinrich S., Schafer M., Rousson V., Clavien P.A. Evidence-based treatment of acute pancreatitis: a look at established paradigms. Ann Surg 2006; 243: 2: 154—68.

С.В. Шеремет

ПАНКРЕОНЕКРОЗБЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Ауруды емдеудің замандас концепцияларының тиімділігін анықтау мақсатында некротикалық панкреатитпен ауырған 62 науқасты емдеудің нәтижелері сарапталды. Некротикалық панкреатиттің ауыр түрімен ауырған науқастарды емдеуде замандас әдістері ең нәтижелі екендігі айқындалды. Егер панкреонекрозбен ауырған пациенттің күй-жағдай ауырлығы түсу кезінде АРАСНЕ II шкаласымен 8 баллдан көбірек болса, онда кешенді емдеу барысында үш шарттың бұлжытпай орындалуы тиіс: 1) кең спектрлі панкреотропты антибиотик препаратын бірінші болып тағайындау; 2) антисекреторлы терапия тағайындау; 3) ерте нутритивтік көмек тағайындау. Науқастардың күй-жайы 8 баллдан кем болғанда, бұл шарттарды орындау міндетті емес.

FEATURES OF TREATMENT OF PATIENTS WITH NECROTIZING PANCREATITIS

The results of treatment of 62 patients with necrotic pancreatitis were analyzed to establish the efficacy of modern therapy strategy. Current treatment approaches were most effective in patients with severe forms of the pancreatitis. Demonstrated, that treatment protocol of patients with pancreonecrosis, who showed more than 8 points by APACHE II scale, should include pancreotropic antibiotic of broad spectrum, antisecretory drugs and early enteral nutrition. Patients with less than 8 points by APACHE II scale did not required the mandatory implementation of all the referred measurements.



УДК: 616.972-036

Штефанова Е.И.

ОБЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ СИФИЛИСА

Медицинский центр «Айя» г. Астана

Внедрение бледной трепонемы вызывает в организме человека ответную реакцию, в том числе иммунобиологические сдвиги, параллельно которым меняются и микроорганизмы, и реакция макроорганизма. [1,4] Этим объясняется волнообразное течение сифилитической инфекции, разнообразие сыпи на коже и слизистых оболочках, изменение различных систем организма, органов и тканей.

В настоящее время сифилитическую инфекцию принято делить на стадии, что не только удобно, но и позволяет в каждом конкретном случае устанавливать давность инфекции, характер поражения в тех или иных органах и системах, предполагать степень заразительности больного, а также назначать адекватное лечение. [2,6]

Время с момента заражения и до появления первого признака сифилиса – твердого шанкра носит название *инкубационного периода*. В течение него попавшие в организм тем или иным путем бледные трепонемы не остаются в месте проникновения, а распространяются по лимфатическим сосудам в близлежащие (регионарные) лимфатические узлы.

По данным отечественных авторов, через 8 ч, зарубежных – через 12 ч, бледная трепонема достигает регионарных лимфатических узлов, через 48 ч – лимфатических узлов малого таза, через 5 суток – поступает в кровь. [1]

Именно в лимфатических узлах и в лимфатической системе в целом в связи с низким содержанием кислорода (в 200 раз меньше, чем в крови) возбудитель имеет хорошие условия для размножения.

Инкубационный период в среднем продолжается 28–30 дней. Он может сокращаться до 14 дней или удлиняться до 2-х месяцев. Укорочение его описано при так называемых биполярных (одновременно появляющихся на различных участках кожи или слизистых

оболочках) шанкрах.

Удлинение инкубационного периода наблюдается при нарушении иммунитета: у ослабленных лиц, стариков, людей, злоупотребляющих алкоголем, а также при употреблении в этот период по различным поводам антибиотиков. Как уже отмечалось, не исключена роль цистформ в удлинении инкубации.

Инкубационный период можно разделить на «прегистологический» (до 10 - 12 дней с момента половой связи с больным человеком) и более поздний «гистологический», в течение которого больной может быть источником заражения для других людей.

Вслед за инкубационным периодом на месте внедрения бледной трепонемы возникает первый признак и основное проявление первичного периода сифилиса (*syphilis primaria*) – твердый шанкр. Лишь изредка встречаются случаи, когда проявления заболевания начинаются через 3- 3,5 месяца после заражения сразу с высыпанием вторичного сифилиса, минуя образования твердого шанкра. Это так называемый обезглавленный сифилис (*syphilis demblee*), развивающийся, когда бледная трепонема попадает непосредственно в кровяное русло. Подобные случаи имеют место у гинекологов, хирургов, заразившихся во время проведения операции, а также при трансфузионном сифилисе. *Syphilis demblee* следует отличать от случаев вторичного сифилиса у больных с шанкром в прямой кишке, уретре и других «скрытых» местах. [4,5]

Спустя 7 – 10 дней после появления твердого шанкра отмечается увеличение близлежащих (регионарных) лимфатических узлов. В это время КСР остается отрицательным и мы имеем дело с сифилисом первичным серонегативным. Через 2 – 3 нед. серологические реакции становятся

положительными – развивается сифилис первичный серопозитивный. Продолжительность первичного периода оценивается в 6 – 8 нед. К этому времени увеличиваются лимфатические узлы всех групп, что является предвестником вторичного периода сифилиса.

Вторичный период при отсутствии лечения может продолжаться до 2 лет. Его делят на вторичный свежий (resens), когда на коже и слизистых оболочках появляются множественные разнообразные (розеолезные, папулезные и др.) высыпания яркой окраски. Далее развивается вторичный скрытый период, когда эти высыпания без лечения угасают, и затем – вторичный рецидивный, когда они вновь появляются, но в меньшем количестве и имеют более тусклую окраску и крупные размеры. Таких рецидивов может быть за 2 года несколько.

Спустя 2 года существования нелеченого сифилиса наступает третичный период (terciaria). Это тяжелая, калечащая стадия, проявляющаяся гуммами, бугорками, располагающимися на коже, слизистых оболочках, в жизненно важных органах и приводящих больного к инвалидности и нередко к смерти.

Наконец, надо помнить о передаче сифилиса потомству. У детей бывает ранний врожденный сифилис, поздний и скрытый.

Таково общее, характерное течение

сифилитической инфекции.[1,3]

Случай из практики. Пациентка 22 лет обратилась с жалобами на появление сильного зуда, эрозии в перианальной области. Данные жалобы беспокоят в течение недели. Гепатит, туберкулез, сифилис отрицает. Аллергических реакций на лекарственные средства, пищевые продукты не проявлялись. Разведена; последний coitus с супругом 1 месяц назад. Status localis. Патологический процесс ограниченный, расположен на гладкой коже перианальной области с переходом на анус. Представлен язвой в D=2 см с четкими округлыми краями, гладким блестящим дном ярко - розового цвета. Пальпируемый твердый инфильтрат в основании язвы безболезненный. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. При обследовании крови на RW обнаруживаем антиген трепонемный 3+, антиген кардиолипиновый 3+, микрореакция 4+. С диагнозом: Первичный серопозитивный сифилис – твердый шанкр положительный антиген трепонемный 3+; антиген кардиолипиновый 3+, микрореакция 4+, была направлена в ЦД ПБППП.

Чувство зуда для данного заболевания было нехарактерным, носило субъективный характер, а патогманичные признаки шанкра позволили выставить предварительный диагноз и обследовать пациентку для подтверждения правильного диагноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич В.П. Кожные и венерические болезни. 2008. С. 12-15.
2. Арифов С.С. клиническая дерматология и венерология. 2008. С. 13-16.
3. Дмитриев Г.А. сифилис: феномен, эволюция, новации. 2010. С. 14-18.
4. Молочков В.А. Инфекции передаваемые половым путем. клиника, диагностика, лечение. 2006. С. 13-19.
5. Прохоренков В.И. Сифилис. Иллюстрированное руководство. 2002. С. 16-19.
6. Скрипкин Ю.К. Национальное руководство. Дерматовенерология. 2011. С. 12-18.

Штефанова Е.И.

МЕРЕЗДІҢ ЖАЛПЫ АҒЫМЫ

Ақшыл трепонеманың адам ағзасына енуі жауапты реакцияны туғызады. Оның ішінде иммунобиологиялық серпілістермен бірге микроорганизмдерде өзгереді және ағзада макроорганизмді реакция пайда болады.

Shtephanova E.I.

THE GENERAL COURSE OF SYPHILIS

The invsion of treponema causes response, in the human organism, including the immunobiologicalshifts, which vary in parallel, and the microorganism and the reaction of the microorganism.



УДК: 616.33-002-072.1

А.Г.Альмамбетов, А.Ш. Жумадилов, А.К. Мукажанов, Н.Н.Удербает, А.М.Алтысбаев, Б.Т.Кырыкбаев

ПЕРКУРАТНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ – СПОСОБ ДОСТАВКИ НУТРИЕНТОВ

Республиканский Научный Центр Неотложной Медицинской Помощи г.Астана

В современных условиях клиническое питание является неотъемлемой составляющей в комплексном лечении пациентов, в том числе и в отделениях интенсивной терапии, и является залогом успеха в достижении клинического эффекта и профилактике осложнений.

Развитие кахексии, инфекционных осложнений, замедленное заживление ран и послеоперационных рубцов, плохая консолидация переломов, анемия, гипопропротеинемия и гипоальбуминемия, нарушения транспортной функции крови и процессов пищеварения, а также развитие полиорганной недостаточности, как результат несостоятельности иммунной системы, пластических и репаративных процессов находятся в прямой зависимости от нутриционной недостаточности. Именно правильное сбалансированное клиническое питание во многом определяет способность пациента переносить болезни и критические состояния с меньшими функциональными потерями и более полной реабилитацией [1, 2, 3, 4].

Наряду с корректной ИВЛ, прицельной антибактериальной терапией, клиническое питание требует определённых расчётов и тактики, оно должно обеспечивать не только энергетические, но и пластические процессы (содержать в необходимом количестве и соотношениях незаменимые аминокислоты, незаменимые жирные кислоты, электролиты, микроэлементы и витамины), а также важно учитывать способы доставки нутриентов.

Известны 3 способа искусственного(клинического) питания [1, 2, 3, 4]: парэнтеральное (ПП), энтеральное (ЭП), смешанное (парэнтеральное, энтеральное).

В отделении нейрореанимации в основном проводится ЭП строго специализированными сбалансированными смесями для клинического питания (готовые смеси, порошки для приготовления смесей). Энтеральное питание, несомненно, является более физиологичным и клинически эффективным способом нутриционной поддержки по сравнению с парэнтеральным. Кроме того, оно в 4-8 раз дешевле парэнтерального питания и при его осуществлении не возникает тяжелых осложнений, которые могут быть при внутривенном введении нутриентов [2].

В настоящее время на территории Республики

Казахстане основным способом доставки нутриентов энтерально является назогастральный и назоэнтеральный зонд.

Согласно рекомендациям Европейской Ассоциации Нутрициологов (ESPEN) использование зондов имеет временные ограничения, так как длительное использование назогастрального зонда практически неизбежно приводит к развитию воспалительных изменений в носовых ходах и придаточных пазухах носа, ротоглотке и пищеводе, к возникновению пролежней по ходу зонда, может стать причиной гастроэзофагеального рефлюкса, регургитации и аспирации [5].

Другим способом доставки нутриентов является гастростома. Гастростомия — хирургическая операция, заключающаяся в создании искусственного входа в полость желудка через переднюю брюшную стенку с целью кормления пациента при невозможности приёма пищи через рот [6]. Показаниями для гастростомии являются хронические нарушения глотания:

- вегетативное состояние, рассеянный склероз, инсульты, деменция;
- травмы лица, глотки, пищевода (с длительным нарушением глотания);
- опухоли верхних отделов пищеварительной системы(полость рта, глотки, пищевода) [2].

По данным зарубежных авторов в последнее время широкое применение в современной медицине получила перкутанная эндоскопическая гастростомия (ПЭГ), разработанная М.Gauderer и соавт. в 1971 году. Впервые ПЭГ была выполнена в 1979 г. в Кливленде эндоскопистом J. Ponsky и детским хирургом М. Gauderer у 4,5-месячного ребёнка [7]. Методика впервые опубликована в 1980 г. как альтернатива гастростомии из лапаротомного доступа и получила название pull-метод (метод вытягивания трубки) [8]. Данная методика имеет следующие преимущества:

- возможность выполнения у пациентов с высоким операционным риском [8];
- требует только минимальной седации (нет необходимости в общем наркозе) [8];
- может быть произведена в течение 15-30 мин [9];
- возможность проведения у постели больного;
- имеет меньшую стоимость, чем гастростомия из лапаротомного доступа [8];

• уход за гастростомой, наложенной эндоскопическим методом, не требует никаких дополнительных мероприятий, прост и безопасен для больного^[9].

Контингент пациентов с цереброваскулярной патологией молодеет год от года, потеря трудоспособности в результате этой патологии приобретает все большее социально-экономическое значение. В Казахстане частота инсультов достигает среди женщин 349 случаев на 100 тыс. человек, среди мужчин – 400 случаев на 100 тыс. человек. Это один из самых высоких показателей в мире. При этом 60% пациентов после атаки инсульта остаются инвалидами с неврологическим дефицитом в той или иной степени, часть из которых нуждаются в доставке нутриентов через ПЭГ. Согласно наблюдениям Американской Ассоциации Нутрициологов в популяции пациентов нуждающихся в постановке ПЭГ, 90% составляют больные с неврологическим дефицитом, т.е. больные с нейро-сосудистой патологией, травматической болезнью головного мозга, опухолями мозга.

С внедрением в клиническую практику отделения нейрореанимации АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи» (РНЦ НМП) международных стандартов летальность больных с острым нарушением мозгового кровообращения, тяжёлой черепно-мозговой травмой, значительно снизилась, однако впоследствии данные пациенты находятся в состоянии неврологического дефицита в той или иной степени. Так, за 9 мес. 2012 года после открытия отделения нейрореанимации летальность снизилась в среднем на 70%. В то же время до 66% пациентов нуждаются в установке ПЭГ.

Этапы проведения чрескожной эндоскопической гастростомии

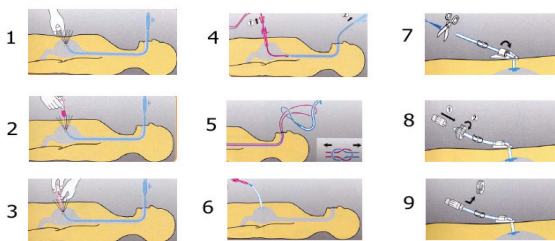


Рисунок ^[2]

Целью работы явилось определить эффективность и преимущества методики ПЭГ как способа доставки нутриентов у пациентов отделения нейрореанимации. Практический опыт был заимствован в отделении эндоскопии UniversityHospital г. Кливленд

(США) и впервые успешно применён в отделении нейрореанимации РНЦ НМП. Двум пациентам ПЭГ была установлена без

технических трудностей эндоскопическим путём и без осложнений с момента постановки.

1) Пациент Б., 1968г.р. находился в отделении нейрореанимации РНЦ НМП в течение 8 месяцев с диагнозом: «Повторное острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу (паренхиматозно-субарахноидальное) с прорывом желудочки головного мозга. Отёк головного мозга». С момента поступления состояние тяжёлое, обусловлено выраженной неврологической симптоматикой в стадии грубой клинической декомпенсации, с выраженной общемозговой и очаговой симптоматикой. На момент постановки ПЭГ неврологический статус: уровень сознания – апалический синдром, открывает глаза, неконтактен, взгляд не фиксирует, тетраплегия, децеребрационная мышечная ригидность. Общеклинические анализы - общий анализ крови: Гемоглобин – 91г/л; Эритроциты – 2.90×10^{12} , Абсолютное число лимфоцитов – 1.3×10^9 ; Биохимический анализ крови: Общий белок – 57г/л, Альбумин 32 г/л; Коагулограмма: Протромбиновое время – 18.2, МНО – 1.16, Фибриноген 4.1 г/л, АЧТВ 36 сек. Пациент находился на искусственном питании через назогастральный зонд. Показанием для установки ПЭГ явились вегетативное состояние в результате инсульта, недостаточность питания лёгкой степени (индекс массы тела определить невозможно, ввиду отсутствия возможности определить вес пациента). Противопоказаний нет (исследования ЭФГДС, УЗИ брюшной полости, клиничко-лабораторные показатели). Факторы риска осложнений минимальны. ПЭГ установлен эндоскопическим путём в условиях седации р-ром Профола 1% - 200 мг., обезболивания р-ром Фентанила 100 мкг., согласно алгоритму совместно хирургами и эндоскопистами в палате интенсивной терапии. Питание продолжено через 24 часа, осложнений не было.

2) Пациент М., 1959г.р. находился в отделении нейрореанимации РНЦ НМП в течение 43 суток с диагнозом: «Инфаркт мозга. Повторное острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в вертебро-базиллярном бассейне. Бульбарный синдром. Тетраплегия. Отёк головного мозга. Артериальная гипертензия 3 ст., риск 4. Сахарный диабет 2 тип, декомпенсированный». С момента поступления состояние тяжёлое за счёт выраженной неврологической симптоматики в стадии грубой клинической декомпенсации, с выраженной общемозговой и очаговой симптоматикой. Неврологический статус: уровень сознания – кома 1 (по шкале Глазго – 8 баллов); реагирует на осмотр и болевые раздражители недифференцировано, глаза не открывает, инструкции не выполняет, тетраплегия. Общеклинические анализы - общий анализ крови: Гемоглобин – 95г/л;

Эритроциты – 3.35×10^{12} , Абсолютное число лимфоцитов – 1.5×10^9 ; Биохимический анализ крови: Общий белок – 59.9 г/л, Альбумин 34 г/л; Коагулограмма: Протромбиновое время – 14.7, МНО – 1.08, Фибриноген 2.4 г/л, АЧТВ 29.9 сек. КТ-исследование придаточных пазух носа: «Хронический пансинусит, обострение». Пациент находился на искусственном питании через назогастральный зонд. Показанием для установки ПЭГ явились выраженный неврологический дефицит, бульбарный синдром, наличие гнойно-воспалительного процесса в придаточных пазухах, возможно, в результате длительного нахождения назогастрального зонда в носоглотке. Противопоказаний нет (исследования ЭФГДС, УЗИ брюшной полости, клинико-лабораторные показатели). Факторы риска осложнений минимальны. ПЭГ установлен эндоскопическим путём в условиях седации р-ром Профола 1% – 200 мг, обезболивания р-ром Фентанила 100 мкг., согласно алгоритму совместно хирургами и эндоскопистами в палате интенсивной терапии. Питание продолжено через 24 часа, осложнений не было.

По данным ESPEN имеются абсолютные и относительные противопоказания для наложения

ПЭГ^[2]. Абсолютные: полная обструкция или стеноз пищевода, декомпенсированный стеноз желудка, невозможность проведения диафаноскопии передней брюшной стенки. Относительные: выраженное ожирение, асцит, коагулопатия, состояние после гастрэктомии, карциноматоз брюшины, разлитой перитонит, перитонеальный диализ.

Осложнениями^[2] при установке ПЭГ являются: воспаление окружающих тканей (5-30 %), кровотечение (0-2,5 %), перитонит (0,5-1,3%), аспирация (0,3-1%), закупорка (0,3-2,4%), самопроизвольное удаление (1,6-4,4%).

Факторы риска осложнений при установке ПЭГ^[2]: возраст больных (старше 80 лет), деменция, индекс массы тела < 16,5 кг/м², альбумин крови < 30 г/л.

Таким образом, установка ПЭГ у пациентов с высоким анестезиологическим и хирургическим риском имеет значительные преимущества перед традиционной гастростомией – устанавливается у постели больного, в условиях минимальной седации и обезболивания, без технических трудностей. Осложнений после установки ПЭГ у наблюдаемых больных не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хорошилов И.Е. Нутриционная поддержка. - Санкт-Петербург, Россия. Издательство ИнформМед - 2010. – 458с.
2. Pol L. Marino перевод с английского под редакцией А.П. Зильбера. Интенсивная терапия. – Москва, Россия. Издательство ГЭОТАР-Медиа - 2010. С.601-633.
3. Салтанов А.И., Сельчук В.Ю., Снеговой А.В. - Основы нутритивной поддержки в онкологической клинике. - Москва, Россия. - 2009. – 317с.
4. Гаджиева Н.Ш., Лейдерман И.Н., Солдатов А.С., Белкин А.А. Методическое руководство для врачей «Метаболический мониторинг нутритивная поддержка при критических состояниях в нейрохирургии и неврологии». - Екатеринбург, Россия. - 2005. с.37
5. Новиков А.В., Ларькин О.А., Люхан М.Ю., Чурбанова О.Ю. Использование перкутантной эндоскопической гастростомии для длительного зондового питания. // www.airspb.ru
6. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. - Москва, Россия. – 2007. – С. 606-608.
7. Мазурин В.С., Вахонин А.Ю., Шабаров В.Л., Прищепо М.И., Носков Д.С. Осложнения при выполнении чрезкожной эндоскопической гастростомии // Альманах клинической медицины. - 2006. - № 11. С. 92-93.
8. Волков О.И. Чрезкожная эндоскопическая гастростомия // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2004. - №1(15). С. 75-76.
9. Балалыкин А.С., Козин С.М., Саввин В.Ю., Добродеев С.А., Вахонин А.Ю. Чрезкожная эндоскопическая гастростомия // Эндоскопическая хирургия. – 2007. - №1. С. 115-116.

А.Г.Элмамбетов, А.Ш. Жұмаділов, А.К. Мұқажанов, Н.Н.Үдербаев, А.М.Алтысбаев, Б.Т.Қырықбаев

ПЕРКУРАНТТЫ ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ГАСТРОСТОМИЯ – НУТРИЕНТТЕРДІ ЖЕТКІЗУ ӘДІСІ

Аталған жұмыста энтеральды коректендіруді жүргізудегі перкутантық эндоскопиялық гастростом (ПЭГ) пайдаланылуының қолданылымы, қарама-қайшылығы, қойылым өзектілігі көрсетілген. Лапаротомды тілік арқылы дәстүрлі гастростоммен салыстыра отырып аталған әдістің артықшылығы келтірілген. ПЭГ қолданудың тиімділігі дәлелденген негізде назогастральды зонд арқылы энтеральды коректенуде 1 ай болған долбарлы клиникалық декомпенсация сатысындағы ашық көрсетілген неврологиялық симптоматикасы бар науқастардағы нейрореанимация бөлімі жағдайында ПЭГ-ды қолдану тәжірибесінен оқиғалар жазылған.

A.G.Almambetov, A.CH. Zhumadilov, A.K. Mukanova, N.N.Uderbayev, A.M. Alpibayev, B.T.Kirikbayev

PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY – A WAY TO DELIVER NUTRIENTS

In this work are adequate use of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) during enteral nutrition, indications, contraindications, technique performances. Advantages of this method over traditionnogastrostomiei through abdominal wall incision. There are cases of the practice of PEG in a department neyroreanimatsii bolnyhs severe neurological symptoms at the stage of clinical decompensation brute, who were more than 1 month. on enteral nutrition through a nasogastric tube, on the basis of demonstrated efficacy of PEG.



УДК: 613.25

Балкешева З.М.

ОЖИРЕНИЕ - ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА

Акмолинская областная больница, г.Кокшетау

Ожирение - является одной из глобальных проблем современной медицины. В настоящее время его частота неуклонно увеличивается и во многих странах мира ожирение приобретает масштабы социально значимой патологии. Ожирение способствует возникновению многих клинических осложнений, отрицательно влияющих на состояние здоровья и продолжительность жизни. Оно является предрасполагающим фактором развития многих заболеваний. Ожирение - это состояние человека, при котором его фактическая масса тела на 15% и более процентов превышает нормальную. Ожирение может развиваться из-за расстройства жирового обмена в связи с заболеванием центральной нервной и эндокринной системы. Гораздо чаще 80-90% случаев ожирение обусловлено нерациональным питанием, когда поступление с пищей энергии превышает энергетические траты организма. Особенно влияет на развитие ожирения избыточное употребление легкоусвояемых углеводов, которые в организме могут переходить в жир и извращать обмен веществ в сторону жиракопления.

Существует 4 степени ожирения:

- При ИМТ меньше 18,5 отмечается дефицит веса
 - При ИМТ 18,5- 24,9 нормальный вес
 - При ИМТ 24,9-29,9 избыточная масса
 - При ИМТ 29,9-34,9 ожирение 1 степени
 - При ИМТ 34,9-39,9 ожирение 2 степени
- ИМТ (индекс массы тела) определяется: масса тела : рост в квадрате.

Ожирению способствуют редкие и обильные приемы пищи, перенос основного приема пищи на ужин, перед сном. Отложение жира усиливается, если периоды ограниченного питания чередуются с неконтролируемым употреблением большого количества пищи, богатой жирами и

углеводами. Большое значение в возникновении ожирения имеет малоподвижный образ жизни при достаточно выраженном аппетите. Ожирение не всегда является следствием грубого переедания из-за повышенной возбудимости пищевого центра. Нередко ожирение возникает при малозаметном, небольшом, но регулярном поступлении излишних источников энергии. Следует учитывать конституциональную предрасположенность. Чрезмерное питание женщины во время беременности и перекармливание грудного ребенка ведет к увеличению в детском возрасте количества жировых клеток, что предрасполагает к ожирению в последующие годы.

Физиологическая перестройка обмена веществ также может способствовать ожирению при отсутствии соответствующей коррекции питания, например, при старении организма, когда обмен веществ снижается, у женщин при беременности, кормлении грудью или в климактерическом периоде. Возникшее ожирение способствует изменению функции эндокринной системы, что усугубляет нарушенные процессы отложения жира. При этом ухудшается состояние различных органов и систем, развиваются сахарный диабет, атеросклероз, желчнокаменная и мочекаменная болезни и другие заболевания. Обеспечение тканей кислородом снижается, что усугубляется затрудненностью дыхания, постепенным уменьшением жизненной емкости легких.

Люди, страдающие ожирением, в большей степени подвержены гипертонической болезни, стенокардии, инфарктам миокарда и кровоизлияниям в мозг. Значительное отложение жира в брюшной полости ведет к смещению кишечника вниз, отвисанию живота. Деятельность желудочно-кишечного

тракта нарушается. Опорожнение кишечника замедляется, возникают запоры, метеоризм, образуются венозные геморроидальные узлы. Страдает и внешний вид человека. Возникают повышенная потливость, опрелости в складках кожи, часты множественные гнойничковые заболевания, себорея (интенсивное образование перхоти) волосистой части головы. Нарушается психическое состояние человека. Это проявляется сонливостью, рассеянностью, ослаблением памяти, повышенной утомляемостью. Возможны головокружения и эмоциональная неустойчивость с быстрыми сменами настроения.

Но и хронический стресс, который часто испытывает человек, также может способствовать увеличению веса. В условиях дефицита положительных эмоций человек подсознательно стремится получить удовольствие, чтобы защититься от стресса и «заедает проблемы».

В развитии ожирения играют роль следующие факторы: конституциональная предрасположенность, снижение физической активности, возрастные, половые, профессиональные факторы, некоторые физиологические состояния (беременность, лактация, климакс) По причине возникновения ожирение делится на три большие группы:

1. алиментарно-конституциональное
2. ожирение, вызванное нарушениями центральной нервной системы
3. гормональное (ожирение при эндокринных заболеваниях)

Объединяет все виды ожирения наличие избыточной массы тела. Эти состояния часто становятся причиной преждевременной смерти и устойчивой инвалидности. Детское ожирение является фактором, обуславливающим высокую вероятность ожирения, преждевременной смерти и инвалидности в последующем во взрослом периоде жизни. Вместе с тем, страдающие ожирением дети испытывают затруднения при

дыхании, подвержены повышенному риску развития переломов, гипертензии, сердечно-сосудистых заболеваний и психологических последствий. Для того, чтобы контролировать свой вес, необходимо правильно питаться и постепенно увеличивать физическую активность. Необходимо соблюдать режим питания и принцип его дробности. Наиболее оптимальным считается четырех-пятиразовое питание, при котором пища поступает часто и небольшими порциями. Последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 3-4 часа до сна. Уменьшайте калорийность рациона за счет ограничения животных жиров и легкоусвояемых углеводов. Ограничьте потребление поваренной соли до 2-3 грамм в день. Больше потребляйте сырые овощи и фрукты, не менее 400 граммов в сутки. Ограничьте потребление белого хлеба. Проводите 1-2 раза в неделю разгрузочные дни. Полностью исключите из рациона пиво и алкогольные напитки. Не употребляйте специи, пряности, острые закуски, возбуждающие аппетит.

Не рекомендуется снижать вес с помощью жесткой диеты, после которой сбрасывание веса происходит все труднее, а набор веса легче, причем набираемый вес с каждым разом увеличивается. Поэтому диеты, ориентированные на быстрый результат, являются опасными и вредными. Коррекцию питания нужно проводить при адекватном контроле калорийности пищи. Необходимо сочетать умеренное уменьшение калорийности рациона за счет потребления низкокалорийных продуктов с постепенным повышением физической активности, что будет способствовать постепенному снижению веса.

И все-таки уже сегодня начните с того, что зависит от вас: встаньте на весы, заведите график своего веса, уменьшите количество высококалорийных продуктов в рационе, прежде всего сладостей и лакомств, не передайте на ночь.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Полный справочник диетолога.* Москва-2006г. С. 19-28.
2. *Диетическое питание.* Минск-1998 г. С. 13-25.
3. *Справочник по диетологии.* А.А.Покровский, М.А.Самсонов. 1981г. С. 17-27.
4. *Лечебное питание, полный справочник.* М.М.Гурвич, Ю.Н. Лященко.
5. *Лечебное питание.* Минск. 1997 г. С. 13-27.
6. *Лечебное питание, практическое руководство.* Харьков, Ростов-на-Дону. -2002 г.
7. *Научные основы питания здорового и больного человека.* Алма-Ата. 1974 г. С. 23-37.
8. *Азбука питания.* Алма-Ата. 1990 г. С. 21-27.
9. *Краткое руководство по организации лечебного питания в больничных условиях.* Киев. 1966 г. С. 17-23.
10. *Справочник по лечебному питанию для диетсестер и поваров.* Медицина. 1984 г. С. 12-18.

З.М. Балкешева

СЕМІРУ - XXI ҒАСЫРДЫҢ МӘСЕЛЕ

Семіру – қазіргі медицинада өзекті мәселелердің бірі болып табылады. Семіру 80-90% жағдайда дұрыс тамақтанбау кезінде адамның организмінде зат алмасудың бұзылу нәтижесінде пайда болады. Кез келген адам өз салмағын ұдайы бақылап отыру үшін дұрыс тамақтанып, салауатты өмір салтын жүргізу қажет.

Balkesheva Z.M.

OBESITY - A PROBLEM OF XXI CENTURY.

Obesity is one of the global problems of modern medicine. Much more often, 80-90% of cases of obesity, due to poor diet, when dietary intake of energy exceeds the energy expenditure of the body. In order to control your weight, you must eat right and gradually increase their physical activity. Must comply with diet and how it fragmentation.



УДК: 613.2:616.379

Балкешева З.М.

ПИТАНИЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Акмолинская областная больница, г.Кокшетау

Сахарный диабет - это заболевание, вызванное нарушением обмена веществ. На данный момент это одна из ведущих медико-социальных проблем. По данным мировой статистики 2-3 % населения Земли страдает сахарным диабетом. При сахарном диабете происходит недостаточное усвоение организмом сахара из-за того, что поджелудочная железа вырабатывает сниженное количество гормона инсулина, а в крови определяется хроническое повышение уровня сахара. Все осложнения, которые связывают с сахарным диабетом, возникают из-за этой причины.

Если человек, который болен сахарным диабетом, научится управлять самочувствием настолько хорошо, что уровень сахара в крови будет все время оставаться на нормальном уровне, то диабет из болезни превратится в особый образ жизни, ведя который, можно избежать многих осложнений.

Со временем слишком высокий уровень глюкозы в крови может повредить глаза, почки и нервную систему. Диабет также часто вызывает сердечные заболевания, инсульты и даже необходимость в ампутации конечности. Симптомы развития диабета могут включать быструю утомляемость, жажду, потерю веса, затуманенное зрение и частое мочеиспускание. Занятия спортом, снижение веса и соблюдение пищевого режима помогают контролировать течение диабета. Диета играет ключевую роль в контроле уровня сахара в крови. Она полезна не только больным, но и всем, у кого

имеется предрасположенность.

В зоне риска также находятся люди с избыточным весом, поэтому диета имеет для них особое значение, позволяя снизить вес без вреда для здоровья. Дисциплинированность в вопросах питания является гарантией того, что со временем у больного не появятся и другие осложнения. Диабетическая диета должна быть разнообразной, вкусной и максимально приближенной к рациональному питанию здоровых людей. Диета – основа лечения любой формы диабета.

Основные принципы диабетической диеты:

- Дробное питание, позволяющее в течение суток максимально стабилизировать уровень сахара в крови;
- Щажение (разгрузка) поджелудочной железы, т. е. уменьшение поступления углеводов и жиров;
- Разделение дневной нормы потребляемой пищи на 5-6 порций;
- Отказ от сахара, продуктов и напитков, содержащих сахар;
- Соответствующая кулинарная обработка пищи, определяемая исключающими осложнениями сахарного диабета или соответствующими заболеваниями;
- Обогащение рациона овощами, грубоволокнистой пищей, клетчаткой.

Ежедневно в рационе больного диабетом должно быть: 1-2 гр. белка на 1кг. веса, 60-100 гр. жиров, 100-300 гр. углеводов, столько, сколько необходимо организму для восстановления запаса

потребляемой в день энергии. В диабетической диете преобладает фактор количественный, поэтому продукты надо есть в строго установленном количестве, соответственно содержанию в них питательных веществ.

Основные приемы пищи по калорийности распределяются на 5-6 приемов. Больной диабетом должен питаться регулярно с трехчасовым интервалом, то есть 6 раз в день: 3 раза в день основательно – завтрак, обед и ужин, и 3 раза в день менее основательно – второй завтрак, полдник и второй ужин.

Первый завтрак рекомендуется принимать через 20-30 минут после инъекции инсулина. Второй завтрак – через 2-3 часа после первого завтрака, что уменьшает возможность развития гипогликемии. Если нет возможности принять пищу точно в назначенное время, то больного лучше накормить на 15-20 минут раньше, чем на это же время задержаться. Особое внимание больные диабетом должны обратить на исключение из рациона быстро усваивающихся углеводов, также называемых простыми или рафинированными. В их число входят все сахара, кондитерские изделия, а также мучные изделия из муки высшего сорта.

Не следует также увлекаться солью и солеными продуктами – они способствуют задержке воды в организме, что приводит к повышению давления и другим неблагоприятным последствиям. Диета

больных сахарным диабетом должна включать много овощей, фруктов и цельных круп – сложных углеводов, содержащих много клетчатки и не повышающих уровень сахара в крови слишком резко.

В рационе разрешаются: овощные супы, борщи, нежирные сорта мяса и рыбы, молоко и молочнокислые продукты, тощий творог, сыр, яйца, гречневая крупа, овощи (капуста, баклажаны, огурцы, салат, редис, щавель) фрукты и ягоды, содержащие мало сахаристых веществ (крыжовник, клюква, гранат и другие) темные сорта хлеба из муки грубого помола, сливочное и растительные масла. Сахар заменяют сорбитом, ксилитом или сахарином.

Исключаются продукты, богатые легкоусвояемыми углеводами (сахар, мед, варенье, кондитерские изделия и т.д.), в том числе фрукты и ягоды (виноград, изюм, дыни, арбузы, груши, абрикосы и т.д.).

Соблюдение здорового плана питания – лучший способ поддержания количества сахара в крови на стабильном уровне и предотвращения осложнений диабета. Не стоит озадачиваться конкретным планированием приемов пищи и перекусов. Для большего разнообразия совмещайте любимые продукты с теми, что не пробовали ранее. Проявляйте творчество и наслаждайтесь полноценной, натуральной, вкусной и здоровой пищей.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Лечебное питание. Полный справочник.* М.М.Гурвич. Ю.Н. Лященко. С. 23-27.
2. *Полный справочник диетолога.* Москва. 2006 г. С. 12-18.
3. *Основы лечебного питания.* М.И. Певзнер. С. 13-27.
4. *Краткое руководство по организации лечебного питания в больничных учреждениях.* М.С. Говорова, В.С. Васильева, Н. А. Довженко. Ю.Н. Луганский. К.Г.Рыжкова. П.В. Смолиговец. С. 23-29.
5. *Азбука питания.* Алма-Ата. «Кайнар». 1989 г. С. 23-27.
6. *Руководство по лечебному питанию для диетсестер.* Б.Л. Смолянский. С. 20-29.
7. *Гигиена питания.* Ю.И. Окорокова. Ю.Н. Еремин.
8. *Диетическое питание.* Минск. 1998 год. С. 12-29.
9. *Справочник по диетологии.* А.А. Покровский. М.А.Самсонов. 1981г. С. 12-15.
10. *Диетическое питание.* Москва. 2001г. С.12-29.

З.М. Балкешева

ҚАНТ ДИАБЕТІ КЕЗІНДЕГІ ТАМАҚТАНУ

Қант диабеті – зат алмасудың бұзылуы нәтижесінен пайда болатын ауру. Диета қандағы қантты бағалауда негізгі рөл атқарады. Диета кез келген диабет түрлерін емдеудің негізі болып табылады. Дұрыс тамақтану қандағы қанттың тұрақты деңгейде сақталуын бақылап отыруға және диабеттің асқынуларына жол бермеудің бірден бір жолы.

Balkesheva ZM
DINING WITH DIABETES

Diabetes mellitus is a disorder caused by metabolic disorders. Diet plays a key role in controlling blood sugar levels. Diet is the basis of any form of diabetes treatment. Observance of a healthy nutrition plan is the best way of keeping your blood sugar stable and prevent complications of diabetes.



УДК: 616.155.194.8-08

Васильев В.В.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

КГП на ПХВ «Областная больница», СКО. г. Петропавловск

Железодефицитная анемия (ЖДА) является самым распространенным анемическим синдромом и составляет 80% всех анемий. По данным ВОЗ число людей с дефицитом железа во всем мире достигает 200 млн. человек, и чаще это состояние наблюдается у женщин детородного возраста, беременных и детей младшего возраста.

Железо является эссенциальным микроэлементом связывания железа, принимает участие в многочисленных окислительно-восстановительных процессах. Суммарный запас железа в организме составляет 3-5 г. Железо всасывается в основном в двенадцатиперстной и тощей кишке. При повышенном расходе железа всасывание его увеличивается, при уменьшении потребления - снижается. Аскорбиновая кислота, лимонная кислота, аминокислоты и сахара способствуют всасыванию железа слизистой оболочкой тонкой кишки. Причинами развития железодефицитной анемии зачастую являются: хроническая кровопотеря, нарушение всасывания железа, повышенная потребность организма в железе и недостаточное поступление его в организм. Логически, лечение должно быть направлено на устранение причины. Эффективное лечение ЖДА не представляется возможным, например, при продолжающихся меноррагиях, наследственных гемаррагических диатезах, у беременных и при некоторых других состояниях. В этих ситуациях особое место отводится комплексной патогенетической терапии вместе с препаратами железа (ПЖ). В настоящее время на фармацевтическом рынке имеется широкий выбор ПЖ для приёма внутрь, в виде различных лекарственных форм (таблетки, драже, сироп, растворы). Кроме того, они различаются и количеством содержащихся в них солей железа, наличием дополнительных компонентов (аскорбиновая кислота, фруктоза, витамины и др.), переносимостью и стоимостью. Эффективный комбинированный препарат, относительно недавно появившийся, - «Ферсинол-Z» (World Medicine, Великобритания). Каждая

капсула ферсинола содержит 46.82 мг сульфата железа, сульфат цинка 25мг., никотинамид (витаминPP)- 10мг., аскорбиновой кислоты-50мг., фолиевая кислота (витамин B₉)- 0,5мг., тиамин мононитрат (витамин B₁)-2мг., рибофлавин (витамин B₂)-2мг., пиридоксина гидрохлорид (Витамин B₆)-1мг. Данная комбинация способствует улучшению всасывания железа и, соответственно, эффективности терапии.

Целью данной работы явилось изучение терапевтической эффективности и переносимости препарата «Ферсинол-Z» у больных с железодефицитной анемией.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в амбулаторно-клинических условиях находилось 57 больных ЖДА, из них женщин - 45, мужчин - 12 (в возрасте 14-29 лет - 30,1%, 30-49 лет- 43,8%, 50 лет и старше- 26,1%). Среди причин, лежащих в основе ЖДА, у 47 из 57 обследованных были выявлены хронические кровопотери, в том числе меноррагии - 10, кровоточащая язва желудка и двенадцатиперстной кишки - 12, у 3 - постгастроэктомиальный синдром, у 25 - беременность, у 4 -хронический пиелонефрит и у 3 - ревматоидный артрит. Длительность заболевания варьировала от нескольких месяцев до 24 лет. У 23 больных и ранее проводилось лечение препаратами железа.

Всем обследованным больным проводили клиничко-лабораторные исследования. В ряде случаев, для установления причины заболевания УЗ - исследование, ФГДС. Терапевтический эффект «Ферсинол-Z» оценивали по содержанию эритроцитов крови, НВ (гемоглобина), уровню цветного показателя, содержанию транспортного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС).

Для установления степени выраженности анемии использовалась классификация ВОЗ. Легкую степень анемии ставили при концентрации гемоглобина равного 110-90 г/л, содержание эритроцитов от 3,9 до 3,5*10 /л, умеренную степень - при содержании гемоглобина от 90

до 70 г/л, число эритроцитов от 3,5 до 3,0*10¹² /л, тяжелую анемию - при гемоглобине ниже 70 г/л и числе эритроцитов менее 3,0*10¹² /л.

Критериями включения в группу лечения были - уровень ниже Hb 110 г/л, сывороточного железа - ниже 12 мк.моль/литр, цветного показателя ниже 0,85. «Ферсинол-Z» назначали по 1 капсуле 2 раза в сутки за 30 мин до еды. Терапевтический эффект оценивали в конце 1-ой и 2-ой недели от начала лечения.

Обследованные были разделены на две группы; В первую группу вошли 25 больных, получавших «Ферсинол-Z» в суточной дозе по 1 капсуле 2 раза в сутки за 30 мин до еды. Во вторую группу - 22 больных получавших актиферрин и сорбифер.

Результаты и обсуждение. При клиническом обследовании все больные предъявляли различные, в зависимости от тяжести заболевания, жалобы на слабость, головокружение, одышку, учащённое сердцебиение, боли в области сердца. При осмотре отмечалась бледность слизистых и кожных покровов, сухость кожи, ломкость ногтей и волос. Со стороны сердечнососудистой системы наблюдалась тахикардия, систолический шум на верхушке. У 13 больных отмечались боли в эпигастрии, потеря аппетита. Показатели гемограммы больных до лечения указывали на снижение уровня эритроцитов гемоглобина. Эритроциты отмечались гипохромией. Определялся низкий уровень сывороточного железа и увеличение общей железосвязывающей способности сыворотки. В процессе проводимой терапии выявлен положительный эффект на показатели гемограммы у изучаемого контингента больных. Так, к концу первой недели лечения у всех больных из основной группы отмечалось уменьшение общей слабости, утомляемости, болей в эпигастрии, исчезновение головных болей. Терапевтическая эффективность препарата выражалась в улучшении показателей периферической крови, увеличилось содержание эритроцитов, гемоглобина и цветового показателя. Нормализация показателей была достигнута к 4 недели применения «Ферсинол-Z». При лёгкой степени анемии отмечался рост уровня гемоглобина до 122, 4 ± 8,8 г/л (P< 0,05), количество эритроцитов до 3,8 ± 0,1*10¹² /л

(P<0,05). При средней степени анемии уровень гемоглобина поднялся до 115,5±6,1 г/л (P<0,05), количество эритроцитов до 3,6 ± 0,1*10¹² /л (P<0,05). При тяжёлой степени анемии уровень гемоглобина до 111,0± 5,7 г/л (P< 0,001), количество эритроцитов до 3,6±0,5*10¹² /л (P<0,001). Ежедневный прирост гемоглобина составлял в среднем 20%. В процессе лечения положительная динамика наблюдалась у всех больных, однако прирост гемоглобина, сроки восстановления показателей красной крови были различными.

Уровень сывороточного железа и ОЖСС определялся до лечения и через 4 недели от начала терапии. Показатели содержания сывороточного железа возросли в 2,8 раза, ОЖСС достоверно уменьшились и соответствовали нормальным величинам.

Проводимая нами терапия в стационаре позволила лишь купировать ЖДА, но не могла восполнить запасы железа в полной мере при его дефиците. В связи с чем, всем больным при выписке был рекомендован приём препарата в течение 2-х месяцев под контролем анализа крови. Эффективность лечения в основной группе была выше в 1,5 раза по сравнению с контрольной группой. Видимо, это связано с содержанием активного двухвалентного железа в препарате, его высокая биодоступность, а также, наличие дополнительных факторов, как сульфат цинка 25мг., никотиамид (витаминPP)- 10мг., аскорбиновой кислоты-50мг., фолиевая кислота (витамин B₉)- 0,5мг., тиамин мононитрат (витамин B₁) - 2мг., рибофлавин (витамин B₂) - 2мг., пиридоксина гидрохлорид (Витамин B₆) - 1мг., которые способствуют процессу всасывания железа.

Выводы:

Применение «Ферсинол-Z» в терапии железодефицитной анемии способствует нормализации показателей красной крови, уровня сывороточного железа и ОЖСС.

Препарат железа «Ферсинол-Z» является высокоэффективным и его суточная доза (2-3 капсулы) обеспечивает среднесуточный прирост гемоглобина, что позволяет снизить сроки лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Идельсон Л.И. Гипохромные анемии. // «Медицина», 1981 стр. 72-78.
2. Воробьев П. А. Анемический синдром в клинической практике. - М.: Ньюдиамед, 2001. С. 72-95.
3. Огороков А.И. Лечение болезней внутренних органов, 1998. С. 317 – 326.
4. Дворецкий Л.И. Железодефицитные анемии. Русский медицинский журнал, 1997,5 (19):1234-42.



Васильев В.В.

ТЕМІР ТАПШЫЛЫҚТЫ ҚАН АЗДЫҚТЫ ЕМДЕУ МӘСЕЛЕСІ

Темір тапшылықты қан аздықтың патофизиологиялық механизмдері зерттелініп, емнің нәтижелігін арттыру мақсатында «Ферсинол-З» препаратын тағайындаудың нәтижесі келтірілген.

Vasilyev V.V.

TO THE QUESTION OF TREATMENT BY ZHELEZODEFITSITNA OF ANEMIA

The paper presents diagnostic criteria, major clinical manifestation, and pathophysiological mechanisms of iron deficiency anemia. It considers the use of fersinol-Z in the complex treatment of iron deficiency anemia.



УДК: 616.379-039-57

Сейсембаева А. Н.

К ВОПРОСУ О КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ГКП на ПХП «Степногорская городская поликлиника»

В течении последних 20 лет во всем мире значительно выросла заболеваемость сахарным диабетом (СД) 2 типа. Лечение больных СД 2 типа, как правило, начинается с назначения диеты и адекватного назначения физических нагрузок. При отсутствии эффекта монотерапии диетой, назначается пероральный сахароснижающий препарат (ПСП). При наличии симптомов дефицита инсулина назначается инсулинотерапия. С 1999г существенно повысились требования к компенсации СД 2 типа-рекомендуется поддерживать у больных нормогликемию, что гарантирует профилактику осложнений диабета.

За период с 2011-2012 гг. находились под наблюдением в поликлинике по поводу СД 2 типа 163 больных. Из них мужчин-92 (56%) и женщин -71(44%).

По возрасту распределились следующим образом: до 49 лет-10 чел(6%), 50-59 лет-23 чел(14%),60-69 лет-33 чел(20%),70-79 лет-63 чел(39%), 80-95 лет-34 чел(21%).

По категориям: пенсионеры-43,5%, УВОВ-15,3%, ИВОВ-6,1%, ЖМР (жертва массовых репрессий) - 7,4%, ВИ (войн интернационалист-3,7%, ЛПИИЧ (ликвидатор последствий йонизирующего излучения Чернобыль)-1,2%, ЛПИИС(ликвидатор йонизирующего излучения Семипалатинск)-2,5%, гос. Служащие-11,6% и прочие -8,6%. Длительность заболевания от момента установления диагноза составила: до 5 лет-53,9%, 5-9 лет-19%, 10-14 лет-9,2%, 15-19 лет-8,6%,20-24 лет-6,7%, 25-30лет-2,6%

Как известно, избыточная масса тела предрасполагает к развитию сахарного диабета,увеличивает риск сердечно-сосудистых

заболеваний, атеросклероза. Важное значение имеет снижение избыточной массы тела для компенсации обмена веществ и снижения инсулинорезистентности. Всем больным до лечения и в динамике определялся индекс массы тела по классификации ВОЗ 1997г: нормальная масса тела определялась у 22,7% больных, в динамике отмечается увеличение этого показателя до 33,8%. Лица с избыточной массой тела и различной степенью ожирения составляли 77,3% и к настоящему периоду составляют-66,2%,отмечается снижение массы тела всего у 11,1%, что требует дальнейших совместных усилий врача и больного, направленных на снижение массы тела.

Диетой были компенсированы 5,5%, получали манинил -34,3%, глюкофаж-13,6%, новонорм-8,6 %, амарил-6%,диабетон-5,8%,2таблетированных препарата с различным механизмом действия-14 %. Комбинированное лечение ПСП- инсулин-5,5 % и инсулинотерапия-6,7%.

Степень адекватности лечения определялись по критериям ВОЗ 1999 и согласно стандартам протоколов диагностики и лечения МЗ РК. Уровень тощачковой гликемии менее 6,5 ммоль/л- адекватный контроль, более 6,5 ммоль/л- неадекватный контроль гликемии. Постпрондиальная гликемия определялась у ограниченного контингента лиц имеющих глюкометры.

В 2011г. компенсация углеводного обмена достигнута у 43% больных и 2012г-67%. Несмотря на достаточный уровень обеспеченности медикаментозного лечения не удается добиться компенсации у 33% больных, процент компенсации выше у лиц более старшего

возраста и самый низкий у лиц до 49 лет. Частые причины неадекватного контроля- нарушение рекомендаций по питанию, недостаточная физическая активность, стрессы, психическое перенапряжение, неправильный прием медикаментов и пр. Декомпенсация СД 2 типа с кетоацидозом – 1 случай и гипогликемическая кома 1 случай. Смертности по причине диабетических ком не было. Поздние сосудистые осложнения СД: Ретинопатия 1 ст-24%, 2 ст-13%, 3 ст-2%, отслойка сетчатки-1,2%, деструкция стекловидного тела-0,6%, кровоизлияние в стекловидное тело-0,6%, атрофия зрительного нерва-1,1%, катаракта-34,4%. Диабетическая ангиопатия-21,1%, нейропатии-24,5%, нефропатия-5%, диабетическая стопа-5%, сухая гангрена-0,6%.

Наличие сопутствующих заболеваний у больных СД снижает качество жизни, увеличивает риск осложнений и преждевременной смерти.

У наших больных наиболее часто зарегистрированные заболевания: артериальная гипертензия-87%, ишемическая болезнь сердца-68%, цереброваскулярные болезни-64%, заболевания органов дыхания-51,5%, опорно-двигательного аппарата-55,2%, болезни желудочно-кишечного тракта-52%, мочеполовой системы-38%, злокачественные новообразования - 7,9%, нейро-сенсорная тугоухость 3 степени - 17,7% и прочие заболевания - 21%. С увеличением возраста пациентов отмечается множественность органических поражений, которые требуют дополнительного медикаментозного лечения.

СД и артериальная гипертензия - две взаимосвязанные патологии, обладающие мощным взаимоусиливающим повреждающим действием, направленным сразу против нескольких органов мишеней: сердца, почек, сосудов мозга, сосудов сетчатки. Основными причинами инвалидизации и смертности больных

СД с сопутствующей артериальной гипертензией являются: ИБС, острый инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения, терминальная почечная недостаточность. Выбор антигипертензивной терапии у больных СД не прост, поскольку имеется часто несколько факторов способствующих повышению АД. Следует учитывать спектр побочных действий лекарственного средства и, прежде всего, его воздействие на углеводный и липидный обмен, а также учитывать сопутствующие сосудистые осложнения. Из антигипертензивных препаратов назначались: ингибиторы АПФ-71%, антагонисты кальция-38,6%, бетаблокаторы-10,4%, диуретики-8,6%, антагонисты рецепторов к ангиотензину 11-3%. Монотерапия-58%, 42%-сочетание вышеперечисленных препаратов. Дополнительно некоторым больным назначались кардикет-24,5%, дигоксин-8,5%, статины-6%, тромбоасс. В течении 2011-2012гг частота обращаемости по поводу сосудистых кризов составила - 56 случаев-34,4%.

Острый инфаркт миокарда -114 случаев(летальным исходом-3), острое нарушение мозгового кровообращения-6(летальным исходом-2), прогрессирование хронической сердечной недостаточности у 5 больных.

Таким образом, проведенное нами наблюдение показало, что на эффективность медицинских рекомендаций влияет степень соблюдения больными предписанных режимов применения антигипертензивных лекарственных средств или метода лечения, забывчивость или невнимательность пациентов пожилого и старческого возраста. Наличие полиорганной патологии в этом возрасте в ряде случаев требует назначения множества препаратов и следует учитывать их синергизм или антагонизм в организме больного.

ЛИТЕРАТУРА

1 Гарднер Д., Шобек Д. *Базисная и клиническая эндокринология. Книга 1 Пер. с англ.- М. Издательство БИНОМ. 2010 -464стр.*

2 Серия « Зарубежные практические

руководства по медицине» № 8 Эндокринология. Под ред. Н. Лавина. Пер. с англ.- М., Практика. 1999-1128 с., илл.

Сейсембаева А.Н.

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ТӘЖІРІБЕДЕ ҚАНТ ДИАБЕТІ АУРУЛАРЫНА БЕЙІМДЕЛУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Бұл мақалада қант диабеті науқастарының қосымша сырқаттары емің тиянақтылығын және қосымша аурудың болуы өлім қауіптілігін жоғарылататындығы жайындағы күрделі мәселе қарастырылған.

A.N.Seisembayeva

TO THE ISSUE OF COMPENSATION OF DIABETES IN AMBULATORY PRACTICE

This article deals with features of compensation of diabetes according to treatment compliance by patients

Смагулова И.Е., Балгимбеков Ш.А.

СТАТУС ЙОДА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЙОДОДЕФИЦИТА СРЕДИ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 5 ЛЕТ

АО «Медицинский университет Астаны»

Во многих странах мира йододефицитные состояния признаны одной из главных угроз физическому и интеллектуальному здоровью подрастающего поколения и представляют собой глобальную проблему общественного здравоохранения (1).

По данным ВОЗ и ЮНИСЕФ (2005 г.), более чем для 2,2 млрд. жителей Земли существует риск недостаточного потребления йода, примерно у 650 млн. человек имеется увеличенная щитовидная железа (эндемический зоб), а почти у 45 млн. — выраженная умственная отсталость в результате йодной недостаточности. Дефицит йода во время беременности обуславливает рождение почти 18 миллионов умственно неполноценных младенцев ежегодно (2).

Сегодня проблема ЙДН затрагивает 130 стран, включая страны, имеющие наибольшую численность населения — Китай, Индия, Индонезия, Бангладеш, Бразилия, Нигерия и др. Проблема йододефицита и ЙДН не потеряла свою актуальность и для стран Западной Европы, несмотря на высокое социально-экономическое развитие (3).

Казахстан относится к региону, бедному по содержанию йода в окружающей среде. Этому способствуют природно-климатические условия, расположение в глубине материка далеко от морей и океанов, постоянное вымывание йода из почвы выпадающими осадками и тающим снегом. Общая площадь районов, где имеет место дефицит йода в почве, воде и возделываемой сельскохозяйственной продукции в РК составляет 1 058 000 км², а очаги эндемического зоба отмечались в 11 из 14 областей республики (4).

По мнению известных исследователей и специалистов, патологии, обусловленные недостаточностью йода в питании населения, значительным бременем ложатся на экономику и здравоохранение Казахстана. Это обусловлено суммированием неизмеримого бремени на индивидуумах, на медицинском обслуживании, на системе образования, а также на семьях, ухаживающих и заботящихся за недееспособными или умственно неполноценными детьми.

Целью настоящей работы явилась изучение распространенности йододефицита среди детей

в возрасте до 5 лет и женщин репродуктивного возраста, проживающих в различных регионах Казахстана.

Материалы и методы

Обследованные женщины и дети в возрасте от 6 до 59 месяцев были отобраны в 64 кластерах методом случайной выборки в каждой из 14 областей и городах Астана и Алматы (по 4 кластера в каждой из территориальных образований). Исследованиями были охвачены 1301 женщин репродуктивного возраста и 1327 детей в возрасте от 6 до 59 месяцев. Из числа отобранных лиц 88 женщин были беременными, а 1213 женщин — не беременными, 351 ребенка были в возрасте 6-23 месяца, а 976 детей — в возрасте 24-59 месяцев.

Концентрация йода в моче обследованных определялась церий-арсенитным методом на проточном спектрофотометре Cecil CE 2041-2000 Series (Англия) после переведения всех форм йода в йодиды при кипячении в хлорно-перхлорной кислоте, в основе которого лежит реакция Sandell-Kolthoff, основанная на каталитическом действии йода в окислительно-восстановительной реакции между сульфатом церия и арсенитом.

Степень выраженности йодного дефицита оценивалась по критериям, рекомендованным ВОЗ (6). Содержание йода в моче, равное 100-200 мкг/л принимается за нормальный уровень; 201-299 мкг/л — выше нормы; ≥ 300 мкг/л — избыточный уровень.

Результаты и обсуждение

Наши исследования показали, что медиана уровня йода в моче была наиболее высокой среди детей 6-59 месяцев (203,9 мкг/л), наименьшей у беременных (169,9 мкг/л), а у не беременных женщин (183,4 мкг/л) занимала промежуточное положение (таблица 1).

У детей 6-23-месячного возраста данный показатель был выше (232,9 мкг/л), чем в возрасте 24-59 месяцев (196,0 мкг/л). Подобные различия обнаружены и в средних уровнях йода в моче у обследованных женщин и детей. У не беременных женщин не выявлено значимых возрастных различий в величине медианы или среднего уровня йода в моче.

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Таблица 1 – Основные показатели уровней йода в моче (мкг/л) у детей в возрасте 6-59 месяцев и женщин 15-49 лет

Дети, женщины	n	Медиана, мкг/л	Среднее, мкг/л	СО ¹	m ²	95% Д.И. ³ среднего	Минимальное	Максимальное
Дети 6-59 месяцев, n=1311	1311	203,9	263,7	227,2	6,27	251,4-276,1	2,6	1495,7
Дети 6-23 месяца, n=343	343	232,9	318,9	279,1	15,07	↑289,3-348,5 ^a	6,7	1495,7
Дети 24-59 месяцев, n=968	968	196,0	244,2	202,3	6,50	↓231,4-257,0 ^b	2,6	1408,0
Беременные женщины, n=88	88	169,9	202,2	138,7	14,8	↓172,8-231,6 ^a	16,6	937,1
Не беремен. жен., 15-49 лет, n=1208	1208	183,4	217,0	156,2	4,49	↓208,2-225,8 ^a	4,3	1012,4
Не беремен. жен., 15-29 лет, n=583	583	184,1	221,1	161,6	6,69	↓208,0-234,3 ^a	5,0	1012,4
Не беремен. жен., 30-49 лет, n=625	625	181,7	213,2	151,1	6,04	↓201,3-225,1 ^a	4,3	942,4

СО¹ - Стандартное отклонение

m² – Стандартная ошибка средней

95% Д.И.³ - 95% доверительный интервал средней

Статистически значимое изменение (P<0,05; ↑ - повышение, ↓ - снижение) по сравнению с соответствующими данными у: ^a – детей в возрасте 6-59 месяцев; ^b – детей в возрасте 6-23 месяца.

Анализ данных, полученных при обследовании женщин и детей проживающих в различных областях, не выявил значимых различий (p>0,05). Лишь в Карагандинской области было выявлено более высокое содержание йода в моче у детей в возрасте 6-59 месяцев (348,6 мкг/л), чем в среднем по республике (263,7 мкг/л). Среди не беременных женщин 15-49 лет более высокое содержание йода в моче выявлено в Акмолинской области (273,0 мкг/л), а более низкое – в Павлодарской (133,3 мкг/л) и Южно-Казахстанской (154,8 мкг/л) областях по сравнению с показателем по республике (217,0 мкг/л).

Распространенность йододефицита не имела значимых различий при сравнении данного показателя среди детей и женщин репродуктивного возраста и составляла 20,5% среди беременных, 21% среди детей и 23% среди не беременных женщин (таблица 2). При этом преобладала легкая степень йододефицита среди детей и женщин.

Выявлено, что значительная часть детей (51%), не беременных (44,6%) и беременных (39,8%) имеют повышенный уровень йода в моче

(>200 мкг/л), а избыточный уровень йода в моче (>300 мкг/л) выявлен, соответственно, у 29,1% детей, 21,3% не беременных и 19,3% беременных женщин. Распространенность повышенного уровня йода в моче у детей 6-23 месяцев (57,9%) была выше, чем в возрасте 24-59 месяцев (48,3%). У не беременных женщин не выявлены такие возрастные различия.

Распространенность йододефицита среди детей была ниже в Северо-Казахстанской (4,7%) и Акмолинской (11,3%) областях, а также в г. Астана (9,9%), но была выше в Костанайской (31,7%), Южно-Казахстанской (37,1%), Восточно-Казахстанской (45,8%), Павлодарской (52%), Кзылординской (53,7%) и Западно-Казахстанской (61,3%) областях по сравнению с средним показателем по стране (21%).

Уровень йододефицита среди не беременных женщин 15-49 лет был ниже в Акмолинской области (14,1%) и в г. Астана (12,3%), но выше в Южно-Казахстанской (38,2%) и Павлодарской (39,8%) областях по сравнению с показателем распространенности по республике (23%).

Таблица 2 - Распространенность йододефицита (ЙД) разной степени тяжести (в %) среди детей в возрасте 6-59 месяцев и женщин репродуктивного возраста

Дети, женщины	Всего ЙД		Легкий ЙД		Умеренный ЙД		Тяжелый ЙД	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Дети 6-59 месяцев, n=1311	275	21,0±1,12	174	13,3	77	5,9	24	1,8
Дети 6-23 месяца, n=343	70	20,3±2,17	44	12,8	19	5,5	7	2,0
Дети 24-59 месяцев, n=968	205	21,2±1,31	130	13,4	58	6,0	17	1,8
Беременные женщины, n=88	18	20,5±4,30	11	12,5	5	5,7	2	2,3
Не беремен. жен., 15-49 лет, n=1208	278	23,0±1,21	195	16,1	69	5,7	14	1,2
Не беремен. жен., 15-29 лет, n=583	126	21,7±1,71	95	16,3	26	4,5	5	0,9
Не беремен. жен., 30-49 лет, n=625	152	24,3±1,72	100	16,0	43	6,9	9	1,4

Таким образом, результаты проведенных исследований позволили прийти к следующим выводам:

1. Средняя распространенность йододефицита среди детей в возрасте 6-59 месяцев в Казахстане составила 21,0%, беременных женщин - 20,5%, не беременных женщин 15-49 лет - 23,0%. При этом обнаружены значительные региональные различия в распространенности йододефицита как у детей, так и у женщин.

2. У значительной части обследованного населения, в том числе у 29,2% детей 6-59 месяцев, 19,3% беременных и 21,3% не беременных женщин 15-49 лет, выявлено

избыточное содержание йода в моче (>300 мкг/л).

3. Средняя распространенность йододефицита среди не беременных женщин репродуктивного возраста в 2011 году (23%) повысилась по сравнению с результатами от 2006 года (15,4%).

4. Согласно международным критериям ВОЗ/УООН/ЮНИСЕФ значимость уровня йододефицита среди детей в возрасте 6-59 месяцев, беременных и не беременных женщин 15-49 лет в Казахстане, превышающего 20%-ную точку отсчета, относится к категории умеренного риска для общественного здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шарманов Т.Ш. Питание – важнейший фактор здоровья человека. – Алматы: Асем-Систем, 2010. – 480с.
2. Vitamin & mineral deficiency. A global progress report. UNICEF, The Micronutrient Initiative, 2005, 43 p.
3. WHO/UNICEF/Iodine deficiency in Europe. A continuing public health problem. 2007, WHO.

Geneva

4. Зельцер М.Е., Койфман М.З. Эндемическое увеличение щитовидной железы у детей. // Изд-во Казахстан, Алма-Ата, 1983. – 165 с.
5. Urinary iodine. In: /Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring their Elimination. A Guide for programme managers. ICCIDD, UNICEF, WHO, 2001, p. 31-36.

Смагулова И.Е., Балгимбеков Ш.А.

**ӘЙЕЛДЕР ЖӘНЕ 5 ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАР АРАСЫНДАҒЫ ЙОД ЖАҒДАЙЫ МЕН
ЙОДТАПШЫЛЫҒЫНЫҢ ТАРАЛУЫ**

БДҰ және БҰҰҒБҚ (2005 ж.) ақпараты бойынша Жер шары тұрғындарының 2,2 млрд. астамы йодты қабылдау жетіспеушілігінің қаупі, шамамен 650 млн адамда қалқанша безінің үлкеюі (эндемиялық зоб), ал 45 млн. адам – йод тапшылығы салдарынан айқын ақыл-есінің кешігуі кездеседі. Жүктілік кезеңіндегі йод жетіспеушілігі жылына 18 миллион ақыл-есі кем сәбилердің дүниеге келуіне әкеледі.

Smagulova I.E., Balgimbekov Sh., A.

**STATUS OF IODINE AND DISTRIBUTION OF IODINE DEFICIENCY AMONG WOMEN
AND CHILDREN UNDER 5 YEARS OF AGE**

According to WHO and UNICEF (2005 y.), more than 2.2 billion inhabitants of the earth there is a risk of inadequate iodine intake, approximately 650 million people have an enlarged thyroid gland (goiter), and almost 45 million - marked mental retardation as a result of iodine deficiency. Iodine deficiency during pregnancy results in the birth of nearly 18 million mentally handicapped infants annually.



УДК 613-953.1-953.36:614-253.1

Умирбекова Б.Т

РАЦИОНАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ

ГККП №7, педиатрические отделение

Рациональное (здоровое; сбалансированное; правильное) питание является одним из необходимых условий поддержания здоровья, обеспечения оптимальных темпов физического и нервно-психического развития, устойчивости к действию инфекции и других неблагоприятных внешних факторов. Вместе с тем рациональное (правильное; адекватное) лечебное (диетическое) питание служит одним из необходимых и существенных компонентов комплексной терапии всех без исключения болезней детского возраста в связи с этим вопросом питания здоровых и больных детей составляют в настоящее время предмет научных исследований, организационных мероприятий и профессиональной деятельности особого раздела современной медицины и биологии, находящегося на стыке педиатрии и науки о питании (нутрициологии).

В соответствии с особенностями организации медицинской помощи и подготовки специалистов в высших учебных заведениях в нашей стране и за рубежом этот раздел обозначается в зарубежной литературе как детская (или педиатрическая) нутрициология (от греческого *nutricio* – питание и *logos* – наука), или (*infant and child nutritio*); в нашей же стране более привычен тот термин, который вынесен в название данного журнала – детская диетология. Несмотря на указанные различия, и за рубежом, и в нашей стране, детская диетология (нутрициология) представляет собой мультидисциплинарную (по

определению акад. РАМН А.А. Покровского) отрасль знания, в разработке которой участвуют специалисты самого различного профиля – от педиатров, диетологов, гигиенистов, биохимиков и морфологов до технологов детского питания, экономистов, социологов и др.

Значительное увеличение числа детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании до 6 мес. жизни, требует незамедлительного научного обоснования оптимальной последовательности введения различных продуктов и блюд прикорма в питание таких детей, отличающейся от действующих в нашей стране рекомендаций по введению прикорма более поздними сроками начала, но большей скоростью его введения.

Мы исходим при этом из следующих соображений: а) резолюция сессии ВОЗ, указывающая на целесообразность исключительно грудного вскармливания детей до 6 мес. жизни (а не 4-6 мес. жизни, как рекомендовалось ранее), на которую нередко ссылаются как на истину в последней инстанции по вопросам рекомендуемого срока введения прикорма, относится только к детям, находящимся на исключительно грудном вскармливании, тогда как число таких детей в настоящее время не столь велико; б) резолюция ВОЗ носит рекомендательный характер и подчеркивает несомненный приоритет национальных традиций и рекомендаций; в) рекомендации по питанию конкретного ребенка и в том числе введению

прикорма являются приоритетом врача и должны быть основаны на учете индивидуальных особенностей состояния здоровья, питания, анамнеза, пищевого поведения младенца и других факторов.

Вместе с тем не вызывает сомнения необходимость дальнейших исследований по оптимизации сроков и последовательности введения прикорма и его ассортимента. Одним из примеров может служить проблема введения в питание детей фруктовых соков.

После достижения ребенком 4-5 месяцев (в это время заканчиваются прививки) в рацион вводятся фруктовые соки. Начинать нужно с осветленных соков промышленного производства. Кислые и терпкие соки следует разводить кипяченой водой. Соки из тропических и экзотических фруктов не следует вводить ранее 6-7 месяцев. Введение соков следует начинать с однокомпонентного сока и лишь только после привыкания к нему и хорошей переносимости можно вводить в рацион малыша сок из смешанных фруктов (двух и трех компонентов)

Фруктовое пюре можно вводить через две недели после введения соков (используя тот же ассортимент фруктов, что и в случае соков)

Первый прикорм вводится в 5-6 месяцев в виде овощного пюре или молочной каши. В тех случаях когда ребенок имеет неустойчивый стул, или плохо набирает в весе, целесообразно начинать введение прикорма смолочной каши. Если же малыш имеет склонность к запорам или перебирает в весе, то лучше если первым прикормом будет овощное пюре. Промежуток между овощным пюре и кашей должен составлять не менее 3-4 недели. Введение овощного прикорма начинают с одного вида овощей (картофель,

кабачки), переходя постепенно к смеси овощей.

Творог вводится детям не ранее 7-8 месяцев (так как материнское молоко до этого срока способно удовлетворять потребность детей в белке, дополнительным источником которого является творог).

Мясо в рацион ребенка рекомендуется вводить в 7-8 месяцев, начиная с мясного пюре, которое позднее заменяют фрикадельками (8-9 месяцев) и паровыми котлетами (к концу 1 года жизни)

С 8-9 месяцев ребенку можно рекомендовать 1-2 раз в неделю вместо мяса рыбу.

Никогда не следует забывать, что рациональное введение прикорма направлено на обеспечение полноценного роста и развития вашего малыша.

Вместе с тем необходимо еще раз подчеркнуть, что любые максимально оптимизированные и предельно объективно полученные рекомендации являются не абсолютным и не предельным правилом, а именно примерной рекомендацией, и организация питания конкретного ребенка должно носить строго индивидуальный характер, который может быть отличным от «усредненных» рекомендаций.

Последнее слова должно оставаться за врачом-педиатром, который вместе с родителями младенца должен вырабатывать конкретные рекомендации по питанию конкретного ребенка. В этой связи весьма серьезной проблемой является повышение квалификации самых широких слоев педиатров в области питания детей. Это положение приобретает особую значимость в условиях чрезвычайно широкого ассортимента продуктов и блюд прикорма и значительных вариаций пищевой ценности даже одного и того же вида продуктов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Конь И.Я «Рациональное питание в раннего возраста» Медицина 1971
2. «Физиология роста и развития детей и подростков» ред. Баранов А.А., Щепелина Л.А. М. 2000. с. 551-544
3. А.Ф. Тур «Справочник по диететике детей
4. Усов И.Н. «Актуальные вопросы педиатрии», «Педиатрия 1983, №9
5. М.Н. Небытова-Лукьянчикова «Прикорм и питание детей до года»

Өмірбекова Б.Т

ДЕНІ САУ БАЛАЛАРҒА ДҰРЫС ҚОСЫМША ТАМАҚТАНДЫРУДЫ ЕНГІЗУ

Бұл мақалада бір жасқа дейінгі балалардың табиғи тамақтануы және оларға уақытында қосымша тамақ беру негіздері көрсетілген.

Umirbekova B. T.

SOUND MANAGEMENT OF FEELING HEALTHY CHILDREN

In article the main the rule of the introduction nursing beside children before year, residing on natural nursing. In the same way specified periods of the introduction nursing.

УДК: 504.5:314.14(574.4)

Масалимов Е.Т., Мулдагалиев Т.Ж., Белихина Т.И., Гусев Б.И.

ОЦЕНКА ЕЖЕГОДНОГО УЩЕРБА ЗДОРОВЬЮ ЭКСПОНИРОВАННОГО РАДИАЦИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ ЗА ПЕРИОД 2007-2011 г.

НИИ радиационной медицины и экологии. Г.Семей, Казахстан

Введение. Анализ последствий деятельности Семипалатинского ядерного полигона и других радиоэкологически неблагоприятных ситуаций показал, что только четкое распределение дозовых нагрузок в группах радиационного риска позволяет выделить порог воздействия ионизирующей радиации в условиях сравнения больших по численности групп исследования [1-3].

Для изучения состояния здоровья населения Алтайского Края, подвергшегося облучению в результате испытаний ядерного оружия на Семипалатинском полигоне был сформирован регистр лиц, в который вошли данные по 39179 субъектам, подвергшимся радиоактивному воздействию в 1949 г. Наибольший вклад в облучение населения внесло ядерное испытание 29 августа 1949 г. В результате выпадения радиоактивных продуктов этого взрыва эффективные дозы облучения в отдельных населенных пунктах Алтайского края превысили 1 Зв. Ретроспективное составление регистра позволило восстановить жизненный статус 15862 субъектов. В регистр также включены группы внешнего и внутреннего контроля общей численностью 7514 человек.

В данной когорте проводились эпидемиологические исследования причин смерти и распространенности заболеваний. Анализ причин смерти мужчин разных возрастных групп показал увеличение риска смертности в разные периоды времени с момента облучения. Исследование выявило рост уровня смертности от злокачественных новообразований различной локализации. Обнаружена линейная зависимость смертности от злокачественных новообразований. Установлен высокий уровень риска распространенности для ряда заболеваний среди облученного населения [4,5].

Особую социальную проблему, оценки ущерба здоровью лиц, подвергавшихся радиационному воздействию по снижению продолжительность жизни экспонированных радиацией лиц, представляет рост онкологической заболеваемости и заболеваемости индикаторной к лучевому воздействию соматической патологией, к которой, в первую очередь, относятся болезни системы кровообращения и эндокринной системы. Установлено, что излучение даже при малых дозах может воздействовать как мутационный инициатор

онкогенеза, угнетает защитные иммунные и адаптационно-приспособительные механизмы организма, что повышает риск возникновения многих инфекционных, соматических и нервно-психических заболеваний, ведущих к ограничению продолжительности жизни организма [6,7].

Материалы и методы исследования. В нашем исследовании показатель относительного риска, в том числе, использовался для получения некоторых производных показателей, интерпретирующих результаты исследования. При этом мы не рассчитывали абсолютный риск (AR) радиационного воздействия по эпидемиологическим показателям, а определение доли заболеваний, причиной которых послужило радиационное воздействие, проводили по расчету атрибутивного риска (атрибутивный риск – AR), его называют еще непосредственным риском. Фактически, атрибутивный риск – это доля болезней вызванных действием радиационного фактора среди всех болезней конкретной группы исследования.

Наиболее важным, при выполненных нами расчетах ущерба здоровью экспонированного радиацией населения основной группы и группы сравнения являлся доверительный интервал (ДИ- диапазон колебаний истинных значений уровней заболеваний). Определение 95% ДИ показывало, что истинные значения величины с вероятностью 95% в пределах рассчитанного интервала. Величина ДИ характеризует степень доказательности данных, в то время как значение р (достоверность различий) указывает на вероятность отклонения о-гипотезы [8].

В упрощенном виде метод оценки ежегодного ущерба здоровью исследуемых групп населения от радиационного воздействия нами рассчитывался следующим образом:

- по разнице минимальных значений ДИ ежегодного уровня конкретного заболевания в основных группах исследования и максимальных значений ДИ контрольной группы устанавливалось число дополнительных случаев к ожидаемым за год;

- по величине атрибутивного риска ($AR=(RR-1)/RR$) определялся процент вклада радиационного воздействия в установленных дозах в дополнительные случаи заболеваний в основных группах;

- сумма ежегодных дополнительных случаев

заболеваний, связанных с радиационным воздействием по различным классам, рубрикам, нозологическим формам определяла ущерб здоровью.

Результаты и обсуждение. В основу расчета ежегодного ущерба здоровью положены данные динамики показателей смертности в трех группах исследования. Всего проанализировано 1 350 -основной группы с дозой облучения 250 и более мзв, 956- группы сравнения с дозой облучения 75 мзв, 1 429 -контрольной группы актов - сертификатов по причинам смерти за период 2007 – 2011 гг.

В соответствии с таблицей 1 в основной группе и группе сравнения всего зарегистрировано 677,6 и 280,3 дополнительных к ожидаемым случаям смерти на 100 000 населения. Из них к радиогенным отнесены 308,4 случая по основной группе - 45,6%, по группе сравнения 86,0 (30,4%). Наибольшее число дополнительных к ожидаемым случаям смерти в основной группе

зарегистрировано по БСК и новообразованиям (187,5;43,5 случая на 100 000 населения), группе сравнения – 50,4;20,6 случая по БСК и болезням органов пищеварения.

Как следует из таблицы 2 наибольшее число дополнительных случаев смерти в основной группе зарегистрировано по 7 нозологическим формам онкологических и неонкологических заболеваний, как причин смерти – 421,4 случая на 100 000 населения, в группе сравнения по 4 нозологическим формам – 107,7 случая. Из общего числа дополнительных к ожидаемым случаям смерти в основной группе радиогенные случаи составили 191,5 случая (45,4%), в группе сравнения – 31,0 случая (28,8%). Наиболее высокие дополнительные радиогенные случаи смерти в основной группе зарегистрированы по ИБС (59,0 случая), АГ (51,5 случая), инсультам (37,0 случаям) и острым и хроническим инфекционно-воспалительным заболеваниям (30,9 случая).

Таблица 1 - Среднегодовое распределение дополнительных к ожидаемым случаям смертности в исследуемых группах от отдельных рубрик и классов заболеваний, за период 2007-2011, (случаев на 100 000 населения)

Рубрики, классы болезней (МКБ-10)	Эпидемиологические показатели									
	Среднегодовой уровень		Дополнительные случаи		RR Относительный риск		AR,% Атрибутивный риск		Радиогенные дополнительные случаи	
	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения
A ₀₀ – B ₉₉ – инфекционные и паразитарные болезни	120,6	90,4	48,4	18,8	2,0	1,5	50,0	33,3	24,2	6,2
C ₀₀ – D ₄₉ – новообразования	225,9	165,4	93,6	32,5	1,87	1,37	46,5	27,0	43,5	8,8
D ₅₀ – D ₈₉ – болезни крови и кроветворных органов	83,6	-	26,1	-	1,75	-	42,8	-	11,2	-
E ₀₀ – E ₉₀ – болезни эндокринной системы	55,3	-	6,3	-	1,44	-	30,5	-	1,9	-
G00 – G99 – болезни нервной системы	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I ₀₀ – I ₉₉ – болезни системы кровообращения	910,5	680,2	407,0	176,7	1,86	1,4	46,2	28,5	187,5	50,4
J ₀₀ – J ₉₉ – болезни органов дыхания	145,3	-	56,7	-	1,93	-	48,1	-	27,3	-
K ₀₀ – K ₉₃ – болезни органов пищеварения	142,8	182,3	14,0	55,0	1,25	1,6	20,0	37,5	2,8	20,6
M00 – M99 – болезни костно-мышечной системы	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
N00 – N99 – болезни мочеполовой системы	72,6	-	11,3	-	1,56	-	35,8	-	4,0	-
Q ₀₀ – Q ₉₉ – врожденные аномалии	50,3	-	13,2	-	1,82	-	45,0	-	6,0	-
Всего			676,6	283,0					308,4	86,0

Обращал на себя внимание тот факт, что по заболеваемости радиогенные дополнительные случаи в основной группе и группе сравнения регистрировались почти в одинаковом проценте к общим дополнительным случаям (38,2%;36,5% соответственно). По наиболее часто регистри-

руемым дополнительным случаям отдельных классов заболеваний в основной группе, радиогенные дополнительные случаи встречались чаще (49,3%), чем в группе сравнения (37,3%) $p < 0,05$.

Таблица 2 - Среднегодовое распределение дополнительных к ожидаемым случаям смертности в исследуемых группах от отдельных онкологических и неонкологических заболеваний, за период 2007-2011, (случаев на 100 000 населения)

Нозологические формы заболеваний, как причин смерти	Эпидемиологические показатели									
	Среднегодовой уровень		Дополнительные случаи		RR Относительный риск		AR,% Атрибутивный риск		Радиогенные дополнительные случаи	
	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения
Новообразования:										
Рак легких и бронхов	65,5	-	30,4	-	2,8	-	72,5	-	22,5	-
Рак молочной железы	42,8	-	17,5	-	3,0	-	66,6	-	11,5	-
Рак глаза, головного мозга, лимфоидной и кроветворной ткани	43,1	-	19,0	-	2,7	-	63,0	-	10,0	-
Болезни системы кровообращения										
Артериальная гипертония	235,6	171,2	105,1	40,8	1,98	1,44	49,0	30,5	51,5	12,4
Ишемическая болезнь сердца	265,3	184,5	119,4	38,5	1,98	1,38	49,4	27,5	59,0	10,6
Инсульты	183,8	130,6	76,1	23,4	1,95	1,4	48,7	28,6	37,0	6,7
Болезни системы дыхания										
Острые и хронические инфекционно-воспалительные заболевания верхних и нижних дыхательных путей	119,6	71,2	53,9	5,0	2,35	1,36	57,4	26,4	30,9	1,3
Всего			421,4	107,7					191,5	31,0

Иная картина отмечена при анализе регистрации дополнительных радиогенных случаев смертности в основных группах. По отдельным рубрикам и классам, как причин смерти радиогенные дополнительные случаи в основной группе регистрировались достоверно чаще, чем в группе сравнения и составляли 45,6% случаев от общего числа дополнительных случаев, тогда как в группе сравнения в 30,4% случаев ($p < 0,05$). По отдельным нозологическим формам, как

причинам смерти, это соотношение составило 45,4% в основной группе и 28,8% в группе сравнения ($p < 0,01$).

Таким образом, на основании полученных нами результатов было установлено, что от всего числа среднегодового уровня смертности в основных группах радиогенные дополнительные случаи на 100 000 составили в основной группе – 16,1%, в группе сравнения – 5,8%.

ЛИТЕРАТУРА

1. S.Bauer, B. Groshe, B.I.Gusev, A.Strelnikov, L.M.Pivina, N.N. Kurakina, K.N.Apsalikov. *Semipalatinsk historical cohort: causes of death in a study group from settlements adjacent to the Semipalatinsk nuclear test site* //STUK-A.- 2003.- V. 187.- С. 55.

2. Гусев Б.И., Пивина Л.М., Апсаликов К.Н., Гроше Б., Бауэр С., Лэнд Ч. Влияние ионизирующей радиации на здоровье населения вследствие проведенных ядерных испытаний в Казахстане. Сообщение 1. // Вестник НЯЦ РК «Радиоэкология. Охрана окружающей среды». – 2002 г., № 3. – С. 171-173.

3. Гусев Б.И., Пивина Л.М., Гроше Б., Бауэр С., Апсаликов К.Н. Влияние ионизирующей радиации на здоровье населения вследствие проведенных ядерных испытаний в Казахстане. Сообщение 1. // Вестник НЯЦ РК «Радиоэкология. Охрана окружающей среды». – 2002 г., № 3. – С. 171-173.

- радиации на здоровье населения вследствие проведения ядерных испытаний в Казахстане. Сообщение 2 // Вестник НЯЦ РК «Радиоэкология. Охрана окружающей среды». – 2002 г, № 3. – С. 174-179.
4. В.И.Киселев, Я.Н.Шойхет, И.Б.Колядо, Е.В.Зайцев. Отдаленные последствия радиационного воздействия на население Алтайского Края ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне // Тезисы докладов 2-го Международного Симпозиума «Хроническое радиационное воздействие: возможности биологической индикации». - Челябинск.-2005.-С.4-5
 5. Y.N.Shoikhet, V.I.Kiselev, V.M.Loborevetal. Nuclear tests at the Semipalatinsk test site. Radiation impact on the Altai Region population.- Barnaul, 1999.- 346 p.
 6. Б.И.Гусев, К.Н.Ансаликов, Л.М.Пивина, С.В.Щербакова, А.Е. Мансарина, О.Н.Рыженкова, М.Р.Мадиева. Закономерности и особенности формирования групп радиационного риска среди населения Казахстана, подвергавшегося облучению в результате испытаний ядерного оружия // Материалы II Международной конференции.- Томск.- 2004.- С. 177 - 181.
 7. Домнин С.Г. Оценка риска для здоровья населения от воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды в системе социально-гигиенического мониторинга / Современные проблемы профилактической медицины, управления качеством среды обитания и здоровья населения промышленных регионов России: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2004.-С.85-89.
 1. Альбом А.Ю., Норрел С. Введение в современную эпидемиологию. Таллин, 1996.

Масалимов Е.Т., Молдагалиев Т.Ж., Белихина Т.И., Гусев Б.И.

2007-2011Ж. КЕЗЕНДЕГІ ӨЛІМ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ДИНАМИКАСЫНЫҢ ДЕРЕКТЕРІ БОЙЫНША РАДИАЦИЯ ӘСЕРІНЕ ҰШЫРАҒАН ШҚО ХАЛҚЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА КЕЛТІРІЛГЕН ЖЫЛСАЙЫҒЫ ЗИЯНДЫЛЫҚТЫ БАҒАЛАУ

Салыстырмалы және атрибутивті қауіп үлгілер арқылы 250, одан жоғары және 75 мЗв белгіленген сәулелену мөлшерлермен екі негізгі зерттеу топтарында болжалды уақиғаларға қосымша денсаулыққа келтірілген жылсайынғы зиян есептелді. Жеке рубрикалар мен класстар бойынша жылсайынғы радиогенді қосымша ауру уақиғалары негізгі топ тұлғалар үшін 100 000 адамдың ішінде 308,4 уақиға құрады, салыстыру тобында – 86,0 уақиға. Өлім себебі ретінде жиі тіркелетін онкологиялық және жалпыденелік аурулардың жеке класстар бойынша денсаулыққа келтіретін жылсайынғы зиян негізгі топтағы 100 000 адамға 191,5 уақиға, ал салыстыру тобында 31,0 уақиға құрады.

Masalimov E.T., Moldagaliyev T.Zh., Belihina T.I., Gusev B.I.

ASSESSMENT OF AN ANNUAL DAMAGE TO HEALTH OF THE POPULATION OF THE EAST KAZAKHSTAN AREA EXHIBITED BY RADIATION ACCORDING TO DYNAMICS OF INDICATORS OF MORTALITY DURING 2007-2011YEARS

By means of models of relative and attributive risks the annual damage to health on additional to expected cases of diseases in two main groups of research with the established doses of radiation 250 and more mZv and 75 mZv is calculated. Annual radiogenic additional cases of mortality on separate headings and classes for persons of the main group left 308,4 cases on 100 000 population, in group of comparison 86,0 cases. On most often traceable separate classes of oncological and all-somatic diseases as causes of death, the annual damage to health made 191,5 cases on 100 000 population in the main group and 31, 0 cases in group of comparison.



УДК: 504.5:314.14-321.1:616.2

Мулдагалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т.

ОПОСРЕДОВАННЫЕ ЭФФЕКТЫ ПАТОЛОГИИ СИСТЕМЫ ДЫХАНИЯ ПО ДАННЫМ ДИНАМИКИ СМЕРТНОСТИ ЭКСПОНИРОВАННОГО РАДИАЦИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ ВКО.

Введение. При изучении функциональных свойств лимфоцитов жителей Алтайского края показано, что пролиферативная активность мононуклеарных клеток периферической крови повышена у жителей населенных пунктов на следе ядерного взрыва [1]. Изучение спонтанной и Кон-А-индуцированной продукции TNFα мононуклеарами крови у жителей этих же регионов так же установило увеличенную спонтанную и повышенную Кон-А – стимулированную продукцию этого цитокина [2,3].

Изменения функциональных свойств иммунокомпетентных клеток наряду с изменениями их субпопуляционной структуры могут лежать в основе формирования различных иммунопатологических синдромов у жителей районов, находящихся на следе ядерного взрыва.

Из данных литературы известно, что клеточное звено иммунитета так же страдает при рецидивирующей бронхо-легочной патологии [4]. У больных с частыми рецидивами респираторных болезней отмечается как снижение числа CD3⁺, CD4⁺ и CD8⁺-лимфоцитов, так и угнетение их функциональной способности. Полного восстановления этих показателей не происходит даже в период ремиссии [5].

Хроническое воспаление в системе органов дыхания формируется в условиях выраженного дисбаланса иммунорегуляторных цитокинов. В настоящее время показано, что недостаточная продукция провоспалительных и/или избыточное накопление противовоспалительных цитокинов является важным звеном в патогенезе хронических инфекционно-воспалительных заболеваний органов дыхания.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили акты-сертификаты по причинам смерти лиц двух основных групп исследования с различными дозами облучения и лиц контрольной группы за период 2007-2011 гг.

Основная группа – 1 350 актов-сертификатов по причинам смерти лиц, подвергавшихся облучению в дозе 250 мзв сформированной в результате атмосферных испытаний ядерного оружия на СИЯП.

Группа сравнения – 956 актов-сертификатов по причинам смерти лиц, прибывшего на контролируемые территории в 1965 г. и подвергавшиеся радиационному воздействию от атмосферных испытаний в дозе 75 мзв и дополнительному облучению в дозе 0,432 мзв в результате нештатных ситуаций подземных

ядерных взрывов за период 1965-2007 гг.

Контрольная группа – 1 429 актов-сертификатов по причинам смерти лиц, прибывших в 1990 г. в контролируемые районы, прилегающие к СИЯП.

Для характеристики уровней смертности рассчитывали интенсивные показатели смертности с последующей их стандартизацией.

Интенсивный показатель рассчитывался на 100 000 населения по формуле:

$$\text{Crude rate} = \frac{\text{пт} * 10^5}{N},$$

где пт - число случаев смерти от болезней различных классов за период T; 10⁵ – стандартное число жителей.

В качестве показателя, характеризующего различия в уровнях смертности между группами населения отдельных районов в целом, отдельными возрастно-половыми группами, использовали величину показателя «относительного сравнения» – относительного риска (RR):

$$RR = \frac{MR_1}{MR_0},$$

где MR₁ - коэффициент смертности населения экспонированного района;

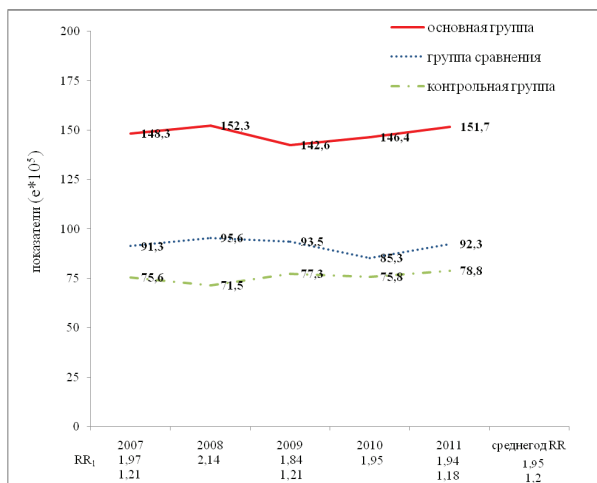
MR₀ - коэффициент смертности населения контрольной группы.

Статистически значимое повышение относительных рисков было подтверждено построением 95 %-доверительных интервалов. Статистическая значимость RR оценивалась с помощью критерия с2.

Результаты и обсуждение

Высокие относительные риски смертности на протяжении всего периода исследования, так же зарегистрированы от болезней системы дыхания (рисунок 1).

Показатели смертности от этих заболеваний в основной группе колебались в пределах 142,6-152,3 случая на 100 000 населения, в группе сравнения 85,3-95,6 случая, в контрольной группе 71,5-78,8 случая (p<0,01;p<0,05). Относительные риски показателей смертности от болезней системы дыхания в основной группе колебались от 1,84 до 2,14, в среднем за все годы, составляя – 1,95. В группе сравнения только в период с 2007г. по 2009 г. относительные риски колебались в пределах 1,21-1,34(p<0,05), тогда как в 2010-2011 гг. были минимальными (1,13-1,18) и не имели существенных различий с контролем.



В структуре болезней системы дыхания, как причин смерти, преобладали удельный вес хронических инфекционно-воспалительных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей (в среднем 34,7%), вирусные пневмонии и пневмококковые инфекции (в среднем 28,5%), а так же грипп (12,5%) (таблица 1).

Рисунок 1 - Динамика показателей смертности от болезней системы дыхания в исследуемых группах (случаев на 100000 населения)

Таблица 1 – Среднегодовая структура показателей смертности от болезней системы дыхания в исследуемых группах (2007-2011 гг.), %

Класс X -J ₀₀ - J ₉₃ болезни системы дыхания МКБ - 10	Группы исследования		
	Основная группа	Группа сравнения	Контрольная группа
J ₀₀₋₀₂₀ - острые инфекционно-воспалительные заболевания системы дыхания	14,2	17,2	16,8
J ₃₁₋₄₂ - хронические инфекционно-воспалительные заболевания верхних и нижних дыхательных путей	37,3	32,6	34,2
J ₁₂₋₁₃ - вирусные пневмонии, пневмококковые пневмонии	29,5	27,3	28,7
J ₁₀ - грипп	10,6	14,1	12,8
J ₄₅ - астма	8,4	8,8	7,5
Всего	100	100	100

Возрастное распределение острых и хронических инфекционно-воспалительных заболеваний системы дыхания в исследуемых группах позволило констатировать наличие более 85% их удельного веса в возрастных стратах 0-9 лет.

Динамика показателей смертности от острых, хронических инфекционно-воспалительных заболеваний системы дыхания, вирусных и пневмококковых пневмоний, хотя и не претерпевала существенных изменений, однако, в основной группе эти показатели были более чем в 2 раза выше по сравнению с таковыми в контроле (среднегодовой относительный риск 2,35). В группе сравнения относительные риски

показателей смертности от этих заболеваний колебались в пределах 1,26-1,5 (среднегодовой относительный риск 1,36) (рисунок 2).

Таким образом, полученные результаты подтвердили наличие определенных проблем в иммунном статусе лиц основной группы и группы сравнения, причем формирование пострадавших вторичных иммунодефицитных состояний в группах потомков, рожденных от облученных родителей, лиц основной группы, теоретически и практически, находят более весомое подтверждение [6,7], тогда как среди лиц группы сравнения, по этому вопросу, имеются значительные неопределенности.

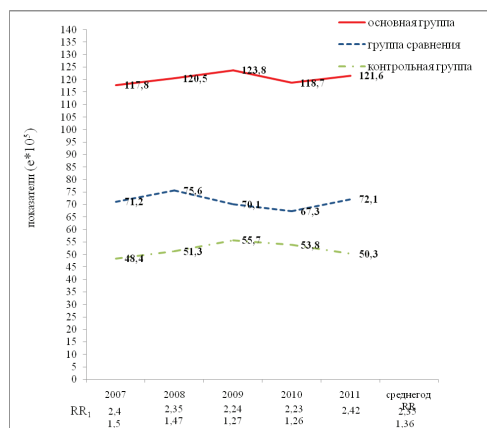


Рисунок 2 - Динамика показателей смертности от острых, хронических инфекционно-воспалительных заболеваний системы дыхания, вирусных пневмококковых пневмоний в исследуемых группах (случаев на 100000 населения).

ЛИТЕРАТУРА

1. Киселев В.И., Лоборев В.М., Шойхет Я.Н. Проблемы количественной оценки воздействия Семипалатинского полигона на население Алтайского края // Вестник научной программы «Семипалатинский полигон-Алтай», 1994. - №1. – С. 5-9.
2. Шойхет Я.Н., Киселев В.И., Лоборев В.М., Судаков В.В. и др. Радиационное воздействие на население Алтайского края ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне // Барнаул, 1999. 345 с.
3. Шойхет Я.Н., Козлов В.А., Коненков В.И., Киселев В.И., Сенников С.В., Колядо И.Б., Алгазин А.И., Колядо В.Б., Зайцев Е.В. Иммунная система населения, подвергшегося радиационному воздействию на следе ядерного взрыва // Барнаул, 2000. – 179 с.
4. Чумак А.А. Иммунная система пострадавших «чернобыльцев» в отдаленный послеварийный период – диагностика недостаточности и подходы к коррекции // Международный журнал радиационной медицины, 2001. – № 3-4. – С. 400.
5. Сепиашвили Р.И., Шубич М.Г., Колесникова Н.В. и др. Апоптоз в иммунологических процессах // Аллергология и иммунология, 2000. – Т.1. – № 1. – С. 15-22.
6. Кулабухова Н.С., Молдагалиева Ж.Т., Шакенов Е.Р., Шагиева Д.Ш., Байбусинова Ж.Т. Изучение содержания иммуноглобулинов и состояния функционально-метаболической и фагоцитарной активности клеток среди детей, рожденных от облученных родителей с инфекционно-воспалительными заболеваниями системы дыхания // «Астана медициналық журналы» №2, 2007. – С. 165-167.
7. Молдагалиева Ж.Т., Шакенов Е.Р., Кулабухова Н.С., Шагиева Д.Ш., Байбусинова Ж.Т. Исследование количественных и функциональных параметров иммунокомпетентных клеток и показателей лейко- и эритропоэза среди потомков (II-III поколение), с инфекционными и инфекционно-воспалительными заболеваниями лиц, подвергавшихся прямому облучению // «Астана медициналық журналы». №2, 2007 – С. 167-170.

Молдагалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т.

ШҚО РАДИАЦИЯ ӘСЕРІНЕ ҰШЫРАҒАН ТҮРҒЫНДАРДА ӨЛІМ КӨРСЕТКІШІНІҢ ДИНАМИКАСЫНЫҢ ДЕРЕКТЕРІ БОЙЫНША ТЫНЫСАЛУ ЖҮЙЕСІ ПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ ӘСЕРІ

Тынысалу жүйесі ауруларынан пайда болған өлімпаздық көрсеткіштер динамикасы зерттелді, оның ішінде 250 мЗв, одан жоғары және 75 мЗв белгіленген сәулелену мөлшермен радиация әсеріне ұшыраған ШҚО тұрғындарының екі тобында тынысалу жолдарының жоғарғы және төменгі бөлімдерінің жедел, созылмалы, жұқпалы-қабынған аурулардан пайда болған жағдайлар. Негізгі топта 1,95-2,5 аралығында өлімпаздықтың жоғары қауіптері анықталды, салыстыру тобында 1,2-1,36.

Moldagaliyev T.Zh., Masalimov E.T.

THE MEDIATED EFFECTS OF PATHOLOGY OF SYSTEM OF BREATH ACCORDING TO DYNAMICS OF MORTALITY OF THE POPULATION EXHIBITED BY RADIATION EKA

Research institute of radiating medicine and ecology, Semey, Kazakhstan

Dynamics of indicators of mortality from diseases of system of breath, including sharp, chronic infectious and inflammatory diseases of the top and bottom departments of respiratory ways in two groups of the population of the East Kazakhstan area exhibited by radiation, with the established doses of radiation 250 mZvand more and 75 mZv is studied. High risks of mortality which made in the main group 1,95-2,5, in group of comparison 1,2-1,36 are established.



УДК: 614.2:616.133:616-073(574.4)

Мулдағалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т., Токанов А.М., Байбусинова Ж.Т.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАТА СРЕДИ ЭКСПОНИРОВАННОГО РАДИАЦИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ПОТОМКОВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ДОЗ ОБЛУЧЕНИЯ

Введение. В последние десятилетия усилия ученых-радиобиологов разных стран направлены на изучение вклада ионизирующих излучений в патогенез сердечно-сосудистых заболеваний, поскольку именно они устойчиво лидируют среди причин смерти населения промышленно-развитых стран [1,2]. Утверждения классической радиобиологии о радиорезистентности элементов данной функциональной системы организма не должны являться запрещающим моментом для проведения исследований, поскольку ИИ как патогенный фактор может, не являясь определяющим и главным, выступать в качестве агента, потенцирующего патологическое воздействие традиционных факторов риска развития заболевания [3]. При этом нельзя исключить и самостоятельную роль ИИ в диапазоне «малых» доз в формировании сосудистой патологии [4].

Среди профессиональных групп, подвергавшихся облучению в дозах 0,2-1,3 Гр за 10 лет, зафиксировано расширение границ физиологической лабильности вегето-сосудистых реакций. Если при дозах 0,5 Гр эти изменения носили транзиторный характер, то при более высоких дозах вышеуказанные изменения становятся устойчивыми и являются одним из основных компонентов формирующегося синдрома нейро-циркуляторной дистонии. Авторы особо подчеркивают, что большая часть клинических симптомов сосудистого характера является результатом нарушения адаптивного регулирования и нарушения гуморальных воздействий на функционирование сосудистой системы. В этом случае вегето-сосудистая дистония может сохраняться в течение длительного времени, даже через 20-30 лет после прекращения облучения. Постепенный переход гипотензивных дистоний в гипертензивные является причиной формирования гипертонической болезни [5-7].

Материалы и методы.

Из массива медицинских документов для лабораторно-инструментальных методов исследования по оценке вегетативной регуляции рутинным способом отобрано в основных и контрольной группе по 152 человека в четырех возрастных стратах. Оценка показателей ВРС проведена в двух возрастных стратах 30-49, 50 и старше лет, в основной группе среди 120 человек, в группе сравнения 100 человек, в контрольной группе – 100 человек.

Критерии включения в выборку:

- юридически подтвержденное постоянное проживание лиц основной группы на территориях изучаемых районов ВКО, прилегающих к СИЯП за период 1963 -2011 гг; группы сравнения – 1965 – 2011 гг.; контрольная группа – лица, бывшие на изучаемые территории после окончания испытаний ядерного оружия на СИЯП (с 1990 г.) и прожившие на них не менее 5 лет.

- диапазоны эффективных эквивалентных доз облучения лиц 250 и более мЗв и 75 мЗв;

- возраст 20 старше лет.

Критерии исключения из выборки:

- отказ от участия в исследовании;

- неполное выполнение алгоритма обследования.

Стандартизация и алгоритм процедуры сбора данных обеспечивалась унифицированным характером обследования и регистрации эпидемиологического и клинического материала.

Методы

Были использованы общепринятые рутинные методы оценки вегетативного статуса с помощью:

- интегративных таблиц;

- вегетативного индекса Кердо;

- коэффициента Хильдебранта по общепринятой методике;

- пробы Мак-Клюр и Олдрича, Ашнера-Даньини, Галя, а также орто- и клиностатической пробы.

Вегетативный статус (сосудистые реакции) оценивали по анализу ВРС с чередованием 5-минутных записей кардиоинтерваллограмм в состоянии расслабленного бодрствования в положении лежа и при выполнении ортостатической пробы.

Спектральный анализ предполагает разложение временной зависимости ВРС на отдельные ритмы с различными частотами (различными периодами колебаний) и оценку их интенсивности (размаха, вклада в общую дисперсию ВРС).

Зависимость оцениваемой интенсивности от частоты задается рассчитываемой зависимостью спектральной плотности мощности (СПМ) ВРС от частоты. Статистическими характеристиками ВРС являются SDNN, SDANN, RMSSD, pNN50, CV.

SDNN (мс) – среднее квадратическое отклонение – суммарный показатель вариабельности величин кардиоинтервалов за анализируемый период. Увеличение SDNN указывает на усиление

ние парасимпатической регуляции, снижение SDNN связано с усилением симпатической регуляции.

SDANN (мс) – стандартное отклонение средних значений SDNN из 5-минутных сегментов. Используется при длительных записях кардиоинтервалов.

RMSSD (мс) – квадратный корень из суммы квадратов разности величин последовательных пар кардиоинтервалов. Показатель активности парасимпатического звена вегетативной регуляции.

pNN50 (%) – процент последовательных кардиоинтервалов, различающихся более чем на 50 мс, от общего количества пар кардиоинтервалов за весь период анализа. Коррелирует с RMSSD.

CV – коэффициент вариации. Представляет собой нормированную оценку SDNN: $CV = SDNN/M * 100$, где M – среднее значение кардиоинтервалов. NN – означает ряд интервалов без экстрасистол.

Применение спектрального анализа ВРС позволяет определить следующие компоненты:

TP (мс²) – суммарная мощность спектра. По физиологическому смыслу аналогична SDNN.

VLF (мс²) – VeryLowFrequency – мощность частот в диапазоне 0,003-0,04 Гц. Характеризует надсегментарный уровень регуляции симпатического звена.

LF (мс²) – LowFrequency – мощность частот в диапазоне 0,04-0,15 Гц. Характеризует состояние симпатического отдела ВНС, в частности, активность вазомоторного центра продолговатого мозга.

HF (мс²) – HighFrequency – мощность частот в диапазоне 0,15-0,4 Гц. Дыхательная составляющая спектра. Показатель вагусной активности.

Все зарегистрированные параметры ВРС в динамике при оценке должных величин в контрольных группах и таковых в основных группах обрабатывались методом расчета медианы, 25 перцентилей и 75 перцентилей.

Результаты и обсуждение

В нашем исследовании проведен анализ и оценка выкопированных первичных медицинских документов по группам исследования, содержащие данные параметров состояния вегетативного гомеостата. Как следует из таблицы 1 в контрольной группе возрастных страт 20-60 и старше лет в подавляющем большинстве случаев (71-85,9%) регистрировались нормальные сосудистые реакции (эйтония).

Причем в возрастных стратах 20 -39 лет парасимпатическая направленность сосудистых реакций преобладала над симпатотонической, тогда как в возрастных стратах 40 и старше лет симпатотоническая. Зарегистрированные состояния соответствовали физиологическим нормам возрастной вегетативной регуляции. В основной группе число лиц возрастных страт 20-39 лет с нормальной вегетативной регуляцией, вегетативного тонуса и реактивности было достоверно меньше чем в контрольной группе (в среднем 72,4%) $p < 0,05$) за счет достоверно большего числа лиц с парасимпатической направленностью сосудистых реакций. В группе сравнения число лиц с различными вегетативными реакциями не имело существенных различий с контрольной группой. Что касается анализа возрастного распределения показателей вегетативного обеспечения деятельности организма, то нами не получено достоверных различий по числу лиц с различными сосудистыми реакциями в группах исследования. При этом регистрировалась четкая закономерность увеличения числа лиц с симпатотоническими сосудистыми реакциями в возрастных стратах 40-60 и более лет.

Полученные результаты свидетельствовали об определенных нарушениях вегетативной регуляции в основной группе, связанные с достоверно большим числом лиц с сосудистыми реакциями симпатотонической направленности в возрастных стратах 40 лет и старше и парасимпатической направленности в более молодых возрастных группах по сравнению с таковыми в контроле.

За последние 10 лет в НИИ РМиЭ адаптирован метод по оценке variability ритма сердца (ВРС) в группах исследования из различных пострадавших районов с установленными ЭЭД. Полученные результаты исследований демонстрировали наличие определенных закономерностей, связанных со снижением суммарной эффективности вегетативной регуляции в группах лиц с дозами облучения превышающими 200 мзв. При этом регистрировались различные нюансы симпатотонической регуляции и вагусной активности. Эти эффекты позволяли констатировать наличие функциональных нарушений сосудистой регуляции при различных патологических состояниях, достоверно чаще регистрируемых среди экспонированного радиацией населения [8-10].

Таблица 1 – Возрастное распределение нарушений вегетативной регуляции в исследуемых группах, % (2007-2011 гг.)

Вегетативные пробы	Группы исследования	Возраст (лет)											
		20-29 n=126			30-39 n=120			40-59 n=120			60 и > n=90		
		эйтония	парасимпатотония	симпатотония	эйтония	парасимпатотония	симпатотония	эйтония	парасимпатотония	симпатотония	эйтония	парасимпатотония	симпатотония
Вегетативный тонус	Контрольная группа	85,9	9,5	4,6	84,3	7,4	8,3	80,5	4,2	15,3	79,1	2,3	18,6
	Основная группа	73,0*	19,6*	7,4	71,9*	10,3	17,8*	65,1*	6,4	28,5*	63,4*	3,8	32,8*
Интегративные показатели	Группа сравнения	83,7	11,2	5,1	79,3	10,3	10,4	75,7	5,1	19,2	66,1	4,1	29,8
Вегетативный индекс Кердо	Контрольная группа	83,1	11,6	5,3	82,1	8,8	9,1	78,0	5,8	16,2	76,1	4,6	19,3
Вегетативная реактивность	Основная группа	71,2*	20,7*	8,1	66,3	11,4	21,3*	69,5*	7,1	23,4*	56,4*	5,1	38,5*
Проба Ашнера-Даньини	Группа сравнения	79,7	14,2	6,1	71,1	11,3	17,6	73,5	7,1	19,4	70,2	5,0	24,8
Проба Галя	Контрольная группа	83,7	10,3	6,1	82,8	9,2	8,0	76,1	6,3	17,6	74,1	5,7	20,2
Вегетативное обеспечение деятельности организма	Основная группа	81,1	11,6	7,3	81,3	8,6	10,1	80,6	7,1	12,3	71,0	6,9	22,1
Ортостатическая проба	Группа сравнения	80,9	12,1	7,0	80,2	9,1	10,7	78,5	7,6	13,9	69,1	7,1	23,8
Клиностатическая проба													

*- указанные значение имеют достоверные различия с контрольной группой

В нашем исследовании были сформированы группы (двойным слепым методом) из всего массива основных и контрольной групп с установленными диагнозами и прошедшие эпидемиолого-статистический анализ динамики распространенности заболеваний и показателей смертности. Всего проанализированы основные показатели ВРС в трех группах (основная группа, группа сравнения, контрольная группа) - 160 человек в возрасте 30-50 лет и старше не имеющих заболеваний системы кровообращения; в трех группах той же численности и возраста с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца.

Обращало на себя внимание достоверное снижение суммарной эффективности вегетативной регуляции в основной группе и группе сравнения среди лиц без БСК и среди лиц с АГ и ИБС относительно контрольной группы: SDNN, мс в основной группе и группе сравнения без БСК в возрастных стратах 30-39 и 50 и старше лет – 38,6;30,4, в группе сравнения – 39,2; 35,4, в контрольной группе – 45,3; 38,6 (p<0,01;0,01 – 0,05;0,05 соответственно) (таблица 2). При этом в основных группах с АГ и ИБС этот показатель был достоверно ниже, по сравнению с таковым среди лиц без БСК этих групп, так и контрольной группы.

Таблица 2 – Возрастное распределение основных показателей ВРС в группах исследования с заболеваниями системы кровообращения.

Группы исследования	Возраст, лет	RR ср., мс	SDNN, мс	RMSSD, мс	PNN50, %	TP, мс ² /Гц	VLF, мс ² /Гц	LF, мс ² /Гц	HF, мс ² /Гц	LF/HF
Основная группа без БСК, n=60	30-49	820,8	38,6*	40,4*	13,0*	1996	734	742*	813*	0,91
	50 и >	756,2	30,4*	31,9*	13,7*	2110	760	712*	770*	0,92
Группа сравнения без БСК, n=50	30-49	812,6	39,2*	40,6	14,8	1980	747	690*	750	0,92
	50 и >	763,2	35,4*	36,2	14,7	1970	746	725*	790	0,92
Контрольная группа без БСК, n=50	30-49	834,8	45,3	38,3	15,2	2176	756	650	760	0,85
	50 и >	782,5	38,6	36,2	15,2	1826	742	670	773	0,87
Основная группа с АГ и ИБС, n=60	30-49	856,3	30,2*	33,8*	10,8*	2126	748	700*	790*	0,89
	50 и >	839,7	26,3*	30,8*	11,1*	2032	747	712*	798*	0,89
Группа сравнения с АГ и ИБС, n=50	30-49	844,3	33,8*	35,3	12,4*	1920	742	672*	760*	0,88
	50 и >	838,3	32,4*	34,7	12,6*	1935	751	680*	758*	0,90
Контрольная группа с АГ и ИБС, n=50	30-49	842,3	38,6	37,2	14,1	1972	742	624	732	0,85
	50 и >	862,4	41,5	35,9	14,2	1986	751	631	704	0,89

*-указанные значения имеют достоверные различия с контрольной группой

Показатели активности парасимпатического звена вегетативной регуляции и преобладания парасимпатического звена над симпатотоническим в основной группе с АГ и ИБС был достоверно ниже в возрастной страте 50 лет и старше, по сравнению с контрольной группой: RMSSD, мс – 31,9; 36,2 соответственно ($p < 0,05$). В группе сравнения эти показатели не имели существенных различий с показателями контроля. Среди лиц основной группы с АГ и ИБС в возрастных стратах 30-50 и старше лет RMSSD, мс составлял 33,8-30,8 и был достоверно ниже, чем в контрольной группе 37,2-35,9 (RMSSD, мс ($p < 0,05$; $p < 0,05$). Среди лиц группы сравнения с АГ и ИБС этот показатель был достоверно ниже, по сравнению с контрольной группой, только в возрастной страте 30-49 лет 35,3; 37,2 ($p < 0,05$).

Показатель преобладания парасимпатического звена над симпатотоническим (PNN50,%) в основной без БСК в обеих возрастных стратах был достоверно ниже, чем в контрольной группе (13,0-13,7; 15,2-15,2, $p < 0,05$, $p < 0,05$) тогда как в группе сравнения он существенно не отличался. Та же картина наблюдалась и при анализе этого показателя в основных и контрольной группе с АГ и ИБС. В обеих возрастных стратах основной группы этот показатель был достоверно ниже, чем в контрольной группе (10,8-11,1; 14,1-14,2, $p < 0,05$, $p < 0,05$), в группе сравнения показатель преобладания парасимпатического звена

над симпатотоническим (PNN50,%) вегетативной регуляции так же был достоверно ниже, чем в контрольной группе.

Два основных показателя, представляющих симпатотоническую регуляцию и вагусную активность (LF, мс²/Гц; HF, мс²/Гц) демонстрировали разнонаправленную динамику, которая в целом свидетельствовала о достоверном превышении симпатотонической регуляции вегетативного отдела нервной системы среди лиц основных групп по сравнению с контрольной группой. При этом обращало на себя внимание отсутствие существенных различий в группах исследования по показателю баланса симпатотонических и парасимпатических отделов ВНС (LF/HF). На наш взгляд, это свидетельствовало о наличии достаточных компенсаторных механизмов регуляции соотношений различных звеньев ВНС, что с клинической точки зрения могло означать отсутствие каких-либо осложнений течения АГ и ИБС на момент обследования конкретных лиц.

Таким образом, выполненное нами исследование по оценке функционирования вегетативного гомеостата в основных группах и контрольной группе среди лиц с БСК (в том числе с АГ и ИБС) и без БСК, позволило установить достоверное преобладание нарушения симпатотонического звена вегетативной регуляции в основных группах по сравнению с контрольной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Семенова Ю.В., Бабакина Н.В., Тахауов Р.М., Карпов А.Б. Относительный риск развития артериальной гипертонии у лиц, подвергающихся воздействию ионизирующего излучения // *Материалы III Международного симпозиума «Хроническое радиационное воздействие: медико-биологические эффекты»*, Челябинск, 2005 г. С. 48-49.
2. Peterson J., Cormack L.D., Wissonney A. et al. Burden of suffering. Update on epidemiology of cerebrovascular diseases // *Br. Med. J.* – 1999. – V. 239/ No 7.-P. 715-724.
3. Воробьев Е.И., Степанов Р.П. Ионизирующее излучение и кровеносные сосуды. М.: ЭнергATOMиздат, 1985. 296 с.
4. Чепрасов В.Ю., Юдина Н.Л., Рюмина Е.П. и др. Патологические особенности изменений системы кровообращения при воздействии ионизирующего излучения и других факторов аварии // *Патология отдаленного периода у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС/ Под ред. профессора Никифорова.* – М.: Изд-во “Бином”, 2002. – С.104-110.
5. Литвиненко Т.М., Семенова Ю.В., Тахауов Р.М., Карпов А.Б. Оценка абсолютного, относительного и атрибутивного риска развития острого инфаркта миокарда среди персонала радиационно-опасных производств и населения, проживающего в зоне их расположения // *Здоровье работающего населения: материалы 39-й науч.-практ. конф.* - Новокузнецк, 2004.- С. 125-127.
6. Гайдук В.Н., Русецкая В.Г., Лазюк Д.Г., Крушевская Т.В. и соавт: *Итоги и перспективы кардиологических исследований у лиц, пострадавших в результате катастрофы на ЧАЭС // Медико-биол. аспекты аварии на ЧАЭС, 1998. -№2. – С. 3-8*
7. Торубаров Ф.С., Зверева З.Ф. Оценка риска сосудистых заболеваний головного мозга у лиц, подвергающихся воздействию от источников внешнего и внутреннего облучения // *Медицинская радиология и радиационная безопасность.- 2005.-Т.50, №2.- С. 25-31.*
8. Клейнбок И.Я., Байбусинова Ж.Т., Шарипова ХК., Ансаликов к.н. Состояние вегетативной регуляции сосудистых реакций экспонированных ионизирующей радиацией женщин репродуктивного возраста // *Наука и здравоохранение №1, 2008.-С.-86-88*
9. Молдагалиева Ж.Т., Кулабухова Н.С., Шагиева Д.Ш., Токанов А.М. Нарушения вегетативной регуляции сосудистых реакций больных с артериальной гипертонией лиц, подвергшихся воздействию ионизирующей радиации и их коррекция с помощью метода адекватной температурной стимуляции чувствительных зон кожи // *«Астана медицинский журналы».* С. №2, 2007, 113-117.
10. Молдагалиева Ж.Т., Кулабухова Н.С., Гусев Б.И., Токанов А.М., Шагиева Д.Ш., Рыженкова О.Н., Щербакова С.В., Белихина Т.И., Мансарина А.Е. Оценка вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного сопровождения деятельности организма среди населения Восточно-Казахстанской области, подвергавшегося облучению в результате испытания ядерного оружия // *«Наука и здравоохранение» № 1, 2007.- С. 105-107.*

Молдагалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т., Тоқанов А.М., Байбосынова Ж.Т.

СӘУЛЕЛЕНУ МӨЛШЕРЛЕР ҚҰРЫЛҒАННАН КЕЙІН АЛЫСТАҒАН МЕРЗІМДЕГІ СӘУЛЕЛЕНУГЕ ҰШЫРАҒАН ШҚО ТҮРҒЫНДАРЫ МЕН ОЛАРДЫҢ ҰРПАҚТАРЫ АРАСЫНДАҒЫ ВЕГЕТАТИВТІ ГОМЕОСТАТТЫҢ ЖАҒДАЙЫ

2007-2011ж. кезеңдегі 250, одан жоғары және 75 мзв белгіленген сәулелену мөлшерлермен қан айналымы жүйесінің ауруларымен негізгі және бақылау топтарында вегетативті гомеостаттың жағдайы зерттелді. Негізгі топтың 20-29 жастағы жастық страттарда парасимпатикалық бағытты тамыр реакциялар санының шектен шығуы, ал жоғары жастық страттарда симпатотоникалық бағытты тамыр реакциялар санының шектен шығуы анықталды. Осымен вегетативті реттеліс бұзылуы негізгі топтарда тек қана вегетативті сергулік пен вегетативті қайтабейсенділік бойынша тіркелуде. Дене қызметін вегетативті қамтамасыз етудің бұзылуының маңызды шектен шығуы негізгі топтарда, оларды бақылау тобымен салыстырған жағдайда, анықталмаған.

Moldagaliyev T.Zh., Masalimov E.T., Tokanov A.M., Baibosinov Zh.T.

CONDITION OF VEGETATIVE SYSTEM AMONG THE POPULATION OF THE EAST KAZAKHSTAN AREA EXHIBITED BY RADIATION AND THEIR DESCENDANTS IN THE REMOTE PERIOD AFTER FORMATION OF DOSES OF RADIATION

In 2007-2011 in two main groups, with the established doses of radiation 250 and more mZv both 75 mZv and control group with system diseases blood circulation research a condition vegetative homeostasis. Prevalence of parasympathetic vascular reactions in the main groups' age and simpatotonic in the senior age striations is established 20-29 years. Thus violations of vegetative regulation in the main groups are registered only on a vegetative tone and vegetative reactance. Essential excess of violations of vegetative ensuring activity in the main groups in comparison with control group it is not established.



УДК: 614.2:316.6:629.362.1

Мысаев А.О.¹, Булегенов Т.А.², Воробьев С.А.³, Жуанышев Т.С.³

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ВОДИТЕЛЯ (ПОПЕРЕЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Государственный Медицинский Университет города Семей, Казахстан

¹Кафедра хирургии и травматологии,²

Кафедра интернатуры по хирургии,³ студент ОМФ.

Актуальность. В условиях глобализации все большую актуальность в Казахстане, как и во всем мире, приобретают вопросы сохранения жизни и защиты людей от последствий дорожно-транспортных происшествий (ДТП). По прогнозам ВОЗ к 2020 году травматизм в результате дорожных аварий может стать третьей основной причиной гибели или увечий [1].

Ежегодно в Европейском регионе в результате ДТП более 120 000 человек погибают и более 2,4 млн. получают травмы. Наиболее остро проблема дорожно-транспортного травматизма стоит в Казахстане, где уровень смертности в результате ДТП наибольший в Европе (30,6 на 100 000 населения) и почти в 2,5 раза превышает средневропейский [2].

Движение транспортных средств на дорогах - есть сложный процесс, обусловленный взаимодействием различных факторов, в известной системе ВАДС (водитель-автомобиль-дорога-среда) [3]. Отклонение от нормы в любом звене данной системы, оказывающее влияние на безопасность движения транспортного средства, могут привести к ДТП. Многочисленные факты показывают, что до 80% аварий и крушений на транспорте происходит в связи со спецификой человеческого фактора.

Согласно элементу 4 Глобального плана осуществления Десятилетия действий по обеспечению безопасности дорожного движения 2011-2020, принятого ООН, каждой стране-участнику необходимо разработать комплексные

программы улучшения поведения пользователей дорог [4], в том числе водителей. Но чтобы разработать эффективную программу необходимо знать целевую аудиторию, т.е. необходимо знать социальный портрет водителя, на которого будет направлена программа.

Целью исследования - определить социальный портрет водителя.

Материалы и методы исследования.

Дизайн нашей работы - поперечное исследование. Для реализации поставленной цели было проведено анкетирование среди водителей г. Семей в период с 01.11.11 по 31.12.11 г., пользующиеся услугами уличных автостоянок. Почему именно эта категория водителей? Дело в том, что услугами уличных автостоянок пользуются разный контингент водителей. Здесь можно встретить и молодых и пожилых водителей, и мужчин и женщин, и владельцев семейных авто, джипов, минивэнов, машин эконома класса и др. Таким образом, был достигнут максимально широкий охват всех категорий водителей.

Выбор автостоянок. Для анкетирования в черте города в разных районах в случайном порядке были выбраны 10 автостоянок, численностью не менее 50 автомобилей. Схема расположения автостоянок представлена на карте (рис.1).

Расчет выборки. Общее количество зарегистрированных водителей в г. Семей по данным ДП ДВД г. Семей составляет 53000 человек. Для расчета размера выборки для

анкетирования нами использована программа Sample Size Calculation for X-Sectional Surveys. Для 95% доверительного интервала необходимо было проанкетировать 290 водителей.

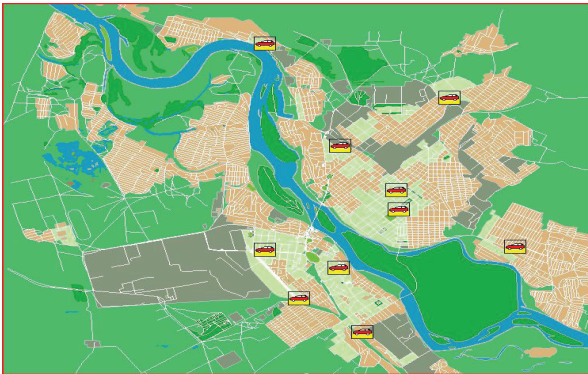


Рис.1. Схема расположения автостоянок в г.Семей, пользователи которых явились респондентами в исследовании.

Выбор целевой выборки водителей был случайным. Перед началом анкетирования, водитель подписывал информационное согласие. Далее отвечал на вопросы.

Критерии включения/исключения. Критерии включения: водитель обоих полов, любого возраста и стажа вождения, любая марка автомобиля. Кроме того в опрос были включены водители-профессионалы (водители общественного и грузового транспорта). Критерии исключения: из опроса были исключены водители велосипедов и мотоциклов, скутеров, пассажиры автомобилей.

Анкета. Нами была разработана специальная анкета, включающая в себя 26 вопросов, в том числе 5 вопросов для оценки социального

портрета водителя: «Ваш пол?», «Ваш возраст?», «Ваше образование?», «Ваш непрерывный водительский стаж?», «Является ли вождение автомобиля необходимостью в Вашей работе?».

Анкетирование было анонимным. Информация, позволившая бы впоследствии идентифицировать водителя, в анкете не содержалась. Анкета была представлена на русском и казахском языке на выбор, с учетом того, что население в Республике Казахстан в большем проценте случаев использует данные два языка.

Проверка анкет на валидность и внутреннюю надежность была предварительно проверена на 20 водителях.

Перед проведением исследования анкета прошла экспертизу Локального этического комитета при Государственном медицинском университете г. Семей, имеющий международную лицензию.

Статистическая обработка. Все полученные данные были статистически обработаны в программе SPSS 20.0. Данные представлены в абсолютных цифрах и проценте от общего.

Результаты и обсуждения:

Всего было предложено участвовать в исследовании 320 водителям, из них согласились заполнить предложенную анкету 302 водителя. Процент отказа составил 5,6%.

Социальный портрет водителя

Всего из 302 респондентов 239 были мужчины (79,1%) и 63 женщины (20,9%). Средний возраст составил 34,4 года. Характеристика опрошенных водителей по возрасту и полу представлена в таблице 1.

Таблица - 1. Распределение респондентов по возрасту и полу

Возраст/пол	Мужчины		Женщины		Всего	
	n	%	n	%	n	%
18-21	30	12,6	8	12,7	38	12,2
22-30	74	31	28	44,4	102	33,1
31-40	57	23,8	19	30,2	76	25,1
41-50	37	15,5	7	11,1	44	14,6
51-60	34	14,2	1	1,6	35	11,6
Более 60	7	2,9	0	0	7	2,3
Всего	239	100	63	100	302	100

Распределение опрошенных водителей по стажу вождения и уровню образования представлены на рис.2 и рис.3.

Большинство опрошенных являются водителями легкового автотранспорта, которые управляют автомобилем ежедневно (n=149, 49,3% от всех). От 1 до 4 раз в неделю управляют автомобилем 49 (16,2%)

водителей. Садятся за руль только при острой необходимости 38 (12,6%) респондентов. Кроме того, 65 (21,5%) респондентов являются водителями-профессионалами, т.е. водителями общественного и грузового транспорта, 41 (13,6%) и 24 (7,9%) соответственно, для которых управление автомобилем является основным видом деятельности.

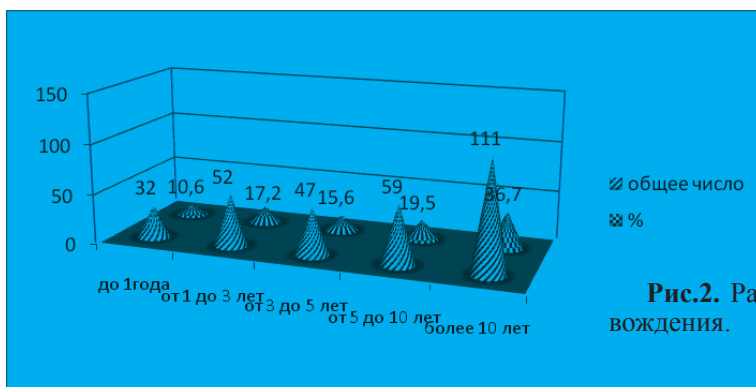


Рис.2. Распределение респондентов по стажу вождения.

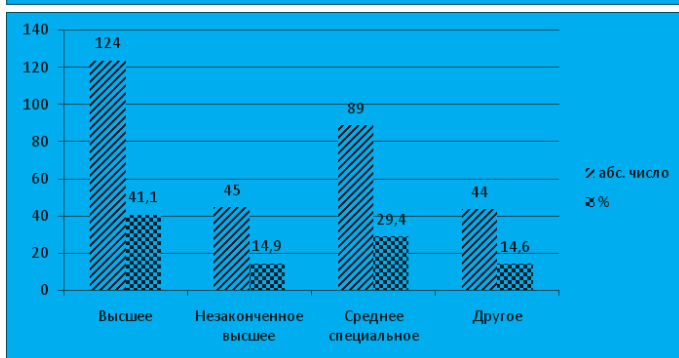


Рис.3. Распределение респондентов по уровню образования

Вывод. Социальный портрет водителя следующий: мужчина в возрасте 22-40 лет, с высшим образованием и стажем вождения более 5 лет, ежедневно управляющий автомобилем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Nantulya, V.M. The neglected epidemic: road traffic injuries in developing countries / Nantulya V.M., Reich M.R. // *BMJ*. - 2002. - Vol.324. - P.1139 - 41.
2. European status report on road safety: towards safer roads and healthier transport choices // *WHO Regional Office for Europe*. - Copenhagen, 2009.-p.174.
3. Щербаков, И.П. Оценка дорожной ситуации, предшествовавшей ДТП / И.П. Щербаков, Гасанов А.П., Пучкин В.А., Лозовой В.И. // Аналитическое и экспертное обеспечение системы БДД – Режим доступа: http://www.adf.spbgasu.ru/Conference2006/section_4.pdf#page=49, свободный – Загл. с экрана.
4. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] / Глобальный план осуществления Десятилетия действий по обеспечению безопасности дорожного движения 2011-2020 гг. -Режим доступа: http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/ru/index.html, свободный – Загл. с экрана.

Мысаев А.О., Булегенов Т.А., Воробьев С.А., Жуанышев Т.С.

ЖҮРГІЗУШІНІҢ ӘЛЕУМЕТТІК СУРЕТТЕМЕСІ

2011-2020 жылдарда жол қозғалысының қауыпсыздығын қамтамасыз ету бойынша шаралардың онжылдық жоспарының бір элементі жүргізушілердің тәртібін жақсартудың комплекстік бағдарламаларын дайындау болып табылады. Жүргізушілердің жолдағы тәртібін жақсартуға арналған бағдарламалардың комплексін дайындау үшін оның әлеуметтік суреттемесін білу қажет. Семей қ. 302 жүргізушілері арасында көлденең зерттеу (анкеталау) өткізілді әлеуметтік суреттемесі анықталды.

Myssayev A.O., Bulegenov T.A., Vorob'yev S.A., Zhuanyshv T.S.

SOCIAL PROFILE OF DRIVER

One of an element of Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2011-2020 is to develop comprehensive programmes to improve road user behavior, as driver as well. But to develop really effective program for drivers, the social profile of driver is requite to know. So the cross-sectional study (questionnaire) of 302 drivers in Semey City was carry out and social profile was determined.



УДК: 61(378)-005.6-935.33

А.В. Авдеев, Г.А. Жаксылыкова

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПРОГРЕССИВНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ДЛЯ
ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ***АО «Медицинский университет Астана»*

Введение. Цели и задачи государственной программы развития образования Республики Казахстан на 2011-2020 связаны с качеством медицинского образования и квалификацией кадров, выпускаемых высшими медицинскими учебными заведениями. Также данные задачи нашли соответствующее отражение в программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. Одной из основных задач модернизации системы здравоохранения является создание конкурентоспособного кадрового потенциала здравоохранения путем совершенствования образовательных программ медицинского образования с учетом лучшего зарубежного опыта и внедрения института независимой оценки знаний и навыков выпускников медицинских ВУЗов.

Оценка и непрерывный мониторинг эффективности обучения является одним из основных требований, предъявляемых к медицинскому образованию. Так, согласно Стандарту институциональной аккредитации медицинских организаций образования «Оценка программ», «медицинский вуз должен выработать механизм оценки программы, который позволит мониторировать процесс выполнения образовательной программы и прогресс студента, и обеспечивает выявление и рассмотрение возникающих проблем» [1].

Одним из методов оценки качества медицинского образования, широко используемых в мировой практике, является метод прогрессивного тестирования, который позволяет оценить уровень знаний студентов, качество преподавания медицинских дисциплин и обеспечить постоянный мониторинг образовательной деятельности.

Метод долгосрочной оценки уровня знаний. Наиболее важным аспектом, позволяющим приобрести достаточный уровень компетентности, клинического и практического мышления для работника в сфере здравоохранения, является умение организованного накопления информации. Навыки овладения данной способностью должны преподаваться с самого начала обучения медицинской специальности. Кроме того, должны быть созданы специальные механизмы приобретения знаний и их адекватной оценки на весь период образовательной деятельности. Как известно, количественная оценка прироста уровня знаний студентов является достаточно сложной. В последнее время, инструменты долгосрочной

оценки уровня знаний применяются в основном в проблемно-ориентированном обучении. Однако, исследования доказывают возможность применения прогрессивного тестирования в образовательных программах, не включающих данную методику [2].

В 1970-м году Университет Миссури в Канзасе, США (the University of Missouri at Kansas City (УМКК) [2, 3] и Университет Лимбурга в Маастрихте, Нидерланды (the University of Limburg at Maastricht in the Netherlands) [4] независимо друг от друга разработали систему долгосрочной оценки качества знаний студентов (прогрессивное тестирование), которая позволила решить проблему соединения воедино тестирования и обучения.

Отличительной особенностью явилось то, что перечень тестовых заданий не был связан с какой-либо определенной дисциплиной или блоком дисциплин, а содержал вопросы, направленные на оценку конечных знаний и умений студента, которыми должен обладать выпускник образовательной программы. Вопросы прогрессивного тестирования охватывали все базовые и профилирующие дисциплины. Кроме того, тестирование проводилось многократно, по истечению определенного периода времени, что позволило проводить мониторинг образовательной деятельности и прогресса в получении знаний студентов. Была внедрена новая методика оценки качества знаний, зависящих от их выживаемости (способности к удержанию) и служащих определением конечных целей образовательной программы. То есть прогрессивное тестирование рассматривалось как метод оценки накопленных знаний, соответствующих «идеальному» выпускнику, закончившему образовательную программу [5], что обеспечило медицинские образовательные учреждения сильным инструментом оценки уровня знаний студентов.

Таким образом, несмотря на различия в специфике проведения прогрессивного тестирования в разных университетах, можно выделить следующие основные функции прогрессивного тестирования в отличие от проводимых ранее методик: 1. оценка знаний является настолько разносторонней, что делает практически невозможной предварительную подготовку к тестированию для студентов; 2. оценка знаний направлена на выявление прогресса в усвояемости знаний по сравнению с предыдущими результатами, а не на сам результат

в данный момент только в одном тестировании (сдал/не сдал).

Основные особенности методики прогрессивного тестирования. На современном этапе прогрессивное тестирование относится к одной из форм долгосрочного контроля и оценки знаний студентов, основным принципом которого является регулярное тестирование обучающихся с использованием определенного блока тестовых заданий, включающих вопросы по всем базовым и профилирующим дисциплинам образовательной программы [6]. В ходе образовательного процесса, с каждым переходом на следующий курс, студенты показывают повышение уровня знаний и результатов тестирования. Проведение прогрессивного тестирования стимулирует мотивацию непрерывного обучения и направлено на глубокое понимание и освоение образовательных дисциплин. Преимуществами данного тестирования являются выявление пробелов в знаниях студентов и помощь в подготовке к выпускным экзаменам. Вопросы тестирования имеют цель не только проверки знаний обучающихся, но и направлены на обучение [7]. В традиционных учебных программах, где обучающихся оценивают по дисциплинарному принципу, имеется вероятность заучивания материала и краткосрочное запоминание, а не наличие глубоких знаний и понимания дисциплины [8]. В свою очередь, прогрессивное тестирование создает большие трудности применения стратегии заучивания материала при подготовке студентов. Оно способно обеспечивать обратную связь, как для отдельных студентов, так и для группы, которые могут быть информированы о своих результатах тестирования и их относительного положения в рейтинге студентов [9]. Метод прогрессивного тестирования позволяет оценить динамику усвоения материала и согласованность дисциплин, что особенно важно при оценке эффективности новых образовательных программ.

Исходя из рекомендаций, предложенных Hogeschool van Amsterdam, <http://www.hva.nl/>, 2012 год, прогрессивное тестирование имеет как достоинства, так и определенные недостатки.

К преимуществам проведения прогрессивного тестирования можно отнести следующие: уменьшение роли ответственности преподавателя в оценке полноты знаний студента; возможность попутной оценки надежности и валидности тестовых заданий во время проведения тестирования; проведение тестирования не требует фиксированного времени и места проведения; может служить средством оценки знаний студента за каждый прошедший курс обучения; позволяет сравнивать уровни знаний различных групп студентов.

Подсчет результатов может быть компьютеризован, поэтому прогрессивное

тестирование является эффективным средством оценки знаний студентов и также обладает достаточно высокой объективностью полученных результатов. Поэтому данный метод подходит для оценки уровня знаний больших групп студентов, позволяет в короткое время задать достаточно много вопросов и осветить широкую область знаний.

Среди недостатков следует отметить следующие: выявление реального объема знаний студентов может занять большое количество времени; трудность при ответе на большое количество вопросов (особенно для студентов младших курсов); сложность оценки пробелов знаний студентов по результатам тестирования для преподавателя (рекомендуется дополнительное обучение данной методике).

Таким образом, прогрессивное тестирование можно использовать как для оценки базовых знаний студента, которыми он уже обладает на начальном этапе обучения, так и для мониторинга текущей образовательной деятельности с целью установления пробелов в знаниях по определенной дисциплине для дальнейшего планирования образовательного процесса.

В настоящее время прогрессивное тестирование проводится во многих университетах стран Европы, Северной и Южной Америки и многих других. К ним относятся Германия (Ахен, Берлин, Бохум, Кельн, Мюнстер, Виттен), Нидерланды (Маастрихт, Неймеген, Утрехт, Гронинген, Лейден), Бельгия (Гент), Великобритания (Манчестер, Пенинсула, Кил), Финляндия (Тампере, Хельсинки), Канада (Макмастер), Новая Зеландия (Отаго), США (Канзас), Северная Африка (Претория). Эквадор (Кито), Бразилия (Сан Пауло). Однако, в ВУЗах ближнего зарубежья, в том числе и Казахстана, недостаточно отработаны методы долгосрочной оценки уровня знаний обучающихся.

Основные принципы формирования банка тестовых заданий и проведения психометрического анализа. Под термином «банк тестовых заданий» следует понимать каталогизированный набор тестовых вопросов, организованный по аналогии с книгами в библиотеке. Набор тестовых заданий состоит из подгрупп, относящихся к определенной дисциплине, что дает возможность проведения психометрической характеристики тестовых вопросов по каждой из них. Деление тестовых вопросов на подгруппы и тщательный отбор по психометрическим показателям позволяют беспрепятственно обновлять блок тестовых заданий для того, чтобы избежать запоминания студентами тестов и искажения результатов. Также данная методика позволяет сравнивать результаты тестирования, проведенного у разных групп студентов и в разное время, так как тестовые вопросы в банке имеют сходные психометрические характеристики.

Формирование банка тестовых вопросов проводят либо компетентные преподаватели отдельных дисциплин, либо члены экспертного тестологического совета [10, 11, 12].

При формировании банка тестовых заданий следует проводить комплексную оценку качества тестовых вопросов на должном уровне, чтобы иметь возможность получения достоверного результата. Некорректные тестовые задания могут не только помешать выявлению текущего уровня знаний студентов, но и могут привести к изменениям в стратегии обучения [13]. Тестовый контроль может быть полезен и иметь достоверный результат только при его надлежащем применении в учебном процессе. Современная методика оценки качества тестовых заданий состоит из нескольких этапов, включающих: экспертную оценку, тестологическую оценку и психометрический анализ [14].

Психометрический анализ тестов проводится после апробационного или основного тестирования с использованием специального пакета программ, которые позволяют определить целый комплекс параметров, отражающих психометрическую ценность теста в целом, и каждого тестового вопроса в отдельности. Основными параметрами, которые оцениваются при проведении психометрической оценки,

являются надежность (достоверность) теста, трудность теста и каждого тестового вопроса, дискриминирующий индекс теста и каждого тестового вопроса, эффективность дистракторов [15].

Для проведения психометрического анализа тестовых заданий отдельные зарубежные медицинские ВУЗы используют программу IteMan 4.1, входящую в Assessment System Corporation, которая является одним из основных инструментов психометрической оценки, применяемой за рубежом. Данная программа предоставляет детальный отчет и анализ тестовых заданий, используя классическую теорию тестирования (classical test theory, СТТ). Целью данного программного обеспечения является помощь в оценке качества тестовых заданий, используя психометрические характеристики.

Исходя из вышеизложенного, следует отметить, что проведение прогрессивного тестирования с использованием психометрического анализа тестовых заданий, позволит адекватно оценить как качество и выживаемость знаний студентов, так и уровень их прироста на протяжении всей образовательной программы. В свою очередь, оценка качества преподавания позволит проводить мониторинг уровня обучающего потенциала ВУЗа.

ЛИТЕРАТУРА

- ГОСО РК 5.01.021–2008. Система образования Республики Казахстан. Стандарты и критерии институциональной аккредитации медицинских организаций образования. Стандарт «Оценка программ».
- Van der Vleuten C.P., Verwijnen G.M., Wijnen W.H. Fifteen years of experience with progress testing in a problem-based learning curriculum. *Medical Teacher*. 1996; 18 (2): 103-9.
- Arnold L., Willoughby T.L. The quarterly profile examination. *Acad Med* 1990; 65: 515-516.
- Willoughby T.L., Bixby A.R. Cross-validation of the Quarterly Profile Examination. *EducPsycholMeas* 1991; 51: 691-697.
- Journal of Educational Measureme*. Spring 1994, Vol. 31, No. 1, pp. 51-- A Distribution-Free Approach for Comparing Growth of Knowledge. E. S. Tan Tj. Imbos University of Limburg and R.J M.M. Does University of Amsterdam/Centre for Quantitative Methods, Eindhoven.
- Med Educ*. 2005 Feb; 39 (2): 221-7. Assessment of progress tests. McHarg J., Bradley P., Chamberlain S., Ricketts C., Searle J., McLachlan J.C. Peninsula Medical School UK.
- Newble D.I., Jaeger K. The effect of assessments and examinations on the learning of medical students. *Med. Educ.* - 1983; 17: 165-71
- Van Berkel H.J.M., Nuy H.J.P., Geerligs T. The influence of progress tests and block tests on study behaviour. *Instruct. Sci.* - 1995; 22: 315-31.
- Verhoeven B.H., Verwijnen G.M., Muijtjens A.M.M., Scherpbier A.J.J.A., van der Vleuten C.P.M. Panel expertise for an Angoff standard setting procedure in progress testing: item writers compared to recently graduated students. *Med.Educ.*- 2002; 36: 860-7.
- Comber L.C. and Keeves J.P. (1973). *Science Education in Nineteen Countries: An Empirical Study*. New York: Wiley.
- Scriven M. (1967). «The Methodology of Evaluation» in Tyler R.W. et al *Perspectives in Curriculum Evaluation*. AERA Monograph 1: Chicago, Rand McNally (page 58).
- Wood R. and Skurnik L.S. (1969). *Item Banking*. Slough: N.F.E.R.
- Gipps C.V. Reliability, validity and manageability in large-scale performance assessment. Paper presented in the symposium: *Technical&Policy Issus of Performance Assessment: AERA*, 1993.
- Пермяков О.Е. Формализация экспертного оценивания качества тестовых материалов с позиций системного подхода. *Вестник педагогических инноваций*, 2006 - №3(7).— С. 157–178.
- Hoi K. Suen and Susan McClellan. *Test Item construction Techniques and Principles // Pennsylvania State University*, <http://suen.ed.psu.edu>.

А.В. Авдеев, Г.А. Жақсылықова

**МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМНІҢ САПАСЫНА БАҒА БЕРУ МАҚСАТЫНДА
ПРОГРЕССИВТІ ТЕСТІЛЕУ ӘДІСІН ҚОЛДАНУ**

Бұл мақалада шетел мемлекеттеріндегі медициналық білімнің сапасына баға беру мақсатында прогрессивті тестілеу әдісін қолдану тәжірибесі ұсынылады. Білім деңгейінің ұзақаралық әдісінің даму тарихы, прогрессивті тестілеу әдісінің негізгі ерекшеліктері, тест тапсырмаларының қорын құру принциптері мен психометриялық талдау жүргізу қарастырылады.

A. Avdeyev, G. Zhaksilikova

**USING OF PROGRESS TESTING METHOD FOR QUALITY ASSESSMENT OF MEDICAL
EDUCATION**

This article was introduced the experience of using progress testing method for quality assessment of medical education in foreign countries. There was reviewed history of long-term evaluation of knowledge method, main features of progress testing methodology, principles of item bank forming and conducting of psychometric analysis.



УДК: 616.248-08

Т.Б. Земцова

АСТМА - ШКОЛА КАК МЕТОД ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

КГП «Поликлиника № 4 г. Костанай»

Заболеваемость бронхиальной астмой во всем мире, в том числе в Казахстане, в последние десятилетия имеет неуклонную тенденцию к росту. Причины роста заболеваемости достаточно изучены, разработаны конкретные рекомендации по профилактике, своевременной диагностике и современным подходам к лечению. Они изложены в Международных рекомендациях GINA (Global initiative for asthma), которые пересматриваются и совершенствуются каждые 2-3 года группой ученых различных стран мира [1]. Последнее время отмечаются значительные успехи в лечении БА, благодаря не только широкому спектру медикаментозного лечения, но и развитию общеобразовательных программ, имеющих своей задачей научить больного БА контролировать своей недуг.

Необходимость открытия «Астма - школы» в Костанайе была продиктована высокой актуальностью проблемы в нашем регионе, а именно:

- значительным ростом заболеваемости бронхиальной астмой в Казахстане в последние годы;
- высокой инвалидизацией больных в молодом возрасте;
- неосведомленностью больных о своем заболевании, препятствующей ее успешному лечению;
- низким комплаенсом т. е. невыполнени-

ем или неаккуратным выполнением пациентами программы базисного лечения, отсутствием сотрудничества между больным и врачом.

«Астма - школа» в своей работе руководствуется, прежде всего, рекомендациями GINA, пересмотра 2010 года, а также результатами современных научных исследований [2].

Цель исследования: оценить эффективность проведения образовательных программ в комплексном лечении больных с бронхиальной астмой (БА), их влияние на приверженность пациентов лечению.

Цели астмы - школы:

1. Дать пациенту представление о его заболевании, рассказать о возможностях лечения БА сегодня.
2. Дать возможность пациенту с БА оценить тяжесть своего состояния и адекватность противовоспалительного лечения.
3. Научить пациента с БА самостоятельно распознавать приближающееся ухудшение в течении астмы, предотвращать его.
4. Научить пациента самостоятельной помощи при развившемся приступе БА.
5. Объяснить назначение таких приборов индивидуального пользования, как спейсер и пикфлоуметр для лечения и контроля БА.
6. Помочь пациенту точно выполнить рекомендации специалистов клиники, ведь от этого будет зависеть полнота успеха.

За год на базе нашей поликлиники проведено обучение 30 человек (средний возраст 58 лет). Обучение проводилось группами по 5 человек. Пациентам выдавались пикфлоуметры (пикфлоуметр - это небольшое устройство, которое показывает максимальную (пиковую) скорость выдоха. Это позволяет вычислить степень сужения просвета воздухоносных путей, так как при их сужении показатель пиковой скорости снижается. Пикфлоуметрия используется как при врачебном обследовании, так и при самоконтроле. У здорового человека показания будут различаться очень мало в течение дня и даже нескольких недель, а у астматика будут постоянно или периодически колебаться), спейсеры (спейсер представляет собой дополнительное устройство к аэрозольному ингалятору в виде трубки и предназначается для улучшения доставки лекарства в дыхательные пути. Спейсер имеет два отверстия, одно предназначено для ингалятора, а через другое отверстие аэрозоль с лекарством попадает в ротовую полость, а затем при правильной ингаляции и в дыхательные пути), дневники самоконтроля, АСТ- тесты и литература в виде брошюр, памяток.

Учебный кабинет оснащен наглядными пособиями, плакатами, компьютером, обучающими дисками. Наша задача в рамках занятий в «Астма-школе» - научить пациента жить с этим непростым заболеванием, жить полной, насыщенной жизнью.

Курс обучения состоял из 10 занятий, в ходе которых освещались следующие вопросы:

- анатомия и физиология дыхательных путей;
- определение БА и современные принципы ее лечения;

- правильно ли у вас подобрано лечение;
- препараты, используемые для лечения БА;
- зачем нужна пикфлоуметрия;
- спейсер и БА;
- как снять приступ БА;
- как не допустить ухудшения в течение астмы.

Особое внимание уделялось методике проведения дыхательной гимнастики, обучение проводилось инструктором ЛФК. К занятиям привлекался психолог, так как больные астмой, по сравнению со здоровыми людьми, характеризуются более высоким уровнем негативных эмоций; с некоторыми пациентами проводились индивидуальные занятия. Обострения заболевания (приступы удушья при астме) по времени связаны с периодами повышенной эмоциональности. При этом эмоциональность связана с астмой двусторонней причинной зависимостью и механизмом типа «порочной спирали». На эмоции больных отрицательно влияют также применяемые при лечении астмы лекарства [3].

Результаты: в ходе наблюдения высокую комплаентность продемонстрировали 90% больных. В дальнейшем у 40% пациентов повысился контроль над БА, у 30% пациентов достигнут полный контроль БА, у части пациентов было пересмотрено лечение, что позволило повысить трудоспособность и улучшить качество жизни.

Выводы: таким образом, использование образовательных программ в комплексном лечении пациентов БА приводит к достоверному улучшению качества жизни пациентов и увеличению комплаентности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких GINA. Пересмотр 2010 г. / Пер. с англ. под ред. Чучалина А.Г. М., 2010.*
2. *Клинические рекомендации. Хроническая обструктивная болезнь легких / Под ред. Чучалина А.Г. М., 2003.*

Т.Б. Земцова

БРОНХ ДЕМІКПЕСІН ЕКІНШІЛІКТІ АЛДЫН АЛУ ШАРАСЫ АСТМА МЕКТЕБІН АШУ

Аталған мақалада, соңғы жылдары Қазақстанда кең тараған тыныс демікпесі ауруы кезінде алдын алудың екінші әдісі ретінде «Демікпе - мектебін» ашу мәселесі қарастырылады. Қостанай қ. №4 емханасында ашылған «Демікпе - мектебі» сабақтарында тыныс жолдарының анатомиясының және физиологиясының мәселелері қарастырылады; ТА анықтау және оны емдеудің қазіргі қағидалары; ТА емдеуге арналған дәрілер; спейсерлерді, пикфлоуметрледі қолдану. Әсіресе тыныс гимнастикасын өткізу әдістемесіне көп көңіл бөлінеді, оқытуды ЛФК жаттықтырушысы өткізеді.

T.B.Zemtsova

«ASTHMA SCHOOL» AS A METHOD OF SECONDARY PREVENTION OF BRONCHIAL ASTHMA

In this article the problem of opening “Asthma school” as a method of secondary prevention at bronchial asthma is considered as its considerable growth in recent years in Kazakhstan is observed. At “Asthma school” classes opened at Kostanay policlinic № 4, the questions of anatomy and physiology of respiratory ways, the definition of bronchial asthma and modern principles of its treatment; the preparations used for bronchial asthma treatment, the use of a spacer, pickfluometer were taken up. The special attention was given to a technique of respiratory gymnastic carrying out and the training carried out by the instructor of exercise therapy.



УДК: 61:378-005.6

Куаньшбаева Г.С.

РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

АО «Медицинский университет Астана»

Аннотация: В статье рассматривается вопрос формирования коммуникативной компетентности в контексте проблемы образования. Коммуникативная компетентность как критерий качества подготовки студентов. Раскрыто понятие коммуникативная компетентность, степень готовности выпускника к применению знаний, умений, навыков и сформированных на их основе компетенций для успешной коммуникативной деятельности.

Ключевые слова: коммуникативная компетентность, компетентный подход, профессиональное образование, профессионально-личностную культуру врача.

1. Место и роль коммуникативной компетентности врача как составной части образования

Современные динамические преобразования казахстанского общества привели к смене социальных установок пользователей услуг различного рода, в том числе и медицинских. Сегодня общества предъявляет повышенные требования не только к качеству и результатам медицинского обслуживания, но и к содержанию самого этого процесса, и к психологической тональности врачебной помощи. Это требует особого внимания к подготовке врачей и ставит задачу развития коммуникативной компетентности на всех этапах медицинского образования [1].

В соответствии с Концепцией Государственной программы развития образования Республики Казахстан на 2011-2020 годы приоритетной задачей профессионального образования является повышение конкурентоспособности выпускников, что предполагает формирование у них: коммуникативной компетентности (умения

эффективно взаимодействовать с людьми на любом уровне общения), использовать профессионально важные личностные качества (нравственности, уверенности в себе, толерантности, доброжелательности, эмпатии, самообладания, способности к саморазвитию, самоконтролю, самостоятельности и т.д.) [2].

Существует достаточно много работ, посвященных исследованиям личностных составляющих профессионализма врача (Аверин В.А., Алексеева Л.Л., Жукова М.И., Лигер С.А., Магазаник Н.А., Цветкова Л.А., Яковлева Н.В. и др) [3,4,5,6,7,8]. Анализируя социально-психологические особенности деятельности врача, М.И. Жукова [9] пришла к выводу, что результат лечебного процесса складывается не только из профессиональных знаний и умений врача, но и зависит от трех видов отношений: врач-больной; врач-коллеги; отношения к себе как субъекту профессиональной деятельности. С.А. Лигер, по результатам анализа российских и зарубежных психологических исследований по проблеме профессионально-личностного развития врача, выделяет следующие профессионально-важные качества врача: эмпатия, наличие навыков установления адекватных отношений с пациентом, умения анализировать свое поведение.

Следовательно, умению общаться, выстраивать эффективные взаимоотношения с пациентами отводится достаточно значимое место в профессиональной деятельности врача.

Как отмечают ряд исследователей, в профессиональной врачебной деятельности существенная роль отводится межличностным контактам, общению с больными и их родственниками, что несомненно, предъявляет

высокие требования к коммуникативной компетентности будущего врача (Сук И.С., Соловьева С.Л., и соавт., Цветкова Л.А., Яковлева Н.В., Аверин В.А. [10,11,12,13,14].

E.G.Williamson, изучая предпочтения пациентов в выборе врача, пришел к выводу, что к наиболее значимым факторам относятся способы общения с больным, ситуативная коммуникация, умение ориентироваться в потребностях пациента, понимать его установки, открытость врача в процессе коммуникации, хорошая дикция и точность выражений. Необходимо отметить, что на современном этапе развития медицинской науки и практики, в условиях специализации и технологизации лечебного процесса значение коммуникативной компетентности врача значительно возрастает. Данный пункт нашел подтверждение и в зарубежных источниках, в частности, N.Damian в своем исследовании показал, что удовлетворенность общением с врачом в значительной мере определяет удовлетворенность оказанной медицинской помощью в целом (по Яковлева Н.В.) [15]. Кроме того, по мнению ряда отечественных и российских исследователей коммуникативная компетентность, являясь необходимым условием эффективной деятельности врача, определяет также и успешность профессиональной адаптации молодого специалиста на начальном этапе самостоятельной профессиональной деятельности [16,17,18]. Анализ представленных выше подходов показал, что коммуникативная компетентность является важной составляющей профессиональной деятельности врача и требует создания соответствующих условий в организации преподавания.

2 Коммуникативная компетентность как критерии качества подготовки студентов медицинского вуза

Декларация Всемирной федерации по медицинскому образованию (Эдинбург, 1988) установила, что каждый пациент должен иметь возможность встретить в лице врача такого человека, который является внимательным слушателем, тщательным наблюдателем, эффективным клиницистом, обладающим высокой восприимчивостью в сфере общения.

За время обучения в медицинском университете студенты проходят дисциплину, как коммуникативные навыки. Следует отметить, что общие этические основы поведения врачей преподаются на первых курсах, а знания и навыки по основным моделям взаимоотношений получают на втором курсе. Между тем, коммуникативные навыки необходимо совершенствовать, развивать, особенно на клинических дисциплинах.

Решение данных проблем возможно внедрением интегрированной программы коммуникативной компетентности врача в

рамках университета, что в свою очередь приведет к разработке компетентного подхода в процессе профессиональной подготовки высококвалифицированных специалистов, олицетворяющего сегодня инновационный процесс в образовании, соответствующего принятой в большинстве развитых стран общей концепции образовательного стандарта и напрямую связанного с переходом в конструировании содержания образования и систем контроля его качества на систему компетентностей.

Профессиональная компетентность формируется на основе базисных медицинских навыков, научного знания и морального развития. Ее главными компонентами являются способность приобретать и использовать знания, интегрировать их с помощью клинического мышления, а также реализовывать и передавать их в процессе коммуникации с пациентами и коллегами, руководствуясь этическими принципами. Вот почему формирование коммуникативных навыков (т.е. развитие способности осуществлять эффективную коммуникацию) становится в настоящее время одной из ключевых задач непрерывного медицинского образования.

Следовательно, принимая во внимание, что важнейшим фактором, определяющим успех лечения, является взаимоотношение между врачом и пациентом, следует констатировать, что развитие коммуникативной деятельности, осуществленное в процессе профессиональной подготовки, является очень важным, так как в профессиональном становлении врача особую значимость имеет додипломная стадия, на которой закладываются не только базовые компетенции, но и возможные предпосылки девиаций в профессиональной роли [20]. Немаловажную роль играет повышение и кадрового потенциала преподавателей, так как роль педагога медицинского вуза сводится к умению распознать в студенте природные способности с целью их дальнейшего развития, помочь в профессиональной ориентации и достижении профессионального врачебного мастерства в процессе практической деятельности, одним из обязательных условий которого служит развитая коммуникативная культура.

Таким образом, важнейшим фактором, определяющим успех диагностики и лечения является взаимоотношение между врачом и пациентом, поэтому развитие коммуникативной деятельности, осуществленное в процессе профессиональной подготовки, является очень важным составляющим в профессиональной деятельности врача. Значимость и актуальность коммуникативной компетентности врача диктует необходимость развития данной дисциплины на всех этапах обучения в медицинском вузе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ состояния системы образования «Государственная программа развития образования Республики Казахстан на 2011-2020 годы» от 07.12.2010 №1118. 8 с.
2. Аверин В.А. Психология в структуре высшего медицинского образования [Текст]: Дис...д-ра психол наук [Текст]/ В.А. Аверин – Спб.,1997.-323 с.
3. Алексеева Л.Л. Личностные особенности и коммуникативный потенциал медицинского персонала в амбулаторной педиатрии [Текст]: Автореф.дисс...канд.психол наук / Л.Л.Алексеева.- СПб.,2002.- 20с.
4. Жукова М.И. Социально-психологические факторы успешности деятельности врача [Текст]: Автореф.дисс....канд.психол.наук / М.И.Жукова - М.,1990. 21с.
5. Лигер С.А. Формирование копинг-поведения студентов медицинского вуза и его влияние на личностно-профессиональное развитие врача [Текст]:дисс....канд.психол.наук / С.А.Лигер –Бишкек ,1997.- 158с.
6. Магазанник Н.А. Искусство общения с больным [Текст] / Н.А.Магазанник .- М.: Медицина,1991.-112с.
7. Цветкова Л.А. Коммуникативная компетентность врачей-педиатров [Текст]: Автореф. дисс....канд.психол.наук / Л.А. Цветкова –СПб., 1994.-16с.
8. Яковлева Н.В. Психологическая компетентность и ее формирование в процессе обучения в вузе [Текст]: Дисс. Канд.психол.наук /Н.В. Яковлева –Уфа,2005.-190с.
9. Николаева Ж.В. Основы теории коммуникации «Учебно-методическое пособие для студентов специальности 350400 «Связи с общественностью» 2004 274 с.
10. Сук И.С. Врач как личность [Текст] / И.С. Сук – М.: Медицина,1984 64с.
11. Татур Ю. Образовательная программа [Текст] / Ю.Татур // Высшее образование России -2000.-№ 4 С. 12-16
12. Цветкова Л.А. Коммуникативная компетентность врачей-педиатров [Текст]: Автореф. дисс....канд.психол.наук / Л.А. Цветкова –СПб., 1994.-16с.
13. Яковлева Н.В. Психологическая компетентность и ее формирование в процессе обучения в вузе [Текст]: Дисс. Канд.психол.наук /Н.В. Яковлева –Уфа,2005.-190с.
14. Аверин В.А. Психология в структуре высшего медицинского образования [Текст]: Дис...д-ра психол наук [Текст]/ В.А. Аверин – Спб.,1997.-323 с.
15. Чаава В. Двенадцать лет без права апелляции [Текст] /В.Чаава // Almatater.- 2001. №9,270 с.
16. Модель медицинского образования Казахского национального Медицинского Университет им. С.Д. Асфендиярова – Алматы 2010г;
17. Еренкова Н.В. Этика и деонтология в педиатрии [Текст] / Н.В. Еренкова, Ф.С. Шамсиева –М.:Изд-во им.Ибн Сина 1991. 198с.
18. Соловьева С.Л., Психологическая адаптация студентов медицинского института и психокоррекционная работа с ними [Текст] / С.Л.Соловьева, Н.Л. Скворцова, О.Е. Побчиева // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии (Сб.статей).-СПб.,1994.-С.205-212.
19. Ясько Б.А. Коммуникативная компетентность [Текст] / Б.А.Ясько 2005 15с.
20. Донина А.В. Коммуникативная компетентность как одна из составляющих профессиональности культуры врача [Текст] / А.В. Донина 2010. 67с.

Қуанышбаева Г.С.

ДӘРІГЕРДІҢ КОММУНИКАТИВТІК ҚҰЗІРЕТІН МЕДИЦИНАНЫҢ БІЛІМІ БОЙЫНША ТАЛДАУ

Коммуникативтік біліктілік (бұдан былай-ұғым) маманның құралым сұрағы білімі, кәсіби жеке мәдениеті мәселелерінің контекстінде қаралады. Маманның дайындығы денсаулық сақтау самасы сияқты Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінің реформасының ең маңызды кезеңін қамтиды. Ұғым-өлшемі маманның дайындық сапасын көрсетеді.

Негізгі сөздер: Коммуникативтік біліктік, реформасы, маманның кәсіби, жекекәсіби білімі тағысол сияқты.

Kuanishbaeva G.S

DEVELOPMENT OF THE INTEGRATED PROGRAM OF COMMUNICATIVE COMPETENCE OF DOCTOR WITHIN THE FRAMEWORK OF BASE MEDICAL FORMATION OF JSC “MEDICAL UNIVERSITY OF ASTANA”

The issue of formation of communicative competence in the context of an educational problem is a point of this article. The concept of communicative competence, level of graduates preparation, abilities, skills and the competences created on the basis for successful communicative activity is described in this article.

Communicative competence, content of the education, competent approach, special and professional competences, professional education.



Kuanishbaeva G. S., Zhaksylykova G. A.

DEVELOPMENT OF COMMUNICATIVE COMPETENCE OF MEDICAL EDUCATION

“Medical University of Astana” JSC

Lid: This paper presents the importance of formation of communicative competence at different stages of medical education.

Keywords: communicative competence, competent approach, professional education.

Professional medical practice has a number of specific features and its success is defined not only and not so much by actually professional knowledge and skills, but abilities to realize them in the activity through the development of professional qualities of the personality. The most important personal and professional qualities of the doctor first of all include the following: communicative skills, i.e. ability to empathize and understand emotional states both sick, and healthy people (empathy), existence of skills of establishment of the adequate and emotionally favourable relations with patients, ability to analyze own behaviour and behaviour of people around, to supervise independently specific social and professional situations and to take responsibility for their resolution.

In recent years a significant amount of the scientific researches concerning psychological aspects of medical practice [1,2,3,4], however these works do

not affect development of communicative skills of students of medical specialties. It should be noted that according to many authors [7,8,9] in formation of communicative competence the preclinical stage of training has big importance. Both at a grade level, and after the end of study the doctor has to get and use continuously knowledge, integrate them by means of clinical thinking, and also realize and transfer them in the course of communication with patients and colleagues, based on ethical principles. In this regard formation of communicative skills (i.e. development of ability to carry out effective communication) becomes one of key problems of modern medical education.

To identify of views of students of higher education institution and doctors about degree of the importance of communicative competence for successful professional practice of the doctor we developed questionnaires.

Students of the 5-year of specialty “General medicine” and practising doctors of a therapeutic profile were respondents. In total were questioned 190 people, including 120 students and 70 doctors.

Table 1

Degree of the importance of communicative competence for successful professional practice of the doctor (120 students)

№	Answer	Number of respondents (absolute number.)	The share of respondents (%)
1	Certainly, significant	96	80
2	Significant	11	9,1
3	Depending on the situation (sometimes)	6	5
4	No significance	3	2,5
5	Difficult to answer	4	3,3

As can be seen in table No. 1, on the significance of development of communicative competence point 89.1% of respondents. Need of communicative skills depending on a situation is seen by 5% of respondents. Thus 4% of students find it difficult to answer, in our opinion, this may be the opinion of those students who are not yet completely realizes

specifics of the future professional practice. Only 2,5% of respondents believe that communicative competence of a profession connected with constant interaction with society, is not necessary rather.

The same question was asked also to doctors of a therapeutic profile. Results of the analysis of these questionnaires are presented in the table No. 2.

Table 2

Degree of the importance of communicative competence for successful professional practice of the doctor (70 doctors)

№	Answer	Number of respondents (absolute number.)	The share of respondents (%)
1	Certainly, significant	67	90
2	Significant	3	10
3	Depending on the situation (sometimes)	0	0
4	No significance	0	0
5	Difficult to answer	0	0

In this case answers were distributed as follows – the significance of communicative competence for successful professional practice is seen by 100% of respondents: the absolute significance – 90% of respondents and the answer «is significant»-10%. The opinion of doctors on the matter is same.

Thus, results received during questioning, once again confirmed that the problem studied by us is actual. It demands special attention to training of doctors, development of their communicative awareness at all stages of professionalizing.

LIST OF REFERENCES

1 . Solozhenkin, V.V. *Psychological bases of medical practice. Study letter./ V. V. Solozhenkin. M: Academic project, 2003. – 304p.*

2 . Tashlykov, V.A. *Psychohygienic problems of psychohygiene, psychoprophylaxis in a medical deontology./VA . Tashlykov. L. : 1976 . 265p.*

3 . Hardi, I. *Doctor, nurse, patient. Psychology of work with patients. /I.Hardi. Budapest: Publisher of Hungarian Academy of Sciences. 1988. Budapest: Publisher of Hungarian Academy of Sciences. 1988. – 338p.*

4 . Yasko. B.A. *Doctor: psychology of the personality. / B.A.Yasko Krasnodar.2001. – 210p.*

5 . Tsvetkova L.A. *Communicative competence of pediatric physicians. Diss.... Ph.d. of Psychology / L.A.Tsvetkova of St-Petersburg 1994. – 168p.*

6 . Alekseeva, L.L. *Personality features and communicative potential of the medical personnel in out-patient pediatrics. Diss. ... Ph.d. of Psychology L.L.Alekseeva. St-Petersburg 2002. – 174p.*

7 . Vasilyeva L.N. *communicative competence of professional and personal formation of future doctor. Diss. ... Ph.d. of Psychology / L.N.Vasilyeva. Kostroma, 2010. – 190p.*

8 . Gerasimenko S. L. *communicative culture of the doctor: problems and experience of formation in medical college / S.L.Gerasimenko/Bulletin of the Mordovian University “Series Pedagogical Sciences”. 2009. No. 2. p206-213.*

9 . Gorshunova N. K. *Formation of communicative competence of modern doctor. /N.K.Gorshunova, N.B. Medvedeva / Successes of modern natural sciences. -2010 No. 3. Pages-10-11.*

Қуанышбаева Г.С., Жаксылыкова Г.А.

ДӘРІГЕРДІҢ КОММУНИКАТИВТЫҚ ҚҰЗРЕТІН МЕДИЦИНАНЫҢ БІЛІМІ БОЙЫНША ТАЛДАУ

Аңдатпа: Коммуникативтік білік (бұданбылай-ұғым) маманның құралым сұрағы білімі, кәсіби жеке мәдениеті мәселелерінің контекстінде қалады

Негізгі сөздер: Коммуникативтік біліктік, реформасы, маманның кәсіби, жеке кәсіби білімі тағы сол сияқты.

Куанышбаева Г.С., Жаксылыкова Г.А.

РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Аннотация: В статье подчеркивается важность формирования коммуникативной компетентности врача на этапах его профессионального становления.

Ключевые слова: коммуникативная компетентность, компетентный подход, профессиональное образование.



УДК: 61:378-005.6/4

Раисова К.А., Жумашева З.С., Жилкибаева К.Т., N Delellis

ПРОЦЕССНЫЙ ПОДХОД В СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

АО «Медицинский университет Астана»

Для достижения стратегических целей и задач государства по совершенствованию менеджмента образования и с целью повышения качества подготовки специалистов вузам необходимо осуществлять постоянный поиск новых, современных подходов к управлению, обеспечивающих эффективность и целостность управленческих, педагогических, технологических, экономических и организационных инноваций. В таких условиях ключевым фактором успешности учебного заведения становится наличие действенной системы менеджмента и непрерывное ее совершенствование.

Одним из основных инструментов менеджмента в системе высшего образования Республики Казахстан является внедрение Международных стандартов ISO серии 9000. Разработчики последней версии международных стандартов системы качества ISO серии 9000 подчеркивают, что основным достижением этой версии является процессный подход в достижении качества.

Принцип процессного подхода, заложенный в Международном Стандарте ISO 9000:2005 нашел свое отражение и в Модели Совершенства EFQM, согласно которым процесс рассматривается как деятельность использующая ресурсы и управляемая с целью преобразования входы в выходы [1]. Использование процессного подхода, разработанного для управления качеством производства товаров и услуг, в процессе управления качеством образовательных результатов требует учета специфики образовательного процесса как объекта управления [2].

Применение в вузе системы процессов наряду с их идентификацией и взаимодействием, а также их менеджмент могут считаться «процессным подходом». Преимущество процессного подхода состоит в непрерывности управления, которое он обеспечивает на стыке отдельных процессов в рамках их системы, а также при их комбинации и взаимодействии. При применении внутри системы менеджмента качества такой подход подчеркивает важность:

- понимания требований и запросов стейкхолдеров и соответствия им;
- необходимости рассмотрения процессов с точки зрения добавления ценности;
- достижения результатов в рабочих характеристиках процессов и эффективности;
- постоянного улучшения процессов, основанного на объективном измерении.

С целью создания условий для непрерывного совершенствования и повышения удовлетворенности стейкхолдеров, АО «Медицинский университет Астана» (далее – Университет) с 2006 года внедрил и непрерывно совершенствует свою систему менеджмента, используя признанные современные инструменты менеджмента. В 2011 году в связи интеграцией системы менеджмента качества с Моделью совершенства EFQM в Университете разработан новый процессный ландшафт с учетом изменений в стратегии вуза.

Согласно процессному ландшафту и в соответствии с рекомендациями стандарта ISO 9001 все процессы вуза идентифицированы и распределены на 3 группы: процесс управления университетом, основные процессы и поддерживающие процессы. К основным

процессам, через которые проходит основной продукт – выпускник, относятся:

- маркетинг основных услуг;
- довузовская подготовка;
- отбор и прием обучающихся;
- учебно-методический процесс;
- процесс инновационной деятельности;
- образовательный процесс (бакалавриат);
- воспитательный процесс;
- процесс социальной поддержки студентов;
- процесс научно-исследовательской деятельности;
- процесс клинической деятельности;
- процесс интернатуры;
- процесс послевузовского образования;
- процесс непрерывного профессионального развития и дополнительного образования;
- содействие трудоустройству выпускников.

При этом такие процессы, как довузовская подготовка, социальная поддержка студентов, инновационная деятельность, процесс непрерывного профессионального развития и дополнительного образования создают добавленную ценность в обеспечении конкурентоспособного специалиста на выходе и в дальнейшем для повышения удовлетворенности потенциального работодателя.

Для обеспечения функционирования основных процессов определены следующие поддерживающие процессы:

- управление персоналом;
- управления финансами;
- управление закупками;
- управление инфраструктурой;
- управление оборудованием и средствами измерений;
- управление информационно-коммуникационными системами;
- управление информационными ресурсами библиотеки;
- управление издательско-полиграфической деятельностью

Описания идентифицированных процессов Университета приведены в Картах процессов. Карта процесса представляет собой документальное описание процесса, в которой определен владелец процесса, представлены Матрица распределения ответственности и полномочий в процессе, входы и выходы процесса, блок-схема и показатели результативности процесса, перечислены ресурсы, необходимые для функционирования процесса, а также действия при обнаружении несоответствий.

Для реализации на практике непрерывного улучшения процессов, направленного на повышение эффективности работы Университета, в Карте процессов нами применен цикл Деминга–Шухарта – PDCA («Plan (планирование) – Do (осуществление) – Check (проверка) – Act (действие)»), представленный на рис. 1.

Согласно Бабенко Е.И. [3] качество процессов

обеспечивается и достигается на основе следующих действий:

- определение целей процессов;
- описание и графическое представление процессов;

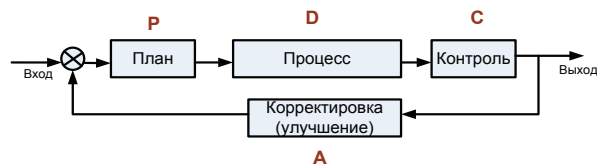


Рис. 1. Цикл Деминга–Шухарта–PDCA

- определение ключевых параметров процессов;
- постоянное обучение сотрудников управлению процессами;
- накопление новых знаний, необходимых для осуществления процессов;
- применение соответствующих методик и образовательных технологий в процессах;
- измерение параметров и их мониторинг;
- анализ, испытания и улучшение процессов;
- подтверждение результатов процессов;
- измерение и анализ требований потребителей.

Для обеспечения качества и непрерывного улучшения процессов в Университете разработана методика оценки и анализа результативности (качества) процессов. Она состоит из определения показателей процесса, показателей результативности процесса, показателей удовлетворенности потребителей и степени выполнения показателей процесса. Количественный уровень каждого показателя, т.е. единица измерения, способ его расчета и диапазон критериев, устанавливаются, исходя из определения термина «качество» (ISO 9000:2005), как степени соответствия присущих характеристик требованиям [4].

Для анализа результативности процессов согласно установленной процедуре, регулярно 2 раза в год составляется Сводный отчет по оценке результативности процессов Интегрированной системы менеджмента (ИСМ) Университета. Определяются степень выполнения всех групп показателей, уровень достижения целевых значений показателей по каждому процессу. Также определяется статус результативности каждого показателя, и в итоге анализ выполнения процессов осуществляется по 2-м сводным показателям:

- интегрированная оценка степени выполнения всех групп показателей процессов ИСМ;
- интегрированная оценка достижения целевых значений показателей ИСМ в целом.

Сводная оценка результативности процессов является входом для проведения анализа со стороны руководства, SWOT- анализа и планирования мероприятий по улучшению для совершенствования деятельности Университета.

Таким образом, процессный подход, как инструмент совершенствования системы менеджмента качества на основе ISO 9000:2005 и Модели совершенства EFQM обладает высоким организационно-методическим потенциалом. Полноценное внедрение процессного подхода обеспечивает Университету ряд возможностей и преимуществ, так как позволяет:

– развертывать корпоративные цели по всем процессам вплоть до каждого работника и управлять процессами по степени достижения

поставленных целей;

– взаимно увязывать и согласовывать все процессы;

– четко обосновывать и выделять необходимые ресурсы;

– обосновывать структуры процессов, обеспечивая их адекватность корпоративным целям;

– реализовывать новое качество управления Университетом, основанное на прозрачности механизма функционирования и управления процессами, и получать на этой основе дополнительные возможности постоянного совершенствования и устойчивого развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Международный стандарт ISO 9000:2005. Система менеджмента качества. Основные принципы и словарь.*

2. *Матвеева Н.Н. «Процессный подход в управлении качеством образовательного процесса как средство повышения качества образовательных результатов» Автореферат диссертации. 2009г.*

3. *Бабенко Е.И. Система менеджмента качества в вузе//Методы менеджмента качества. – 2006.-№7.*

4. *Россиева Д.В., Гапонова Д.И., Захарова Л.М. Методика оценки результативности процессов. ГОУ ВПО КузГТУ, г. Кемерово [электронный ресурс] Режим доступа.*

Раисова К.А., Жұмашева З.С., Жылқыбаева К.Т., N Delellis

МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНДА САПА МЕНЕДЖМЕНТІН ЖҮЙЕЛІ ҚҰРАСТЫРУ

Берілген мақалада, медициналық университеттің, сапа менеджменті жүйесіндегі, басқарудың үрдістік әдістемелері қарастырылған.

Raisova K.A., Zhumacheva Z.S., Zhilkibayeva K.T., N Delellis

PROCESS APPROACH TO QUALITY MANAGEMENT SYSTEM OF THE MEDICAL SCHOOL

To ensure the quality and continuous improvement processes at the University developed a method of evaluation and analysis of performance (quality) processes.



УДК: 616.31:355.721(574)

Баймуханов Б.К., Жабагибаев А.С.

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОСПИТАЛЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ГВАРДИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Госпиталь Республиканской гвардии Республики Казахстан, г. Астана

Введение: Основной задачей медицинской службы Республиканской гвардии является укрепление боеспособности подразделений воинских частей путем улучшения физического состояния военнослужащих, предупреждение и снижение заболеваемости, скорейшего излечения заболевших и получивших травму, ранение. И при выполнении вышеуказанных задач военная стоматология играет немаловажную роль.

Стоматологическая помощь в госпитале Республиканской гвардии предполагает в первую очередь оздоровление (санация) полости рта личного состава путем проведения специальных профилактических и лечебных мероприятий. Заболевания зубов и органов полости рта не только значительно снижают бое- и трудоспособность личного состава, но и ухудшают течение болезней внутренних органов и систем, препятствуют заживлению ран и нередко являются причиной заболеваний сердца, почек, суставов, возникновения хронических септических состояний и т.п.

Актуальность: Основой стоматологической профилактики в Республиканской гвардии является санация полости рта личного состава и в первую очередь борьба с кариесом зубов и его последствиями. Это мероприятие в воинских частях является совершенно обязательным наравне со всеми другими разделами лечебно – профилактической работы.

Санация полости рта наиболее эффективна в том случае, если она проводится в плановом порядке, как и все прочие оздоровительные мероприятия медицинской службы. План санации полости рта врач – стоматолог составляет не реже одного раза в полугодие и строит свою работу в соответствии с ним. Так же одним из важнейших разделов работы военного стоматолога госпиталя Республиканской гвардии является диспансеризация стоматологических больных. Последняя состоит в выявлении больных в ранних стадиях заболевания, систематическом наблюдении за состоянием здоровья определенных групп больных с некоторыми нозологическими формами, своевременном проведении лечебных и профилактических мероприятий для скорейшего восстановления здоровья и возвращения в строй. При этом изучение особенностей региональной внешней среды, условия воинской службы, быта, а так же проведение мероприятий по их улучшению играет важнейшее значение.

Основная часть. Госпиталь Республиканской гвардии является лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным для оказания квалифицированной помощи военнослужащим, членам их семей, служащим Республиканской гвардии, и осуществляет свою деятельность согласно лицензии выданной Министерством здравоохранения Республики Казахстан.

Объемквалифицированнойстоматологической помощи в госпитале Республиканской гвардии определяется уровнем подготовки врача-стоматолога и оснащением соответствующего стоматологического кабинета.

Стоматологическая помощь в госпитале Республиканской гвардии подразделяется на стационарную и амбулаторную.

Стационарная стоматологическая помощь в основном является хирургической и включает в себя оказание неотложной помощи и лечение больных с обширным поражением зубов кариесом, заболеваниями парадонта, пострадавших с заболеваниями и повреждениями (ранениями) органов и тканей челюстно – лицевой области. Для стационарного лечения соответствующего контингента больных выделяется от 3 до 5 коек в лечебном отделении госпиталя.

Амбулаторная стоматологическая помощь оказывается в стоматологическом кабинете по следующим основным направлениям:

- терапевтическая стоматологическая помощь – профилактика и лечение заболеваний зубов (кариес и его осложнения), пародонта и слизистой оболочки полости рта;
- хирургическая стоматологическая помощь – удаление зубов, резекции верхушек корней зубов, вскрытие абсцессов и другие.

Целью для организации стоматологической помощи в госпитале Республиканской гвардии являются:

- оказание квалифицированной стоматологической помощи военнослужащим, членам их семей, служащим Республиканской гвардии;
- организация неотложной стоматологической помощи военнослужащим Республиканской гвардии, введение новых методов диагностики и лечения, профилактика травматизма и заболеваний полости рта и челюстно – лицевой области.

Основными задачами являются:

- осмотр всех вновь прибывших на воинскую

службу, учет нуждающихся в стоматологической помощи, диспансерное наблюдение за всеми военнослужащими;

- 2 раза в год осмотр полости рта у всех военнослужащих Республиканской гвардии в ходе углубленного медицинского обследования (УМО);

- лечение и пломбирование зубов пораженных кариесом;

- удаление корней зубов, пораженных патологическими процессами, не подлежащих лечению консервативным способом;

- амбулаторное и стационарное лечение больных с воспалительными заболеваниями одонтогенной этиологии;

- снятие зубных отложений и комплексное лечение болезней пародонта с применением всех современных методов;

- лечение патологических состояний слизистой оболочки полости рта и языка;

- ранее выявление и комплексное лечение больных с опухолями челюстно – лицевой области;

- оказание первой медицинской, первой врачебной, квалифицированной помощи при травмах челюстно–лицевой области;

- проведение санитарно – просветительной работы среди личного состава по предупреждению заболеваний зубов и полости рта, травм челюстно–лицевой области, гигиене полости рта;

- научная, изобретательская и рационализаторская работа.

Материалы и методы исследования:

В госпитале получают поликлиническую и стационарную стоматологическую помощь военнослужащие и члены их семей, служащие,

пенсионеры Республиканской гвардии.

Был проведен сравнительный анализ работы стоматологического кабинета госпиталя за первое полугодие 2011 и 2012 гг. За первое полугодие 2011 года стоматологическое лечение в госпитале Республиканской гвардии получило - 1671 больных, и за 2012 год - 1592 больных, снижение на 79 больных, что составляет 4,7 %.

Число больных снизилось за счет:

- своевременного выявления больных на ранних стадиях заболевания, эффективное амбулаторное лечение, качественное проведение профилактических мероприятий (санация полости рта, санитарно-просветительная работа);

- повышения качества работы медицинской комиссии по медицинскому освидетельствованию молодого пополнения.

По статистическим данным наибольший удельный вес стоматологических больных, лечившихся в стационаре, приходится на военнослужащих срочной службы. Это связано с тем, что военнослужащим срочной службы не выдаются справки, чаще всего лечение назначается стационарно с целью соблюдения режима и более быстрого выздоровления, чем при амбулаторном лечении.

Заключение:

Исходя, из анализа данных организационные вопросы играют определяющую роль в проведении стоматологической работы в условиях госпиталя Республиканской гвардии.

Таким образом, следует подчеркнуть, что роль стоматологической помощи в системе лечебно – профилактического обеспечения медицинской службы Республиканской гвардии, как в мирное, так и в военное время достаточно велика.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Правила по медицинскому обеспечению Вооруженных Сил Республики Казахстан (на мирное время), №150 от 19.04.2004 г.*

2. *Руководство по организации стоматологической помощи в Вооруженных Силах Республики Казахстан от 2011г.*

3. *Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» №193-IV З РК от 18.09.2009 г.*

4. *Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.*

Баймұқанов Б.К., Жабағыбаев А.С.

ҚР РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҰЛАН ГОСПИТАЛІНДЕ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Мәліметтердің талдамасына сүйене отырып, ұйымдастырушылық сұрақтардың Республикалық ұлан госпиталінің шарттарында тіс емдік жұмыстарды жүргізуде маңызды рөл атқаратыны анықталды.

Сонымен қатар, Республикалық ұлан госпиталінің медициналық қызметінің емдік-алдын алу жүйесін қамтамасыздандыруда стоматологиялық көмектің маңыздылығын да айта кету керек.

Baimukhanov B.K., Zhabagibaev A.S.

**ORGANIZATION OF THE DENTAL CARE IN REPUBLICAN GUARD HOSPITAL
OF KAZAKHSTAN**

Proceeding from the analysis of the data organizational questions play a role in dental work in the Republican Guard hospital.

Such a way, it should be emphasized that the role of dental care in the system of treatment - preventive medical services providing the Republican Guard, both in peacetime and in wartime is large enough.



УДК: 355.721-005.36-412(086.48)

Баймуханов Б.К., Жабацибаев А.С.

**УПРАВЛЕНИЕ ВОЕННЫМИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ
УЧРЕЖДЕНИЯМИ НА ОСНОВЕ РАЗРАБОТКИ МОДЕЛЕЙ УСТОЙЧИВОГО
РАЗВИТИЯ**

Госпиталь Республиканской гвардии Республики Казахстан, г. Астана

В настоящее время необходимость стратегического планирования всё в большей степени осознаётся руководителями военных лечебно-профилактических учреждений (ВЛПУ). Тезис о приоритетности стратегии над тактикой в полной мере подтверждается мировой практикой, в связи с чем особую актуальность приобретает проблема разработки документов стратегического характера, обосновывающих перспективное развитие ВЛПУ. Исследование проблем устойчивого развития ВЛПУ и разработка документов стратегического характера всё чаще основываются на анализе и прогнозировании характеристик и моделировании состояний сложных процессов внутри ВЛПУ в новых экономических условиях.

Проблема управляемого развития ВЛПУ требует разработки принципиально новой модели экономического развития, а именно модели, ориентирующейся не на быстрые темпы развития и роста ВЛПУ любой ценой, а на стабильное медико-экономическое развитие. При постановке задачи обеспечения устойчивого развития ВЛПУ фактически мы получаем многокритериальную задачу управления сложной системой, состоящей из медицинской, социальной, и экономической подсистем. Такое деление во многом является традиционным и может служить основой для моделирования процессов устойчивого развития ВЛПУ.

Устойчивость ВЛПУ - это способность руководства поддерживать намеченный режим функционирования, несмотря на воздействующие на него внешние и внутренние факторы. В настоящее время в виду сохраняющейся

нестабильности рыночной ситуации, сложности переходных процессов в экономике, всё острее встаёт проблема стратегического выбора и обеспечения устойчивости ВЛПУ.

Решать задачу моделирования устойчивого развития ВЛПУ необходимо с учётом всей сложности и многообразия взаимодействий медицинских, экономических и социальных факторов. В методическом плане это сложная междисциплинарная проблема, исключающая какой-либо интуитивный подход. Требуются современные методы информатики, системного анализа, компьютерные средства для представления указанных взаимодействий в обозримых и поддающихся анализу и формализации моделях, обеспеченных соответствующей информацией.

Такие модели необходимо представлять как результат долгосрочных прогнозов по критериям, отвечающим фундаментальным принципам устойчивого развития. Многие исследователи и специалисты в этой области посвятили свои работы разработке критериев устойчивого развития. Однако до настоящего времени не выработано единых универсальных критериев и индикаторов и ни один из предложенных учёными и практиками методов измерения устойчивого развития не получил широкой поддержки. Это связано с тем, что, во-первых, географическое разнообразие городов, районов, посёлков, где располагаются ВЛПУ приводит к тому, что существующие наборы индикаторов не отражают этого разнообразия и не соответствуют отдельным территориям. Во-вторых, потребности разных групп разработчиков и пользователей

этих индикаторов очень сильно различаются. И, в-третьих, разработанные индикаторы зачастую не могут быть использованы из-за так называемых технических трудностей или плохой готовности данных. С учётом сказанного, актуальным в настоящее время является создание некоторого базового набора индикаторов устойчивого развития, пригодного для любых территорий, который соответствовал бы общим принципам устойчивого развития и был бы полностью обеспечен методиками наполнения его реальной информацией. В настоящее время в этой области по-прежнему сосредоточены значительные усилия научных и общественных организаций.

Для формирования совокупности критериев устойчивого развития ВЛПУ необходимо разработать систему индексов, которые являлись бы нормативными (эталонными) для различных ВЛПУ и могли бы быть использованы в математических моделях. Это ещё одна самостоятельная и сложная задача, которую требуется решить в процессе построения модели устойчивого развития ВЛПУ.

Кроме того, чтобы сделать возможным наполнение формируемой модели реальной

информацией, необходимо разработать конкретные методики вычисления индексов и всех других коэффициентов, используемых в модели, с образованием единой информационной системы. Выполнение указанных условий позволит подойти к решению задачи моделирования устойчивого развития ВЛПУ методически грамотно и профессионально и создать теоретически обоснованную и практически значимую концептуальную модель, которая бы адекватно отражала все аспекты устойчивого развития ВЛПУ.

Такая модель, будучи сформированной на основе указанных принципов и требований к её адекватности, позволит подойти вплотную к решению проблемы перехода к состоянию управляемого устойчивого развития ВЛПУ. Этот переход предполагает осуществление целого ряда системных мероприятий и шагов, первоочередными из которых являются следующие: разработка долгосрочной концепции развития ВЛПУ; определение первоочередных, доступных управлению направлений развития, на которых целесообразно в первую очередь сосредоточить управленческие усилия.

Баймұқанов Б.К., Жабагыбаев А.С.

ТҰРАҚТЫ ДАМУ ҮЛГІЛЕРІН ЕНГІЗУ НЕГІЗІНДЕ ӘСКЕРИ ЕМДІК-АЛДЫН АЛУ МЕКЕМЕЛЕРІН БАСҚАРУ

Берілген қағидалар мен шарттардың негізінде құрылған мұндай үлгі әскери емдік-алдын алу мекемелерінің тұрақты даму жағдайының мәселелер өткенін шешуге көмектеседі.

Бұл өткел бірқатар жүйелік шаралар мен қадамдардың жүзеге асуын қамтамасыз етеді, маңыздылары мыналар: әскери емдік-алдын алу мекемелерінің даму концепциясын ерте өңдеу; басқаруға қолжетімді даму бағыттарын анықтау.

Baimukhanov B.K., Zhabagibaev A.S.

DEPARTMENT OF THE MILITARY HEALTH CARE SETTING THROUGH THE DEVELOPMENT OF MODELS OF SUSTAINABLE

Such a model is being formed on the basis of these principles and requirements of its adequacy, will approach directly to solving the problem of the transition to a state-managed sustainable development of military medical facility. This transition presupposes the implementation of a number of systemic measures and steps, the primary ones being as follows: the development of a long-term concept for the development of therapeutic and preventive military medical facility, setting priorities, managing the available areas for development, at which is reasonable in the first place to focus management efforts.



НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРОБЛЕМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

*Главный военный клинический госпиталь Министерства обороны Республики
Казахстан, г. Астаны*

Государственная политика в сфере общественного здравоохранения осуществляется в целях обеспечения государственной поддержки системам охраны здоровья, медицинской помощи, защиты семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и престарелых, медицинского образования и просвещения; создания системы стимулирования здорового образа жизни населения области, занятий физической культурой и спортом; обеспечения равных возможностей при получении медицинской помощи в государственных медицинских учреждениях; развития системы социального и медицинского страхования, страхования граждан; реализации программ по развитию здравоохранения; разработки и реализации образовательных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан; контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи; выявления факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье граждан, информирования о них населения области и проведения мероприятий по их устранению, осуществления профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и природоохранных мер [1,2]. Здоровье населения является интегрированным показателем социально-экономического, научного и культурного развития страны, уровня экологического благополучия, организации и качества медицинской помощи населению. Общественное здоровье и здравоохранение служат важными индикаторами социального благополучия граждан и национальной безопасности страны, оно характеризуется демографическими процессами: уровнем и структурой рождаемости и смертности населения, показателями его воспроизводства и средней продолжительности предстоящей жизни, заболеваемости, физического развития и инвалидности [3]. Так, быстро меняющаяся экологическая ситуация в Астане, не способствует укреплению здоровья населения и приводит к сокращению рождаемости, средней продолжительности предстоящей жизни, высокому уровню смертности и появлению других отрицательных сдвигов в здоровье населения. Загрязнение атмосферного воздуха является одним из ведущих факторов среды обитания, неблагоприятно влияющим на условия жизни и

здоровье населения [4]. Чистый атмосферный воздух является непреложным условием для здоровой жизни. Существенную долю в общем объеме валовых выбросов загрязняющих веществ от всех источников антропогенного загрязнения атмосферного воздуха составляют выбросы от автотранспорта. По данным дорожной полиции количество различных видов автомобильного транспорта продолжает расти и в 2012 году составило уже 546156 единиц автотранспортных средств. Загрязнение атмосферного воздуха может быть одной из причин развития у человека заболеваний различных классов. На протяжении 2006-2012 г.г. уровень заболеваемости населения г. Астаны в целом впервые выявленными болезнями, обусловленными воздействием факторов окружающей среды, характеризуется тенденцией роста болезней нервной системы, системы кровообращения, органов дыхания, злокачественных новообразований, осложнений беременности и родов.

В последнее время ведется динамическое наблюдение за происходящими процессами в состоянии общественного здоровья и их тенденциями. Анализ впервые выявленной заболеваемости за последние 10 лет выявил высокий ее уровень, а также тенденцию ее роста несмотря на некоторое снижение в последние три года. В динамике заболеваемости можно выделить два периода: первый с 2000 по 2006 г., характеризующийся резким ростом заболеваемости и второй с 2006 по 2012 г., характеризующийся незначительным снижением заболеваемости. Не менее важным показателем здоровья населения является общая заболеваемость, она характеризует накопленную патологию и, в известной степени, процесс хронизации заболеваний. Динамика общей заболеваемости повторяет тенденции впервые выявленной. Здесь пик заболеваемости зарегистрирован в 2002 и 2004 годах.

По специально разработанной анкете нами был проведен опрос 255 жителей (153 женщин и 102 мужчин). На вопрос „Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?“ 19,2% респондентов отнесли себя к I группе здоровья – здоровых, 61,2 – к группе практически здоровых (II гр. здоровья) и 19,5 к III группе здоровья, т.е. имеющих хроническую патологию или часто возникающие острые заболевания.

На формирование патологии оказывают влияние многие факторы в том числе

социально-экономические, условия труда и быта, наследственность, экологическая ситуация и климато-географические условия, социально-психологические и др. [5]. Особое место занимает и образ жизни. Один из показателей, характеризующих общественное здоровье – индекс здоровья рассматривается как соотношение здорового и не здорового образа жизни. По данным нашего опроса лишь 39,8% респондентов оценивают свой образ жизни здоровым, а 24,1 не здоровым. На вопрос „Хотели бы Вы вести здоровый образ жизни” ответили да 52,3% респондентов, 14,2 не ставят перед собой такой цели.

На вопрос „Что Вам мешает вести здоровый образ жизни” респонденты привели множество причин, среди которых особого внимания заслуживает: лень, не знаю и не ответившие

на вопрос. На вопрос „Хотели бы Вы вести здоровый образ жизни” положительно ответили 52,3%. Заслуживает внимания желание 12,2% опрошенных избавиться от вредных привычек, 10% заняться физкультурой и 4,5 – получить диетпитание.

В связи с тем, что проблемы охраны здоровья населения в этих условиях приобретают характер первоочередных задач национальной политики, необходимо разработать комплекс профилактических мер, направленных на охрану окружающей среды, пропаганду здорового образа жизни, занятия спортом, отказа от курения, алкоголя, предупреждения и борьбы с наркоманией, а также обеспечить доступность научно обоснованной информации для населения и знаний о профилактике неинфекционных заболеваний в повседневной жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аканов А.А. Реформы здравоохранения стран Азии с переходной экономикой. – Алматы, 1996. – 124 с.

2. Величковский Б.Т. Реформы и здоровье населения // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 7-8. – С. 25-29.

3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для вузов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 512 с.

4. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. – Часть I. Общественное здоровье. – М.: Медицина. – 2003. – 368 с.

5. Социальная медицина и организация здравоохранения, (Руководство в 2 томах). Миняев В.А., Вишняков Н.И. и др. – СПб, 1998. – 528 с.

Дакенов Қ.М.

ТҰРҒЫНДАР ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУДЫҢ КЕЙБІР МӘСЕЛЕЛЕРІ

Тұрғындар денсаулығын анықтау және денсаулықты жақсартудың іс – шараларын қолға алу қазіргі күнгі бірден – бір алға қойып отырған ұлттық саясаттың бастамасы болып табылады.

Dakenov K.M.

SOME QUESTIONS OF PROBLEMS OF HEALTH OF POPULATION CARE

Problem of health of population care gain character primary tasks of national policy, it is for this purpose necessary to develop the complex of prophylactic measures, directed on the guard of environment and propaganda of healthy way of life.



Дакенов К.М.

**СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

*Главный военный клинический госпиталь Министерства обороны Республики
Казахстан, г. Астаны*

В 1978 г. 6-12 сентября в Алма-Ате состоялась Международная конференция ВОЗ и ЮНИСЕФ (с участием делегаций 134 стран и представителей 67 международных организаций). В итоге были приняты Алма-Атинская Декларация и 22 рекомендации, решения которой до сих пор не утратили свою актуальность во всем мире. Откликом на запросы 20 века, сформулированными во Всемирной декларации по здравоохранению, является программа Саламатты Казахстан. [1]. Цель программы : улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны. Возможности:

- стабилизация мировой экономики;
- развитие медицинской и фармацевтической науки, появление новых методов диагностики и лечения заболеваний;
- инвестиционная поддержка Всемирного Банка;
- появление новых эффективных методов управления в области здравоохранения;
- развитие информационных технологий в секторе здравоохранения;
- популяризация спорта среди населения, увеличение количества населения, занимающегося спортом;
- формирование негативного отношения к табакокурению во многих странах при поддержке ВОЗ;
- наличие системы экстренного оповещения об осложнении эпидемиологической ситуации с сопредельными государствами.

В последние годы выделяются следующие направления развития социальной медицины:

1. Публичная медицина. Данное направление возникло в самые последние годы как самостоятельная область социальной медицины. Она занимается проблемами здоровья трудовых коллективов, прогнозированием и социометрикой изменений психосоматических статусов и соответственно функционирования членов трудовых коллективов. [2] Решает задачи защиты и сохранения общественного здоровья при различных (стандартных и не стандартных) рабочих ситуациях, а также при изменениях статуса трудового коллектива. Публичная медицина должна защищать население (отдельные группы, массы, народ) от современных способов

манипулирования его сознанием и насилия (чаще всего неосознаваемого) над личностью, которая находится в открытом или закрытом социуме. Под ее контролем находится реклама *самолечения и лечения у «колдунов» и «жрецов»*, а также *пропаганда применения ультрасовременных «лекарств», обеспечивающих продление молодости, активности, жизни.* [3]

2. Общественная медицина. Общественные медики имеют дело с клиентами — отдельными физическими лицами. Основные причины, по которым обращаются люди к общественному врачу — *проблемы и ситуации*, которые возникли после перенесения человеком заболевания, личной трагедии, насилия, террора; для профилактики таковых путем изучения и постижения проблемы и ситуации, с которыми может столкнуться клиент; в случае неизбежных негативных изменений социальных условий, в которых он находится; в результате внутрисемейных коллизий (с детьми, родными); в результате собственного возрастного кризиса или личностной драмы; для научного прогноза наследственных заболеваний у него, его родных или детей. Общественный врач также помогает клиенту решать его любые проблемы и задачи, которые могут вызвать заболевания у него или его родственников, или снизить качество жизни. Вместе с тем, обратившись к общественному врачу, клиент также может прогнозировать и планировать

изменения в сторону улучшения уровня и качества жизни. [4]

3. Социологическая медицина. Это направление возникло как самостоятельная ветвь социальной медицины в связи с научно-практическими достижениями прежде всего в области медицины, медицинской генетики, медицинской электронной технологии. Это такие стремительно развивающиеся направления в указанных областях, как клонирование, трансплантация и имплантация органов и тканей, которые уже сегодня могут быть поставлены на конвейер; криогенизация органов, тканей и самого человека, искусственное оплодотворение, активное вмешательство в генетические программы человека и его иммунные процессы, математическое вычисление продолжительности жизни человеческого организма, того или иного

его органа. В конечном итоге дело касается человека, значит — его здоровья, общества, значит — и здоровья общества в целом. С другой стороны, социологическая медицина изучает и анализирует непонятные явления, такие, например, как *глобальное постарение населения и резкий рост численности страдающих (также почти глобально) болезнью Альцгеймера, вместе с ее «омоложением», заставляющий говорить о стигме Альцгеймера.*

4. Пенитенциарная медицина.

Пенитенциарная медицина занимается изучением:

- закрытых обществ — мест лишения свободы;
- врожденных преступников;
- взаимоотношений социальных факторов и психосоматической предрасположенности к агрессии и насилию;
- законов взаимоотношений и взаимосвязей лиц, находящихся в местах лишения свободы;
- законов объединения преступников в организованные группы;
- законов функционирования бандформирований;
- взаимоотношений и взаимосвязей «уставных» и «не уставных» между открытым обществом и закрытым, которым являются места лишения свободы;
- возможностей «блокирования» открытым обществом генетически предопределенных девиантных и делинквентных форм поведения;
- поиском методов дезактуализации агрессивных и насильственных тенденций у социопатической личности;
- генеалогии, географии, характерологии и этнической психологии преступной личности;
- общих закономерностей психологии преступника, социопата и личности, деятельность которой не является преступной, но выходит за рамки общепринятых норм поведения и морали. Другими словами, речь идет об изучении генетических, психосоматических, характерологических и социальных взаимосвязей между «гением, безумием и злодейством».[5]

5. Военная социальная медицина.

Это направление возникло в связи с двумя непонятными для клинических медиков «болезнями»:

1) так называемым *синдромом «бури в пустыне»*, возникшим у военных НАТО, принимавших участие в операции под этим названием в Ираке;

2) «*балканским синдромом*», неизвестным заболеванием, возникшим у миротворцев НАТО на Балканах (наличие слабой радиации на покрытиях снарядов ничего не объясняет, ибо симптоматика неизвестного заболевания исключает наличие радиационной болезни). У нас также до настоящего времени есть больные, *ликвидаторы* последствий *Чернобыльской катастрофы*, у которых радиационная болезнь была исключена, тем не менее ликвидаторы продолжали болеть и становиться инвалидами.

Жалобы советских «ликвидаторов» и солдат НАТО обеих кампаний чрезвычайно схожи. При отсутствии каких-либо органических поражений человек страдает, нарастают слабость, истощаемость, общее, физическое и психическое недомогание, затем полностью теряется работоспособность, резко снижается порог сопротивляемости, формируется синдром иммунодефицита неспецифического характера. Военная социальная медицина должна изучать то, что испокон веков волновало великих полководцев, а именно:

- моральное и психофизическое состояние всех и каждого, участвующих: а) в походах; б) в боевых действиях; в) после боевых действий;
- различные параметры оценок людей и местности, где происходили боевые действия. Военная социальная медицина находится в настоящее время в стадии становления и выработки методов исследования и помощи лицам, являющимся с точки зрения клинической медицины здоровыми, но с выраженным снижением качества жизни и адаптационным синдромом

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.
2. Черносвитов Е.В. Социальная медицина: Учебное пособие для студентов высш. учебн. заведений. - М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000. - 304 с.
3. Этические и правовые проблемы клинических испытаний и научных экспериментов на человеке и животных (Материалы к конференции). М.: РНКБ РАН, 1994.
4. Эзчан Я.А. Сравнительные системы здравоохранения. - 2000. - 98с.
5. Тишук Е.А., Щепин В.О. Актуальные вопросы управления здравоохранением // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2003. - №1. - С.28-30.

Дакенов Қ.М.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК МЕДИЦИНАСЫНЫҢ ҚАЗІРГІ
УАҚЫТТАҒЫ БАҒЫТТАРЫ

Осы мақалада әлеуметтік медицинаның: халықтық, қоғамдық, әскери, социологиялық мәселелердің негізгі бағыттары көрсетілген

Dakenov K.M.

MODERN TRENDS OF SOCIAL MEDICINE OF KAZAKHSTAN

This article contains the main directions of development of social medicine: public medicine, military medicine, community medicine, sociology and the prison medicine



УДК: 61:355.415.6-005.5

Жабағибаев А.С., Баймуханов Б.К.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ДИНАМИКИ СРЕДНИХ В МОДЕЛИРОВАНИИ
ПРОЦЕССА ДВИЖЕНИЯ РАНЕНЫХ И БОЛЬНЫХ ПО ЭТАПАМ
МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ И ВОСПОЛНЕНИЯ ПОТЕРЬ ЛИЧНОГО
СОСТАВА

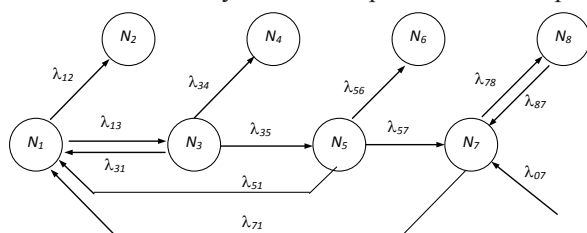
Госпиталь Республиканской гвардии Республики Казахстан, г. Астана

Цель исследования – на основе использования логического и системного анализа, метода динамики средних создать адекватную математическую модель процесса возникновения потерь личного состава, движения раненых и больных по этапам медицинской эвакуации (ЭМЭ) и восполнения потерь.

Рассматриваемый процесс можно представить как сложную систему с заданным числом состояний. Состояния, в которых может пребывать личный состав следующие: нахождение в строю, гибель в результате огневого воздействия противника, нахождение на различных эмэ (в медицинских пунктах, медицинских ротах, отдельных медицинских батальонах и отрядах, в военных госпиталях, лечебных учреждений тыла страны), временное пребывание в резерве или на учебе.

Схематически систему можно представить в виде графа, представленного на рис. 1

Рис. 1. Схема потерь личного состава, движения раненых и больных по этапам медицинской эвакуации и возвращения их в строй



Вершины (узлы) графа (N_1, N_2, \dots, N_8) – соответствуют состояниям, в которых может находиться личный состав:

N_1 – «в строю», в составе своих подразделений, частей и учреждений;

N_2 – безвозвратные потери;

N_3 – санитарные потери;

N_4 – летальные исходы среди раненых и больных (у санитарных потерь);

N_5 – лечение в лечебных учреждениях госпитальных баз со сроками лечения от 10 до 45-60 суток;

N_6 – лечение в тыловых лечебных учреждениях Минздрава для лиц, сроки определения исходов у которых превышают 60 суток;

N_7 – резерв личного состава, предназначенный для пополнения людских потерь;

N_8 – подготовка (переподготовка) личного состава в резервных (запасных) частях.

N_2, N_4, N_6 являются «тупиковыми» состояниями, то есть из этих вершин нет обратных потоков.

Каждая вершина графа характеризуется определенной «емкостью», то есть количеством личного состава, находящимся в данном состоянии.

Дуги, соединяющие вершины графа, обозначают потоки перехода личного состава из одного состояния в другое. Интенсивности потоков λ_{nm} ($n = 1 \dots 8, m = 1 \dots 8$) т.е. относительное число элементов, переходящее из состояния n в состояние m в единицу времени, определяются

«емкостью» вершины, вероятностью перехода из одного состояния в другое, временем пребывания в данном состоянии.

$$\lambda_{nm} = P_{nm} n_n \frac{1}{\tau}$$

где: λ_{nm} – интенсивность потока из вершины n в вершину m ;

P_{nm} – вероятность перехода из вершины n в вершину m ;

n_n – «емкость» вершины графа или количество личного состава медицинской службы, пребывающего в данном состоянии;

τ – среднее время пребывания в данном состоянии.

С первого дня ведения боевых действий (операции) возникают санитарные и безвозвратные потери (потоки λ_{12} и λ_{13} и вершины N_2 и N_3 соответственно). Далее поток санитарных потерь разделяется на три: раненые и больные с летальным исходом составляют поток λ_{34} , который пополняет вершину N_4 ; раненые и больные, выжившие на догоспитальных этапах (МПЦ, медр, омедб, омедо) в срок до 10 суток и возвращенные в строй составляют поток λ_{31} и пополняет вершину N_1 ; лица, поступающие на лечение в военные госпитали со сроками лечения более 10 суток составляют поток λ_{35} , который пополняет вершину N_5 .

Весь личный состав, поступающий на лечение в военные госпитали, также разделяется на три потока.

Часть этого контингента поступит на лечение в тыловые лечебные учреждения Минздрава со сроками лечения более 45-60 суток (поток λ_{56}).

Поток λ_{51} составляют раненые и больные, выжившие в военных госпиталях в срок до 20 суток и возвращающиеся в строй. Они пополняют вершину N_1 .

Поток λ_{57} составляют раненые и больные, сроки лечения которых составляют 21-60 суток. По выздоровлении они направляются в состав резерва медицинской службы объединения. Численность резерва составляет «емкость» вершины N_7 .

Кроме этого пополнение резерва военных специалистов осуществляется за счет мобилизационных ресурсов (поток λ_{07}) и из учебных частей (поток λ_{87}).

Таким образом, восполнение потерь личного состава осуществляется за счет раненых и больных, восстановивших боеспособность на догоспитальных этапах, в военных госпиталях, а также из резерва (запасные части).

Необходимо отметить, что часть резерва может направляться на учебу и переподготовку в учебные части (поток λ_{78}).

Математическое описание процессов в системе потерь и восполнения личного состава принимает вид системы разностных (дифференциальных) уравнений:

$$N_1(t) = N_1(t-1) - l_{12} - l_{13} + l_{31} + l_{51} + l_{71} \quad (2)$$

$$N_2(t) = N_2(t-1) + l_{12}$$

$$N_3(t) = N_3(t-1) + l_{13} - l_{34} - l_{35} - l_{51}$$

$$N_4(t) = N_4(t-1) + l_{34} + l_{54}$$

$$N_5(t) = N_5(t-1) + l_{35} - l_{54} - l_{56} - l_{57} - l_{51}$$

$$N_6(t) = N_6(t-1) + l_{56}$$

$$N_7(t) = N_7(t-1) + l_{57} - l_{78} - l_{71} + l_{87} + l_{07}$$

$$N_8(t) = N_8(t-1) + l_{78} - l_{87}$$

Таким образом, моделируя процессы перемещения личного состава, можно в любой момент исследуемого периода боевых действий (операции) получать вектор состояния исследуемой системы.

Используя формулу (1) получаем интенсивности потоков λ_{nm} :

λ_{12} - безвозвратные потери;

λ_{13} - санитарные потери;

λ_{34} - летальные исходы;

λ_{35} - лица, поступающие на лечение в госпитальную базу;

λ_{31} - лица, возвращающиеся в часть в срок до 10 суток с догоспитальных ЭМЭ;

λ_{56} - лица, уволенные из вооруженных сил и поступающие на лечение в ТГ Минздрава со сроком лечения более 45-60 суток;

λ_{51} - лица, выжившие в срок от 11 до 20 суток и возвращающиеся в строй.

λ_{57} - лица, выжившие в срок от 21 до 45 суток и поступившие в резерв (запасные части);

λ_{71} - восполнение потерь личного состава из резерва – исследовательская величина;

λ_{07} - пополнение резерва военными специалистами по мобилизационным предписаниям (исследовательская величина);

λ_{87} - пополнение резерва военными специалистами из учебных частей (исследовательская величина);

λ_{78} - отправка специалистов на учебу (исследовательская величина).

Таким образом, описанная математическая модель реализована в среде Turbo-Basic и при наличии исходных данных (численность войск, величина санитарных и безвозвратных потерь личного состава, показатели лечебно-эвакуационной характеристики раненых и больных (летальность на ЭМЭ, возвращаемость в строй, увольняемость из ВС по состоянию здоровья, длительность операции) позволяет адекватно отразить динамику движения раненых и больных по ЭМЭ. Приведенную модель можно рассматривать как базовую для разработки семейства моделей, более подробно отражающих движение раненых и больных по военным госпиталям, пути и способы эвакуации раненых и больных (авиационным, железнодорожным, автомобильным транспортом), а также позволяющие оптимизировать формирование резерва личного состава и процесс восполнения его потерь в ходе боевых действий (операций).

ЛИТЕРАТУРА

1. Военно-медицинская терминология. Учебное пособие: Под ред. О.С. Лобастова, А.М. Шелепова. – СПб.: ВМедА, 2001.
2. Савченко И.Ф. Моделирование работы этапов оказания первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи в системе лечебно-эвакуационных мероприятий Вооруженных Сил Российской Федерации / Вислов А.В., Пешков В.В. // Материалы всеармейской научн.-практ. конф.: «Актуальные проблемы
- организации медицинского обеспечения войск и населения при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени, СПб, ВМедА – 2006, С.
3. Леонардов Б.К. Санитарная служба в войсковом районе. Лекция восемнадцатая / Б.К. Леонардов. – М. – Л.: Госмедиздат, 1930.
4. Леонардов Б. Организация медицинской помощи. Тактика военно-санитарной службы. – 2-е испр. изд. / Б. Леонардов. – М.: Госвоениздат.

Жабагыбаев А.С., Баймұқанов Б.К.

ЖЕКЕ ҚҰРЫЛЫМНЫҢ ЖОҒАЛТУЛАРЫНЫҢ ОРНЫН ТОЛТЫРУ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЭВАКУАЦИЯЛАУ ДЕҢГЕЙЛЕРІ БОЙЫНША НАУҚАСТАР МЕН ЖАРАҚАТТАНҒАНДАРДЫҢ ҚИМЫЛ-ҚОЗҒАЛЫС ПРОЦЕССИН ҮЛГІЛЕУДЕ ОРТАША ДИНАМИКА ӘДІСІН ҚОЛДАНУ

Сайып келгенде, сипатталған математикалық үлгі Turbo-Basic ортасында жүзеге асқан және бастапқы деректер (әскердің саны, жеке құрылымының қайтымсыз және санитарлық жоғалтуларының саны, жарақаттанғандар мен науқастардың емдік-эвакуациялық сипаттамаларының көрсеткіші (медициналық эвакуациялау деңгейлеріндегі өлім-жітім, қатарға келу, денсаулығына байланысты жұмыстан шығу, операциялардың ұзақтығы)) медициналық эвакуациялау деңгейлері бойынша жарақаттанғандар мен науқастардың қимыл-қозғалыс динамикасын дұрыс көрсетеді. Көрсетілген үлгіні үлгілер жиынтығын жарақаттанғандар мен науқастардың қимыл-қозғалысын (әуелік, темір жолдық, көліктік транспорттармен) толық көрсететін өңдеудің негізі ретінде қарауға болады.

Zhabagibaev A.S., Baimukhanov B.K.

APPLICATION OF DYNAMIC SIMULATION METHOD OF HIGH IN MOTION WOUNDED AND SICK IN STAGES OF MEDICAL EVACUATION AND FILLING PERSONNEL LOSSES.

Thus, this mathematical model is realized in the medium of Turbo-Basic and with the original data (the number of troops, the value of health and irretrievable losses of personnel, performance of medical evacuation of wounded and sick persons (lethality by stages of medical evacuation, recurrence in line, dismissal for health reasons, the duration of the operation)) to adequately reflect the dynamics of movement of the wounded and sick in stages of medical evacuation. The reduced model can be considered as the basis for the development of a family of models, more detail the movement of wounded and sick at military hospitals, ways and means to evacuate the wounded and sick (air, rail, road), as well as to optimize the formation of reserve troops and the process to fill it losses in the fighting (operations).



УДК: 614.2(008)

Г.М. Камалбекова, О.Т. Жузжанов

ФОРСАЙТ ОБЩЕСТВА ЗДОРОВЬЯ - В КАКОМ НАПРАВЛЕНИИ БУДЕТ ДВИГАТЬСЯ ЦИВИЛИЗАЦИЯ

АО «Медицинский университет Астана»

«Форсайт (от англ. Foresight — «взгляд в будущее», «прогнозирование») – это систематические попытки оценить долгосрочные перспективы науки, технологий, экономики и общества, чтобы определить стратегические направления исследований и новые технологии, способные принести наибольшие социально-экономические блага» (Бен Мартин). Форсайт представляет собой значительно более комплексный подход, чем традиционное прогнозирование. Во-первых, прогнозы, как правило, формируются узким кругом экспертов и в большинстве случаев ассоциируются с предсказаниями, малоуправляемых событий (прогноз курсов акций, погоды, спортивных результатов и др.). В рамках форсайта идёт речь об оценке возможных перспектив инновационного развития, связанных с прогрессом науки и технологий, очерчиваются возможные технологические горизонты, которые могут быть достигнуты при вложении определённых средств и организации систематической работы, а также вероятные эффекты для экономики и общества. Во-вторых, Форсайт всегда подразумевает участие многих экспертов из всех сфер деятельности, в той или иной степени связанных с тематикой конкретного форсайт-проекта, а иногда и проведение опросов определённых групп населения (жителей региона, молодёжи и др.), прямо заинтересованных в решении проблем, обсуждающихся в рамках проекта. Третье главное отличие Форсайта от традиционных прогнозов — нацеленность на разработку практических мер по приближению выбранных стратегических ориентиров.

Программа Форсайт используется во многих странах в течение последних тридцати лет с целью разработки планов стратегического развития стран, отдельных секторальных направлений и научных программ. Общепринятая мировым сообществом концепция Форсайта знаний, экономики знаний даёт возможность пользоваться ее методологией в различных сферах деятельности. Исследование перспектив развития с использованием методов Форсайта рассматривается многими не только технологически развитыми, но и развивающимися странами в качестве важного инструмента для формирования национальных и корпоративных стратегий и приоритетов, выявления новых возможностей и угроз, мобилизации ресурсов для реализации скоординированных мер.

Форсайт в России. С 2011 года в России

постепенно начинает действовать согласно разработанному целой армией экспертов-специалистов форсайт-проект «Детство 2030». По своей сути, «Детство 2030» – это общественная программа, замысел которой заключен в том, чтобы изменить структуру общества и отношения к институтам семьи и детства. Основной объект программы – дети, которые к 2030 году станут самой активной прослойкой населения, политическими и экономическими деятелями и от которых уже будет зависеть настоящее их родителей-пенсионеров и будущих поколений. Сейчас вырастает поколение, которое к 2030 году станет определять вектор внутреннего и внешнего развития страны. Именно те, кто рождаются в настоящее время и кто родился в последнее десятилетие, определяют дальнейший ход истории человечества. Проблема «детства» вообще назрела очень давно, детские институты в обществе существуют, деньги на них выделяются, но в итоге линия «государство – дети» носит официальный характер, в системе социального обеспечения отсутствуют социальные лифты. И это только незначительная часть проблем, которые необходимо решать, дабы обеспечить к 2030 году хорошую социально-экономическую ситуацию в стране.

В 2011 году состоялся запуск уникального проекта «Форсайт Здоровья», призванного поддержать развитие инновационных технологий в области фармакологии и биотехнологий. Проект «Форсайт здоровья» на сегодняшний день это единственный проект в России, призванный привлечь внимание профессиональной общественности и представителей власти к инновациям в области фармакологии и биотехнологий, а также способствовать внедрению технологий будущего в современную медицину. Миссия проекта поистине огромна – это улучшение качества и увеличение продолжительности жизни людей в стране и в мире. Ее осуществление опирается на достижение таких целей, как содействие в привлечении финансовой поддержки к инновационным и венчурным проектам, стимулирование производителей к созданию технологий для улучшения эффективности и безопасности продукции, интегрирование российской инновационной фармакологии и биотехнологий в мировой рынок.

В начале июля 2012 года молодые инноваторы Университета «Синергия» представили свой проект на Всероссийском форуме «Селигер 2012».

Проект был оценен по достоинству и вошел в 50 лучших работ форума. «Форсайт 2050» — это виртуальное пространство, где каждый может предложить свой вариант развития человеческого общества, лично повлиять на его формирование или просто значительно расширить свой кругозор. Будущее — это не застывший и статичный слепок одного момента времени и пространства, предопределенный раз и навсегда, а динамично развивающаяся среда, вариативная, изменяемая и творимая. Оно меняется буквально каждую секунду. И любая модификация — это цепная реакция на наши действия, решения и поступки. Цель проекта «Форсайт 2050» — вовлечь в обсуждение и моделирование образа будущего молодых ученых, бизнес-аналитиков, предпринимателей, общественных деятелей, политиков, экономистов, а также всех тех, кому небезразлично, по какому пути будет развиваться наше общество в ближайшие десятилетия. Участники проекта исследуют актуальные тенденции и тренды, которые появляются в экономике, общественных отношениях, технологиях, науке, и на основании полученных данных моделируют образ будущего. Задача проекта — не просто определить, в каком направлении будет двигаться цивилизация, но и предложить конкретную последовательность действий для достижения поставленных целей.

Форсайт в Казахстане. **Примером применения методологии Форсайт в Республике Казахстан является разработка и реализация программы «Казахстан - 2030», которая обеспечила политическую, экономическую и социальную стабильность в стране, рост экономических показателей развития, политического признания мировым сообществом молодого суверенного государства.**

В столице республики Казахстан Астане состоялся семинар «Методика технологического прогнозирования, ключевые особенности и практика регионального форсайта», организованный АО Астана Innovations и Центральным институтом непрерывного образования Общества «Знание» России, в ходе которой были рассмотрены возможности Форсайта как технологии активного предвидения. Обсуждены историческая ретроспектива Форсайта, его разновидности, отличия от прогнозирования и футурологии, роли участников Форсайт-проектов. Акцент был сделан на таких понятиях, как «горизонт», «фокус» и «поле Форсайта».

В рамках проводимого национального научно-технологического форсайта в Казахстане началась разработка 10 целевых технологических программ, которые будут включать в себя **подробный план мероприятий по развитию той или иной критической технологии, а также аспекты подготовки инфраструктуры, подготовки кадров.**

В Казахстане создана Национальная инновационная сеть «Казахстан Форсайт», которая приглашает ведущих национальных экспертов в области инноваций, технологий и проектного менеджмента объединить свой интеллектуальный потенциал для оказания эффективного содействия предприятиям, отраслям, регионам и стране в переходе от сырьевого уклада к экономике, основанной главным образом на знаниях.

Форсайт общественного здоровья

Форсайт общественного здоровья – новый способ мышления о будущем цивилизации для выявления возможностей и угроз, которые могут возникнуть в ближайшие годы и десятилетия в здравоохранении. Форсайт общества здоровья требует разработки собственной методологии и инструментария измерения, учитывающие возможность объективной оценки прошлых и настоящих событий с учетом определения вектора и траектории развития будущего. Появившись более 30 лет назад, форсайт сейчас стал одним из основных инструментов инновационной экономики. Сначала его применяли для формирования образов будущего в сфере технологий, там он отработан особенно хорошо. Затем технология форсайта стала использоваться в бизнесе — дорожные карты и результаты форсайт-проектов стали основанием для разработки стратегий в бизнесе. С 90-х годов прошлого века форсайт начал использоваться в общественно-политической сфере. Постепенно форсайт становится инструментом для формирования социальной реальности и новой парадигмы развития цивилизации, а именно Форсайта общества здоровья. Методы и модели, используемые в Форсайте, достаточно многообразны. На одном полюсе сосредоточены попытки количественно оценить существующие тенденции и их последствия с использованием специально разработанных моделей и компьютерных средств. Другая достаточно большая группа методов основывается на знаниях экспертов, на разработке специальных процедур и приемов работы с экспертами. Однако в практике разработки **Форсайт-программ чаще всего используется сочетание методов. Таким образом, страны, претендующие на лидерство в современном мире, уже не могут позволить себе жить так, как жилось раньше. Они начали работать на создание своего социального будущего и активно включают в этот процесс общество и соответствующим образом пытаются трансформировать устаревшие институты.**

У многих народов среди нравственных ценностей здоровье занимает одно из первых мест и это не случайно. Ибо здоровье является общим мерилем развитости любого государства,

его политического, технологического, интеллектуального, экономического, социального и материального благополучия. Общественное здоровье как сложное многофакторное социально-экономическое явление представляет собой исторически сформировавшуюся систему со своей эволюцией, особенностями развития. Форсайт дает возможность рассмотреть траекторию развития всего мирового сообщества в зависимости от соответствующего развития общественного здоровья, по новому оценить роль и место общественного здравоохранения в устойчивом развитии цивилизации, каждого государства, групп населения и индивида.

Применение методологии Форсайта к изучению общества здоровья дает возможность установить следующие основные принципы развития данной модели: применение основных законов развития Природы, Общества и Человека; определение здоровья как высшей ценности и меры развития цивилизации; оценку здоровья как обобщенный результат эффективности деятельности человеческого сообщества; определение здоровья как основы и процесса измерения устойчивого развития общества. Реализация данных принципов требует обоснование и разработку теоретических и методологических подходов и значительных организационных и политических усилий. Вместе с тем, формирование и развитие новой парадигмы, а именно Форсайта общества здоровья, которое является особым способом мышления о будущем цивилизации для выявления предстоящих возможностей и угроз, которые могут возникнуть в ближайшие годы и десятилетия.

Общественное здоровье — это важнейший экономический, духовный и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием различных факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей. Здоровье человека может рассматриваться в различных аспектах: социально-биологическом, социально-политическом, экономическом, морально-эстетическом, психофизическом и т. д. Общественное здоровье - категория, являющаяся результатом социального существования, воздействия социальных условий и факторов. Общественное здоровье является собирательным понятием, включающим, прежде всего совокупность характеристик индивидуального здоровья. Однако эта совокупность приобретает при этом новые признаки, системные качества. В настоящее время накоплен огромный материал, свидетельствующий о том, что человечество всегда проявляло интерес к здоровью, изучало его. Влияние многих факторов окружающей среды на здоровье населения настолько усложнилось и видоизменилось, что это потребовало иной интерпретации

полученных результатов. Здоровье населения как категория, является показателем больше социальным, чем медико-биологическим, и потому методы оценки должны быть иными; необходимо учитывать не только социально-экономические, климатогеографические, демографические аспекты жизни населения, но и структуру населения общества. Изучение здоровья населения и его взаимодействие с окружающей средой требует, чтобы показатели, характеризующие здоровье населения, отражали особенности взаимодействия здоровья с окружающей средой. Поэтому произошло деление информации о здоровье на два основных слагаемых: базисная или оперативная информация, информация официальной статистики и общетеоретическая, специально-социологическая информация по результатам научных исследований здоровья и формирующих его факторов, влияние общества на формирование здоровья населения через условия и образ жизни. Тем самым появилась необходимость, с одной стороны, создания науки об общественном здоровье, а с другой стороны - возможность не только оценить здоровье населения, но и составить прогноз его на перспективу развития. Прогностическую оценку состояния здоровья необходимо изучать с позиций экономико – эколого – социально – медальной концепции здоровья, поэтому обоснован поиск методов, позволяющих интегрально оценить состояние здоровья на ранних стадиях его приспособительной деятельности, с учетом демографических, этических, этнических, экономических, экологических моментов, социальное воздействие на отрицательные стороны быта, устранение вредных привычек будут способствовать укреплению здоровья и повышать продолжительность жизни населения. Общественное здоровье - это такое интегрированное выражение **совокупности** индивидуальных **уровней** членов общества, которое, с одной стороны, отражает вероятность достижения каждым человеком оптимального здоровья и творческой работоспособности на протяжении максимально проблемной индивидуальной жизни, а с другой стороны, характеризует жизнеспособность всего общества как социального организма и его возможности дальнейшего пропорционального развития, охраны, рационального использования природных ресурсов и поддержание экологического и другого равновесия с **окружающей средой**. Здоровье - одно из главных условий всего общественного **развития цивилизации**.

Таким образом, опираясь на принципы Форсайта общества знаний, мы полагаем, что Форсайт общества здоровья является на сегодняшний день более интегрированной

и всеобъемлющей парадигмой развития цивилизации. Методология Форсайт предполагает раскрытие всех связей и закономерностей систем в их формировании и прогнозе развития с учетом сложившихся обстоятельств, новых вызовов и рисков. Управление здоровьем человека и общества в целом, представляет собой актуальную задачу современности. Рост численности населения Земли предполагает решение многих проблем, в том числе и учет тенденций формирования показателей здоровья населения. Новые вызовы и риски непосредственно влияющие на эти показатели требуют углубленного анализа и прогноза. Мы с уверенностью можем говорить о значительном влиянии на здоровье климата, о вновь открываемых и внедряемых инновациях

в области диагностики и лечения многих заболеваний, о биологических открытиях, информационно – телекоммуникационной буме, которые могут с одной стороны сократить продолжительность жизни, а с другой стороны значительно увеличить ее. Поэтому осознавая многоаспектность и многофакторность такого явления как здоровье необходимы совершенно иные индикаторы измерения процессов, формирующих глобальное здоровье всей цивилизации, населения любой страны, здоровье отдельных групп населения и индивидуального здоровья человека. Вновь формируемая парадигма Форсайта общества здоровья даст возможность с позиций предвидения будущих событий и явлений определить многовекторные варианты и маршруты ее развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. WWW.AKORDA.KZ
2. Жузжанов О.Т. Байгенжин А.К. Кадырова Е.А. Нурасханова Ж.Ш. Теория и практика высокотехнологичной медицинской помощи. Монография. Астана. 2010. 243 с.
3. Жузжанов О.Т., Байдаулет И.О. Айкешева А.С. Керимбаева З.А. Форсайт здоровья – основа методологии профилактики психосоматических заболеваний на примере артериальной гипертензии. Монография. Астана – Шымкент. 2010. 177 с.
4. Жузжанов О.Т. Костюк А.В. Дельфи метод - как объективный подход оценки действительности Форсайт в образовании. Методические рекомендации. Астана. 2010, 25 с.
5. Гапоненко Н.В. Форсайт. Теория, методология, опыт. Монография. – М.: ЮНИТИ – ДАНА, 2008. – 239 с.
6. Gaponenko Nadezhda. Building Balanced and Adoptive Sectoral Innovation System in Nanotechnology to Accelerate Scientific & Technological Breakthroughs and Improve Human Conditions, Millennium Project, Washington DC, 2007
7. А. В. Соколов «Форсайт: взгляд в будущее» в журнале «Форсайт», № 1, 2007
8. Нанотехнологии: Форсайт / Под ред Н.В. Гапоненко М. Современная экономика и право 2006.
9. Gaponenko Nadezhda. Towards the Building of Adoptive and Learning System of Innovation in Russia. EASST, Paris, 2004
10. Berkhout F., Hertin J. & Jordan A. Socio – economic futures in climate change impact assessment: using scenarios as “learning machine”. Global Environmental Change 12: 83-95, 2002.
11. Martin Ben. Foresight in Science and Technology //Technology Analysis and Strategic Management, Vol. 7 N 2, 1995
12. Toffler A. Powershift. Knowledge wealth and violence at the edge of 21-st century. New York, 1990.
13. Nisbett J. Megachoice: Optioneor Tomorowe Word. - Futurist, W, 1985, Vol. 19, N 4, p. 13-16.
14. Что такое форсайт? — статья на сайте агентства «Стратег».
15. Статья «Тени будущего» в журнале «Вокруг света»: сопоставление футурологии и форсайта.

Г.М. Камалбекова, О.Т. Жузжанов

ФОРСАЙТ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ – ҚОҒАМ МӘДЕНИЕТІНІҢ ҚАНДАЙ БА ҒЫТТА ДАМИТЫНДЫҒЫН КӨРСЕТЕДІ

Форсайт – стратегиялық ойлау моделі. Форсайт мақсаты – қажетті (ғылыми, инновациялық, технологиялық, адами) әлеуетті қалыптастыруға, қауіп-қатердің алдын алатын стратегияларды әзірлеуге және жүзеге асыруға қабілетті түрлі құрылымдар арасындағы желілерді құруға көмектесу. Қоғам денсаулығының форсайты - жақын уақытта және онжылдықтарда туындауы мүмкін қатерлерді және мүмкіндіктерді анықтау үшін болашақтағы цивилизация туралы ойлаудың ерекше тәсілі.

GM. Kamalbekova, OT. Zhuzhanov

HEAD OF SCIENTIFIC AND EDUCATIONAL CENTER FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE

The Foresight is a model of strategic thinking. The objective of the Foresight is also to assist in formation of necessary potential (scientific, innovative, technological, human), and networks among different structures which will be able to develop and realize strategies of warning character. The Foresight of health society is a specific method to think of future civilization to reveal possibilities and threats, which can be in the very near years and decades.



УДК 614.86:342.951:314.14

С.В. Ким¹, А.С. Аубакирова¹, Е.С. Искаков²

БРЕМЯ СМЕРТНОСТИ ОТ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ И ВЛИЯНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ МЕР

¹Медицинский университет Астана, ²Центр медицины катастроф МЧС РК

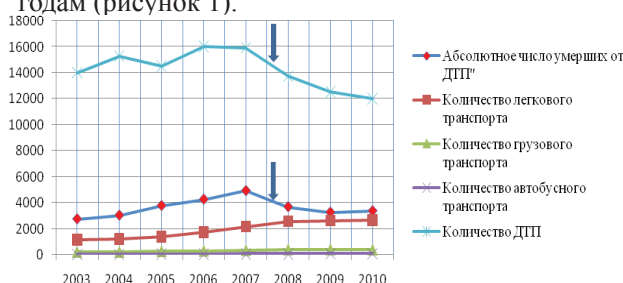
Введение. В структуре общей смертности населения травматизм занимает ведущее место наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. Из каждых 10 случаев смерти во всем мире одна приходится на травму. В целом, на заболевания, связанные с травматизмом приходится 14% потерянных лет жизни [1, 2]. По официальным данным за последние 10 лет на дорогах Казахстана в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) погибли более 32 тысяч человек и свыше 166 тысяч человек получили ранения [3]. В целях сдерживания роста аварийности на автомобильных дорогах принимается комплекс организационных и практических мер, направленных на обеспечение безопасности дорожного движения.

Цель исследования – оценить бремя смертности от ДТП и влияние законодательных мер.

Материалы и методы исследования. Были использованы официальные данные об умерших по полу и возрасту [4], а также данные о численности населения и транспортных средств [5, 6].

Результаты и обсуждение. Количество ДТП и смертность от ДТП зависит от плотности транспортного потока и количества жителей, поэтому для определения некоторых факторов, влияющих на смертность при ДТП, были изучены количество различных видов транспорта и населения в разные годы. Так, за период с 2003 по 2010 годы наблюдается рост легкового, грузового и автобусного транспорта. Однако с

2008 года отмечается уменьшение и стабилизация количества ДТП и смертельных исходов от них (связанное, по все видимости, с принятием Закона по обеспечению безопасности дорожного движения) [7]. Отчетливо видно заметное снижение уровня ДТП и смертности от ДТП по годам (рисунок 1).



15,0 15,1 15,2 15,4 15,6 16,0 16,2 16,4 Население, млн. человек

Рисунок 1 - Количество населения, транспорта и смертность от ДТП с 2003 -2010гг.

Анализ корреляционной зависимости отдельных факторов, определяющих дорожно-транспортный травматизм за 2003-2007 годы, показал наличие положительной и сильной связи ($p < 0,005$). Для определения тенденции роста или снижения смертности от ДТП и экстраполяции на 2009 и последующие годы в условиях принятия или отсутствия Закона [7] был проведен многофакторный регрессионный анализ. На основе полученных коэффициентов определена формула регрессионной зависимости:

$$\rho = -74977,15 + (-11,4) * \text{ЛТ} + 24,44 * \text{ГТ} + 375,94 * \text{АТ} + 4,15 * \text{Н}$$

где ЛТ – количество легкового транспорта с фактическими данными (таблица 1). Рост дорожно-транспортного травматизма и ДТП-смертей вполне объясним увеличением плотности движения и увеличением вероятности столкновения автотранспортных средств и населения.

ГТ – количество грузового транспорта
 АТ – количество автобусного транспорта
 Н – количество населения

Представилось интересным сравнить прогнозируемые данные без принятия Закона

Таблица 1 - Прогнозируемое и фактическое количество ДТП-смертей

Годы	Смертность при ДТП фактическая	Смертность при ДТП прогнозируемая (без принятия Закона)	Разница между прогнозируемыми и фактическими данными
2008	3694	5676	1982
2009	3275	7707	4432
2010	3379	7727	4348

Принятие Закона было своевременным, без него количество смертей от ДТП при сохраненных темпах автомобилизации и росте населения превысили бы в 2008 году 5 тысяч человек, а в 2010 году достигло бы 7,7 тысяч человек.

сохранить почти 2 тысячи жизней в 2008 году и более 4 тысяч жизней в 2010 году, а также добиться сокращения за последние четыре года количества аварий на 24,6%, числа погибших в них граждан – на 38,1% и раненых – на 26,1% [3].

В целом, принимаемые меры позволили

ЛИТЕРАТУРА

1. Sethi D., Racioppi F., Baumgarten I. et al. Травматизм и насилие в Европе. В чем важность этой проблемы, и что можно сделать. Копенгаген, Европейское бюро ВОЗ, 2006 г. Стр. 10-13.
2. Peden M., Scurfield R., Sleet D. et al. eds. 2004. World Report on Road Traffic Injury Prevention. Geneva. World Health Organization. P 30-45.
3. Постановление Правительства РК от 01.06.2012г. № 730 «Об утверждении Отраслевой программы обеспечения безопасности дорожного движения в Республике Казахстан на 2012-2014гг.». Стр. 2-4.
4. Распределение умерших по полу, возрасту и причинам смерти (таблица С51) за 2003-2010гг. VI-V99 МКБ-10. Агентство по статистике Республики Казахстан.
5. Статистический сборник «Демографический ежегодник Казахстана» 2004-2010гг.
6. Статистический сборник «Транспорт в Республике Казахстан» 2004-2010 гг.
7. Закон РК от 4 июля 2008 г. № 55-IV «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам обеспечения безопасности дорожного движения». Стр. 3-6.

С.В. Ким, А.С. Аубакірова, Е.С. Ысқақов

ЖОЛ - КӨЛІК АПАТТАРЫНДАҒЫ ӨЛІМ-ЖІТІМНІҢ АУЫРТПАЛЫҒЫ ЖӘНЕ ОҒАН ЗАҢ ШАРАЛАРЫНЫҢ ӘСЕРІ

Заң түрінде қатал әкімшілік шараларды қолдану қайтыс болған азаматтардың санын соңғы төрт жылда 38,1% қысқартып, 2008 жылы шамамен алғанд 2 мың өмірді және 2010 жылы 4 мыңнан артық өмірді сақтап қалуға мүмкіндік берді.

Негізгі сөздер: ЖТА, өлім, Заң, болжам.

S.V. Kim, A.S. Aubakirova, E.S. Iskakov

THE BURDEN OF MORTALITY FROM ACCIDENTS AND THE IMPACT OF LEGISLATION

Taking severe administrative measures in the form of the Law has reduced over the past four years the number of killed people by 38.1% and save about two thousand lives in 2008 and more than four thousand lives in 2010.

Keywords: Traffic accident, death, Law, forecast.



УДК: 614.812-005.6

Ниязова Ш.С.

О СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ*КТУ «Ақмолинская областная База специального медицинского снабжения»
г. Кокшетау*

Система управления качеством медицинских услуг - совокупность организационно - управленческих структур и действий, устанавливающих, реализующих, оценивающих, анализирующих и корректирующих условия/ процесс оказания и результат медицинской услуги для обеспечения пациенту гарантированного объема медицинской помощи.

От качества услуг зависят комфорт, безопасность и благосостояние потребителей медицинских услуг, доход и прибыль медицинской организации и, как следствие, степень реализации государственных программ в области здравоохранения, а также уровень защищенности главного ресурса любого государства - народа.

Повышение качества оказания медицинских услуг и их доступность являются первоочередными целями деятельности здравоохранения как отрасли народного хозяйства. Так, в своем послании народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» Президент Назарбаев Н.А. определил качество медицинских услуг одним из направлений государственной политики. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 г.г. рассматривает качество медицинских услуг как комплексное понятие, зависящее от множества причин от уровня профессионализма специалистов до внедрения современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской помощи.

Качественные услуги привлекают внимание, вызывают желание пользоваться ими, чтобы облегчить жизнь. Постепенно складывающаяся позитивная ситуация на рынке медицинских услуг, позволяющая потребителям сравнить одну услугу с другой, привела к существенной перестройке структуры потребления медицинских услуг населением республики, внедрению их новых видов и форм, к конкуренции медицинских организаций за потребителя, развитию доли негосударственного сектора услуг в области здравоохранения.

Как весомая характеристика любой отрасли народного хозяйства государства качество должно иметь свой уровень или критерий, т.е. должны быть определены основные черты, отличающие качественную услугу/продукт от несоответствующего критериям. И здесь актуализируется понятие стандарта качества. Стандарт (от англ. *standard* — норма, образец) в

широком смысле слова — образец, эталон, модель, принимаемые за исходные для сопоставления с ними др. подобных объектов, разработанные на материальные предметы (продукцию, эталоны, образцы веществ), работу (процесс создания продукции) и услугу (процесс создания нематериальной продукции), подлежащие или подвергшиеся стандартизации, имеющие перспективу многократного применения в различных сферах деятельности человека, прошедшие длительную проверку на практике.

Всемирная организация здравоохранения еще в 1990 г.г. провозгласила долговременную программу повышения качества, основанную на модели Эдварда Деминга — всеобщего комплексного управления качеством (Total Quality Management - TQM), которая в дальнейшем была принята в некоторых отраслях промышленности ряда ведущих мировых держав. Здравоохранение развитых стран в настоящее время также использует эту модель управления высокотехнологичным производством, получившую название «индустриальной модели управления» в системе управления качеством медицинской помощи (далее - КМП).

Стандарты, известные как серия ИСО 9000 (ISO 9000-The International Organization for Standardization), были разработаны, чтобы достичь однородности стандартов стран участниц Международной организации стандартов в Женеве, основанной в 1946 г. и насчитывающей в своем составе порядка 110 стран. Стимулом к введению стандартов ИСО стала глобализация бизнеса. Они служат устранению нетарифных барьеров в международной торговле, обусловленных различиями между стандартами стран или компаний. Поэтому стандарты ИСО призваны способствовать международной торговле и предназначены для построения системы управления, которая, в конечном счете, производит качественные товары или услуги.

Хотя принципы системы всеобщего управления качеством имеют универсальный характер и применимы ко всем аспектам оказания медицинской помощи, в странах постсоветского пространства индустриальная модель управления и ИСО не получили массового применения. Тем не менее, правовая база технологий управления качеством медицинской помощи поэтапно развивается.

Особенно нужно отметить вклад в область стандартизации услуг, в том числе

и медицинских, Российской Федерации. Начиная с 1992 г. - Приказ МЗ РФ №277 от 16.10.1992 г. «О создании системы медицинских стандартов», Постановлений Госстандарта РФ от 29.06. 94 г. №181 «Об утверждении модели обеспечения качества услуг. ГОСТ Р 50691-94», от 28 июля 2003 г. N 253-ст. «Услуги населению. Номенклатура показателей качества ГОСТ Р 52113-2003» и до введения Постановлениями Госстандарта России от 15.08.2001 г. №№ 332-ст, 333-ст, 334-ст трех аналогичных международным стандартам ИСО (ИСО 9000-2000, ИСО 9001:2000 и ИСО 9004:2000) в системе здравоохранения Российской Федерации :

-ГОСТ Р ИСО 9000-2001 «Системы менеджмента качества. Основные положения»;
 -ГОСТ Р ИСО 9001-2001 «Системы менеджмента качества. Требования»;
 -ГОСТ Р ИСО 9004-2001 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению деятельности», определяющие минимально необходимый набор требований к системе менеджмента КМП, критерии результативности и эффективности менеджмента, которые предлагают ответы на вопрос, что необходимо сделать для постоянного улучшения уровня медицинского обслуживания и могут использоваться для внутреннего аудита. Кроме того, эти стандарты определяют восемь основных принципов управления КМП:

1. Принцип ориентации на потребителя медицинских услуг. Без удовлетворения потребностей потребителей медицинских услуг теряется смысл функционирования системы здравоохранения как таковой.

2. Лидерство руководителя. Лидер должен обеспечить ориентацию всей медицинской организации на требования потребителей медицинских услуг, утверждать внедрение процессов и разработок, позволяющих удовлетворить требования потребителей услуг и обеспечить достижение всех целей в области качества медицинских услуг.

3. Принцип вовлечения работников в процесс повышения КМП. Работники здравоохранения всех уровней составляют основу отрасли здравоохранения. Повышение качества медицинской помощи возможно только через их наиболее полное вовлечение в работу, удовлетворенность ею, желание профессионального роста.

4. Принцип процессного подхода. Включает в себя поиск эффективных технологий и моделей производства и внедрение их в систему управления КМП.

5. Принцип системного подхода к управлению КМП. Любая организация здравоохранения должна рассматриваться как открытая система, состоящая из взаимосвязанных подсистем, слаженная работа которых оказывает влияние на результативность как отдельных составляющих,

так и системы в целом.

6. Принцип постоянного улучшения. КМП должно постоянно улучшаться на основе системного анализа данных, корректирующих действий, управленческих решений.

7. Принцип принятия решений, основанных на фактах. В основе принципа организационно-методический сбор, обработка и анализ информации о состоянии КМП.

8. Принцип взаимовыгодных отношений с поставщиками. Оценка и отбор внешних поставщиков для контроля качества приобретаемых медицинской организацией товаров и услуг.

В Казахстане правовая база стандартизации здравоохранения базируется на Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», Законах Республики Казахстан «О техническом регулировании», «Об аккредитации в области оценки соответствия», «О лицензировании», «О защите прав потребителей», Постановлении Правительства «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг»,

Постановление Правительства Республики Казахстан от 16.02.2004 г. №184 «О стандартизации в области здравоохранения» стимулировало деятельность по стандартизации в здравоохранении и привело к созданию в 2005 г. проектов единых национальных стандартов здравоохранения в здравоохранении в работе по внедрению Единой информационной системы здравоохранения (далее - ЕИСЗ) Республики Казахстан.

Начиная с 2005 г. Министром здравоохранения Республики Казахстан издано несколько Приказов, утверждающих Протокола диагностики и лечения для различных уровней медицинской помощи. Одной из методологических задач успешно развивающейся ЕИСЗ также является создание единой системы отраслевых стандартов.

В рамках дальнейшей работы по совершенствованию и сертификации качества медицинских услуг делегация Казахстана была представлена на X Международном конгрессе Азиатской организации качества «ANQ 2012», состоявшемся в августе 2012 года в Гонконге, в работе которого приняли участие 400 ведущих экспертов в области менеджмента качества, представителей 18 стран Азии, включая экономически развитые страны, такие как Япония, Китай, Южная Корея и другие. Специалисты по качеству из различных стран и регионов Азии обменялись опытом по вопросам, связанным с достижениями конкурентоспособности, лидерства, постоянного улучшения качества жизни посредством повышения качества продукции и услуг. Значимым событием в области менеджмента качества Казахстана стало избрание в состав Правления АОК президента

ОО «Международная ассоциация менеджеров и аудиторов качества» (МАМАК-Казахстан) Азата Абдрахманова. Профессор Азат Абдрахманов в своем докладе «Внедрение Модели совершенства Европейского фонда менеджмента качества (EFQM) в Акимате г. Астаны: методические находки и практические выгоды» отметил, что постоянное улучшение качества услуг, в том числе и медицинских, является одним из важных факторов улучшения качества жизни населения. Для планирования и мониторинга развития Астаны разработан и используется сбалансированный набор показателей, разработан детальный стратегический план, специфические программы и целевые показатели, охватывающие, экономическое развитие, образование, здравоохранение, демографию и т.д.

Заместитель генерального директора Национального Научного медицинского центра Республики Казахстан (г. Астана) доктор медицинских наук Темирлан Карибеков в своем выступлении раскрыл тему «Применение Модели совершенства EFQM, как условие достижения лидерства и конкурентоспособности медицинской организации на международном уровне».

Акционерным обществом «Национальный научно-медицинский центр» (далее - ННМЦ), являющимся ведущим многопрофильным научно-клиническим предприятием Республики Казахстан, внедрена система менеджмента качества (СМК), которая в дальнейшем была сертифицирована в соответствии с требованиями МС ИСО 9001:2008. Для дальнейшего повышения качества медицинских услуг в ННМЦ, обеспечения удовлетворенности всех заинтересованных сторон организации четыре года назад было начато внедрение EFQM. В 2010 году центр успешно прошел внешнюю оценку на уровень «Признанное совершенство 4 звезды». ННМЦ является первой организацией в Казахстане, внедрившей

Модель совершенства EFQM как эффективный инструмент для улучшения менеджмента бизнес-процессов, позволяющий обеспечить условия для устойчивого развития по всем основным направлениям деятельности.

Выводы:

1. Необходимость продолжения стандартизации медицинских услуг очевидна, т.к. осуществление медицинской деятельности в условиях рыночной экономики, технологической модернизации, социальных и экономических преобразований, информированность и растущие требования потребителей медицинских услуг предъявляет особые требования к КМП, которая подразумевает совокупность характеристик медицинской помощи, направленных на удовлетворение потребностей граждан в эффективном предупреждении и лечении заболеваний, повышении качества жизни и увеличении ее продолжительности.

2. От стандартизации медицинских услуг зависят как планирование деятельности медицинских организаций, органов здравоохранения, так и оценка результатов медицинской помощи, экономических показателей, достижение целевых индикаторов, эффективность отрасли в целом.

3. Качество медицинской услуги и удовлетворение потребителя услуги тесно связаны друг с другом. Удовлетворение – результат получения услуги высшего качества. Высшее качество также ведет к большей лояльности пациентов и сотрудников, росту доходов, снижению расходов и к ценовой конкурентоспособности организации. Чтобы работать над качеством обслуживания населения менеджеры должны понимать, какие именно характеристики важны для пациента, что требует дальнейшего усовершенствования системы управления и скорейшего внедрения института профессиональных менеджеров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана от 27 марта 2007 г. «Новый Казахстан в новом мире».

2. Государственная Программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 г.г.

3. Ким С.В. Очерки по организации

здравоохранения. Актуальные проблемы развития здравоохранения Казахстана.-Астана, Полиграф - Мир, 2009 г.

4. Ткач О.А. Система управления качеством медицинской помощи. Главный врач, Москва,издательство «Медиздат» 2012 г. № 5-с.33-37

Ниязова Ш.С.

МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК САПАСЫН БАҚЫЛАУ ЖҮЙЕСІ ЖАЙЫНДА

Сонымен, медициналық қызмет көрсетулерді стандартизациялауды жалғастыру мәселесі маңызды болып тұр. Себебі нарық экономикасы, технологиялық модернизация, әлеуметтік және экономикалық өзгерістер, тұтынушылардың медициналық қызмет көрсетулері бойынша ақпараттылығы және оларға сұраныстың өсуі жағдайында МЖС-на (медициналық жәрдем көрсетудің сапалығы) өзгеше

талаптарды талап етеді. Бұлардың барлығы ауруларды алдын алу мен емдеу тиімділігі бойынша азаматтардың қажеттілігін қанағаттандыруға, өмір сүру сапасының өсуі мен оның ұзақтығына бағытталған медициналық жәрдем көрсетудің сипаттамасының жиынтығымен түсіндіріледі.

Niyazova SS

ON A SYSTEM OF HEALTH CARE QUALITY ASSURANCE

The quality management system of medical services is the collection of organizational - management structures and operations, establishing, implementing, evaluating, analyzing and correcting the condition / delivery process and outcome of medical services for patients of guaranteed health care.



УДК: 61-027.565:615.2(574.22)

Ниязова Ш.С.

О ПРОГРАММЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ И ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ БЕСПЛАТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2012-2014 Г.Г. И ОРГАНИЗАЦИИ МЕЖБОЛЬНИЧНОЙ БАЗЫ БЕСПЛАТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.

КГУ «Акмолинская областная База специального медицинского снабжения», г. Кокшетау

Государственной Программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 г.г. одним из приоритетных направлений развития здравоохранения определено совершенствования амбулаторного лекарственного обеспечения. Во исполнение п.5.6. Государственной Программы, а также в целях повышения физической доступности и качества оказываемой лекарственной помощи населению Акмолинской области Приказом начальника управления здравоохранения от 30 декабря 2011 г. № 684-адм. была утверждена Программа совершенствования и дальнейшего развития бесплатного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан Акмолинской области на 2012-2014 г.г. (далее - Программа)

Основанием для разработки Программы послужили следующие причины:

1. Существующее на момент создания программы состояние амбулаторного лекарственного обеспечения населения области, особенно жителей сельской местности, имевшего место неправильного планирования и определения потребности необходимых лекарственных средств, отсутствия у специалистов амбулаторно - поликлинических организаций достоверной оперативной информации о наличии лекарственных препаратов в частных аптечных организациях, осуществляющих отпуск бесплатных лекарственных средств (далее - ЛС) на местах;

2. Недоступность или малая доступность

ЛС для жителей сельской местности, так как отпуск бесплатных ЛС осуществлялся только в районных центрах и городах;

3. Высокие накладные расходы на фармацевтические услуги, усугублявшие дефицит финансовых средств: включение товарно - транспортных услуг и 25 % доплаты за хранение, транспортировку и отпуск бесплатных ЛС на местах в стоимость товара;

4. Кредиторская задолженность перед поставщиками услуг, принявшая характер хронической. Ежегодно для обеспечения бесплатного лекарственного обеспечения населения области в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП) из местного бюджета выделялось в среднем до 900,0 млн. тенге, дефицит средств составлял от 60,0 до 103,2 млн.тенге;

5. Имеющие место факты бесконтрольного распределения и отпуска ЛС, что увеличивало и без того немалую кредиторскую задолженность;

6. Регулярная задержка поставок, а также длительность процедур ежегодно проводимого закупа ЛС и, как следствие, позднее проведение тендеров;

7. Разность в стоимости одних и тех же препаратов в рамках международного непатентованного наименования (МНН);

8. Высокая доля устаревших ЛС и аналогов препаратов с низкой стоимостью в ассортименте, предлагаемом фармацевтическими фирмами, подрывающие доверие населения к механизмам закупа ЛС в целом;

Разработка Программы была обусловлена также необходимостью обеспечения равного доступа всего населения к безопасным сертифицированным ЛС, недостаточным качеством услуг фармацевтических служб, обоснованными жалобами населения на лекарственное обеспечение в рамках ГОБМП. Так, в 2011 г. зарегистрировано 26 обращений с жалобами на недостаточное лекарственное обеспечение, за первое полугодие 2012 г. - 25 обращений.

В связи с вышесказанным, а также в целях:

1. Совершенствования системы лекарственного обеспечения;

2. Повышения доступности бесплатного лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП населению области, в том числе и населению сельской местности;

3. Обеспечения:

- выбора ЛС в соответствии с Перечнем лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках ГОБМП на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) (далее - Перечень ЛС и ИМН), утвержденным Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2011 г. № 786;

- равного доступа к качественным ЛС всему населению;

- контроля за назначением, отпуском лекарственных препаратов Приказом управления здравоохранения Акмолинской области от 12 апреля № 179-адм. «О порядке приобретения и отпуска лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных лечебных продуктов» была организована Межбольничная аптечная база при Акмолинской областной детской больнице и утвержден централизованный закуп управлением здравоохранения ЛС, ИМН и специализированных лечебных продуктов. В дальнейшем закупленный товар распределялся по аптекам, организованным в районных центрах и сельских населенных пунктах согласно разрядке, формируемой в разрезе заявок каждого района.

17 августа 2012 года Постановлением Акима Акмолинской области № А-9/405 был утвержден Устав коммунального государственного учреждения «Акмолинская областная база специального медицинского снабжения» управления здравоохранения Акмолинской области (далее КГУ «Акмолинская областная БСМС»), в Предмет и цели которого были внесены ряд изменений, в том числе:

-П.13 - дополнен словами «осуществление ГОБМП населению по средствам приема, хранения, и отпуска бесплатных лекарственных средств через аптечные пункты»;

-П 14 - п.п.10 – приобретение, хранение,

использование и уничтожение наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров;

п.п. 11 - фармацевтическая деятельность, объект - аптечный склад;

-п.п. 12 - приобретение, хранение и отпуск лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных лечебных продуктов по оказанию ГОБМП, доставка до медицинских организаций области;

-п.п. 13 - создание аптечных баз, пунктов в рамках осуществления ГОБМП;

-п.п.14 - реализация бесплатных лекарственных средств через аптечные пункты.

7 октября 2012 г. Постановлением Акимата Акмолинской области № А-10/442 «О передаче имущества» утвержден Перечень передаваемого с баланса ГКП на ПХВ «Акмолинская областная детская больница» на баланс КГУ «Акмолинская областная БСМС» имущества и, тем самым, реализовано решение о передаче функций обеспечения населения области ЛС и ИМН в рамках ГОБМП в ведение КГУ «Акмолинская областная БСМС».

Выводы: при организации базы межбольничного обеспечения Управление здравоохранения Акмолинской области руководствовалось:

1. Ожидаемыми результатами:

- повышением физической доступности ЛС для населения области, уменьшение их стоимости для жителей отдаленных населенных пунктов области за счет исключения финансовых затрат на проезд в районные центры в связи с получением необходимых препаратов непосредственно в поликлинике;

- исключением вероятности срыва поставок, наличием всего Перечня ЛС и ИМН на Межбольничной аптечной базе:

-обеспечением качественными, безопасными и эффективными ЛС населения области, исключением возможности реализации фармацевтическими фирмами фальсифицированных препаратов населению области в рамках бесплатного лекарственного обеспечения;

- рациональным использованием лекарственных и финансовых средств в связи с уменьшением себестоимости ЛС, ИМН и специализированных лечебных продуктов за счет четкого учета и эффективного использования бюджетных средств.

2. Ожидаемыми отдаленными результатами:

- Полным обеспечением населения ЛС;

-Уменьшением доли стационарной помощи за счет улучшения первичной амбулаторной помощи в организациях ПМСП;

- Улучшением здоровья населения за счет обеспечения контроля за отпусками, как следствие, своевременным приемом лекарственных средств диспансерными больными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гражданский кодекс Республики Казахстан от 27 декабря 1994 г.
2. Закон Республики Казахстан от 30 марта 2011 года № 424-IV «О внесении изменений и дополнений в Гражданский кодекс Республики Казахстан (Особенная часть)».
3. Закон Республики Казахстан от 23 января 2001 года «О местном государственном управлении и самоуправлении в Республике Казахстан» с изменениями, внесенными Законом Республики Казахстан от 9 февраля 2009 года № 126-IV «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам местного государственного управления и самоуправления».
4. Закон Республики Казахстан от 1 марта 2011 года № 413 - IV «О государственном имуществе».
5. Государственная Программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 г.г.
6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2011 г № 786 «Об утверждении «Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами».
7. Приказ управления здравоохранения Акмолинской области от 30 декабря 2011 г. «Об утверждении программы совершенствования и дальнейшего развития бесплатного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан Акмолинской области на 2012-2014 г.г.».

Ниязова Ш.С.

2012-2014 ЖЖ. АҚМОЛА ОБЛЫСЫ БОЙЫНША ТҮРҒЫНДАРДЫҢ АРНАЙЫ ТОПТАРЫН ТЕГІН ДӘРІМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІ ӘРІ ҚАРАЙ ДАМУ ТҰТҚА ЖӘНЕ ЖЕТІЛДІРУ МЕН АУРУХАНА АРАЛЫҚ ТЕГІН ДӘРІМЕН ҚАМСЫЗДАНДЫРЫЛУ БАҒДАРЛАМАСЫ ЖАЙЫНДА

Ауруханаралық қамтамасыз ету қоймасының жұмысын ұйымдастыру кезінде Ақмола облысының деңсаулық сақтау басқармасы келесіні басшылыққа алды:

1. Күтілетін нәтижелермен:

- облыстық тұрғындары үшін ДЗ қол жетімділігін жоғарлатуымен, сонымен қатар елді мекеннен тыс орналасқан тұрғындар емханада қажетті дәрі-дәрмектерді алуымен байланысты аудандық орталықтарға жету үшін жолақыға қаражаттық шығындардың болмайтындығынан дәрі-дәрмектер бағасының төмендеуімен;

- жеткізілімдердің уақытында орындалуының болжытпауымен, яғни МБЗ және ДЗ барлық Тізімі Ауруханаралық дәріханалық базасына жеткізілуімен;

- облыстық тұрғындарды сапалы, қауіпсіз және эффективті ДЗ қамтамасыз етуімен, тегін дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету шеңберінде фармацевтикалық фирмалар облыстық тұрғындарды бұрмаланған дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету мүмкіндігін алып тастауымен;

- бюджет қаражатын эффективті қолданатындығынан арнайы дәрілік өнімдердің, МБЗ және ДЗ.

2. Алдағы күтілетін нәтижелермен:

- Тұрғындарды ДЗ толық мөлшерде қамту;

- АМСЖ ұйымдарда алғашқы амбулаторлық жәрдем көрсетуді жақсартуымен байланысты стационарлық жәрдем көрсету мөлшерінің төмендеуімен;

- Дәрілік заттарды берілу мерзімінің сақталуымен, соның нәтижесінде диспансерлік емделушілер дәрі-дәрмектерді уақытында қабылдауымен.

Niyazova SS

ABOUT THE PROGRAM IMPROVEMENT AND FURTHER DEVELOPMENT FREE DRUGS SPECIFIC CATEGORIES OF AKMOLA OBLAST FOR 2012-2014 GG ORGANIZATION AND BASIS MEZHBOLNICHNOY FREE DRUGS

Reduction of cost to people in remote settlements of the region due to the exclusion of financial costs for travel to regional centers in connection with obtaining the necessary drugs directly in the clinic;

- To prevent the possibility of supply disruption, the presence of the full range of medicines and medical items to Mezhsobolnichnoy pharmacy database:

- Providing quality, safe and effective drugs region's population, excluding the possibility of pharmaceutical companies forged products to the public as part of the free drug supply;

- Rational use of drugs and money due to the decrease sebestomosti drugs, medical devices and specialty therapeutic products through clear accountability and the efficient use of budgetary resources.

The expected long-term results: - Full maintenance of the population LS; -Reduction in the proportion of hospital care by improving primary care in outpatient primary care organizations; - Improve public health by ensuring the control of leave and, as a consequence, timely administration of the drug dispensary patients.



УДК: 615.4:658.787-152

Ниязова Ш.С.

О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ИНВЕНТАРИЗАЦИИ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ, МЕДИКАМЕНТОВ, ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ И ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ НА СКЛАДАХ ДЛИТЕЛЬНОГО ХРАНЕНИЯ

КГУ «Ақмолинская областная База специального медицинского снабжения» г. Кокшетау

Инвентаризация - комплекс мероприятий по проверке наличия имущества организации и состояния ее финансовых обязательств на определенную дату путем сличения фактических данных с данными бухгалтерского учета. Инвентаризация - основной способ фактического учета сохранности имущественных ценностей и средств, один из важных элементов метода контроля за работой предприятий и хозяйственных субъектов, позволяющий получить сведения, характеризующие состояние хозяйственных активов и их сохранность. Путем инвентаризации проверяется и устанавливается наличие ценностей, их сохранность, правильность хранения, состояние складского хозяйства на определенную дату.

Порядок проведения инвентаризации на складах длительного хранения Республики Казахстан регламентируется Законом Республики Казахстан «О государственном материальном резерве», Бюджетным Кодексом, Правилами проведения инвентаризации в государственных учреждениях, утвержденным приказом Министра финансов от 22 августа 2011 г. № 423, ведомственными приказами. В зависимости от степени охвата проверкой активов предприятия инвентаризация бывает полной и частичной.

Полная инвентаризация предусматривает сложную проверку всех активов предприятия и проводится, как правило, перед составлением годовой финансовой отчетности.

Частичная инвентаризация охватывает проверкой определенную группу или отдельный вид активов (средств), например, материальные ценности на одном из складов.

В зависимости от организации и времени проверки различают инвентаризацию плановую и внеплановую.

К инвентаризации, проводимой в плановом

порядке, относятся поквартальная и годовая. На основании п.п. 5,6 гл. 3 Инструкции по длительному хранению материальных ценностей мобилизационного резерва системы здравоохранения РК», утвержденной Приказом Министра здравоохранения РК от 27.07.2007г. № 6-ДСП (Далее - Инструкция) инвентаризация всего имущества проводится ежегодно, ядовитых веществ и этилового спирта - ежеквартально;

Внеплановая инвентаризация проводится:

-в связи с проведением внезапной проверки учреждения (при установлении факта хищений или злоупотреблений, порчи ценностей, а также в случаях пожара, стихийных бедствий и других чрезвычайных ситуаций);

-по распоряжению руководителя (например, выборочная инвентаризация);

-при проведении приема-передачи (при смене материально-ответственных лиц).

Порядок проведения инвентаризации на складах длительного хранения имеет свои особенности:

1. Инвентаризация проводится с целью:

- выявления фактического состояния имущества и его оценки;

-проверки наличия сертификатов соответствия лекарственных средств;

- сопоставления фактического имеющегося имущества с учетными данными (выявления излишков и недостач);

- документального подтверждения наличия имущества и обязательств;

- проверки правильности, своевременности и полноты отражения в учете обязательств;

-проверки соблюдения правил и условий хранения имущества;

-проверки полноты отражения в учете движения материальных средств и имущества.

2. Инвентаризация проводится в несколько

этапов:

Первый этап – подготовительный, который включает мероприятия, предшествующие проведению инвентаризации. До начала инвентаризации опечатываются все склады, документы в сейфах, а открытие складов ежедневно проводится только комиссионно.

На втором этапе – техническом – сверяется фактическое состояние имущества и обязательств с данными бухгалтерского учета, а также заполняются инвентаризационные описи.

Третий этап – аналитический – сопоставление данных инвентаризационных описей с учетными данными, подготовленными бухгалтерией на основании первичных учетных документов.

По окончании сопоставления проводится сверка карточек Ф-3 и Ф-4 (бухгалтерского и складского учета) с инвентаризационной ведомостью. Разница и расхождения в учете должна подтверждаться документами (договорами и счет фактурами, актами сверок с поставщиками). При обнаружении расхождений составляются ведомости, выясняются причины возникновения таких расхождений и разрабатываются предложения по отражению в учете результатов инвентаризации. На заключительном этапе оформляются результаты инвентаризации, то есть бухгалтерские записи вносятся в учетные регистры.

3. Инвентаризация проводится инвентаризационной комиссией:

- на основании п.303 гл.14 Инструкции для осуществления контроля за качественной и количественной сохранностью материальных ценностей длительного хранения, приказом начальника областного Уполномоченного органа создается постоянная техническая комиссия, на которую возложена обязанность по проведению инвентаризации и которая несет ответственность за достоверность ее результатов;

- Приказом руководителя государственного учреждения создается постоянно действующая инвентаризационная комиссия, осуществляющая текущие виды инвентаризации;

- в соответствии с п.9 ст.7 Закона Республики Казахстан «О государственном материальном резерве» Уполномоченный орган также может принять решение о проведении проверки (ревизии, инвентаризации) сохранности материальных ценностей на складах длительного хранения.

Так, в соответствии с протоколом заседания Межведомственной комиссии по мобилизационной подготовке и мобилизации Республики Казахстан от 16.05.2012г. и с совместным приказом Министерства по чрезвычайным ситуациям (МЧС) от 16.07.2012г. за № 24-ДСП и Министерством (МФ) финансов от 16.07.2012г. за № 343-ДСП была создана комиссия с участием специалистов центральных исполнительных органов для

проведения инвентаризации материальных ценностей мобилизационного резерва на складах длительного хранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Инвентаризация основных средств

При проведении инвентаризации основных средств оформляется их опись. В конце каждой страницы описи прописью указываются следующие данные:

-число порядковых номеров материальных ценностей на странице;

-общий итог количества в натуральных показателях, записанных на данной странице, не зависимо от того, в каких единицах измерения (шт., кг., м., и т.д.) эти ценности указаны.

На последней странице описи должен быть сделан подсчет итогов за подписями членов инвентаризационной комиссии и материально ответственных лиц.

В конце описи материально ответственные лица дают расписку, подтверждающую проверку комиссией имущества в их присутствии с пометкой об отсутствии каких-либо претензий к членам комиссии.

Если инвентаризация имущества проводится в течение нескольких дней, помещения, в которых хранятся материальные ценности по завершению запланированного объема работы, опечатываются до следующего.

В инвентарных описях оборудования и транспортных средств указываются их заводской номер, год выпуска, мощность, другие индивидуальные характеристики этих объектов согласно техническому паспорту организации – изготовителя.

Результаты инвентаризации должны быть отражены в учете и отчетности того месяца, в котором инвентаризация была закончена, а по годовой инвентаризации – в годовом бухгалтерском отчете, то есть декабрьскими записями.

Пломбир, использующийся для опечатывания складов, на протяжении периода работы комиссии хранится у ее председателя.

Инвентаризация медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения.

Все медикаменты и другие материальные ценности подлежат ежегодной инвентаризации. Выявленные расхождения между данными бухгалтерского учета и фактическим наличием лекарственных средств оформляются ведомостью расхождений по результатам инвентаризации, на основании которой составляются акт о результатах инвентаризации.

Недостача лекарственных средств возникает не только по вине материально ответственного лица, но и в результате естественной убыли.

Естественная убыль товаров – это потеря товаров, которая является следствием естественного изменения биологических или

физико-химических свойств товаров. Нормы естественной убыли регламентированы Инструкцией. Например, в соответствии с п.284 гл.10 Инструкции норма естественной убыли на все время хранения этилового спирта составляет 0,6%, лабораторной и аптечной посуды – 0,5%.

Нормы естественной убыли должны применяться только по тому наименованию ценностей, по которым была установлена недостача при инвентаризации или порчи во время хранения и транспортировки.

К естественной убыли не относится:

-потеря медикаментов при хранении и транспортировке, вызванные нарушением требований стандартов, технических и технологических условия и правил технической эксплуатации, повреждением тары, несовершенством средств защиты медикаментов от потерь и состоянием применяемого технического оборудования;

-потери при ремонте или профилактике применяемого для хранения и транспортировки технического оборудования;

-потери при внутренних складских операциях;

-потери при авариях и других чрезвычайных ситуациях.

Если недостача лекарственных средств произошла по вине работника, он обязан возместить причиненный его действиями ущерб.

Выявленные лекарственные средства с истекшим сроком годности подлежат обязательному списанию и уничтожению. В инвентарных описях по объектам нефинансовых активов напротив записи таких лекарств ставятся пометки об истечении сроков годности.

Лекарственные средства уничтожаются с учетом требований о безопасности людей и животных, а также соблюдением обязательных требований нормативных и технических документов по охране окружающей среды. Уничтожение должно проводиться комиссией по уничтожению лекарственных средств, которая создается органом исполнительной власти субъекта РК, в присутствии собственника или владельца лекарственных средств, подлежащих уничтожению:

- жидкие лекарственные формы (растворы для инъекций в ампулах, пакетах и во флаконах, в аэрозольных баллонах, микстуры, капли и т.д.) должны уничтожаться путем раздавливания (ампулы) с последующим разведением содержимого ампул, пакетов и флаконов водой соотношении 1:100 и сливом образующегося раствора в промышленную канализацию (в аэрозольных баллонах предварительно делаются отверстия). Остатки ампул, аэрозольных баллонов, пакетов и флаконов вывозятся в

обычном порядке как производственный и бытовой мусор;

- твердые лекарственные формы (таблетки, порошки, капсулы и т.д.), содержащие водорастворимые субстанции лекарственных средств, подлежат после дробления до порошкообразного состояния разведению водой в соотношении 1:100 и сливу образующейся суспензии (раствора) в промышленную канализацию;

- твердые лекарственные формы (порошки, таблетки, капсулы и т.д.), содержащие субстанции лекарственных средств, не растворимые в воде, мягкие лекарственные формы (мази, суппозитории и т.д.), трансдермальные формы лекарственных средств, а также фармацевтические субстанции уничтожаются путем сжигания;

- огнеопасные, взрывоопасные лекарственные средства радиофармацевтические препараты, а также лекарственные растительные сырье с повышенным содержанием радионуклидов уничтожаются в особых условиях по специальной технологии, имеющейся в распоряжении организации по уничтожению, в соответствии с лицензией.

Следует обратить внимание на то, что наркотические средства и психотропные вещества, входящие в II, III и IV списки Перечня наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, дальнейшее использование которых в медицинской практике признано нецелесообразным, уничтожаются в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

На уничтоженные лекарственные средства комиссия по их уничтожению составляет акт, в котором указываются:

- дата и место уничтожения лекарственных средств;

- место работы, должности, фамилии, имена, отчества лиц, принимавших участия в уничтожении лекарственных средств;

- основание для уничтожения лекарственных средств;

- сведения о наименовании (с указанием лекарственной формы, дозировки, ед.измерения, серии) и количестве уничтожаемого лекарственного средства, а также о таре или упаковке;

-наименование производителя лекарственного средства;

- наименование владельца или собственника лекарственного средства;

- способ уничтожения лекарственных средств.

Акт подписывается всеми членами комиссии по уничтожению лекарственных средств и скрепляется печатью предприятия, которое осуществило их уничтожения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон Республики Казахстан «О государственном материальном резерве» от 27 ноября 2000 г. № 106-ІІ.
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 марта 2012 года № 396 «Об утверждении Правил использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан».
3. Бюджетный Кодексом Республики Казахстан от 4 декабря 2008 г. № 95-ІV с изменениями и дополнениями, внесенными Постановлением Правительства РК от 31 августа 2012 г. № 1106.
4. Приказ Министра финансов от 22 августа 2011 г. № 423 «Об утверждении Правил проведения инвентаризации в государственных учреждениях».
5. Приказ Министра здравоохранения РК от 27.07.2007г. № 6-ДСП «Об утверждении Инструкции по длительному хранению материальных ценностей мобилизационного резерва системы здравоохранения РК в пунктах хранения».
6. Фирстова С.Ю. Порядок проведения инвентаризации основных средств, медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в учреждениях здравоохранения// Главный врач, 2012 г.-№4.-с.65-68.

Ниязова Ш.С.

МЕДИЦИНАЛЫҚ БАҒЫТТАҒЫ ҚОЙМАДА ҰЗАҚ УАҚЫТ САҚТАЛҒАН НЕГІЗГІ ЗАТТАРДЫ, ДӘРІЛЕРДІ, ТАҢУ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЗАТТАРДЫ ТҮГЕЛДЕУ ТӘРТІБІ

Бұл мақалада медициналық бағыттағы қоймада ұзақ уақыт сақталған негізгі заттарды, дәрілерді, таңу және медициналық заттарды түгелдеу тәртібі және бухгалтерлік есептің дұрыс жүргізілуі мәселесі қарастырылады.

Niyazova SS.

ON THE ORDER OF LICENSING OF PHARMACEUTICAL ACTIVITIES RELATED TO STORAGE AND TRAFFICKING OF NARCOTIC DRUGS, PSYCHOTROPIC SUBSTANCES AND PRECURSOR

To implement licensing activities at another site licensee should be sent to the licensor a notice indicating the legal address of the new facility and the provision of documents confirming the conformity of the object and the object of employees specified requirements and standards.



УДК: 616-089.819.961:303.425.6(574)

Ошакбаев К.П., Куттымуратов Г.М., Оспанова А.К., Удербаев Н.Н.

ПРИЧИНЫ СОГЛАСИЯ/НЕСОГЛАСИЯ К ДОНОРСТВУ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА В КАЗАХСТАНЕ

Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи (Астана)

Актуальность. В настоящее время, в республике ощущается острая нехватка донорских органов и тканей для проведения трансплантации. Дефицит донорских органов и тканей во многом связан с менталитетом общества, а именно, недоверчивым отношением общества к данному виду оперативных вмешательств, связанные с различными религиозными влияниями, уровня проводимых операции, самой цели проведения и т.д. [1].

Основным препятствием к развитию донорства может служить психологическое недоверие населения к возможностям медицины и квалификации трансплантологов, а также вероисповедание и морально-этические нормы. В связи с этим, целью данного исследования было изучить основные причины согласия/несогласия к живому донорству органов и тканей населения Республики Казахстан на основе проведения социологического опроса.

Материал и методы. В открытое, пилотное, популяционное, квази-эпидемиологическое исследование включены 400 респондентов в возрасте от 18 до 72 лет (средний возраст $34,0 \pm 0,56$ лет), в том числе мужчин 157 (39,25%), женщин 243 (60,75%). Среди них со средним образованием были 64 (16%) человека, со средним специальным образованием – 127 (31,75%), и с высшим – 209 (52,25%). По отношению к религиозному вероисповеданию среди респондентов были дифференцированы следующие группы: с мусульманским вероисповеданием 212 человека (53,0%), с христианским – 107 (26,75%), атеистическим – 50 (12,5%) и затруднившимся ответить – 31 (7,75%).

Респонденты по возрасту были распределены на три возрастные группы согласно классификации ВОЗ (1996) на молодой – 18-39 лет, средний – 40-55 лет, пожилой и старческий – 56-72 года.

Респонденты по профессиональной деятельности были распределены, согласно классификации содержания труда по *Климову* Е.А. [1] на 3 категории: технономические (предмет труда – технические системы, материалы, энергия) – «человек - техника»; социономические (предмет труда – люди, группы, коллективы) – «человек - человек»; сигнономические (предмет труда – знаковые системы) – «человек - знак».

Метод анкетирования проводилось путем использования дизайна: простая сплошная случайная стихийная выборка. Выборка по типу «первого случайного встречного». Выборки, полученные простым случайным стихийным отбором, в среднем адекватно представляют генеральную совокупность [2, 3, 4]. Результаты исследования можно распространить на изучаемую совокупность [5].

Анкетирование проводилось в летнее время в г.Астана, когда многие жители страны съезжаются в столицу с целью туристической поездки со всех уголков республики. Анкетирование проводилось с помощью интервью, проводимое по определенному плану беседа, предполагающая прямой контакт интервьюера с респондентом. Анкета содержала 10 вопросов с готовыми вариантами ответов, и респонденты должны были лишь выбрать и подчеркнуть какой-либо вариант ответа.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью статистических программ SPSS 10.0 for Windows а также Microsoft Excel-2007 в модификации С.Н. Лапач и соавт. [6]. Количественные признаки, имеющие нормальное распределение, обозначались как среднее со стандартной ошибкой ($M \pm m$). При сравнении статистических

гипотез использовали критический уровень значимости $p < 0,05$. Для выяснения взаимосвязи между данными использован множественный корреляционный (r) и линейный регрессионный анализы с достоверностью 95%.

Результаты и обсуждение. С точки зрения как исламской, так и христианской этики, донорство и трансплантация органов является абсолютно допустимым и очень одобряемым актом [1]. Дать возможность больным людям выжить за счет людей уже усопших – это прекрасно! Ведь божественный замысел о человеке заключается в том, чтобы люди спасали других людей с помощью науки [3]. Но спасение жизни одного человека не должно лишать жизни другого. Есть органы, донором которых человек может стать, сохранив свое здоровье и жизнь: например, почки, которых у человека, как известно, две. По мнению представителей различных религиозных конфессий, человеку, отдавшему кому-то свою почку, простится много грехов. Люди верующие и неверующие по-разному относятся к возможности продлить земную жизнь, и избежать страданий за счет пересадки органов из другого человеческого тела.

На следующий анкетный вопрос, на каких основаниях Вы могли бы положительно согласиться к живому донорству органов и тканей, или стать донором для нуждающегося человека (например «дарение одной почки»), опрошенные респонденты, в зависимости от пола и возраста, ответили следующим образом. Результаты представлены в таблице 1.

По данным таблицы 3 видно, что большинство респондентов положительно согласятся к донорству вследствие отношения к родственнику (в среднем 50,5%). Интересно, что лиц среднего возраста, по сравнению с лицами другой возрастной категории, больше начинает волновать денежный интерес (26,5%), и менее – нравственно-человеческие факторы (15,7%).

По данным ртаблицы 1 видно, что мужчин (26,1%) по сравнению с женщинами (5,3%) почти в 5 раз больше интересует денежное вознаграждение при согласии к донорству. Женщины больше склонны оценивать фактор «отношение к родственнику» (55,6%) и нравственно-человеческие факторы (28,8%) при решении вопроса донорства органов.

В таблице 2 представлены результаты анкетного вопроса, на каких основаниях Вы могли бы положительно согласиться к донорству органов и тканей, или стать донором для нуждающегося человека (например «дарение одной почки»), среди опрошенных респондентов в зависимости от образования, профессии и религиозного вероисповедания.

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Таблица 1 – Ответы респондентов на анкетный вопрос, на каких основаниях Вы могли бы положительно согласиться к живому донорству органов и тканей, или стать донором для нуждающегося человека (например «дарение одной почки»), в зависимости от возраста и пола.

Категории респон-дентов	Ответы респондентов:				Всего, абс.
	Денежный интерес, %	Отношение к родственнику, %	Нравственно-человеческие факторы, %	Затрудняюсь ответить, %	
Всего	13,75	50,5	26	9,75	400
в зависимости от возраста:					
18-39 лет	9,9	51,0	29,3	9,9	294
40-55 лет	26,5	50,6	15,7	7,2	83
56-72 лет	13,0	47,8	21,7	17,4	23
в зависимости от пола:					
Мужчины	26,1	43,3	21,7	8,9	157
Женщины	5,3	55,6	28,8	10,3	243

Таблица 2 – Ответы респондентов на анкетный вопрос, на каких основаниях Вы могли бы положительно согласиться к живому донорству органов и тканей, или стать донором для нуждающегося человека (например «дарение одной почки»), в зависимости от уровня образования, профессии и религиозного вероисповедания.

Категории респондентов	Ответы респондентов:				Всего, абс.
	Денежный интерес, %	Отношение к родственнику, %	Нравственно-человеческие факторы, %	Затрудняюсь ответить, %	
Всего	13,75	50,5	26	9,75	400
в зависимости от профессии:					
Технономические	27,8	51,4	12,5	8,3	72
Социономические	11,5	52,5	27,0	9,0	200
Сигнономические	5,3	46,3	36,8	11,6	95
Безработные	18,2	51,5	18,2	12,1	33
в зависимости от уровня образования:					
Среднее	25,0	50,0	15,6	9,4	64
Среднее профессиональное	14,2	44,1	35,4	6,3	127
Высшее	9,6	55,0	23,4	12,0	209
в зависимости от религиозного вероисповедания:					
Мусульмане	12,4	50,4	28,5	8,7	212
Христиане	12,8	57,3	22,2	7,7	107
Атеисты	8,0	70,0	12,0	10,0	50
Другое	29,0	16,1	25,8	29,0	31

По данным таблицы 2 видно, что самый высокий интерес к денежному вознаграждению для возникновения положительного согласия к донорству возникает у лиц технономических профессии (27,8%), тогда как у лиц с сигнономическими профессиями только 5,3%, у которых также по нравственно-человеческим факторам самые высокие показатели (36,8%).

С увеличением уровня образования у респондентов уменьшается денежный фактор в решении вопроса на положительное согласие к

донорству.

По данным таблицы 2 также наглядно видно, что на указанный анкетный вопрос атеисты меньше всего интересуются денежным интересом (8,0%) и сравнительно больше всего руководствуются чисто отношением к родственнику (70,0%), и их меньше беспокоит нравственные отношения (12,0%).

Заключение. Таким образом, при изучении интереса населения чтобы положительно согласиться к донорству органов и тканей, или

стать донором для нуждающегося человека (например «дарение одной почки») на первом месте становится фактор отношения к родственнику ($\approx 50,5\%$), денежный интерес в $13,75\%$. При этом, интересно, что денежный интерес больше начинает волновать лиц в среднем возрасте ($26,5\%$). Также выявлено, что мужчин ($26,1\%$) по сравнению с женщинами ($5,3\%$) почти в 5 раз больше интересует денежное вознаграждение при согласии к донорству. Женщины больше склонны оценивать фактор «отношение к родственнику» ($55,6\%$) и нравственно-человеческие факторы ($28,8\%$) при решении вопроса донорства.

С увеличением уровня образования у респондентов уменьшается денежный фактор в решении вопроса на положительное согласие к донорству. Атеистов меньше всего интересует денежный интерес ($8,0\%$) и они сравнительно больше всего руководствуются чисто отношением к родственнику ($70,0\%$), и их меньше беспокоит нравственные отношения ($12,0\%$).

Таким образом, в проведенном

пилотном, открытом, популяционном, квази-эпидемиологическом исследовании нами изучены основные причины согласия/несогласия к живому донорству органов и тканей населения Республики Казахстан на основе проведения социологического опроса

Недостатки исследования. Представления об отношении населения к донорству органов и тканей по результатам социологического опроса отличаются незавершенностью. Проведенное популяционное, квази-эпидемиологическое исследование имеет небольшую выборку. Для установления, более приближенных к истине, состояния «психологического настроения» населения республики по поводу донорства органов и тканей, учитывая современный уровень доказательной медицины, несомненную актуальность приобретает проведение масштабных исследований в данном направлении.

Ключевые слова: живое донорство органов и тканей, социологический опрос, популяция, эпидемиологическое исследование.

ЛИТЕРАТУРА

(Endnotes)

1 Jafar T.H. Organ Trafficking: Global Solutions for a Global Problem. *Am J Kidney Dis.* 2009; 54: 1145-1157.

2 Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. – М.: Академия, 2004. – 304 с.

3 Руководящие принципы проведения операционных и прикладных исследований при осуществлении программ здравоохранения и борьбы с болезнями. Специальная программа ЮНИСЕФ/ПРООН Всемирного банка ВОЗ по научным исследованиям и подготовке специалистов в области тропических болезней, 2008.

4 Polit D.F., Beck C.T., *Nursing research. Principles and Methods (7-th edition).* Lippincott Williams and Wilkins, 2004. – 758 p.

5 Gordis L. *Epidemiology. 3-rd edition.* Elseiver, Phyladelphia, 2004. – 335 p.

6 Хамзина Н.К., Исаева Р.Б., Турмухамбетова А.А., Граф М.А. Принципы и методология проведения научных исследований в области здравоохранения. /Методические рекомендации. – Астана, 2010. – 114 с.

7 Лапач С.Н., Чубенко и др. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – Киев, 2000. – 319 с.

8 Einollahi B. Cadaveric kidney transplantation in Iran: behind the Middle Eastern countries? *Iran J Kidney Dis* 2008; 2: 55–56.

9 Rithalia A, McDaid C, Suekarran S, et al. Impact of presumed consent for organ donation on donation rates: a systematic review. *BMJ* 2009; 338: a3162.

Ошақбаев Қ.П., Құттымұратов Ф.М., Оспанова А.Қ., Үдербаев Н.Н., Хасенова А.С.

ҚАЗАҚСТАНДА ХАЛЫҚТЫҢ АҒЗА МЕН ТІНДЕР ДОНОРЛЫҒЫНА КЕЛІСІМ БЕРУ/ БЕРМЕУ СЕБЕПТЕРІН ҚОҒАМДЫҚ ПІКІР СҰРАҒЫ БОЙЫНША ЗЕРТТЕУ

Нәтижелер. Өз мәйітінің донорлығына жауапкерлердің 26% сенімсіздігін медицина құрмалдығымен байланыстырады (медициналық күтудің, денсаулық сақтаудың даму деңгейі) бұл нәтиже басқа сенімсіздіктермен – құқықтық ара пікірлер және діни түрткінің негізідермен басқаша (ОШ $1,81$; ДИ: $1,2-2,5$). Жауапкерлердің $43,5\%$ мәйіт донорлығына келісімін береді екен, ал тірі донорлыққа тек $13,5\%$ келіседі – бұл $3,2$ ретке көп болып табылады (ОШ = $4,9$; ДИ: $3,4-6,9$).

Тұжырым. Демек, Қазақстанда мәйіттің донорлығының едәуір әлуегі айқындалды. Сұралғандардың жартысы ($43,5\%$) ағза және тіндер донорлығына сарп етуге дайын.

Oshakbayev K.P., Kuttymuratov G.M., Ospanova A.K., Uderbayev N.N., Hasenova A.S.

**CAUSES OF AGREEMENT/DISAGREEMENT TO ORGANS AND TISSUES DONATION:
RESULTS OF A PUBLIC POLL IN KAZAKHSTAN**

Objective. To study causes of the agreement/disagreement to organs and tissues donation in the Kazakhstan according to a public opinion poll.

Results. The 26% of respondents would refuse to get a cadaveric donation due to distrust to a positive outcome of donation (the level of medical service, health development) compared with the other persons who disagree due to ignorance of a legal framework and religious motivations (OR 1.81; CI: 1.2-2.5). The respondents who consent to a cadaveric donation (43.5%) compared with respondents who consent to a living donation (13.5%) were 3.2 times more (OR = 4.9; CI: 3.4-6.9).

Conclusion. Thus, in Kazakhstan is revealed the enormous potential of cadaveric donation. There are almost half of respondents (43.5%) willing to donate organs and tissues after death. Every other citizen of Kazakhstan is ready to grant to donate cadaveric organs and tissue.



УДК: 614.212-005.961(569.4)

Рыскелдинова Л.Е.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ПОКОЯ ИЗРАИЛЯ

МЦ Больница УДП РК, г. Астана.

Приемное отделение в стационаре играет ключевую роль в постановке первичного диагноза, определении степени тяжести состояния и при решении необходимости госпитализации больного. Показаниями для госпитализации в стационар является необходимость оказания квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи с круглосуточным медицинским наблюдением [1].

Цель исследования: провести сравнительный анализ работы на этапе приемного покоя и оказания медицинской помощи в Израиле.

Материалы и методы: Наблюдения и сравнения работы приемного покоя Израиля.

В Израиле существует система страховой и частной медицины.[3] Здравоохранение Израиля основано на обязательной системе страхования. Все граждане застрахованы в одной из четырех основных больничных касс («Клалит», «Меухедет», «Маккаби» и «Леумит»), которые не являются государственными, но находятся под жестким контролем Министерства здравоохранения. Перечень медицинских услуг, предусмотренных государственным страхованием, называется «корзиной здоровья», которая утверждается правительством и едина для всех больничных касс; в нее входит и экстренная медицинская помощь.[2]

В приемном покое обслуживаются по

направлению с поликлиники, а самообращения на платной основе. Первичная регистратура: секретарь регистрирует пациентов направленных с поликлиники или самообращение, доставленных по скорой помощи, заполняется история болезни, (индивидуальное штриховое кодирование - это ФИО, № паспорта, дата рождения и дата обращения). Применяется методика штриховой кодировки пациента в клинике. Исключение ошибок назначения диагностики и лечения. Далее пациента направляет в комнату медицинской сестры. Медицинская сестра заполняет истории болезни (жалобы, данные осмотра). Обязательное выяснение аллергоанамнеза, при отсутствии аллергии на руку пациента надевается синий браслет, если есть аллергия, надевается красный браслет. Фиксируются штрих код и указывается на какой препарат аллергия. Данная информация дублируется в истории болезни. Медицинская сестра после осмотра определяет степень тяжести пациента, крайне тяжелых больных переводит в реанимационную палату, с подозрением на инфекцию в отдельную инфекционную палату, хирургической патологией в хирургическую палату, терапевтических в терапевтический приемный покой и другим специалистам. Также в приемном покое ортопед, который выполняет функцию травматологического пункта.

Приемный покой разделен на 3-отделения: терапевтических - 16 палат и 10- хирургических

палат, 3-реанимационных палат, могут принять до 6- пациентов. Все они расставлены рядом изголовьями к стене, отделены друг от друга занавесками.

В середине зала расположен врачебный и сестринский пост длинный стол со стойкой за которым происходит вся административная работа. В больнице установлена компьютерная программа, где можно просмотреть все медицинские данные о пациенте: диагноз, даты госпитализаций, посещения поликлиники базисное лечение. Рентген результаты и компьютерную томограмму описывают врачи приемного покоя, диагнозы выносятся только острые, на консультацию могут вызвать узких специалистов.

Терапевтический блок.

Оснащен монитором, стационарный кислород, вакуум отсос, аппарат с позитивным давлением, маски, зонды, пластыри, тумба с многообразовой постелью. Есть шкаф с медикаментами. Медикаменты хранятся в шкафах, шкафы открываются по карточной системе. У каждого врача и медсестры есть карточка. В каждом отделении имеется передвижная реанимационная тумба, в которую входят дефибриллятор + монитор, кислород, набор для интубаций, трахеостомии, АМБУ, кардиопамп, маски, растворы, системы, шприцы, стерильный материал.

Реанимационный блок.

- ИВЛ, монитор, дефибриллятор, инъектомат, УЗИ аппарат, многофункциональная кровать;

- стойка с кислородом, вакуум отсосом и розетками; термостат для согревания растворов, аппарат для согревания больного;

- наборы для интубации, трахеостомии, подключичной катетеризации, родовый набор, противоожоговый набор, шкаф с лекарствами, со стерильным шовным материалом, маски, зонды. После оказания первичной помощи, обследовании, стабилизации состояния пациента в отделение сопровождают врач и медбрат со специальными сумками.

Первая сумка – фармакологические препараты для экстренной неотложной помощи.

Вторая сумка - интубационный набор, трахеостома, АМБУ, растворы, кубитальный катетор, шприцы, системы, стерильные материалы.

Хирургический блок (резервные койки -10, оснащение аналогичное терапевтическому отделению). Хирурги принимают взрослых и детей.

В приемном покое выделены:

палата для инфекционных больных (двойная дверь, спецодежда, вакуум-вытяжка воздуха).

палата для больных со сниженным иммунитетом (обычная палата, только с дверью, чтобы оградить от дополнительной инфекции

для онкологических больных).

В приемном покое вся аппаратура передвижная на колесиках, все обследования, процедуры, все анализы берутся возле постели пациента, кроме ЯМРТ. Доставка анализов из отделения в лабораторию, осуществляется с помощью пневмо- аппарата (пневматическая почта Аегосом). Результаты анализы поступают на компьютер врача. По результатам обследования выставляется диагноз, Пациента госпитализируют, могут оставить под наблюдением в течении суток, либо отправляют домой с рекомендациями. Врач назначает лечение это - подтверждается печатью. Назначение врача выполняют две медсестры в целях исключения ошибок. Систему заправляет одна медсестра, на инфузионные флаконы фиксируется штрих код данного пациента. Приглашается вторая медсестра, сверяет с назначением в истории болезни, что данный препарат назначен этому больному, затем ставится печать, отмечает время, когда поставили систему. Если пациент отказывается от госпитализации, заполняется бланк отказ от госпитализации в трех экземплярах. Один отдается пациенту, второй заведующему отделением, третий прикрепляется к истории болезни. Данный документ (для больницы и юриста) заполняется врачом, в присутствии еще одного врача (или медработника).

В Республике Казахстан согласно Конституции граждане вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом. В гарантированный объем бесплатной медицинской помощи включается: самообращение в приемный покой, обслуживание в поликлинике и по скорой помощи, стационарное лечение.

Выводы: 1) медицинская помощь в Израиле входит в перечень медицинских услуг, предусмотренных государственным страхованием; если нет страховки, обратившийся в приемный покой больной сам оплачивает обслуживание. 2) В Израиле приемных покоя организован по европейским стандартам: разделен на 3 приемный покой: терапевтических 16 палат, хирургических 10 палат, реанимационных 3 палат. В Казахстане отдельные комнаты для узких специалистов: гинекологические, хирургические, урологические или приглашается специалист на консультацию. 3) В Израиле все обследования кроме ЯМРТ проводятся возле пациента. 4) В приемном покое в Израиле хирурги принимают взрослых и детей, а также выполняет функцию нейрохирурга и травматолога.

В Республике Казахстан любая медицинская помощь входит в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи.[4]

В Казахстане бесплатное здравоохранение, но будущее – за страхованием в медицине.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куспаев ЕН «Оптимизация организаций работы приемного отделения в urgentных клиниках» Астана 2011, стр. 5.
2. И. Илевский «Медицинское страхование в Израиле». Журнал «Здравоохранение за рубежом», №1, 2007 г., стр. 53-54.
3. К. Котенко «Здравоохранение Израиля». Медицинская газета «Здоровье Украины», №7, 2008 г., стр. 10-11.
4. Конституция Республики Казахстан от 30.08.1995 года. Раздел II. Человек и гражданин. Статья 29.
5. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 г. № 2136 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

Рыскелдинова Л.Е.

ИЗРАИЛЬДЕГІ АУРУЛАР ҚАБЫЛДАУ БӨЛІМІНІҢ ЖҰМЫС ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Израильдегі медицина - сақтандыру медицинасы. Қабылдау бөлімі 16 терапиялық, 10 хирургиялық, 3 жан сақтау бөлмелеріне бөлінген. ЯМРТ-дан басқа барлық зерттеулер науқастың жанында жасалады. Қазақстанда медициналық көмек тегін, қабылдау бөлімінде бөлмелер саны аз. Қазақстандағы ақылы медициналық көмектер тек жекеменшік медициналық клиникаларда жүргізіледі.

Ryskeldinova L.E.

IN ISRAEL INSURANCE MEDICINE

Emergency room is divided: 16 therapeutical, 10 surgical wards, 3 intensive chambers. All kinds of examination except the nuclear magnetic resonance therapy is made near the patient. In Kazakhstan medical care is free. In the emergency room its not many houses. Paid services in Kazakhstan done in the private clinics.



УДК: 616.314-77:341.323.3

Садилов С.А.

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ СПОСОБОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Главный военный клинический госпиталь
Министерства обороны Республики Казахстан

Несмотря на огромные достижения человечества в области естественных наук, число людей, страдающих заболеваниями зубов и десен, не становится меньше.

Однако проблем с зубами можно избежать, если вовремя обратиться к стоматологу и получить не только квалифицированную помощь, но и информацию относительно ухода за зубами. Ведь профилактика заболеваний всегда намного проще и дешевле стоматологического лечения. Кроме того какими бы прочными ни казались пломбы и коронки, они никогда не смогут заменить человеку настоящие зубы. А болезни зубов и десен влекут за собой неприятности с внутренними органами, чаще всего с органами пищеварения [1,3]. Особого внимания заслуживает Классификация дефектов зубного ряда по Кеннеди, которая исследована профессором В.А.Козловым [2,465]. При отсутствии одного или нескольких зубов

необходимо восполнить утраченный зуб. До сих пор на практике, в военной стоматологии применяется - мостовидный протез. При этом два соседних зуба обтачиваются, даже если здоровые, и на них фиксируются коронки. Часто врачи удаляют «нерв» из здорового зуба. Возникают такие негативные последствия: опорные зубы начинают портиться и расшатываться под «мостом». Кроме того, современные представления о необходимости сохранения костной ткани подталкивают к ограничению применения подобного протезирования. Дело в том, что после удаления зуба кость, которая удерживала его, остается без нагрузки, т.е. не функционирует. Это приводит к ее рассасыванию и атрофии. Эта проблема может решаться установкой искусственного корня – имплантата, который функционирует сам и позволяет функционировать удерживающей его кости. В настоящее время коронки на имплантатах

служат гораздо дольше и являются наиболее физиологическим видом протезирования.

Если зуб очень сильно разрушен или его цвет изменился и потемнел из-за предыдущего лечения, необходимо изготовить металлокерамическую коронку. В этом случае не требуется «депульпировать» зуб, т.е. удалять из него «нерв» т.к. при подготовке зуб обрабатывается особым методом, позволяющим очень точно убрать ровно столько тканей, чтобы можно было изготовить косметическую коронку. Кроме того, керамическая коронка так точно прилегает к зубу, что граница абсолютно гладкая, это благотворно сказывается на сроке функционирования коронки и здоровом состоянии десны.

На наш взгляд, необходимо совершенствовать способы диагностики с целью выявления более ранних стадий различных заболеваний и в том числе, методов профилактики и диагностики онкологических заболеваний в челюстно-лицевой области.

Сегодня стоматологические услуги включают богатейший арсенал различных способов протезирования: от традиционных или металлокерамических коронок до съёмных протезов, виниров или нейлоновые конструкций. На современном этапе развития дентальной имплантации ведущие позиции по широте и частоте использования в различных клинических ситуациях заняли винтовые имплантаты. Это связано, в первую очередь, с многолетними клиническими исследованиями и экспериментами, результатом которых явилось создание биомеханически оптимизированной модели винтового имплантата и супраструктур, отвечающих самым высоким эстетическим и функциональным требованиям.

Как известно, верхняя челюсть представляет собой совершенно другую картину с точки зрения имплантатного протезирования по сравнению с нижней челюстью. Доступ к кости часто ограничен в связи с сильно резорбированным альвеолярным отростком, что, в сочетании с верхнечелюстными пазухами и носовой полостью, ограничивает наличие кости для поддержки имплантата. Период заживления и период, необходимых для образования плотного костного слоя вокруг имплантатов, удлиняется по сравнению с аналогичными периодами при протезировании нижней челюсти. После завершения оссеинтеграции имплантаты, несущие нагрузку в верхней челюсти, имеют более слабую костную опору по сравнению с имплантатами в нижней челюсти. В то время, как верхняя челюсть 4-5 имплантатами бикортикальной фиксации может держать фиксированный съёмный мостовидный зубной протез 10-12 зубов, для верхней челюсти необходимо большее количество хорошо распределённых имплантатов данного типа протезирования.

Имеющиеся тенденции в росте травматизма

как в случаях выполнения военнослужащими уставных обязанностей, так и в случаях допущения неуставных отношений, где в обязательном порядке имеет место применение физической силы, более чем 50% случаев поражению подвергается челюстно-лицевая область. Нельзя не учитывать и огнестрельных ранений.

В военной стоматологии необходимо внедрить новые формы зубопротезирования и предусмотреть в этих целях дополнительные денежные средства.

Виниры являются способом изменить форму, цвет, дефект положения зуба и достичь ослепительной «голливудской» улыбки, решая эстетические задачи. Подобное творчество требует от врача значительной квалификации и чувство вкуса. Винир представляет из себя тонкую, обычно керамическую, чешуйку, очень точно прилегающую к зубу. Винир прочно фиксируется на зубах различными стоматологическими цементами.

Вкладки изготавливаются в лаборатории по индивидуальному слепку, и, по сути, представляют собой пломбы, сделанные с большой точностью и прочностью. В нашей стоматологии изготавливаются вкладки из керамики и компомеров. Их используют при значительном разрушении зуба, когда невозможно смоделировать качественную пломбу. Раньше неминуемо такие зубы покрывались керамическими коронками, а сейчас больше нет необходимости обтачивать его и изготавливать коронку, достаточно изготовить утраченную часть зуба и прочно зацементировать её.

Имплантат корневидной формы позволяет сразу после удаления «больного» зуба установить его в имеющееся отверстие в кости. Подобная методика позволяет «обмануть» природу и искусственный имплантат сразу начинает функционировать как собственный зуб. Бюгельный протез – (происходит от немецкого слова «Bugel», что в переводе на русский язык означает «дуга»). Такая конструкция зубного протеза позволяет использовать для опоры не только десны, но и собственные зубы. У бюгельного протеза более компактный вид, он достаточно удобен, долговечен и прочен. При этом по сравнению с пластиночными съёмными протезами, у бюгельного протеза способ передачи жевательной нагрузки ближе к физиологическому. По мнению Американской стоматологической ассоциации при полном отсутствии зубов необходима имплантация. Подобная ситуация оценивается как инвалидность.

Прогнозы на будущее не утешительны - к 3000 году у каждого жителя планеты Земля, в том числе военнослужащих, обязательно найдется кариес, поразивший практически все зубы, часто из которых неизбежно будет потеряно. Поэтому актуальность проблемы трудно переоценить.

Данный факт специалисты объясняют разными причинами, в том числе плохой наследственностью, неправильным питанием и пренебрежением к гигиене полости рта. В результате развивается кариес и откладывается зубной камень-предвестник практически всех заболеваний зубов и десен. Наследственные заболевания зубов посвящено множество исследований. Среди них особого внимания заслуживают труды профессора Белякова Ю.А. Он всесторонне рассматривает врожденные пороки лица, наличия анкилоззубов [3,202]. Полная расшифровка генома человека без сомнений приведет к раскрытию этиологии всех генетически обусловленных заболеваний, что решит проблему их предотвращения и лечения.

Другой причиной кариеса зубов является, известное всем ухудшение экологии. Употребление алкоголя военнослужащим до призыва в армию также приводит к различным зубным заболеваниям. В ортопедической практике встречаются немало типичных ошибок. Следует обратить внимание на правовые основы определения врачебных ошибок, которые нашли отражение в научных трудах Копейкина В.Н., Миргазизова М.З., Малый А.Ю. [4,204].

Одно из распространенных заболеваний среди военнослужащих является заболевание

пародонта. Все заболевания пародонта, связанные с недостаточной гигиеной полости рта, с внедрением профилактики, несомненно, сойдут на нет. Лечение заболеваний пародонта, обусловлены основными болезнями. Такое возможно при некоторых обстоятельствах, когда из-за невнимательности призывной комиссии в ряды военнослужащих попадают и лица, которые не подлежат к призыву, которых лишь через некоторое время обнаруживают болезнь, о котором вынуждены констатировать, что болезнь появился или возник в ходе прохождения воинской службы.

На наш взгляд, при призыве на военную службу особое внимание следует обратить и на состояние зубов призывников, так как в этом плане имеет место заниженность внимания на состояние зубов, существует устоявшийся взгляд на заключение стоматологов как на что-то несущественное. Данная ситуация приводит к значительным государственным расходам на дополнительное лечение военнослужащих.

Для военнослужащих, как и для остальной части населения длительное сохранение зубочелюстной системы считается признаками высокой культуры общества, качества его жизни и его благосостояния. Эта идеология, должна стать частью политики Республики Казахстан.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Лечение болезней десен и зубов традиционными и нетрадиционными способами/ сост. Е.Л.Исаева.-М.: РИПОЛ классик,2010.-256с.*
2. *Стоматология: учебник для лиц медицинских вузов и последипломной подготовки специалистов/Под ред. В.А. Козлова-2-ое изд.,испр. И доп. СПб: Спец.Лит.,2011-487с.*
3. *Беляков Ю.А. Наследственные болезни и синдром в стоматологической практике-Изд.,2-е, перераб. И доп.М.: ОАО Издательство «Медицина»,2008,-240с.*
4. *Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., Малый А.Ю. Ошибки ортопедической стоматологии. Профессиональные и медико-правовые аспекты.-М.: Издательство «Медицина»,2002.-240с.*

Садиров С.А.

ӘСКЕРИЛЕРДІҢ ТІСТЕРІН ПРОТЕЗДЕУДІҢ ЖАҢА ТӘСІЛДЕРІН ЕНГІЗУ МӘСЕЛЕСЕРІ

Бұл мақалада тіс протезінің жаңа түрлерін әскердегі жауынгерлерге қолдану мәселелері зерттелген.

Sadirov SA.

PROBLEMS OF NEW WAYS PROSTHETICS SOLDIERS

This article includes the new issue of methods of using dentures on military soldiers.



УДК: 616.31:341.323.3

Садиров С.А

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ЧАСТЯХ И УЧРЕЖДЕНИЯХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН*Главный военный клинический госпиталь
Министерства обороны Республики Казахстан*

Стоматологической работы в частях и учреждениях Вооруженных Сил Республики Казахстан воинские части, не имеющие врачей-стоматологов или зубных врачей, обслуживают врачи соседних или расположенных поблизости частей. Иногда к этому могут привлекаться и врачи гражданских лечебных учреждений.

Отдельные воинские подразделения, военные строительные отряды и части, не имеющие врачей и расположенные далеко от ближайших стоматологических кабинетов, поликлиник или госпиталей, обслуживаются подвижными стоматологическими кабинетами или выездными стоматологическими бригадами гарнизонных или окружных стоматологических поликлиник. Выезды кабинетов и бригад производятся также по заранее составленному плану, утвержденному командованием. Задачами стоматологов являются также оказание помощи и специализированное лечение при ранениях и повреждениях челюстно-лицевой области, раннее выявление и лечение доброкачественных и злокачественных опухолей, лечение воспалительных заболеваний одонтогенного и неодонтогенного происхождения и других патологических состояний области лица и челюстей.

Военная стоматология — вполне сложившийся самостоятельный раздел медицинской науки, который занимается изучением особенностей патологии, профилактики и терапии стоматологических заболеваний и травм челюстно-лицевой области в специфических условиях жизни и боевой деятельности войск в мирное и военное время. Знать эти особенности, владеть методами военной стоматологии — не только почетный долг, но и прямая обязанность каждого стоматолога, независимо от ведомственной принадлежности учреждения, в котором работает специалист. Хирургическая стоматологическая помощь в армии и на флоте в мирное время подразделяется на хирургическую стоматологическую помощь в части, соединении, в условиях гарнизонной и окружной поликлиники, в гарнизонных (базовых) и окружных (флотских) госпиталях. Объем хирургической стоматологической помощи определяется квалификацией специалиста-стоматолога и оснащением соответствующего стоматологического звена (кабинет, отделение). Для оказания хирургической стоматологической помощи личному составу части в стоматологическом кабинете желательно оборудовать специальную комнату, смежную с

основной.

Одной из важных проблем, на сегодняшний день, является нехватка кабинетов, специально оборудованных для осуществления хирургического приема военнослужащих.

Особенно при челюстно-лицевых ранениях возникает необходимость лечения как общих, то есть других заболеваний и наряду с этим производить полное протезирование верхней или нижней челюсти. Руководство по ортопедической стоматологии разработано известными учеными И.Ю.Лебеденко, Э.С.Каливградияном, Т.И.Ибрагимовым и Е.А.Брагиной в частности, получение и разметка моделей беззубых челюстей[1,97]. Хирургический прием проводится в том же кабинете, где оказывается и терапевтическая стоматологическая помощь. Для хирургических вмешательств врач выделяет отдельные дни или часы приема больных. К этому времени готовится стерильный стол, на котором находятся инструменты, обезболивающий растворы, перевязочный материал. Кроме необходимых медикаментов, инструментов и т. д., в стоматологическом кабинете части обязательно должны быть стандартная повязка (подбородочная праща и опорная головная повязка), лигатурная проволока, крампонные щипцы.

Но это мы считаем мероприятиями временного характера, которым можно воспользоваться в военное время, когда поступают большое количество раненных солдат. Но в мирное время нужно прежде всего говорить не о нехватке бюджетных средств, а об неправильном их распределении.

Среди военнослужащих есть такие для которых процедура лечения зубов вызывает панический ужас. Ученым стал интересным этот факт, и они проанализировали истории болезней пациентов, страдающих такого рода фобией. В большинстве случаев это оказались люди пережившие различные лицевые травмы или насилие. Такие факты имеют место и среди военнослужащих. Чем сильнее одолеваемый ими страх, тем дольше они отлаживают поход к врачу. На самом деле от страха перед стоматологом человек может даже умереть. Поэтому врач должен, прежде чем начать лечение успокоить пациента психологически подготовить пациента. Абсолютно безболезненное лечение зубов достигается при помощи новейших средств анестезии.

Недопустимо заражение полученное из-за

получения лечения у стоматолога. Так, в Италии после очередного посещения зубного врача скончалась 82-летняя женщина. Она заразилась болезнью легионеров. Бактерии данной болезни были обнаружены в воде, которой пользовался стоматолог. Стоматологи сами должны регулировать качество воды, использовать фильтры для очищения. На наш взгляд, вода подведенная к стоматологии в целом, в том числе к военной стоматологии должна иметь индивидуальную систему водоснабжения.

Одним из важных вопросов деятельности современного врача-стоматолога должно являться не только лечение заболеваний, но и их профилактика. Пока распространенность кариеса среди детей в возрасте от 15 до 17 лет в различных регионах республики находится в пределах 70-90%. Необходимо укреплять функционирующие и изыскать пути открытия новых стационарных стоматологических кабинетов во всех крупных школах. Для осуществления этой цели следует согласовать с областными (городскими) департаментами народного образования вопрос предоставления необходимой площади в зданиях школ без арендной платы. Необходимо учесть, что это дети предпризывного возраста.

Кариес – одно из самых распространенных заболеваний в области военной стоматологии. В разной степени им болеет до 95 военнослужащих срочной службы и контрактников. Эта болезнь связана, с его неправильным питанием и нарушенной экологией. Фиссуры – небольшие углубления и бороздки на жевательной поверхности зубов. Для этих фиссур есть специальная методика, уменьшающая риск возникновения в них кариеса. Эта методика называется герметизацией. В практической деятельности можно опираться на преперирование кариозных полостей I,II,III,IV,V классов по Блеку, который исследован Пожарицкой М.М., и

Симаковой Т.Г.[2,191].

Флосы, или просто зубная нить, применяется для очистки промежутков между зубами.

На сегодняшний день существует более 400 теорий возникновения кариеса зубов. Одна из последних и наиболее общепринятых концепций состоит в том, что в результате несоблюдения гигиены полости рта на эмали появляется мягкий налет, который твердеет у дает начало кариозному процессу.

Существует ряд мер, направленных на предупреждение развития кариеса, это:

Сбалансированное питание. Употребление в пищу продуктов, содержащих много кальция;

Гигиена. Обязательная чистка зубов дважды в день, утром и вечером.

Еще один профилактический способ – герметизация фиссур, то есть бороздок в жевательных зубах. Именно в них эмаль наиболее тонкая, и здесь чаще всего начинается кариес.

Применение препаратов фтора повышает устойчивость эмали к кариесу, и снижает заболеваемость.

На наш взгляд, необходимо внедрить обязательную консультацию со стоматологом при составлении меню для военнослужащих для обеспечения успешной борьбы с кариесом.

Успех стоматологического лечения заключается, в первую очередь, в профессионализме, опыте, наличии хорошей материальной базы и индивидуальном подходе к каждому пациенту. Военная стоматология представляет собой наиболее динамично развивающуюся отрасль медицины, успешная работа в которой требует как владения современными технологиями, применение современных материалов и знание последних достижений стоматологической науки, так и умение использовать достижения новых компьютерных технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1.Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов: Учебное пособие.-3-е издание, исправ. Перераб./Подред.И.Ю.Лебедеко,Э.С.Каливраджияна,Т.И.Ибрагимова, Е.А.Брагина.-М.:

ООО «Медицинское информационное агентство»,2011.-448с.

2.Пожарицкая М.М., Симакова Т.Г. Пропедевтическая стоматология-М.: ОАО Издательство «Медицина»,2004-304с.

Садиров С.А

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҚАРУЛЫ КҮШТЕР МЕКЕМЕЛЕРІ МЕН БӨЛІМШЕЛЕРІНДЕГІ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ЖҰМЫСТЫҢ КЕЙБІР ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Бұл мақалада Әскери күштердің бөлімшелерінде және мекемелерінде стоматологиялық қызметтің кейбір ерекшеліктері зерттелген.

Sadirov S.A.

SOME DENTAL WORK UNITS AND INSTITUTIONS OF THE ARMED FORCES OF KAZAKHSTAN

Some aspects of dental field in forces deports and institutions investigate in this article.

УДК: 616.31-005.6:365.721

Садиров С.А.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ВОЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ*Главный военный клинический госпиталь
Министерства обороны Республики Казахстан*

Военная стоматология — сравнительно новый раздел медицинской науки. Круг проблем, которые решает этот раздел медицинской науки, достаточно широк. Возникновению военной стоматологии предшествовало накопление, научное обобщение и практическое разрешение вопросов, связанных с профилактикой и лечением заболеваний зубов, челюстей и других органов полости рта у военнослужащих, а также ранений и повреждений лица и челюстей как в мирное, так и в военное время.

В развитии военной стоматологии можно четко проследить возникновение и постепенное становление двух самостоятельных направлений, которые слились воедино лишь после Великой Октябрьской социалистической революции. Первое из них связано с организацией и лечением челюстно-лицевых раненых и в течение длительного времени развивалось в рамках общей военно-полевой хирургии. Второе — организация и лечение стоматологических заболеваний у военнослужащих, находившиеся в компетенции зубных врачей.

Как известно, от 30 до 40% всех обращающихся за амбулаторно-поликлинической помощью в войсках составляют больные с заболеваниями зубов, органов полости рта и челюстно-лицевой области. Значительное количество лиц, кроме того, нуждаются и в стационарной стоматологической помощи. Наконец, хорошо известно, как велико значение специализированной помощи челюстно-лицевым раненым во время войны. В сущности специализация хирургической помощи на войне вообще началась именно с выделения пострадавших челюстно-лицевого профиля во время первой мировой войны 1914—1918 гг. и организации специальных челюстных лазаретов. К 1936 г. коллектив кафедры стоматологии Военно-медицинской академии разработал упрощенный способ шинирования (М. К. Гейкин), модели стандартных транспортных повязок для верхней и нижней челюстей, инструкции по зубопротезированию в Красной Армии, по оказанию первой помощи раненым в лицо и челюсти, по питанию раненых и уходу за ними. Кроме того, составлены таблицы оснащения лечебных учреждений в войсковом, армейском и фронтовом районах. Все элементы этой системы были проверены во время боев у оз. Хасан, у р. Халхин-Гол, в период советско-финляндского вооруженного конфликта и послужили основой

той системы организации помощи и лечения челюстно-лицевых раненых, которая была принята в период Великой Отечественной войны. В 1942 г. вводятся сначала внештатные, а в 1943 г. штатные должности фронтовых стоматологов, затем внештатные должности армейских стоматологов, укомплектовываются должности стоматологов в отдельных ротах медицинского усиления (ОРМУ), а также в челюстно-лицевых отделениях госпиталей фронтов и тыла страны. Проводится работа по изданию инструкций о порядке и объеме специализированной помощи на этапах медицинской эвакуации (Энтин Д. А., 1942), по организации прикомандирования врачей-специалистов к челюстно-лицевым отделениям госпиталей госпитальной базы армии (ГБА) и госпитальной базы фронта (ГБФ) для освоения методики хирургической обработки ран лица и рационального шинирования. В 1942 г. были разработаны и введены на снабжение специальные пайки диетического питания челюстно-лицевых раненых, более четко отработаны вопросы ухода за ними. Специальные методы диагностики и лечения ранений и повреждений лица и челюстей представляет собой особую сложность. Особенно в полевых условиях, в открытой местности. К началу 1943 г. система специализированной помощи челюстно-лицевым раненым и больным была уже хорошо отработана и действовала четко. Общеизвестны замечательные успехи военной стоматологии по лечению челюстно-лицевых раненых в период Великой Отечественной войны 1941—1945 гг., а также по лечению стоматологических заболеваний, повреждений лица и санации полости рта в войсках в послевоенное время. Профессор Т.Г.Робустова подчеркивает, что в годы Великой Отечественной войны 59,8% солдат получили челюстно-лицевые ранения и огнестрельные переломы, а в афганской войне - 47,4% солдат [1,5].

Однако идея совместной работы хирурга и зубного врача при лечении военных травм челюстно-лицевой области начала постепенно претворяться в жизнь по существу только во время первой мировой войны. «Много мучительных дней и бессонных ночей от зубной боли выпадает на долю наших солдат. А какую же помощь они могут получить в своем околотке? Смажут десну йодной настойкой, положат каких-нибудь капелек или хлоралгидрату на больной

зуб, дадут полоскание из борной кислоты, наложат согревающий компресс, а так как в большинстве случаев это редко кому помогает, то, измучившись и истерзавшись, солдат, собрав последнюю полтину, отправляется к цирюльнику, чтобы выдернуть больной зуб». По данным этого автора, на каждого юнкера приходилось в среднем 5,23 «испорченных» зуба[2].

После 1991 года началась реструктуризация стоматологической службы. Практически вся взрослая стоматология была приватизирована. Единственной республикой бывшего Советского Союза, где приватизировано 85% стоматологических учреждений, является Казахстан.

В 1998 году состоялся первый съезд стоматологов Республики Казахстан с участием представителей всех бывших союзных республик, FDI, а также Великобритании, Турции, Германии и других стран. В РК более 80% стоматологов занимаются частной практикой. В Казахстане, где превалирует частная стоматологическая служба, такая тенденция остается и в настоящее время. Параллельно начали функционировать как государственная, так и негосударственная стоматологическая служба.

Действующие законодательные акты определяют правовые основы и принципы деятельности военных стоматологов в целом, без детальной регламентации.

Так, в соответствии с Законом Республики Казахстан от 7 января 2005 года «Об обороне и Вооруженных Силах Республики Казахстан»[3] и Указа Президента Республики Казахстан от 5 июля 2007 года N 364 «Об утверждении общевоинских уставов Вооруженных Сил, других войск и воинских формирований Республики Казахстан» согласно п.116 определены обязанности Начальника медицинской службы бригады,

который подчиняется командиру бригады и является прямым начальником личного состава медицинской службы [4].

В соответствии со статьей 8 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года Центральные исполнительные органы и иные центральные государственные органы, имеющие военно-медицинские (медицинские) подразделения, в пределах своей компетенции: утверждают порядок оказания медицинской помощи в военно-медицинских (медицинских) подразделениях и устанавливают порядок и периодичность проведения медицинских осмотров соответствующего контингента в военно-медицинских (медицинских) подразделениях[5].

Если говорить о правовом регулировании деятельности военных стоматологов, то отдельного законодательного акта нет. Что остается на сегодняшний день одним из важных нерешенных проблем.

В 2008 году было принято решение о создании Национальной ассоциации стоматологов Казахстана. Ее функциями является координация деятельности различных ассоциаций стоматологов, функционирующих в Республике Казахстан. Казахстанские стоматологи в 1997 году впервые (в последующем ежегодно) участвовали в работе 85-го Всемирного конгресса стоматологов, который состоялся в Сеуле (Южная Корея). Стали регулярными и плодотворными наши контакты с коллегами из стран Европы, Азии и Америки.

Мы считаем, что необходимо создать ассоциацию военных стоматологов, что могло бы привести к обмену опытом, совершенствованию теории и практики военной стоматологии как отрасли медицинской науки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стоматология: Учебник/ Под ред. Т.Г. Робустовой-М.: ОАО Издательство «Медицина», 2008.-816с.

2. Н. И. Камаев «О зубообращении в русской армии», // «Зубообращенный вестник» № 5 за 1910 г.

3. Закон Республики Казахстан от 7 января 2005 года «Об обороне и Вооруженных Силах Республики Казахстан»

4. Указ Президента Республики Казахстан от 5 июля 2007 года N 364 «Об утверждении общевоинских уставов Вооруженных Сил, других войск и воинских формирований Республики Казахстан»

5. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009г.

Садиров С.А.

ӘСКЕРИ СТОМАТОЛОГИЯНЫҢ ДАМУЫ ЖӘНЕ ҚАЛЫПТАСУЫНДАҒЫ КЕЙБІР АСПЕКТІЛЕР

Бұл мақалада әскери стоматологияның құрылу тарихының аспектілері және дамуы зерттелген.

Sadirov SA.

SOME ASPECTS OF FORMATION AND DEVELOPMENT OF MILITARY DENTISTRY

Some aspects of getting and developing military denture investigate in this article.

Усатова Л.С.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ОТДЕЛА ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

г. Кокшетау

Акмолинская областная детская больница организована в 1985 году в течение многих лет единственным методом визуализации был рентгенологический. Кардинальные изменения произошли с появлением ультразвукового метода исследования, который благодаря своей неинвазивности и отсутствию рентгеновского облучения, быстро и широко стал применяться в нашей больнице. Лучевая диагностика Акмолинской областной детской больницы за последние годы значительно изменилась, начиная с 2004 года значительно расширился парк оборудования, что повлекло за собой необходимость концентрации технического и интеллектуального потенциала в единую службу, в результате произошла реорганизация двух кабинетов (R-кабинета и кабинета УЗД) в отдел лучевой диагностики.

Целью создания отдела явилось организационно-штатное объединение диагностических отделений с различными методами лучевой визуализации изображений, контроль качества и эффективности работы.

Материально-техническая база: Рентгеновское отделение:

- Axiom Iconos R-100 (Siemens. Германия) 2007 год выпуска. Представляет собой универсальную рентгеноскопическую систему, с дистанционным управлением. С помощью данного аппарата можно проводить рутинные и специальные методы исследований.

- Apollo (Villa. Италия) 2008 год выпуска. Стационарный телеуправляемый цифровой рентгеновский диагностический комплекс на три рабочих места. Укомплектован цифровой системой получения изображений AGFA CR. Apollo может проводить исследования во всех режимах рентгенодиагностики.

- РУМ-20М (Россия) 1985 год выпуска, стационарный рентген-аппарат, предназначен для рентгенографии и томографии.

- Basik 100-30 (IMD, Италия) 2006 год выпуска, передвижной рентген-аппарат, предназначен для использования в палатах интенсивной терапии, палатах для новорожденных и травматологических отделениях.

Отделение УЗИ:

- SonoAce9900 (Medison. Ю.Корея) приобретен в 2004 году

- EnVisorHD (Philips. USA) приобретен в 2007 году

Данные сканеры позволяют проводить как стандартное исследование, так и в режиме

спектрального и цветового доплеровского и энергетического картирования. Кроме того остается на оснащении Aloka SSD-500, который используем в отделении реанимации, в крайних случаях.

Методики отделения УЗИ: Исследования органов и сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства, органов малого таза у женщин и детей, эхокардиодоплерография, нейросонография, исследование поверхностно расположенных анатомических структур (мягких тканей, лимфатических узлов, щитовидной железы и слюнных желез), суставов, вилочковой железы, плевральной полости.

Новые методики рентгенотделения: С приобретением цифровой рентгенологической установки мы внедрили новые технологии в нашу повседневную рутинную работу: дистанционную ирригоскопию с моторизованной дистанционно-управляемой компрессией, покадровую съемку при динамических процессах, цифровую рентгенографию, томографию, рентгеноскопию. Аппарат может работать и в аналоговом режиме, но сравнивая результаты явно видно преимущества цифровых технологий. Это прежде всего высокое качество получаемого изображения, высокая скорость и самое главное низкая лучевая нагрузка на пациента. Каждый режим имеет дополнительное программное обеспечение для исследований в педиатрии с возможностью автоматической рекомендации минимальных дозовых параметров съемки по введенной дате рождения. Томографический принтер делает работу врача и лаборанта комфортной и самое главное безопасной.

Отделение лучевой диагностики в своем составе имеет три R-кабинета и два кабинета УЗД. На 1-м этаже расположен экстренный R-кабинет, где круглосуточно обследуются больные приемного покоя, рядом находится операционная, гипсовая. Здесь же обследуются больные инфекционного и приемно-диагностического отделений. На 2-м этаже имеются 2 R-кабинета: В одном из них установлен новый цифровой рентген-аппарат Apollo, здесь проводятся все специальные виды исследований. В другом аппарат РУМ-20М, в моральном и техническом плане аппарат устарел, значительно уступает новому оборудованию, однако несовершенство сервисной службы, отдаленность сервисных центров, не позволяет нам полностью отказаться от старой аппаратуры. Рядом с рентген-кабинетом находится кабинет УЗД. Такое расположение

позволяет проводить комплексное лучевое обследование детей, диагностический процесс в большинстве случаев является завершённым в пределах отдела, благодаря согласованной работе группы врачей в рамках заданного алгоритма, который предусматривает определенный порядок применения различных методов диагностики. Каждый из этих методов занимает свою нишу в диагностике патологии, обладает различной степенью информативности, имеет свои плюсы и минусы как чисто технического характера, так и в отношении безопасности пациентов.



Наибольший объем лучевых исследований в детской практике приходится на рентгенологические методы. По данным экспертов ВОЗ рентгенологическим методам на сегодня нет полной альтернативы, практическое значение метода не исчезнет, по крайней мере еще 10-15 лет, несмотря на внедрение в диагностический процесс новых визуализирующих методик [1]. Отсутствие компьютерного томографа в нашем арсенале, не позволяет проводить исследования пациентам согласно протоколам диагностики и лечения, отсюда процент КТ остается на очень низком уровне 4-6%.

Качество диагностики во многом зависит от укомплектованности и подготовки кадров. На сегодня штаты укомплектованы на 100%, 75% сотрудников категорированы. В нашем отделении работают в основном опытные сотрудники, чтобы молодое поколение быстрее освоило тонкости нашей профессии, мы ежемесячно проводим конференции, по запланированным темам, обычно конференции сопровождаются практическими занятиями. Постоянно разбираем ошибки допущенные лаборантами и врачами. Кроме того проводится параллель между заключениями УЗД и рентгеновскими, с целью выявить расхождения в ходе исследований и не допускать подобных ошибок в дальнейшем, что стало вполне реально в условиях отдела лучевой диагностики. По нашим данным расхождения при исследовании почек регистрируются в 5%, это касается дистопий, неполного удвоения и кистозных дисплазий. По данным Московских авторов расхождения между заключениями УЗИ и данными экскреторной урографией допускаются в 25% случаев. Кроме того мы работаем в тесной взаимосвязи с хирургами постоянно сопоставляем данные оперативных вмешательств и методов лучевой диагностики. За годы существования нашего отделения собран большой архив как с редко встречающейся патологией, так и банальные клинические

наблюдения.

В структуре выявляемых заболеваний: на первом месте травматические повреждения 39%, на втором острые заболевания легких 34 %, на третьем аномалия развития различных органов и систем 6%. Эти показатели свидетельствуют о низкой информированности родителей в вопросах безопасного ухода за детьми раннего возраста, слабости амбулаторно-поликлинического звена, о низком уровне санитарно-просветительной работы, отсутствию в городе генетической консультации. По стационару: 50% пролеченных



проходят рентген-исследования и 60% УЗД.

Девиз нашего отделения «Радиационная культура – закон рентгенодиагностического отделения». В детской практике, особенно жестко стоит вопрос по минимизации лучевых нагрузок. Приоритет при выборе первого диагностического шага мы отдаем УЗД как наиболее безопасному и высокоинформативному методу. С внедрением УЗ-диагностики ушла в прошлое холецистография, не проводим рентген-исследование сердца в косых проекциях с контрастированием пищевода, динамическое наблюдение за плевритами, перикардитами и др. полисерозитами проводим на УЗИ, так как именно на УЗИ можно не только констатировать наличие свободной жидкости, но и рассчитать приблизительный объем. Следующим принципом работы отдела является планирование исследований исходя из имеющихся технических и человеческих ресурсов, что стало возможным в условиях отделения лучевой диагностики.

Однако на сегодня есть ряд проблем, решение которых повысит качество диагностики, для этого необходимо:

- Приобрести спиральный компьютерный томограф, который позволит расширить спектр диагностики различных заболеваний, ускорить время на постановку диагноза, станет доступным методом диагностики всем пациентам до 14 лет нашей области.

- Создать в пределах отдела лучевой диагностики единую информационную систему для объединения разных видов лучевых исследований. Это позволит регистрировать изображения, обрабатывать их, сохранять в цифровом режиме, использовать в любой

момент для отслеживания динамики процесса, формировать протоколы исследования.

- Новая аппаратура требует соответствующего сервиса. Мы уже столкнулись с данной проблемой, отдаленность от центров обслуживания, дороговизна постгарантийного ремонта, затрудняет эксплуатацию дорогостоящего оборудования. Решение данной проблемы выходит за рамки наших возможностей и требует решения на уровне министерства.

Таким образом внедрение новых лучевых методов диагностики существенно меняет технологию диагностического процесса. Эффективное и рациональное применение

алгоритмов обследований возможно лишь в условиях отделов лучевой диагностики, интегрирующих различные методы интроскопии. При этом появляется возможность оптимального использования преимуществ каждого из методов при обследовании пациентов как с наиболее часто встречающимися синдромами, так и в сложных диагностических ситуациях, обеспечивается большая надежность диагностики, экономия средств и времени специалистов и пациентов, наиболее эффективно применяются менее инвазивные методики, уменьшается лучевая нагрузка на больных и персонал [2,3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.А. Перспективы развития лучевой диагностики в Казахстане. //Материалы научно-практического форума «Современные технологии клинической радиологии.» Ал-маты 2006//

2. Мартынова Н.В., Нуднов Н.В., Мирошниченко И.В., Современный подход к

организации работы отдела лучевых методов диагностики на амбулаторно-поликлиническом этапе. // Медицинская визуализация. 2004. №1. С. 122-126.//

3. Агеева М.И., Озерская И.К. К проблеме оптимизации службы лучевой диагностики. // Медицинская визуализация. 1996. №1. С. 49-51.//

Усатова Л.С.

АҚМОЛА ОБЛЫСЫ БАЛАЛАР АУРУХАНАСЫНДА СӘУЛЕМЕН ЕМДЕУ БӨЛІМІНІҢ ЖҰМЫСЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ ҚАЗІРГІ КҮНГЕ СӘЙКЕСТЕНДІРУ

Жаңа сәулемен емдеу әдісін енгізу бүкіл диагностикалық процестің технологиясын өзгертеді. Интроскопияның әдістерін сәулемен емдеу бөлімінде тексеру кезінде дұрыс және ұтымды қолдана білу оңтайлы нәтижелер береді. Осы негізінде әрбір әдісті қолдану наукастарда кездесетін синдромдарды анықтауға мүмкіндік береді.

L.S.Usatova

THE MODERN APPROACH TO THE ORGANIZATION OF THE DEPARTMENT OF RADIOLOGY AT CHILDREN'S HOSPITAL OF AKMOLA OBLAST

Introduction of new methods of diagnosis of radiation technology significantly changes the diagnostic process. Efficient and effective use of algorithms surveys only possible in a department of diagnostic imaging, imaging integrating different methods. In this case, it is possible to take advantage of the best of each method on patients with both the most common syndromes and in difficult diagnostic cases, provide more reliable diagnosis, saving time and money professionals and patients more effectively with less invasive techniques, reduces radiation exposure for patients and staff.



РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

ГЦП на ПХВ «Городская поликлиника №4», г. Астана

В последние годы возрастает роль стационарзамещающих технологий, в том числе в педиатрии [1]. Это связано как с экономической эффективностью, так и с этическими принципами, особенно в детском возрасте, когда маленькие пациенты находятся в более щадящих условиях, пребывая среди привычного окружения и в то же время получая адекватную терапию.

Учитывая, что в последнее время возрастает роль реабилитационных мероприятий, направленных на максимально быстрое и полноценное восстановление здоровья заболевшего ребенка, мы апробировали проведение второго (санаторного или амбулаторно-поликлинического) этапа реабилитации детей с заболеваниями органов дыхания в условиях дневного стационара.

Под наблюдением находилось 26 детей различного возраста, перенесших бронхиты и пневмонии. 75,4% из них посещали дошкольные учреждения. 86% больных имели высокий инфекционный индекс, а в анамнезе у 65% детей отмечались частые простудные заболевания. У 38% больных пациентов отмечался неблагоприятный преморбидный фон (эпизоды атопии в виде дерматитов, крапивницы непосредственно у детей, либо у родственников был неблагоприятный аллергоанамнез). В момент поступления в отделение восстановительного лечения практически каждый ребенок имел и сопутствующее заболевание. Среди них преобладали: хронический тонзиллит (у 47% детей), кариес (у 24%), инфекция мочевыводящих путей (у 11%), отиты (у 12%) и вегето-сосудистые дистонии (у 5% детей). Помимо этого, основному заболеванию сопутствовали и дерматозы желчевыводящих путей (у 3% детей), функциональные шумы различного генеза (у 3%) и анемии (11%).

При поступлении в стационар основными реабилитационными мероприятиями являлись следующие: лечебно-двигательный режим, ЛФК и массаж, физиолечение, аэротерапия. По мере необходимости акцент делался на дыхательную гимнастику, иммуномодулирующую терапию. Существенная роль в процессе реабилитации

отводилась мероприятиям по санации хронических очагов инфекции и лечению сопутствующих заболеваний. Практически все дети были осмотрены специалистами, среди которых преобладали консультации лор-врача, стоматолога и невропатолога. На каждого ребенка распространялся индивидуально – личностный подход, учитывающий особенности не только самого больного, но и его семейные взаимоотношения.

По нашим данным, средний срок, необходимый для реабилитации ребенка, перенесшего заболевание системы органов дыхания, в условиях отделения восстановительного лечения составлял 10 дней. За это время у 91,2% наблюдаемых нами детей ликвидировались лабораторные, клинические и рентгенологические признаки патологического процесса, благодаря чему в значительной степени уменьшалась вероятность перехода острого заболевания в хроническое. Несмотря на то, что у детей физиологические приспособительные механизмы системы дыхания нестойки, а резервы дыхательной функции малы, эффективность реабилитационных мероприятий приводила к положительной диагностике резервов дыхания и нормализации показателей функции дыхания.

В связи с тем, что в условиях дневного стационара дети после прохождения лечения ежедневно возвращались в привычную для них домашнюю обстановку и не регистрировался классический «синдром отрыва больного от родителей», эмоциональный тонус каждого ребенка, находившегося в отделении, восстанавливался в минимальные сроки и служил своеобразным качественным толчком для повышения эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что с развитием сети отделений восстановительного лечения дневных стационаров, второй этап реабилитации детей с бронхо-легочной патологией целесообразно проводить на базе дневного стационара отделения восстановительного лечения, расположенного по месту жительства больных детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лучкевич В.С., Анисимова С.В., Веселова.- Санкт-Петербург, 2000.-С.187-188
Котова Г.Н., Панасюк Н.В. Опыт организации стационарзамещающих технологий в педиатрической службе /Материалы научно-практической конференции, посвящённой 60-летию со дня рождения профессора Н.Г.
2. Григорьев К.И. Современный взгляд на пневмонию у детей и подходы к ее лечению и профилактике // Медицинская помощь. - 2005. - № 2. - С. 3-9.

Амрина Г.К.

КҮНДІЗГІ СТАЦИОНАРДА ҚОЛҚА-ӨКПЕ ПАТОЛОГИЯСЫ БАР БАЛАЛАРДЫ РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУ

Пневмония және бронхитпен ауырған әр түрлі жастағы балаларға клиникалық бақылау жүргізілді. Бұл мақалада емхананың күндізгі стационары жағдайындағы өткізілген кешенді реабилитация шараларының тиімділігі көрсетілген.

Amrina G.

REHABILITATION OF CHILDREN WITH BRONCHOPULMONARY DISEASES IN A DAY HOSPITAL

A clinical observation of children of different ages who have had pneumonia and bronchitis. The efficiency of complex rehabilitation measures carried out in a day hospital clinic.



УДК: 616.33-002.2;616.9-07-08

Ж. Ш. Байкенова

КЛИНИКО – МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА И ИНФЕКЦИЙ HELICOBACTER PYLORI В ЖЕЛУДКЕ. ПРИНЦИПЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ АССОЦИИРОВАННОЙ С HELIKOBACTER PYLORI

ЦКГИОВ. г Астана.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит и дуоденит – эти заболевания следует рассматривать вместе, так как природа их происхождения одинака, да и патологические процессы, лежащие в основе их развития одинаковы. В развитии этих заболеваний играют определенную роль микроорганизмы – Helikobacter pylori.

Для установления окончательного диагноза я использовала данные эзофагогастродуоденоскопии, которая позволила не только определить наличие язвы, но и ее локализацию, размеры, стадию развития.

Для установления полного диагноза язвенной болезни о наличии инфекции H pylori в ЦКГИОВ особое значение приобрело использование морфологического метода диагностики – метода мазков-отпечатков с биопсией слизистой, которая позволила установить наличие или отсутствие инфекции Helikobacter pylori в желудке

пациентов. Для достижения более надежных критериев Helikobacter pylori инфекции лаборатория использовала окраски мазков по Романовскому-Гимзе и по Грамму.

Целью моей работы было изучение эффективности лечения антихеликобактерными препаратами язвенную болезнь, ассоциированную с Helikobacter pylori. Больные были обследованы физикально, эндоскопически, цитологически. Всего мною было обследовано и пролечено 40 пациентов. Пациенты были распределены на две группы: 1) основной – 32 пациента, получавших антихеликобактерные препараты.

2) контрольной - 8 пациента не получавших антихеликобактерные препараты.

В основной группе эндоскопический, морфологический контроль был проведен через 4 недели со дня начатого лечения. В контрольной группе после двухнедельного лечения. Результаты лечения были эффективными в

обеих группах .

В течении 5 лет велось диспансерное наблюдение за ними.

В результате наблюдения за последние пять лет опыта лечения язвенной болезни антихеликобактерными комбинациями лекарственных средств показал, что при уничтожении (эрадикации) *H. pylori* в слизистой оболочке желудка, язвенная болезнь больше не рецидивировала, то есть исчезла сама. Опыт пятилетнего наблюдения за пролеченными больными показал, что рецидивы язвенной болезни в основной группе за этот период наступил у 5-10 % пролеченных больных и, как правило вследствие реинфекции *HP*, а в контрольной группе, не получавшей антихеликобактерной терапии язвы рецидивировали в течении двух лет у 100% (8)..Более того,

уничтожение *HP* также превосходит по эффективности и по стоимости поддерживающую терапию блокаторами *H₂*-рецепторов гистамина. Группа больных с рецидивирующими язвенными кровотечениями была пролечена антихеликобактерной терапией, и у тех больных, у которых удалось *HP* уничтожить ни обострения ЯБ, ни кровотечения не повторялись в течении всего периода наблюдения (5 лет), в то же время у больных не получавших антихеликобактерную терапию. кровотечения рецидивировали несмотря на противоязвенное лечение.

Таким образом, своевременная терапия антихеликобактерными препаратами приводит к выздоровлению пациентов, уменьшению числа рецидивов и способствует предупреждению грозных осложнений.

Ж. Ш. Байкенова

СОЗЫЛМАЛЫ ГАСТРИТ ЖӘНЕ АСҚАЗАНДАҒЫ HELICOBACTER PYLORI ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ – МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ, HELICOBACTER PYLORI – МЕН ТАРАЛҒАН ЖАРА АУРУЛАРЫН ЕМДЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ МЕН ПРИНЦИПТЕРІ

Бұл мақалада антихеликобактер препаратамимен науқастарды емдеуді жүргізу асқынудың болуын тоқтатып, қайталануына жол бермейді. Бұл мақалада науқастарға жүргізілген тәжірибелік бақылаудың нәтижелері қарастырылған.

J. S. Baikenova

CLINICAL - MORPHOLOGICAL DIAGNOSIS OF CHRONIC GASTRITIS AND HELICOBACTER INFECTIONS PULORI STOMACH. PRINCIPLES AND RESULTS OF TREATMENT OF PEPTIC ULCER WAS ASSOCIATED WITH NELIKOBACTER PULORI

Timely treatment of *H. pylori* drugs leads to recovery of patients, reduce the number of relapses and helps prevent severe complications.



УДК: 618.11-089.87(001.891.7)

Бекаева Н.Н.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТКОЙ В ТЕЧЕНИЕ ТРЕХ ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШЕЙ ДВУХСТОРОННЮЮ ОВАРИОЭКТОМИЮ

ГККП «Перинатальный центр» г. Астана

В 2009 году обратилась женщина 31 года с жалобами на приливы, бессонницу, на упадок сил. Из анамнеза заболевания: три недели назад перенесла плановую операцию – холецистэктомию. Во время операции при ревизии органов малого таза выявлены двухсторонии образования яичников. При проведении операции яичники были удалены. Гистологическое заключение: тератомы обоих

яичников.

Из анамнеза жизни: второй ребенок в семье. Месячные с 12 лет по 5дней, через 28 дней регулярные. Половая жизнь с 25 лет. В браке не состоит, беременностей не было, всегда предохранялась.

До операции к гинекологу не обращалась, считала себя здоровой. Образования в яичниках клинически не беспокоили. Впервые были

выявлены во время операции.

Соматический анамнез:

- Получала лечение по поводу гипотиреоза. На момент обращения гипотиреоз медкомпенсированный.

-Хронический холецистит. ЖКБ. Холецистэктомия 3 недели назад.

-Варикозное расширение вен нижних конечностей.

-Избыточная масса тела. ИМТ-27.

С целью определения дальнейшей тактики женщина была обследована.

-Прошла УЗИ молочных желез. Патологии молочных желез не выявлено.

-УЗИ органов малого таза. Размеры матки 54*42*40 мм. М-эхo 2 мм. Яичники отсутствуют.

-УЗИ ЖКТ: состояние после перенесенной холецистэктомии.

-АлаТ, АсаТ, общий билирубин, амилаза, С-реактивный белок – в пределах нормы.

-Са 125 в пределах нормы.

-Кровь на сахар -4.5 ммоль/л.

-Показатели липидограммы, уровень холестерина в пределах нормы.

-Коагулограмма без отклонений.

-Кольпоскопия: многослойный плоский эпителий равномерный, гладкий, блестящий. Сосудистый рисунок не выраженный.

При объективном осмотре: А/Д -110/70. Температура - 36.8.

Кожные покровы обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный, перистальтика активная.

При осмотре на зеркалах: эпителий шейки матки цел, выделения слизистые скудные.

При вагинальном осмотре: матка маленькая, плотная, безболезненная, подвижная. Придатки при осмотре не определяются. Своды свободны. Тракции за шейку матки безболезненны. Данных за спаечный процесс органов малого таза нет.

Учитывая все имеющиеся данные был выставлен диагноз:

Посткастрационный синдром. Послеоперационный период 20 суток (овариоэктомия с двух сторон по поводу тератом яичников).

Гипотиреоз мед. компенсированный. Хронический холецистит (холецистэктомия). Варикозное расширение вен нижних конечностей.

Принимая во внимание результаты обследования, отсутствие абсолютных противопоказаний для назначения ЗГТ, женщине рекомендовано принимать фемостон 2/10 непрерывно, практиковать ношение эластичного трикотажа. Повторный осмотр был назначен через 3 месяца.

Пациентка регулярно посещала врача. На фоне приема фемостона 2/10 самочувствие улучшилось, месячные регулярные, безболезненные.

В 2011 году женщина обратилась с желанием родить ребенка. Была обследована и направлена в

ЭКО центр, с целью проведения ЭКО программы с донорской яйцеклеткой. В сентябре 2011года женщине были подсажены два эмбриона в полость матки. В качестве донора яйцеклетки была выбрана молодая женщина 20 лет, имеющая здорового ребенка. После наступления беременности в ЭКО центре женщине был назначен утрожестан по 200 мг 3 раза в сутки, фолиевая кислота по 1 таб. 3 раза в день, по поводу гипотиреоза пациентка получала эутирокс по 175 мг в сутки.

Я поставила на учет по беременности женщину в сроке 9 недель беременности. При обращении жалобы на тошноту по утрам и вечерам.

При объективном осмотре: ИМТ-30, А/Д 120/80.

Варикозное расширение вен нижних конечностей в виде узловых утолщений. Матка вне тонуса. При взятии на учет был выставлен диагноз: Беременность 9-10 недель индуцированная ЭКО. Двойня дихориональная, диамниотическая. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Избыточный вес. АИТ. Гипотиреоз медкомпенсированный. Состояние после лапароскопической холецистэктомии, овариоэктомии. Первородящая старшего возраста.

При обследовании в 9 недель беременности:

-RW, ВИЧ, гепатит В, гепатит С - отрицательно
-ОАК: Нb -131г/л; эр. 4.57; L 6.37; тромбоциты 240.0;СОЭ 20

-Коагулограмма: ПВ-по-МНО, сек 12.5-0.92(12-16: 0,85-1,15)

Фибриноген 4,7г/л; АЧТВ 30,4сек(28-40); РФМК 21,0м/г% (до3.38)

-Антикоагулянты волчаночного типа 0,98 (до 1.2)

Биохимический анализ крови: общий белок 62,94г/л; мочевины 1.85ммоль/л; креатинин 68,84мкмоль/л; глюкоза 4,41ммоль/л; кальций общий 2,38ммоль/л; калий 4,5ммоль/л; натрий 139,0ммоль/л; железо 18,4мкмоль/л; АлаТ 0.29мккат/л; АсаТ 0.32мккат/л; билирубин общий 4,1мкмоль/л; билирубин прямой 1,12мкмоль/л; тимоловая проба 1,9ед; щелочная фосфатаза 0,65мккат/л; холестерин 4,87ммоль/л; ЛПВП 2,22ммоль/л; ЛПНП 2,51ммоль/л; триглицериды 1,25ммоль/л; липопротеиды 63ед(35-55); амилаза общая 1,2мккат/л (до 1,67); амилаза панкреатическая 0,33мккат/л; ревматоидный фактор 8,81IU/ml(0-14,0).

- Первый биохимический скрининг в 13 недель беременности.

Заключение: низкий риск генетической патологии.

-УЗИ исследование в 13 недель беременности: Беременность 13 недель. Дихориональная, диамниотическая двойня.

В 17 недель была проведена оценка гормонального статуса:

-Уровень эстрадиола 10380,0пг/мл (17-20 недель 3300-7700)

-Уровень прогестерона 423,6 нмоль/г (62-262,4)

Учитывая нормальный уровень гормонов прием дюфастона решено было постепенно отменить.

В 15 недель, в 25 недель, в 32 недели проводилась профилактика гестоза кардиомагнилом по 100 мг, продолжительностью по 7 дней.

С 21 недели проводилась профилактика венозной недостаточности препаратом флебодия по 600 мг 1 раз в день, в течение 30 дней.

Профилактика анемии проводилась актиферрином по 1 таб 1 раз в день.

С 30 недель беременности появились отеки нижних конечностей. При осмотре А/Д -120/80 мм рт.ст. Высота дна матки 39 см.

При обследовании:

Общий анализ крови: HGB 128г/л, L 8,3; эритроц. 4,43; тромбоциты 239

Биохимический анализ: Общий белок - 59,01г/л; креатинин - 47,16ммоль/л; глюкоза - 4,08ммоль/л; кальций - 2,41ммоль/л; калий - 4,6ммоль/л; натрий - 139,0ммоль/л; железо - 23,4ммоль/л; АлаТ - 0,22мккат/л; АсаТ - 0,36мккат/л; билирубин общий - 6,7ммоль/л; билирубин прямой - 1,37ммоль/л; холестерин - 6,87 (3,1-5,2ммоль/л); ЛПВП - 2,09ммоль/л (более 1,45); ЛПНП - 4,23ммоль/л (менее 3,37); триглицериды 2,58ммоль/л (0,68-2,3); амилаза общая 1,1мккат/л.

Коагулограмма: ПВ – по – МНО,сек 11,4-0,83 (12-16: 0,85-1,15)

Фибриноген 4,09г/л (2,0-6,0); АЧТВ 28,4сек (28-40); РФМК 14,0% (до 3,38); ТВ сек 16,6 (14-21); антитромбин 79,0 (75-125).

УЗИ исследование в 32 недели по сроку гестации:

Первый плод в продольном положении, в головном предлежании. Вес 2324,0 гр. Плацента по передней стенке, толщина плаценты 33мм. Вторая степень зрелости плаценты, расширение межворсинчатого пространства до 15 мм. Количество вод в норме.

Второй плод: положение плода продольное, предлежит головка. Вес 2241,0. Плацента по задней стенке. Толщина плаценты 37 мм, степень зрелости первая.

Заключение: Беременность 34-35 недель. Дихориональная диамниотическая двойня.

КТГ плода: без патологии.

Доплерометрия: без патологии.

В 32 недели был выставлен диагноз: Беременность 32 недели, индуцированная ЭКО. Дихориональная, диамниотическая двойня. АИТ в стадии мед. компенсации. Состояние

после лапароскопической холецистэктомии, овариоэктомии. Отеки вызванные беременностью. Первородящая старшего возраста

Женщине было рекомендовано проводить контроль ОАМ 1 раз в 5 дней. Проводить контроль артериального давления самостоятельно ежедневно.

Назначена терапия:

Канефрон по 2 таб 3 раза в день; флебодия по 600 мг 1 раз в день 4 недели; фолиевая кислота по 1 таб 3 раза в день; кальцеин по 1 таб 2 раза в день; фраксипарин 0,3 п/к 1 раз в день 7 дней.

Контроль коагулограммы в 35 недель беременности:

ПВ-по-МНО, сек 11,5-0,84(12-16; 0,68-1,3)

Фибриноген 4,83г/л (2,0-4,0); АЧТВ 30,9сек (28-40); РФМК 13,0

% (до 3,38); ТВ сек 17,8 (14-19).

Уровень креатинина 64,05 ммоль/л.

Беременность протекала без признаков угрозы прерывания беременности.

Самостоятельно родовая деятельность не началась. Женщина была родоразрешена при сроке беременности 39 недель, в плановом порядке оперативно. Первый плод жен. 2850,0; рост 52 см. По Апгар 8-9 баллов.

Второй плод жен. 2866,0; рост 52 см. По Апгар 8-9 баллов.

Послеродовый период был осложнен массивными отеками нижних конечностей и послеродовой депрессией. На 7 сутки женщине был назначен достинекс по 1/2 таб. 2 раза , в течение 2 дней. С 9 суток родильница начала принимать фемостон 2/10.

На сегодняшний день 40 суток послеродового периода. Мама и дети чувствуют себя хорошо.

Выводы:

-Применение фемостона 2/10 у молодых женщин, перенесших операцию по удалению яичников помогает сохранить репродуктивную функцию матки.

-До наблюдения за данной женщиной я переоценивала роль яичников в течение беременности. После 17 недель всю гормональную функцию по развитию беременности несет на себе плацента.

-Применением дюфастона по 1 таб. 2 раза в день была компенсирована нехватка прогестерона с 12 до 17 недель беременности. До 12 недель беременности женщина получала утрожестан по 200 мг 3 раза в день.

-Применение заместительной гормональной терапии в виде фемостона 2/10, применение ВРТ, использование гестагенов в среднесуточных дозах до 17 недель беременности помогли стать мамой женщине, потерявшей надежду на материнство.

*Н.Н. Бекаева***ЕКІЖАҚТЫ ОВАРИЭКТОМИЯМЕН 3 ЖЫЛ БОЙЫ АУЫРҒАН 31 ЖАСТАҒЫ ПАЦИЕНТТІ КЛИНИКАЛЫҚ БАҚЫЛАУ НӘТИЖЕСІ**

Бұл мақала 31 жастағы екіжақты овариэктомиямен ауырған пациент туралы. Пациент 1,5 жыл алмастырғылық гормоналды терапия ФЕМОСТОН 2/10 пайдаланды. 33 жаста әйел донорлық ұрық жасуша әдісімен бала тапқысы келді. Әйел ЭКО бағдарламасы бойынша іле –шала жүкті болды. Жатырға екі эмбрион енгізілді. 34 жасында әйел 39 апта жүктілікті ойдағыдай өткізіп 2 қыз баланы операция арқылы тапты.

*N.N.Bekayeva***A CLINICAL CASE OF A PATIENT MONITORING FOR THREE YEARS WITH HAS UNDERGONE BILATERAL OOPHORECTOMY**

The article consist information about 31 year's old patient which has undergone the bilateral oophorectomy. The patient was taken the hormone replacement therapy of Femoston 2/10. In age 33 the patient wanted to born a child by using donor ovum. The woman used the In vitro fertilization (IVF) and was pregnant after the first attempt. Two embryos were implanted in uterus. The 34 years old patient has born successfully two girls in 39th week and has been operatively delivered.



УДК: 616.441-08

*Бесжанова К.Т.***ЛЕЧЕНИЕ ГИПОТИРЕОЗА***АО «МУА», кафедра внутренних болезней*

Основная сфера применения тиреоидных гормонов — заместительная гормональная терапия различных форм гипотиреоза. Исходя из представления о том, что щитовидная железа продуцирует 2 гормона – T_4 и T_3 – длительно время считалось, что для лечения гипотиреоза предпочтительнее использование комбинации T_4 и T_3 , чем монотерапия одним из этих препаратов. На сегодняшний день возникает совершенно закономерный вопрос: целесообразно ли назначать всем больным с гипотиреозом комбинированную терапию T_4 и T_3 ? Однозначного ответа пока нет, есть аргументы за и против. Целесообразность использования комбинированных препаратов тиреоидных гормонов (левотироксин натрия/лиотиронин) продолжает обсуждаться. Комбинация левотироксин натрия/лиотиронина позволяет нормализовать уровни T_3 , T_4 и ТТГ в сыворотке, а также T_3 и T_4 в периферических тканях. При гипотиреозе на фоне комбинированной терапии нейробиологические и психологические показатели улучшаются у пациентов. На фоне монотерапии левотироксином у пациентов отмечается прибавка массы тела, сохраняются неспецифические симптомы (утомляемость, слабость и снижение работоспособности), что свидетельствует о её неадекватности. По данным литературы недостатками

лечения L – тироксином является также снижение интратиреоидного содержания йода на фоне терапии. Ряд исследователей считают, что комбинированная терапия не имеет преимуществ перед монотерапией левотироксином и к тому же сопровождается активацией костной резорбции, что может привести к снижению минеральной плотности костной ткани. По мнению других специалистов, применение комбинированных лекарственных средств позволяет улучшить субъективное самочувствие пациентов и в некоторых случаях устранить дислипидемию, хотя эта точка зрения пока не нашла подтверждения в крупных рандомизированных исследованиях. Переход на комбинированную терапию можно рекомендовать пациентам, у которых, несмотря на компенсацию гипотиреоза на фоне монотерапии левотироксином, сохраняются дислипидемия или симптомы гипотиреоза. При переводе пациента на комбинированную терапию дозу левотироксина уменьшают на 25–50 мкг и добавляют 10–12,5 мкг лиотиронина. В итоге соотношение левотироксин натрия/лиотиронин должно соответствовать физиологическому (10:1), чтобы избежать резкого подъёма уровня T_3 в крови после приёма лекарственных средств. Комбинированная терапия тиреоидными препаратами у пожилых

больных нежелательно в связи с более выраженным отрицательным кардиотропным влиянием трийодтиронина по сравнению с тироксином. Некоторые исследователи отдают предпочтение монотерапии L – T₄ из-за более продолжительного периода полувыведения. По данным литературы, у пациентов с длительно существующим гипотиреозом и значительным повышением уровня ТТГ (>100- 150 мМЕ/л), несмотря на адекватную заместительную дозу L – T₄, ТТГ может оставаться повышенным в течение нескольких месяцев вследствие развития гиперплазии тиротропоцитов и вторичной тиротропинемии можно подавить назначением комбинированной заместительной терапии трийодтиронином и L – T₄. По отдельным исследованиям доказано комбинированная терапия L – T₄ и L – T₃ улучшает психологические и нейрофизиологические показатели и качество жизни в большей степени, чем монотерапия L – T₄. По мнению многих авторов, для окончательного решения вопроса о целесообразности терапии комбинацией L-T₃ и L- T₄ необходимо проведение дальнейших исследований, которые позволили

бы точнее определить не только преимущества, но и недостатки комбинированной терапии при сравнении с монотерапией. На сегодняшний день отсутствуют объективные критерии, на основании которых тот или иной вариант терапии можно было бы назначать дифференцированно. Глубокое изучение поднятого вопроса на современном методологическом уровне является весьма актуальным. Проведенные исследования на животных показали, что у крыс после тиреоидэктомии монотерапия T₄ не позволяет достичь нормального уровня тиреоидных гормонов в крови и в тканях. Для достижения нормальной концентрации T₃ в тканях требовалась назначение или более высоких доз L – T₄, что сопровождалось подавлением продукции ТТГ или комбинация L – T₄ и L – T₃, что позволяло нормализовать уровни L-T₃, L- T₄ и ТТГ в сыворотке, а L-T₃ и L- T₄ в периферических тканях.

Таким образом, по мнению многих специалистов, сегодня вопрос целесообразности терапии с применением L – T₄ и L – T₃ остается спорными и подлежит дальнейшему изучению.

Бесжанова К.Т.

ГИПОТИРЕОЗЫ ЕМДЕУ

Бұл мақалада көптеген мамандардың айтуы бойынша L – T₄ және L – T₃ емдік мақсатта қолданудың маңызы зор екендігі жөніндегі мәселе қарастырылады.

Beszhanova KT

TREATMENT OF HYPOTHYROIDISM

According to many experts, today whether to therapy with L - T₄ and L - T₃ remains controversial and subject to further study.



УДК: 616-089.5

Воробьев Д.В.

ПОПУЛЯРНО ОБ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ

*Главный военный клинический госпиталь Министерства обороны
Республики Казахстан.*

Работаю анестезиологом-реаниматологом всего 3года, не хочу никого обидеть, но очень часто слышу удивительные по безграмотности и невежеству высказывания о наркозе не только от обывателей, но и от хирургов, гинекологов, терапевтов и врачей других специальностей. Более того многие специалисты, в послеоперационном периоде какой либо дискомфорт испытываемый пациентом даже через несколько дней списывают на осложнение после наркоза. Также практически любой не анестезиолог с удовольствием скажет Вам глубокомысленно что-то вроде «нар-

коз – всегда наркоз» или «наркоз не конфетка». Хорошо хоть большинство не повторяет общепринятых глупостей о том, что «наркоз отнимает 5 лет жизни у человека» или «после наркоза память плохая». Однажды, я столкнулся с таким случаем что пациент отказал от наркоза, так как родственница (терапевт) сказала, что от наркоза ВСЕ умирают. Также акушерки своих родственников учат, отказываться от спинномозговой анестезии, не думая о том как релаксанты хоть и в малых дозах отразятся на новорожденном. Пациенты, которые идут на операции под общей

анестезией с удовольствием пишут в различных форумах, как они боятся наркоза, а хор доброжелателей им вторит: «да, да, наркоз – это как немножечко умереть», «у наркоза масса противопоказаний», «может быть аллергический шок!» Правда, никто не пишет, что боль весьма и весьма отрицательно влияет на организм, что не всё можно вытерпеть, что хирург это тоже человек и если он будет знать что пациент чувствует боль, а тем более если он стонет и кричит во время операции, ему- хирургу очень трудно работать. Перед проведением общего обезболивания необходим ряд обследований: общий анализ крови с лейкоцитарной формулой и тромбоцитами, биохимический анализ крови, анализ крови на длительность кровотечения и определение времени свёртывания, анализ крови на сахар, общий анализ мочи, ЭКГ, флюорография, анализ на определение группы крови и резус-фактора, микро-реакция. При необходимости, осмотр терапевта (у детей педиатра) и других узких специалистов. И тут может возникнуть очень не приятная ситуация, когда анестезиолог не пропускает пациента, в связи с его плохими анализами или вовсе их отсутствием, а специалисты хирургического профиля жалуются выше стоящему начальству что анестезиологи снижают хирургическую активность, и больница не заработает денег, такие ситуации всё чаще стали происходить после того как лечебные учреждения перешли на ГККП с ПХВ. Существует ряд противопоказаний для проведения планового общего обезболивания: острое заболевание (например, острый ринит), обострение хронического заболевания (например, обострение хронического гастрита), недостаточный уровень компенсации сопутствующего заболевания (например, сердечная недостаточность тяжелой степени у кардиологического больного), начавшиеся месячные и многое другое, и опять же ряд медицинских работников просят провести собственных родственников не понимая наверно при этом, что все в первую очередь делается ради пациента. Также не всегда существует взаимопонимание между анестезиологом и специалистами хирургического профиля которым необходимо уметь подготовить пациента к операции, что они не всегда выполняют качественно либо от незнания, либо от отсутствия времени, такая ситуация возникает

когда поступает сразу несколько экстренных больных и анестезиолог впервые видит пациента уже на операционном столе. Я приведу пример подготовки больного к плановой операции, в экстренных случаях все этапы выполнить не возможно оно и понятно, но основные этапы всё же необходимы. 1. Последний приём пищи и жидкости должен быть накануне операции, не позднее 22-00; дети не позднее, чем за 6-8 часов до операции (молоко в том числе). У пациентов в состоянии натошак реже бывают позывы тошноты и рвоты, чем у тех кто перед операцией поел. Во время наркоза или во время пробуждения глоточный и кашлевой рефлекс подавлены, из-за чего возникает опасность, что содержимое желудка может попасть в глотку и оттуда через дыхательное горло в легкие. Этот процесс называется аспирация. Чем больше содержимое желудка, тем вероятнее наступление аспирации. Возможными последствиями этого процесса могут быть воспаление либо обтурация бронхов. 2. Утром, в день операции, почистите зубы; 3. Курить перед операцией нельзя (курение стимулирует выделение желудочного сока и не смотря на то, что Вы находитесь в состоянии голода, возможно, большое накопление желудочного секрета, который в свою очередь вызывает повышенную опасность аспирации); 4. Ногти на руках должны быть свободны от маникюрного лака (он может быть причиной проблемы считывания информации о Вашем дыхании, получаемой при помощи специального прибора, подключаемого к одному из пальцев кисти Вашей руки во время проведения анестезии); 5. Если Ваш врач разрешил Вам оставить утренний приём какого-либо лекарства (которое Вы постоянно принимали до операции), то оптимальнее всего проглотить таблетки, не запивая их жидкостью. Если же Вам трудно поступить, таким образом, то запейте таблетки минимальным глотком воды; 6. Перед операцией снять с себя все украшения (кольца, серьги и т.д.), а так же съёмные зубные протезы. Правильная подготовка к наркозу и операции является одной из важных предпосылок хорошего протекания анестезии. И, напоследок, ещё одна профессиональная поговорка: «страшен не наркоз, страшен наркотизатор». И некомпетентный человек, дающий советы.

Воробьев Д.В.

ЖАНСЫЗДАНДЫРУ ТУРАЛЫ ЖАЛПЫ ТҮСІНІК

Бұл мақалада құзыреттілік емес және кеңес беретін, жалпы жансыздандырудың емделушінің денсаулығына теріс әсері туралы мәселе қарастырылады.

Vorobev D.V.

POPULARLY ABOUT GENERAL ANESTHESIA

The article rising problem of how incompetence and a desire to give advice to a negative impact on the overall operation and health of the patient. Also in the article is a brief preparation of the patient for elective anesthesia.

УДК: 615(075.8) - 618.9

Ж.К. Букеева, Г.А. Алдиярова

**ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА
«МЕДИАТОРНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ» ФЕТАЛЬНЫХ КЛЕТОК**

АО «Медицинский университет Астана»

Проблема развития хронических поражений печени токсинами и лекарственными препаратами является одной из важнейших проблем гепатологии [1].

Хронический гепатит - одно из распространенных заболеваний печени у людей молодого, работоспособного возраста. Несмотря на многочисленные исследования в области диагностики и лечения данной патологии, говорить об успешной излечиваемости при данной патологии на сегодняшний день не приходится. В связи с чем, нами была предпринята попытка экспериментального изучения влияния «медиаторных веществ» фетальных клеток на морфологические показатели при хроническом токсическом гепатите.

Для эксперимента были использованы белые беспородные крысы, у которых вызвали хронический гепатит путем внутрижелудочного введения четыреххлористого углерода [2,3].

За час до введения токсина и впоследствии в течение всего срока эксперимента вводили «медиаторные вещества» фетальных клеток в дозе 0,1мл/кг 3 раза в неделю. В разные сроки исследования наблюдали динамику морфологической картины состояния гепатоцитов.

Нами была выявлена положительная динамика морфологических исследований в паренхиме печени при лечении «медиаторными веществами» хронического экспериментального гепатита.

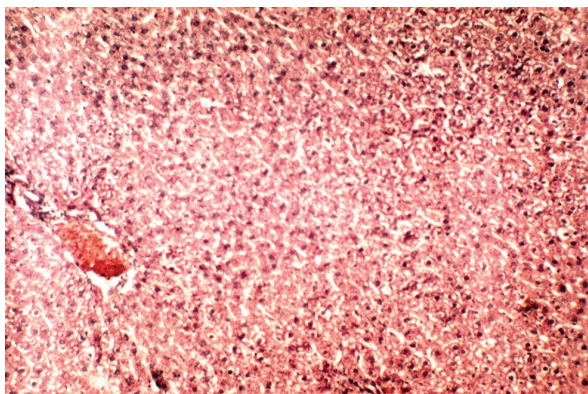


Рисунок 1- Морфологические изменения печени крысы при хронической интоксикации четыреххлористым углеродом (30 сутки)

При хроническом гепатите, вызванном четыреххлористым углеродом, морфологическая картина проявлялась очаговыми лимфогистиоцитарными инфильтратами в паренхиме печени, а в некоторых участках диффузной лейкоцитарной инфильтрацией паренхимы.

Очаговые лимфогистиоцитарные инфильтраты в паренхиме печени. Расширение внутридольковых синусоидных капилляров. Зернистая и гидропическая дистрофия гепатоцитов. Полиморфизм ядер клеток печени. Гематоксилин – эозин. Увеличение X 400.

В экспериментальной группе животных, у которых за час до моделирования хронического гепатита и в последующем проводили лечение «медиаторными веществами» фетальных клеток наблюдались значительные положительные сдвиги в сторону уменьшения воспалительных и дистрофических изменений в печеночной ткани.

В большей части препаратов наблюдалась относительно сохранная структура печеночных балок, повышенная пролиферативная активность клеток стромы и эпителия междольковых желчных протоков, умеренное расширение синусоидных капилляров долек. Сохранилась зернистая дистрофия гепатоцитов.

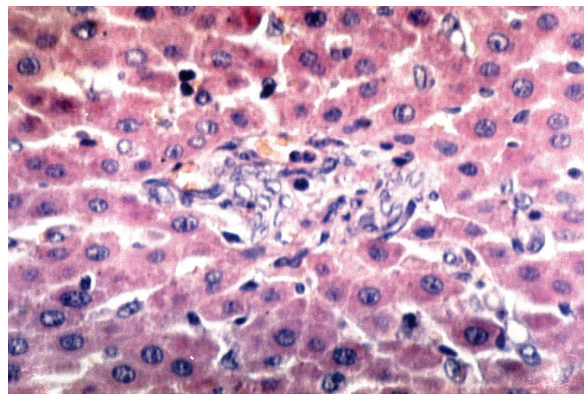


Рисунок 2 - Лечение хронического гепатита «медиаторами» на 30-е сутки опыта

Мелкоочаговые макрофагально-лимфоцитарные инфильтраты периллобулярной перипортальной соединительной ткани и паренхимы печени. Повышенная пролиферативная активность клеток стромы и эпителия междольковых желчных протоков

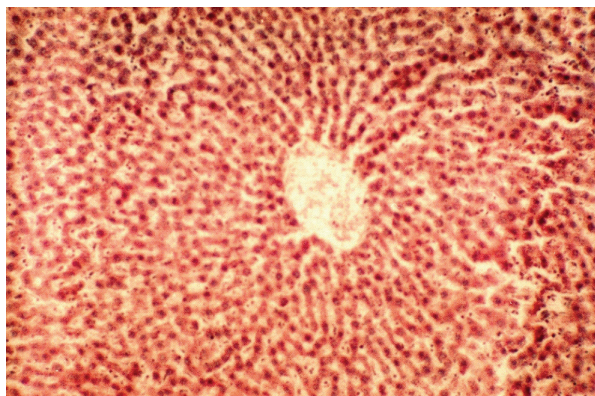


Рисунок 3 - Морфологические изменения печени крыс с хроническим гепатитом при лечении «медиаторами»(30 сутки).

(стрелка). Повышенная концентрация макрофагов (клеток Купфера) в сосудах паренхимы. Умеренное расширение синусоидных капилляров долек. Зернистая дистрофия гепатоцитов. Гематоксилин – эозин. Увеличение X 400.

Отсутствие воспалительной реакции в печени. Участок с относительно нормальной структурой балок и гепатоцитов. Гематоксилин – эозин. Увеличение X 100.

Таким образом, гепатопротекторное действие медиаторов фетальных клеток при хроническом гепатите, вызванном четыреххлористым углеродом, характеризовалось не только восстановлением функции, но и достоверным улучшением морфологического состояния печени, что сопровождалось уменьшением явлений фиброза и воспаления в печеночной ткани, а также, стимуляцией регенераторной активности в гепатоцитах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Me Laughlin B.E., Tosone C.M., Custer L.M., Mutton C. Overview of Extracorporeal Liver Support System and Clinical Results. *Annals of NY Academy of Sciences*. 1999.875.P 310-326.

Батанов А.Н., Эберт Л.Я. и др. «Влияние трансплантации фетальных тканей на репаративные процессы при экспериментальном

циррозе печени» *Бюллетень экспер. Биологии и медицины*, 2000, том 130, №8

Венгеровский А.И., Головина Е.Л., Буркова В.Н., Саратиков А.С. Энтеросорбенты усиливают гепатопротекторное действие элира при экспериментальном токсическом гепатите // *Эксперим. клин. фармакол.* - 2001. - №1. - С.46-48.

СОЗЫЛМАЛЫ УЫТТЫ ГЕПАТИТТІҢ ФЕТАЛЬДІ ЖАСУШАЛАРДЫҢ «МЕДИАТОРЛЫ ЗАТТАРЫМЕН» ЕМДЕУ

Ж.К. Букеева, Г.А. Алдиярова

Төртхлорлы көміртегімен шақырылған уытты созылмалы гепатитті емдеуде фетальді жасушалардың медиаторлы заттарының гепатопротекторлық әсері зерттелді. Уытты гепатитті емдеу барысында бауыр қызметінің қалпына келуімен қатар, фиброз және қабынудың азаюымен сипатталатын морфологиялық көрсеткіштері келтірілген.

THERAPY OF CHRONIC TOXIC HEPATITIS «MEDIATOR SUBSTANCES» FETAL CELLS

Z. Bukeeva, G. Aldiyarova

We investigated the hepatoprotective effect “mediator substances” fetal cells in chronic hepatitis induced by carbon tetrachloride. Treatment of toxic hepatitis characterized restoration of function, and significant improvement of the morphological condition of the liver, which was accompanied by a decrease effects of inflammation and fibrosis in rat hepatocytes.



Гончаров Б.Н.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ВПРАВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА

г.Петропавловск, детская областная больница

Остеохондропатия - это длительно протекающее циклическое заболевание, первичным звеном которого является асептический некроз костной ткани, а вторичные изменения, определяющие дальнейшие клинические и рентгенологические черты болезни, состоят в рассасывании и замещении омертвевших участков костной ткани. Дегенеративно-дистрофические изменения в эпифизе головки бедренной кости являются наиболее частыми и тяжелыми осложнениями бескровного вправления врожденного вывиха бедра. Сосудистые нарушения, при закрытом вправлении вывиха бедра являются частичными, в процесс вовлекаются некоторые сосуды, проксимальный отдел бедренной кости и исчезающие при восстановлении кровотока. Поэтому формулировку этого состояния «асептический или аваскулярный некроз» не применяем, считая более точной «ишемический некроз». Частота этих осложнений по данным разных авторов колеблется от 10 до 80%. Появление большого количества функциональных методов вправления врожденного вывиха бедра позволило снизить процент осложнений до 6-15%[1]. Однако полностью избежать этого грозного осложнения не удалось пока никому. Считается, что причинами факторами развития ИНГБК являются нарушения кровообращения, связанное со сдавлением или перекручиванием сосудов, питающих шейку и головку, механическое сдавление головки бедра при резком отведении проксимального отдела. Одновременно на развитие проксимального отдела бедра и вторичные изменения вертлужной впадины влияет повреждение проксимальной ростковой пластинки, что сказывается на форме и размере головки. Если в процесс вовлекается хрящ с другими компонентами эпифиза, это ведет в дальнейшем к неблагоприятному исходу. Из других, предрасполагающих к остеохондропатии моментов у детей среднего возраста одни исследователи отмечают нарушения обмена веществ, другие - эмболии микробного происхождения, сосудистые нарушения типа облитерирующего эндартериита, травму острую и хроническую, перегрузки, врожденные и возрастные особенности кровоснабжения и пр. Наиболее близкой к истине, по-видимому, является теория полиэтиологичности остеохондропатий, выдвинутая Гоффом (Goff, 1962).

Несмотря на бытующее мнение некоторых

ортопедов об относительно благоприятном течении заболевания, считаем недопустимым тактику выжидания и обследования детей при малейших признаках дискомфорта в области тазобедренного сустава. Признаки начала заболевания не всегдастораживают ортопедов из-за своей нечеткости и кратковременности. Как правило это жалобы на боль в области тазобедренного сустава, отек нижней конечности или пахово-промежностной зоны с похолоданием стопы, болевая контрактура, ребенок беспокоен. Но эти признаки часто исчезают в течении нескольких дней. Лишь при повторении жалоб на хромоту или боль в тазобедренном суставе производится рентгенография и выявляется проблема.

В основе изменений, происходящих при остеохондропатии, лежит первичный асептический субхондральный некроз костной ткани [3]. В связи с этим первая стадия заболевания называется стадией некроза. В это время обнаруживают некроз костных балок и костного мозга. Интактным остается только покровный хрящ («субхондральный» некроз кости). Наличие омертвевшего участка вызывает ответную реакцию со стороны соседних здоровых элементов кости. Начинается рассасывание мертвой ткани, а затем замещение ее новообразованной костной тканью. Перестраивающаяся костная ткань теряет свою механическую прочность и не выдерживает обычной для нее нагрузки. В результате наступает вторая стадия - «стадия компрессионного перелома», при которой сломанные костные балки вклиниваются друг в друга.

Третья стадия остеохондропатии - стадия фрагментации - состоит в рассасывании мертвых костных балок, которое осуществляется остеокластами, а также грануляционной тканью, врастающими из здоровых отделов кости.

Вслед за стадией фрагментации и почти одновременно с ней начинается четвертая стадия - восстановление структуры и формы кости, когда на месте некротизированных балок создается вновь образованная губчатая костная ткань.

Рентгенологически признаками ИНГБ считаются: серповидная форма эпифиза, короткая и резко выгнутая внутренняя кривизна шейки, латеральный наклон эпифиза. преждевременное закрытие росткового хряща. Некоторые авторы как ранних рентгенологический признак ИНГБ

считают расширение «слезы» на стороне заболевания. В первой стадии заболевания, когда некроз костной ткани только наступил, макроскопическая и рентгенологическая картина пораженной кости не отличается от нормальной. Вторая стадия характеризуется равномерным гомогенным затемнением пораженного отдела кости и исчезновением ее структурного рисунка. Эпифиз кости сплющивается, уменьшается в высоту. Суставная щель при этом расширяется вследствие пролиферации хряща и выпота в сустав. Вторая стадия заболевания длится от нескольких месяцев до полугода и больше.

Весьма патогномичной является рентгенологическая картина третьей стадии заболевания - стадии фрагментации. Пораженный отдел кости уже не дает гомогенной тени, а состоит из нескольких темных бесструктурных изолированных фрагментов неправильной формы, кость порозна. Высота пораженного отдела кости уменьшается. Длительность третьей стадии составляет от полугода до двух с половиной лет, а иногда и более.

В четвертой стадии заболевания - стадии восстановления - становятся заметными явления репарации, постепенно восстанавливается форма пораженного отдела кости. Стадия длится от нескольких месяцев до полутора лет.

Конечная стадия заболевания характеризуется восстановлением структуры пораженного отдела кости, однако, если лечение не проводилось, форма его резко изменена. Значительные изменения формы суставного конца кости (в случае эпифизарной локализации заболевания) приводят в дальнейшем к развитию деформирующего артроза [4].

Из всех существующих классификаций наиболее простой и удобной для практического использования является классификация, согласно которой все остеохондропатии делятся на четыре группы [2]:

А. Остеохондропатии эпифизов и метафизов длинных трубчатых костей:

Б. Остеохондропатии коротких губчатых костей:

В. Остеохондропатия апофизов:

Г. Частичные (клиновидные) остеохондропатии суставных поверхностей (osteochondritis dissecans коленного, локтевого и других суставов)

На протяжении 2009-2012г.г. мы наблюдали 56 детей с различной степенью изменений в тазобедренных суставах, подвергнутых вправлению врожденного вывиха бедра без предварительной подготовки. Наблюдались дети в возрасте 1-5 лет (49 девочек, 7 мальчиков), в том числе 5 детей с двухсторонней деформацией. В 1-2 стадии процесса (22 человека) в стационаре проводилась разгрузка тазобедренных суставов лейкопластырным вытяжением за голень грузом 1 кг на шине Беллера в течении 10 дней

(2), озокеритовые аппликации, электрофорез с йодистым калием, витамины группы В, инъекционно актовегин, лечение магнитно-инфракрасно-лазерным терапевтическим воздействием. С 2011 года в конце 2, а также в 3 (29 детей) и 5 (5 детей) стадиях заболевания нами назначался «Д-кальцин» по 1/4-1/2 мерного стаканчика в зависимости от возраста, прием также продолжался после выписки из стационара. Нагрузку на конечность не рекомендуем в течении всего периода лечения вплоть до стадии восстановления. Д -Кальцин – комплекс минералов и витамина Д₂, регулятор кальциево-фосфорного обмена, восполняет дефицит кальция в организме. Кальций составляет основу костной ткани, активизирует деятельность ряда важнейших ферментов, участвует в поддержании ионного равновесия в организме, влияет на процессы, происходящие в нервно-мышечной и сердечно-сосудистой системах. Фосфор – важнейший элемент, входящий в состав белков, нуклеиновых кислот, костной ткани. Соединения фосфора принимают участие в обмене энергии (аденозинтрифосфорная кислота и креатин-фосфат являются аккумуляторами энергии), с их превращениями связаны мышечная и умственная деятельность, жизнеобеспечение организма. Фосфор влияет на деятельность сердца и почек. Витамин Д₂ регулирует обмен Са²⁺ и фосфора в организме. Его активные метаболиты (в частности, кальцитриол) легко проникают через клеточные мембраны и связываются в клетках органов-мишеней со специальными рецепторами, что способствует активации синтеза кальцийсвязывающих белков, облегчению всасывания Са²⁺ и фосфора (вторично) в кишечнике, усилению их реабсорбции в проксимальных канальцах почек, а также увеличению захвата костной тканью и предотвращению резорбции их из костной ткани. Препарат охотно применялся детьми, чего нельзя было сказать о детях из контрольной группы, которые принимали кальций хлористый, имеющий неприятный вкус и нередко вызывавших приступы тошноты и глюкозат кальция, безвкусный и требующий запивания большим количеством жидкости вследствие густой консистенции даже после разжевывания.

Хорошие результаты получены у 41 ребенка, что составило 73 % от общего числа наблюдавшихся больных, в основном выявленные в возрасте 1-2 лет. Таким образом, считаем, что при консервативном лечении ИНГБК успех лечения зависит от наиболее раннего выявления заболевания на основании знаний специфики детского организма, полноты спектра медикаментозного и физиотерапевтического воздействия. Включение препарата «Д-Кальцин» в комплексное лечение ишемического некроза головки бедренной кости у детей способствует более совершенной и ускоренной остеоорегенации и восстановлению

структуры кости, тем самым препятствуя усугублению процесса. «Д-кальцин» имеет ряд существенных преимуществ перед традиционными препаратами кальция, включающих улучшенные органолептические

свойства, более высокую биодоступность, восстановление и улучшение минеральной плотности кости, что позволяет рекомендовать его для широкого применения в медицинской практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. И.Ахтямов, А.Абакаров, А.Белецкий, А.Огосьян, О.Соколовский. *Заболевания тазобедренного сустава у детей.* Казань. 2008.
2. Казарезов М. В. и др. *Травматология, ортопедия и восстановительная хирургия.* – Новосибир.: НГМА, 2001. – С.174-183.
3. Круминь К.А., Янсон Х.А. *Об оценке отдаленных результатов лечения врожденного вывиха в тазобедренном суставе у детей и подростков.* Труды Рижского НИИТО. 1964. т. 7. 596-603.
4. *Отдаленные результаты раннего функционального лечения врожденного вывиха бедра у детей.* Т.А.Бровкина. Ленинград. 1972.

Гончаров Б.Н.

БАЛАЛАРДЫҢ ЖАМБАС СҮЙЕГІ ШЫҒУЫН ОРНЫНА САЛҒАННАН КЕЙІН ЖАМБАС СҮЙЕГІНІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ НЕКРОЗЫН КОНСЕРВАТИВТІ ЕМДЕУ

Бұл мақалада балалардың жамбас сүйегі шығуын орнына салғаннан кейін жамбас сүйегінің ишемиялық некрозын консервативті емдеудің нәтижесі мен маңыздылығы қарастырылған.

B. Goncharov

CONSERVATIVE TREATMENT ISCHEMIC NECROSIS OF THE FEMORAL HEAD IN CHILDREN AFTER REDUCTION OF CONGENITAL HIP DISLOCATION

This article discusses the conservative treatment of ischemic necrosis of the femoral head in children after reduction of congenital dislocation of the hip.



УДК: 616.5-08

Данбаева Ж.С.

ВНЕДРЕНИЕ ПУВА ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ГККП «Центр Дерматологии и ПБППП» г.Астана, 2012 г.

Введение: Энергия солнца с древних времен применяется в лечении кожных заболеваний. Уже давно известно, что при некоторых формах дерматологических заболеваний отмечается улучшение в летнее время и ухудшение – зимой. Причиной этого благотворительного влияния Солнца в основном является УФ- излучение.

Механизм действия УФ – излучения обусловлен тем, что УФ-лучи поглощаются внутриклеточными хромофорами (в данном случае – это ДНК, расположенная в клеточном ядре). Absorbция ультрафиолета нуклеотидами ведет к образованию фотопродуктов ДНК, в основном пиримидиновых димеров. В настоящее время неизвестно, как именно фотопродукты ДНК влияют на деление и созревание клеток.

Известно, что УФ подавляет синтез ДНК, в частности избыточную продукцию ДНК в псориазических эпидермоцитах [1,2,3].

УФ- лучи подразделяют на три диапазона:

- Коротковолновые ультрафиолетовые лучи УФЦ (UVC) – 100-280 нм
- Средневолновые ультрафиолетовые лучи УФС (UVB) – 280-320 нм (проникают ч/з роговой слой и достигают шиповатого слоя эпидермиса)
- Длинноволновые ультрафиолетовые лучи УФА (UVA) – 320-400 нм (достигают сосочкового слоя и сетчатого слоев дермы)

Безопасная и рациональная фототерапия в медицинской практике основывается на учете критериев [4,5]:

1. Определение фототипа кожи

2. Измерения интенсивности излучения
3. Определения дозы УФ –излучения
4. Фототестирование
5. Выбор методики лечения

Сегодня применяется несколько видов фотохимиотерапии:

- Системная фотохимиотерапия (пероральный прием фотосенсибилизаторов с последующим длинноволновым УФ-облучением)

- ПУВА – ванны (применение фотосенсибилизаторов, растворенного в ванне с водой, и последующим длинноволновым УФ-облучением)

- Локальная фототерапия (местное нанесение раствора фотосенсибилизатора на кожу с последующим длинноволновым УФ-облучением)

Лечение сочетанного применения фотосенсибилизаторов и УФ излучения показано при псориазе, параспориазе, атопическом дерматите, красном плоском лишае, почесухе, лимфомах, ихтиозе, бляшечной склеродермии, облысени, витилиго. В качестве фотосенсибилизаторов применяется вещество метоксипсорален. Оно принадлежит к группе соединений, известных под названием «псоралены» и относящихся к группе фурокумаринов. В основном применяется 2 фотосенсибилизатора: Оксорален (Австрия 10 мг 8-метоксипсоралена (8-МОП) дозировка из расчета 0,6-0,8 мг на кг массы тела) и Аммифури (Россия 20 мг 5-МОП и 8-МОП). Препараты принимаются за 1,5-2 часа до процедуры [6,7,8].

Цель исследования: Центром Дерматологии приобретено новейшее оборудование Ультрафиолетовая кабина UV 1000 KL Херберт Вальдманн ГмбХ & Ко. КГ. Фототерапия в кабине проводится по следующим методикам:

1. Фотохимиотерапия (ПУВА)
2. Узкополосное средневолновое УФБ –излучение на длине волны 311 нм
3. Селективная фототерапия (СФТ)
4. Комбинированная фототерапия (ПУВА + УФБ 311 нм)
5. Комбинированная фототерапия (ПУВА + СФТ)

Целью исследования является оценка эффективности лечения больных с витилиго узкополосной фототерапией (311 нм) и ПУВА-терапией с пероральным применением фотосенсибилизаторов.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением с 2010 по 2011 год находилось 98 пациентов (58 женщин и 40 мужчин). Возраст пациентов от 18 до 45 лет. Сопутствующих соматических заболеваний не выявлено, противопоказаний для применения ПУВА-терапии не было. С заболеванием витилиго 70% получали узкополосную фототерапию (311 нм), 30 % ПУВА-терапию с применением аммифурина (производитель компания ВИЛАР, Россия) в таблетках за 1-1,5 часа до принятия процедур, из расчета 1,2 мг на кг.массы тела. Облучение узкополосным светом (311 нм) начинали с дозы 0,25-0,36 Дж/см², последующие разовые дозы повышали на 5-10%. Процедуры ПУВА-терапии начинали с дозы 0,12-1,0 Дж/см², последующие разовые дозы облучения повышали на 0,2-0,5 Дж/см². После курса лечения у каждого пациента с заболеванием витилиго рассчитывали процент репигментации пораженной кожи.

Результаты исследования: У всех пациентов получавших узкополосную фототерапию (311 нм) в среднем курсовая доза облучения составила 96,5 Дж/см², а у пациентов применявших ПУВА-терапию - средняя курсовая доза облучения 158,3 Дж/см². В результате проведенного лечения отмечалась высокая эффективность применения как узкополосной фототерапии (311 нм), так и ПУВА-терапии с пероральным применением фотосенсибилизаторов. При прохождении курса фототерапии, мы следили за реакцией кожи на повышение доз облучения, если отмечалась реакция гиперемии, зуда, дозы облучения не увеличивались. Побочных эффектов при принятии аммифурина и прохождении фототерапии не наблюдалось. При узкополосной фототерапии (311 нм) положительный эффект наблюдали у 45,6 % больных, репигментацию более 15 % площади поражения, при ПУВА-терапии у 69,4% , репигментацию более 35 % площади поражения.

Выводы: Таким образом, фотохимиотерапия не потеряла своих возможностей в лечении ряда хронических дерматозов и применение в сочетании с рядом системных и местных патогенетических лекарственных препаратов. Узкополосная фототерапия (311 нм) и ПУВА-терапия с пероральным применением фотосенсибилизаторов являются одним из эффективных методов лечения витилиго.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Владимиров В.В. О принципах фотохимиотерапии и определении начальной дозировки длинноволновых ультрафиолетовых лучей при лечении методом фотохимиотерапии (ПУВА). – Вестн. Дерматол. и Венерол. 1981. №1. С.19–24.

2. Владимиров В.В. Роль классификации

фототипов кожи при выборе рациональной фототерапии. // Вестник дерматологии и венерологии.-2009.-№4.-С.41-45.

3. Каламкарян А.А. и др. Фотохимиотерапия (ПУВА-терапия) больных псориазом и некоторыми зудящими дерматозами (почесуха взрослых и диффузный нейродермит).

Методические рекомендации. 1980. С. 18-19.

4. Владимиров В.В. Новые возможности применения различных видов фотохимиотерапии хронических дерматозов в сочетании с системными и местными препаратами. // Медицинский совет. 2008. № 7-8. С. 11-17.

5. Абрамова Т.В., Баткаев Э.А. К вопросу о патогенетических механизмах пролиферативных процессов при псориазе // Вестник последипломного медицинского

образования. 2006. - №2. - С.56-58.

6. Адашкевич В.П., Козин В.М. Кожные и венерические болезни. М.: Медицинская литература, 2006. 23-29.

7. Акимов В.Г. Биологические эффекты ультрафиолетового облучения кожи. // Вестник дерматологии и венерологии.-2008.-№3.-С.29-32.

8. Фармакопейная статья предприятия ЗАО «Фармцентр ВИЛАР». С. 12-19.

Данбаева Ж.С.

ТЕРІ АУРУЛАРЫН ЕМДЕУГЕ ПУВА ТЕРАПИЯСЫН ЕНГІЗУ

Бұл мақалада витилиго ауруымен ауырған адамдардың клиникалық зерттеулер өткізілгені туралы сипатталады. Зерттеу нәтижелері бойынша (311 нм) 45,6 % ауруларда фототерапия, 15 % аз репигментацияланған, ПУВА-терапия бойынша 69,4%, жеңілістің ауданы 35 % астам репигментацияланған. Зерттеу нәтижелері Фототерапиясы (311 нм) мен фотосенсибилизатордың пероральдық қолданысы бар ПУВА-терапия витилиго ауруын емдейтін тиімді әдістерінің бірі екенін айғақтай алады.

Danbayeva Z.S.

INTRODUCTION OF PUVA THERAPY IN SKIN DISEASE TREATMENT

In this article there are clinical testing of the patients who have vitiligo disease. Positive results at narrow-line phototherapy (311 Nm) - 45.6 % of the patients have repigmentation more than 15% of injured zone, at PUVA therapy - 69.4% have repigmentation more than 35% of injured zone. Testing results is evidence that narrow-line phototherapy (311 Nm) and PUVA - therapy with peroral application of photosensitizer is one of the effective method in vitiligo treatment.



УДК: 616.212-002.1-006.5-08:615.53

Даутова С.К.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТОГОНИСТОВ ЛЕЙКОТРИЕНОВ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТОВ

РГП «Больница Медицинского Центра Управления Делами Президента Республики Казахстан»

Актуальность. По данным медицинской статистики разных стран, аллергическими заболеваниями в настоящее время страдают от 10 до 30% городского и сельского населения, проживающего в экономически развитых странах, а в экономически неблагоприятных зонах эта цифра достигает 50% и более [1]. Поражение слизистой оболочки носа является наиболее частым проявлением аллергических заболеваний.

Результаты мультицентрового исследования, проведенного по программе ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Childhood) и охватившего 721000 детей 6-14 лет в 56 странах мира показали, что частота симптомов аллергическо-

го ринита (АР) варьирует в различных возрастных популяциях от 0,8 до 39,7% (1998г.) [4]. Хронический отек при аллергических ринитах приводит к образованию подушкообразных, а затем языкообразных утолщений слизистой оболочки и формированию полипов. Свою лепту вносит предрасположенность организма к аллергическим реакциям. Аллергический насморк, полипозный риносинусит, обструктивный бронхит и бронхиальная астма могут быть звеньями одной цепи [2,3]. При полипозе носа и околоносовых пазух до настоящего времени основным методом лечения остается хирургический. Эффект от топических кортикостероидов значительно улучшает качество жизни больных с полипо-

зом. Местная кортикостероидная терапия рассматривается как первый этап (нехирургическая полипэктомия) комплексного лечения полипоза носа и околоносовых пазух. Длительность ее - не менее 1 мес. При безуспешности консервативной терапии полипов носа и вовлечении в процесс околоносовых пазух полипы должны быть удалены независимо от их величины. После операции для профилактики рецидивов целесообразно продолжить местную кортикостероидную терапию. Клинические результаты такого подхода не всегда сопровождается стойким положительным эффектом [5,6].

Дискутируется роль и место антагонистов лейкотриеновых рецепторов в лечении круглогодичного аллергического ринита. Имеются данные, что длительное лечение легкой и средне-тяжелой бронхиальной астмы, сочетающейся с аллергическим персистирующим ринитом, сингуляром (монтелукастом) приводит не только к контролю симптомов астмы, но и к обратному развитию симптомов ринита. Сингуляр применяется у детей старше 6 лет жизни и дозируется взрослым по 1 таблетке (10 мг) 1 раз в день на ночь. Препарат может приниматься длительно.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности сингуляра при полипозном рините.

Материалы и методы исследования. Было обследовано всего 50 человек в возрасте от 23- 65 лет, из них 22 женщин (44%) и 23 мужчин (46%).

Таблица. 1 Группа пациентов, разделенные по схеме лечения

Вид лечения	кол-во пациентов	%
Назонекс	12	24
Назонекс+Сингуляр	38	76
Всего	50	100

У всех пациентов были затруднённое носовое дыхание и выделения из носа. Длительность заболевания — от 1 года и более 20 лет.

У всех больных объективно зарегистрировано высокое носовое сопротивление, нарушение архитектоники полости носа, изменения на компьютерной томограмме. Полипозный процесс в основном распространялся на решётчатые и верхнечелюстные пазухи. Степень выраженности полипоза — от первой до третьей степени.

Клиническая эффективность имела существенное различие, в зависимости от варианта лечения. В основной группе было отмечено регрессирование симптомов ринита в течение 14 дней. Купирование воспалительных проявлений наблюдалась у всех пациентов и характеризовалась улучшением назального дыхания, уменьшением ринореи.

В контрольной группе, где пациенты

У всех пациентов были симптомы полипозного ринита. Пациенты разделены на 2 группы, основную группу составляли 38 человек, в контрольную группу включены 12 человек, все с симптомами полипозного ринита.

Все больные с полипозным ринитом прошли всестороннее обследование, что включало в себя:

1. Развернутый общий анализ крови;
2. Определение уровня общего и специфических IgE;
3. Консультация ЛОР-врача;
4. Риноцитограмма;
5. Анализ мазка из носа на бактериальный посев и грибы;
6. Рентгенография придаточных пазух носа;
7. Компьютерная томография придаточных пазух носа.

Всем пациентам основной группы в качестве базисной терапии был выбран Назонекс (мометазона фураат) по 2 дозы (200 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в день утром в течение месяца и антилейкотриеновый препарат Сингуляр (монтелукаст) по 10 мг по 1 таб. на ночь.

Параллельно наблюдалась контрольная группа, которая принимала только топический стероид Назонекс (мометазона фураат).

Для оценки эффективности и безопасности препарата учитывались данные, как уменьшение или исчезновения симптомов ринита по времени (сроки) и отсутствие побочных эффектов.

принимали только Назонекс (мометазона фураат), положительная динамика в регрессировании симптомов ринита занимала более длительный срок, 20 дней

Длительность наблюдения за больными — 2 года. За срок наблюдения рецидива полипоза не наблюдалось. Больные находятся на динамическом наблюдении.

Результаты. Медленное развитие полипоза у больных с аллергическим ринитом приводят к постепенной гиперплазии раковин и отёку, что сопровождается значительным затруднением носового дыхания и формированию полипозного риносинусита без выраженного гнойного процесса. Таким больным показано комбинированное лечение с назначением системного антилейкотриенового препарата по устранению нарушений строения полости носа и регрессированию полипов из поражённых пазух. Необходима также местная кортикостероидная

терапия.

Выводы. Аллергический ринит, сочетающийся с полипозом носа - это проблема из области аллергологии, потому что в первую очередь нужно выяснить причину ринита. Пациентам, обращающимся изначально к ЛОР-врачу, с диагнозом «полипоз носа», с подозрением на аллергический ринит, не показано оперативное вмешательство, так как аллергический процесс может после полипотомии обостриться и привести к возникновению симптомов бронхиальной астмы. Допустим, пациент приходит первично к ЛОР с жалобой на заложенность носа и затруднение носового дыхания, он не знает, какого происхождения у него ринит. Доктор при осмотре видит данные, свидетельствующие об

аллергическом процессе, он должен обязательно направить пациента к врачу-аллергологу, потому что если аллергический процесс подтверждается, такому пациенту рекомендовано консервативное лечение.

Современный подход к лечению полипоза предполагает сочетание противовоспалительных средств, основываясь на патогенезе заболевания.

Самое предпочтительное лечение – это комбинация антилейкотриенов с топическими стероидами. А также специфическая иммунопрофилактика. Для этого нужно определить, к каким аллергенам чувствителен каждый конкретный пациент, и воспользоваться последними достижениями иммунологии и аллергологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.А.Ярилин. Основы иммунологии. – М., Медицина, 1999. – С. 654.
2. А.А.Баранов и Р.М.Хаитов. Аллергология и иммунология. - М.: М-Студио, 2008.
3. Левина Ю.Г., Намазова-Баранова Л.С., Торшхоева Р.М. и др. Аллергический ринит, современные подходы к терапии / Вопросы современной педиатрии. 2010.- №6.- С. 45 – 51.
4. Bousquet J., Khaltaev N., Cruz A.A. et al. Allergic Rhinitis and its impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen// Allergy.- 2008.- V. 63 (Suppl. 86).- P. 8 – 160.
5. Bukstein D.A. Role of leukotriene receptor antagonists (LTRAs) in seasonal allergic rhinitis // Ann. Allergy Asthma Immunol.- 2003.- V. 91.- P. 417 – 418.
6. Canonica G.W., Compalati E. Minimal persistent inflammation in allergic rhinitis: Implications for current treatment strategies // Clin Exper Immunol.- 2009.- V.158.- P. 260-271.
7. Chervinsky P., Philip G., Malice M.P. et al. Montelukast for treating fall allergic rhinitis: effect of pollen exposure in 3 studies // Ann. Allergy Asthma Immunol.- 2004.- V. 92.- P. 367–373.
8. Grainger. J., Drake-Lee. A. Montelukast in allergic rhinitis: a systematic review and metaanalysis// . Clinical Otolaryngology.- 2006.- V. 31.- P. 360 - 367.

Даутова С.К.

ЛЕЙКОТРИЕН АНТОГОНИСТЕРІН ПОЛИПОЗДЫ РИНОСИНОСИТИ ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНУ

Бұл мақалада полипозды ринит кезінде емнің қалай тағайындалғандығы дұрыс және оны дұрыс қолданудың ережелері қарастырылған.

Dautova SK

APPLICATION LEUKOTRIENE ANTAGONISTS IN THE TREATMENT OF POLYPOID RHINOSINUSITIS

To do this, determine which allergens sensitive individual patient, and take advantage of the latest developments of Immunology and Allergy.



УДК: 616.438-084

Дурманова А. К., Такенова Ш. К.

ЙОДЖЕТИСПЕУШІЛІК ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ*Республиканский диагностический центр. Эндокринологический консультативно – амбулаторный центр (КАЦ)*

Созылмалы йоджетіспеушілік, халықтың денсаулығына кері әсер ететін себептердің бірі болып есептелінеді. Ғалымдардың ғасырлар бойы ізденуінің нәтижесінде, йоджетіспеушілік эндемиялық зобтың пайда болуына әкеліп соғатыны дәлелденді. Зоб ауруы біздің эрамызға дейін белгілі болған, оның неден пайда болатын білмесе де, сол заманның емшілері емдік мақсатпен теңіз жалбыздарын пайдаланған. 19 ғасырдың аяғында ғалымдар қалқанша безінің құрамынан йодты тауып, бұл элементтің қалқан безінің гормонының түзілуі үшін керектігін дәлелдеген [1.3].

Эндемиялық зоб жер жүзінде ең көп тараған аурулардың бірі. Соңғы жылдардағы эпидемиологиялық зерттеулердің мәліметтеріне қарағанда, дүние жүзінде 2 миллиардқа жуық халық созылмалы йоджетіспеушілік байқалған аумақтарда тұрады, олардың 200-300 миллионында эндемиялық зоб анықталған, ал 200 миллионға жуық адам ақыл-есі жетілуі баяу жетілу тобына жатады. Эндемиялық зоб қоршаған ортада, яғни жерде, суда, тағамдарда йодтың жетіспеушілігімен тікелей байланысты. Сол йоджетіспейтін аймақтарда, миллиондаған халықтың денсаулығына аса қауіпті аурулар кездеседі. Сол себептен 1983 жылы зоб деген сөздік, йоджетіспеушілік аурулар деген ұғымға ауыстырылған. Өткен ғасырдың 60-шы жылдары, біздің Республикада аса күрделі зерттеулер жүргізілген, соның нәтижесінде Қазақстанның жарты аумағында йод жетіспейтіндігі анықталған, әсіресе таулы Оңтүстік, Шығыс облыстарда. 2000-02 жылдары Алматы Мемлекеттік дәрігерлердің білім көтеру институтының қызметкерлерінің жүргізген тексерулерінің нәтижесі бойынша, Қазақстанның барлық аумағында эндемиялық зобпен ауырғандардың санының өскені анықталған [1.3].

Йодтың жетіспеушілігі әсіресе жүкті әйелдердің, ананың құрсағындағы шараңалардың, жаңатуған нәрестелердің, тіпті барлық жас-өспірімдердің денсаулығына кері әсерін тигізеді

. Сол себептен, болашақ аналардың ішінде бедеулік, түсік тастау, жарымжан бала тууы жиі кездеседі [2.3]. Йодтың жетіспеушілігінен жас сәбилер ақыл-ой, дене – құрылыс даму жағынан жетілмей, өз құрбы-құрдастарынан қалып отырады, мұндай балалар жиі ауырады, оқу, зеректік қабілеті нашар болады. Ғылымы мен технологиясы дамыған 21 ғасырда елімізді алға апаратын ақылды, білімді, дендері сау жастардың өсуі үшін, жоғарыда айтылған эндемиялық зоб ауруларын болдырмау мақсатында, біздің елімізде 15.10.2003 жылы Президенттің қол қоюымен заң қабылданды, ол әсіресе ас тұзын йодтандыруға арналған.

Йоджетіспеушілік ауруларының алдын алу шаралары 3 түрлі болады. Оның біріншісі жалпы көпшілік профилактика, оған тағамдарды йодтандыру жатады, мысалы нанға, майға, сүтке йод қосу, бірақ бәрінен тиімдісі ас тұзын йодтандыру, өйткені ол техникалық жағынан қарапайым және тұзды халық кең түрде пайдаланады [2.3].

Йоджетіспеушілік ауруларын алдын алу үшін екінші түрі – топтық профилактика, ол үшін мектепте, балабақшаларда, тағы басқа ұйымдасқан топтарда құрамында йод бар дәрілерді беру. А үшінші түрі - ол жеке адамдардың профилактикасы. Жоғарыда айтып кеткендей, йод тапшылығына балалар, жас-өспірімдер, бала көтеру жасындағы әйелдер аса сезітал болады, сондықтан бұл топтағы адамдарға, әрине, дәрігердің кеңесіне жүгіне отырап, құрамында йод бар дәрілерді қабылдаулары керек [2.3].

Йоджетіспеушілік және соның салдарынан болатын аурулар, алдын алу шаралары

1. Республикамыздың көп аймағында йоджетіспеушіліктік жағдайлары байқалған.
2. Йоджетіспеушіліктің салдарынан қалқанша бездің аурулары жиі кездеседі.
3. Йоджетіспеушіліктің салдарынан болатын аурулардың алдын шаралары бүкіл халық үшін өте маңызды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Зельцер М.Е., Базарбекова Р.Б. «Мать и дитя в очаге йодного дефицита». Алматы, 1999 г. с. 8-12.

2. Зельцер М.Е. Избранные вопросы клинической тиреоидологии. Лекция,

Алматы, 2003 г. с. 11-13.

3. Зельцер М.Е., Базарбекова Р.Б. АГИУВ/ Проблемы хронического йодного дефицита в Республике Казахстан / Сборник научных статей. Алматы, 2002 г. с. 3-7.

Дурманова А. К., Такенова Ш. К.

ЙОДОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

К регионам хронического йоддефицита относится большая территория нашей Республики.

1. В йоддефицитных регионах часто встречаются заболевания щитовидной железы .
2. Огромная роль отведена профилактике йоддефицитных заболеваний .

Durmanova A.K., Takenova Sh.K.

JODDEFICITNYE DISEASES AND PREVENTION MEASURES

1. the regions of chronic iodine deficiency is a big part of the territory of our Republic.
2. In iodine deficiency areas of common diseases of the thyroid gland.
3. A huge role is assigned to the prevention of iodine deficiency diseases.



УДК: 616.98:615.33-08

Емелина И. А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СЕКНИДОКС В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИППП

*ГККП на ПХВ Областной кожно-венерологический диспансер (ОКВД)
г.Петропавловск*

В настоящее время инфекционные заболевания достаточно редко вызывается одним возбудителем. Смешанные инфекции составляют примерно 20-30% в структуре инфекционных заболеваний нижнего отдела половых путей, т.е , почти у каждой пациентки выявляется инфекционный процесс, вызванный несколькими возбудителями.

Адекватная терапия БППП остается актуальной проблемой дерматовенерологической службы, учитывая высокую частоту смешанных инфекций урогенитального тракта. Худайбердиев Н.А.в 1989 году выявил урогенитальный трихомониаз как моноинфекцию у 35,9% больных [5], в то время как смешанная трихомонадно-бактериальная инфекция констатирована им в 64,1 5 случаев, причем была показана прямая связь между частотой микст-инфекции и давностью заболевания. Межевитинова Е.А.с соавторами отмечает , что урогенитальный трихомониаз, как моноинфекция встречается только у 10,5 % больных трихомониазом, а его смешанные формы в ассоциациях с другими инфекциями передаваемые половым путем наблюдаются у 89,5 % пациентов [4]. Трихомонады могут быть ассоциированы с микоплазмами (47,3%); гонококками (29,1%); различными грибами (15,7%); уреаплазмами (20,9%) ; хламидиями (18,2 %) и гарднереллами (31,4%). По данным Делекторского В.В. с соавторами

наиболее частыми членами микробиоценоза с влажными трихомонадами являлись микоплазмы (66,3%), среди которых чаще всего выявляются *Ureaplasma urealyticum* (53,9%) и *Mycoplasma hominis* (8,3%). Микробные ассоциации *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* были обнаружены авторами у 4,1% больных[6]. В таких случаях воспалительный процесс приводит к выраженной реакции тканей, что сопровождается повреждением, деструкцией и дисплазией эпителия. При микст-инфекции, в условиях снижения иммунитета и выраженном воспалительном процессе, развиваются кровоизлияния, повреждаются слои гладкой мускулатуры, прилегающие непосредственно к пораженной слизистой оболочке, образуются грануляции. Данные изменения отражают развитие кольпита, эндоцервицита, цистита, проктита, способствующих формированию эктопий шейки матки - фоновым предраковым состоянием, тубовариальным гнойным образованиям, миомам матки. Наличие у трихомонад специфических рецепторов эстрадиола и дигидротестостерона при хронизации инфекции может служить факторами, способствующими развитию гиперпластических процессов в гормональнозависимых тканях у женщин - гиперплазия эндометрия и миомы матки; у мужчин – аденомы предстательной железы.

В таких условиях важное значение имеет рациональное использование антимикробных препаратов, которые способны обеспечить эффективное подавление всех возбудителей микробной ассоциации. Одним из таких лекарственных средств является Секнидокс (World Medicine, Великобритания). Секнидокс является противомикробным препаратом для системного применения и представляет собой производное имидазола (5-нитроимидазола). Фармакокинетические свойства препарата - незначительное связывание с белками плазмы крови (на 15%), длительный период полувыведения (20-25 часов), медленное выведение из организма (16% от принятой дозы в течение 72 часов). Секнидокс на 80% абсорбируется после перорального приема, максимальный уровень его концентрации в сыворотке крови достигается уже через 3-4 часа. Эти фармакокинетические свойства препарата обеспечивают его высокую клиническую эффективность и возможность удобного однократного приема. Спектр показаний для применения препарата Секнидокс довольно широк. Его назначают при лечении кишечной и внекишечной амебной дизентерии, лямблиоза, бактериального вагиноза, трихомониаза.

Наше внимание препарат Секнидокс привлек не случайно. О неудачах в лечении трихомониаза в последнее время сообщается все чаще. По данным кафедры дерматовенерологии ГУМФ (Н.Тестемичану) г. Кишинев, по данным исследования микробиологической лаборатории КазНикви - рецидивы составляют 50% случаев, что объясняется накоплением в

популяции штаммов *Tr.vaginalis*, устойчивых к традиционным нитроимидазолам (метронидазол, тинидазол).

Цель исследования: оценка терапевтической эффективности и безопасности препарата Секнидокс (производство компании World Medicine).

Исследование включило наблюдение 19 пациентов - женщин в возрасте 18-46 лет с давностью заболевания от 7 дней до 2 месяцев с клинической картиной урогенитального воспаления с подтвержденными результатами лабораторных методов исследования. Продолжительность исследования составило 6 месяцев. В качестве критериев эффективности лечения использовались: оценка клинической картины, микроскопия вагинального отделяемого до и после лечения. Контрольные исследования проводили через 7,14 дней после окончания лечения.

За методы исследования принимались: клинические субъективные параметры – жалобы на зуд, жжение и пенистые выделения из влагалища; клинические объективные параметры – гиперемия слизистой влагалища, пенистые выделения, обнаружение урогенитальных трихомонад бактериоскопическим методом.

Все пациентки получали лечение препаратом Секнидокс в рекомендуемых производителем дозах 2 г per os однократно. Дополнительно назначались пробиотики, поливитамины в соответствующих терапевтических дозах на курс 30 дней. Специфическая антибиотикотерапия проводилась в соответствующих схемах разовых и курсовых дозах.

Таблица 1. Характеристика микроскопического обследования до назначения лечения.

Элементы мазка	Характеристика	Количество больных	%
Эпит.клетки	от един. до 18 в п/зр	19	100
Лейкоциты	от 25 до сплошь в п/зр	19	100
Слизь	+ ++ +++	19	100
<i>Trichomonas vaginalis</i>	+	19	100
Флора	кокки + ++ +++ и/или палочки	19	100
<i>Candida Albicans</i>	+ ++ +++	6	32
Ключевые клетки	+ ++ +++	12	63

Все больные системную терапию получили в полном объеме. Лечение препаратом Секнидокс хорошо переносили большинство пациенток, побочные эффекты наблюдались: у 5 женщин - боль в животе, у 8- тошнота.

Результаты терапии оценивались сразу после лечения и на 7, 14 день после окончания приема лекарственного средства. Показателями

считались: клиническое улучшение и исчезновение ключевых клеток, *Trichomonas vaginalis*, а в составе комплексной терапии кандидоза - улучшение характеристик микроскопического исследования вагинального отделяемого при отсутствии специфических возбудителей.

Таблица 2. Характеристика микроскопического обследования после проведенного лечения.

Элементы мазка	Характеристика	Количество больных	%
Лейкоциты	от 3-5 до 6-9 в п/зр	19	100
Эпит.клетки	от един. до 5-8 в п/зр	19	100
Слизь	+ ++	19	100
Trichomonas vaginalis	отрицательно	19	100
Флора	кокки + ++ и\или палочки	19	100
Candida Albicans	+	6	32
Ключевые клетки	отрицательно	12	63

Таким образом, клинические испытания показали, что препарат Секнидокс высокоэффективен при лечении анаэробных бактериальных инфекций, трихомониаза, бактериального вагиноза, в частности гарднереллеза. А его однократный прием обеспечивает гарантированное соблюдение пациентами схемы лечения, что позволяет снизить вероятность развития резистентности возбудителей и побочных эффектов.

Целью данной статьи было привлечение внимания практических врачей к возможности использования в клинической практике лекарственного препарата Секнидокс, обладающего высокой эффективностью, простотой в применении и низким процентом

побочных эффектов.

Все вышеперечисленное позволяет сделать следующие выводы:

1. Воспалительные заболевания урогенитального тракта у женщин в 20-30% вызваны ассоциацией патогенных микроорганизмов.

2. Урогенитальный трихомониаз как микст-инфекция обнаруживается в большем процентном соотношении, чем моноинфекция.

3. Секнидокс является оптимальным и высокоэффективным препаратом системного действия, с удобной схемой приема, который может применяться для лечения широкого спектра инфекций, передаваемых половым путем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коркан А.И. Особенности клинического течения смешанной урогенитальной инфекции у женщин (актуальные проблемы здравоохранения на современном этапе). Алматы, 2001, с.202-206

2. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. Санкт-Петербург, 2001, с.301-305.

3. Адаскевич В.П. Инфекции передаваемые половым путем. Нижний Новгород Мед.книга, 1999, с.416

1. Межевитинова Е.А. Трихомонадный вульвовагинит: клиника, диагностика, лечение. Гинекология 1999, т.1, с.17-22.

2. Худайбердиев Н.А. Влияние хронического мочевого трихомониаза на репродуктивную функцию мужчин. Вопросы патогенеза и терапии кожных и венерических заболеваний. Сб.науч.трудов. Ташкент, 1989 №3, с.85-87.

3. Делекторский В.В., Яшкова Г.Н. и др. Смешанные трихомонадно-микоплазменные инфекции у женщин. Вестник дерматологии и венерологии 1985 № 8, с.28-32.

4. Gillis J.C., Wiseman L.R. et al. "Secnidazole. A review of its antimicrobial activity use in the management of protozoal infections and bacterial vaginosis" 1996, p.621-638.

Емелина И. А.

ЖЫНЫС ЖОЛДАРЫМЕН ТАРАЛАТЫН АУРУЛАРДЫ КОМПЛЕКСТІ ЕМДЕУДЕ СЕКНИДОКС ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУДЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ

Бұл мақаланың мақсаты тәжірибелік дәрігерлерді клиникада науқастарды емдеу үшін өте тиімді және қолдануға ыңғайлы, кері көрсеткіштері жоқ препаратты қолдануға жұмылдыру болды.

Emelina IA

EXPERIENCE WITH THE DRUG SEKNIDOKS IN COMPLEX TREATMENT OF STIS

The purpose of this article was to draw attention to the possibility of practicing physicians in clinical practice medicine "Seknidoks" having high efficiency, easy to use, and a low percentage of side effects.

УДК: 617.7-089.243

Ермекова К.Т.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ МЯГКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ*Кафедра лор и глазных болезней АО МУА, Астана*

Лечебный эффект терапевтических контактных линз (КЛ) используется давно. Еще в 1882 г. были сообщения о применении на глазу лекарств в виде желатиновых чашечек. В 1916-1917 гг. некоторые авторы одновременно предлагали применение КЛ для предотвращения симблефарона при ожогах и других повреждениях глаз. В 1930-1932 гг. использовали КЛ для фиксации трансплантата после кератопластики. Первые терапевтические жесткие склеральные КЛ защищали поврежденную роговицу от травмирующего действия век, попадания инородных тел, создавали своеобразный слезный резервуар на поверхности роговицы, способствуя ее эпителизации. Лечебное действие гидрофильных мягких КЛ (МКЛ) состоит из следующих компонентов:

МКЛ купируют болевой синдром. Механизм анальгезирующего эффекта КЛ заключается в уменьшении контакта конъюнктивы век с поврежденной роговицей при мигании, а также в ограничении формирования буллезных изменений роговицы.

МКЛ способствуют эпителизации роговицы за счет уменьшения смещения эпителиальных клеток, оказывая механическую защиту поверхности роговицы от травмирующего действия век и экзогенной травмы.

МКЛ снижают испарение влаги с поверхности роговицы, сохраняя ее влажность. При применении высокогидрофильных КЛ создается своеобразный дополнительный водный резервуар.

МКЛ вытаскиваются из гидрофильного материала, который является прекрасным депо для лекарственных препаратов. Благодаря этому свойству, возможно сокращение числа инстилляций капель, создание высокой концентрации лекарственного препарата в глазу.

МКЛ обеспечивают механическую защиту поверхности роговицы при трихиазе век, а также после ожогов и травм, предотвращая развитие корнео-пальпебральных сращений. Повышение остроты зрения, в отличие от корригирующих КЛ, не является обязательным эффектом применения лечебных КЛ. Однако иногда лечебные МКЛ вследствие уменьшения отека и коррекции неправильного астигматизма роговицы повышают остроту зрения

При подборе лечебных линз необходимо

учитывать следующие особенности. Как известно, КЛ в той или иной степени влияют на нормальные физиологические процессы роговицы, вызывая ее гипоксию, оказывая легкое раздражающее действие на роговицу и конъюнктиву, изменяя нормальную структуру и стабильность слезной пленки. Терапевтические КЛ для лечения поврежденной роговицы, как правило, используются в режиме продолжительного (без снятия на ночь) ношения, что и определяет особые требования к газопроницаемости, качеству изготовления и параметрам таких КЛ. Основным требованием, предъявляемым к терапевтическим КЛ, является высокая газопроницаемость КЛ, которая зависит от структуры полимера, влагосодержания и толщины КЛ. Поэтому при необходимости длительного непрерывного ношения КЛ с лечебной целью отдается предпочтение высокогидрофильным КЛ или ультратонким гидрофильным КЛ со средним или низким влагосодержанием.

Для снижения травмирующего (раздражающего) механического действия КЛ на поврежденную роговицу и улучшения ее эпителизации под линзой допускается уменьшение подвижности КЛ на глазу - подбор КЛ с так называемой "плотной" или "крутой" посадкой. Поступление кислорода и воды осуществляется в этих случаях через КЛ, при этом такая посадка КЛ не влияет на толщину слезного слоя под КЛ.

Параметры терапевтических КЛ в большинстве случаев отличаются от традиционных корригирующих КЛ и их выбор зависит от характера, степени и площади повреждения тканей глаза. Большой диаметр терапевтических КЛ (15,0-20,5 мм) обусловлен необходимостью стабильного положения КЛ на роговице, особенно в случаях выраженной асферичности роговицы в результате травмы или патологического процесса, при использовании КЛ для лечения и профилактики корнео-пальпебральных сращений, а также для купирования послеоперационного осложнения трабекулэктомии - избыточной фильтрации внутриглазной жидкости.

Таким образом, применение мягких контактных линз является одним из актуальных методов консервативного лечения офтальмопатологии.

Ермекова К.Т.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯДА ЕМДІК МАҚСАТЫНДА ЛИНЗАНЫ ҚОЛДАНУ ЖАЙЫНДА

Бұл мақалада соңғы күндері қолданыста жүрген линзалардың пайдасы мен оларды қолданудың ыңғайлығы және зерттеу жұмысының барысында алынған оңтайлы нәтижелері қарастырылған.

Ermekov KT

USE OF THERAPEUTIC SOFT CONTACT LENSES IN OPHTHALMOLOGY

When using the CR for the treatment and prevention of Corneo-palpebral adhesions, and for the relief of post-operative complications of trabeculectomy - excessive filtering intraocular fluid. Thus, the use of soft contact lenses is one of the important methods of conservative treatment ophthalmopathology.



УДК: 616.921.5-08-053.4

Ермухамбетова М.С.

ОПЫТ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кокшетауское детское психоневрологическое учреждение, г. Кокшетау

В структуре инфекционной заболеваемости среди детей дошкольного возраста наибольший удельный вес принадлежит острым респираторным вирусным инфекциям (ОРВИ) [1]. Кроме того, актуальность обусловлена тенденцией к росту заболеваемости, высоким риском возникновения у детей тяжелых синдромов (бронхообструктивного, судорожного, ларинготрахеита, нейротоксикоза и др.) и бактериальных осложнений, которые определяют тяжесть, длительность и исход заболевания [2]. Высокая частота и широкая распространенность данных заболеваний связаны с многообразием этиологических факторов, быстротой и легкостью передачи возбудителей воздушно-капельным путем, их высокой контагиозностью [1,2]. Среди педиатров ищутся подходы для профилактики и быстрого лечения ОРВИ, особенно среди организованных коллективов. В последние годы стали внедряться в комплекс лечения препараты, синтезирующие эндогенные интерфероны, самым доступным и распространенным среди них, на наш взгляд, является Анаферон детский, в состав которого входят очищенные антитела к γ -интерферону человека.

Задачей настоящего исследования явилось изучение эффективности применения препарата Анаферон детский в комплексном лечении ОРВИ у детей дошкольного возраста в условиях детского коллектива.

Под наблюдением находилось 30 детей в возрасте от 2 до 6 лет, больных ОРВИ, которые были разделены методом случайной выборки на две группы (основную и сравнения) по

15 человек в каждой. Дети основной группы получали препарат Анаферон детский и симптоматическое лечение, в группе сравнения – только симптоматическое лечение. Лечение проводилось по стандартной схеме в течении 7 дней: первые 2 часа каждые 30 минут по 1 таблетке, далее по 1 таблетке 3 раза в день. Симптоматическая терапия проводилась по общепринятым стандартам. Кроме общеклинического наблюдения проводился лабораторный контроль (гемограмма). Оценка эффективности лечения проводилась на основании сравнительного анализа динамики основных клинических симптомов заболевания у детей наблюдаемых групп.

В результате проведенного исследования при сопоставлении длительности основных симптомов заболевания в группах сравнения, можно констатировать, что в основной группе, лечившихся Анафероном детским, быстрее исчезали симптомы интоксикации. Так, длительность лихорадки ($t > 38^\circ$) была существенно короче (1,2 дня), чем в группе сравнения (2,3 дня), также быстрее возрастала физическая активность детей. Сократилась длительность катарального синдрома (3 дня в основной и 4,6 – в группе сравнения), которая проявилась в снижении продолжительности кашля и гиперемии ротоглотки. В основной группе ни у одного больного не выявлено осложнений. Достоверных отличий в показателях гемограммы в двух группах не выявлено. Таким образом, применение Анаферона детского в комплексном лечении ОРВИ дает хороший клинический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бережной В.В. Острые респираторные вирусные заболевания у детей // В.В. Бережной с соавт.- Луганск, 2003.- С.117
2. Колобухина Л.В. Вирусные инфекции дыхательных путей // РМЖ.- 2000.- №13-14.- С. 559-564

Ермухамбетова М.С.

МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДЫ ЖІТІ РЕСПИРАТОРЛЫ ВИРУСТЫҚ ИНФЕКЦИЯЛАРДЫ ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

Балаларда жедел респираторлы инфекцияларды емдеуде «Анаферон» препаратын қолданудың тиімді нәтижелері қарастырылған. Жан-жақты емдеуде осы препараты қолдану аурудың өршу мерзімін азайтуға мүмкіндік береді.

Ermuhambetova M.

EXPERIENCE IN OPTIMIZING THE TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS IN PRESCHOOL CHILDREN

The results of studies of the effectiveness of drug treatment Anaferon children in treatment of acute respiratory infections in children of preschool age. Use of the drug in treatment helped reduce the terms of the acute period of the disease.



Жакишева А.Н.

ОШИБКИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕТЕЙ

ГККП «Станция скорой медицинской помощи города Астаны»

Актуальность проблемы. Ошибочная диагностика медицинского персонала скорой медицинской помощи (СМП) при травматических повреждениях у детей, явилась основанием для выявления и устранения недостатков в диагностике и лечении его на догоспитальном этапе (ДГЭ) [1.2].

Материалы и методы. В настоящей работе проведен анализ анкет и протоколов решения клинических задач по теме «Травматический шок у детей». Выявлены типичные ошибки, допускаемые на догоспитальном этапе выездным персоналом СМП при диагностике и лечении данной патологии.

Результаты. Всего в анкетировании принимало участие 43 медицинских работника (25 врачей и 18 фельдшеров). Приводим наиболее типичные ошибки:

- 32,4% фельдшеров и 17,8% врачей, недооценивая роль гиповолемии (острой кровопотери), считали боль основной причиной развития травматического шока (ТШ);
- 68,1% фельдшеров и 37,9% врачей неадекватно трактовали артериальную

гипертензию и брадикардию, характерные для сопутствующей тяжелой черепно-мозговой травмы, как отсутствие симптомов ТШ;

- 52,2% фельдшеров и 35,5% врачей считали, артериальную гипотензию обязательным признаком ТШ любой степени, забывая о фазе компенсации;

- 27,4% врачей и 34,6% фельдшеров не знали объемы кровопотери, соответствующие степеням ТШ у детей.

Также, 36,2% врачей и фельдшеров были даны заниженные цифры объема кровопотери при скелетной травме у детей (например, при закрытом переломе бедра).

12,8% фельдшеров и 9,6% врачей назначили крайне недостаточный объем инфузионной терапии на ДГЭ при ТШ;

- 12,4% фельдшеров и 9,7% врачей при закрытой травме живота вообще не проводили инфузионную терапию, неоправданно опасаясь увеличить скорость внутреннего кровотечения. При этом только 20,2% врачей и 12,7% фельдшеров указали на соблюдение принципа корректного восполнения кровопотери в данном

случае, изменяя скорость инфузии в зависимости от величины АД.

50,4% фельдшеров и 37,3% врачей неоправданно рано применяли вазопрессоры при лечении ТШ любой степени;

- 70,2% фельдшеров и 63,4% врачей недооценивали аритмию у пострадавших как клиническим признаком возможного ушиба или ранения сердца.

Наиболее адекватным способом восстановления проходимости дыхательных путей на ДГЭ у пострадавших в коме 50,6% респондентов назвали интубацию трахеи, из них 12,8% только теоретически (!) владели этой методикой.

Ингаляция кислорода при ТШ была бы назначена лишь 10,3% опрошенных сотрудников СМП. Только 36,6% врачей и фельдшеров назвали показанием для перевода на ИВЛ патологическое дыхание у пострадавших в коме, 98,3% курсантов не считали необходимым проведение ИВЛ при грубом нарушении механики дыхания из-за травмы реберного каркаса. При этом 84,5% фельдшеров и 79,3% врачей СМП не владели методикой расчёта параметров аппаратной ИВЛ.

В 50,1% ответов был выявлен необоснованный отказ от применения наркотических анальгетиков при тяжелой скелетной травме у детей, причем 37,3% выбрали внутримышечный путь введения препаратов.

63,6% фельдшеров и 53,2% врачей отказались от обезболивания при скелетной травме и сопутствующей закрытой травме живота, игнорируя возможность использования короткодействующих анальгетиков;

- необходимость применения воротника Шанса при падении с высоты была указана 12,0% курсантов.

- при решении клинической задачи, условием которой была тяжелая сочетанная травма с прогрессирующим нарушением жизненно важных функций, 22,8% опрошенных не проводили транспортную иммобилизацию при переломах конечностей, считали это второстепенной задачей.

Выводы. Таким образом, проведя анализ анкет и протоколов решения клинических задач по теме «Травматический шок у детей», были выявлены типичные ошибки, допускаемые респондентами на догоспитальном этапе - выездным персоналом СМП при диагностике и лечении данной патологии.

Это помогло скорректировать лекционный курс и план проведения семинаров и практических занятий по данной теме. При повторном (по окончании курсов обучения) анкетировании 12 врачей и 18 фельдшеров (определены методом случайной выборки) средний процент ошибок составил в среднем менее 1,4%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубицкий А.А. Анализ ошибочной диагностики медицинского персонала скорой медицинской помощи/Уч. пособие. – Астана, 2009. – 51 с.
2. Вайдль Р., Ренч И., Штерцель Г. Экстренная помощь на догоспитальном этапе (пер. с нем.) – Киев, 2007. – 270 с.

Жакішева А.Н.

БАЛАЛАРДАҒЫ ТРАВМАЛЫҚ ЗАҚЫМДЫЛЫҚТАРДЫ АНЫҚТАУДАҒЫ ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ҚАТЕЛЕРІ

«Балалардағы травмалық шок» тақырыбындағы сауалнамалар және клиникалық хаттамаларға талдау жүргізілген. Госпитальға дейінгі кезеңдегі жедел медициналық жәрдем қызметкерлері жіберетін негізгі қателіктер айқындалды.

Осыған орай дәрістер курсы, семинарлармен жаттықтыру сабақтарының өткізу жоспарларына түзетулер енгізілді. Қайталап жүргізілген сауалнамалар нәтижесінде (жүргізілген курстардан кейін) қателіктердің үлесі 1,4% пайызға төмендегенін атап өтуге болады.

Zhakisheva A.N.

ERRORS OF THE MEDICAL PERSONNEL OF AMBULANCE AT DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF TRAUMATIC DAMAGES AT CHILDREN

The analysis of questionnaires and protocols of the solution of clinical tasks of a subject «Traumatic shock at children» is passed. The typical mistakes allowed at a pre-hospital stage - the exit personnel of SMP are revealed at diagnostics and treatment of this pathology.

In this regard the lecture course and the plan of carrying out seminars and a practical training on this subject is corrected. At repeated (on the termination of courses) questioning decrease in average percent of mistakes to 1,4 % is noted.

УДК: 616.233-248:614.455

Т.Б. Земцова, С.В. Григорьевская, С.В. Муфтулина

ПРИЧИНЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙКГП «Поликлиника № 4 г. Костанай»,
КГП «Костанайская городская больница»

Бронхиальная астма (БА) - широко распространенная патология системы дыхания, которая своими корнями уходит в далекое прошлое, во времена Гомера и Гиппократов. Однако, несмотря на столь богатую историю контакта человека с болезнью, бронхиальная астма и по настоящий день представляет собой актуальную многогранную проблему современной медицины, присущую как нашей стране, так и европейским государствам.

С другой стороны бронхиальная астма остается до настоящего времени социально значимым заболеванием, требующим определенных расходов со стороны государства для лечения, реабилитации, социальной поддержки этой группы населения [1,2]. Благодаря поддержке государства, в течение ряда лет все пациенты, состоящие на диспансерном учете в поликлиниках обеспечиваются бесплатными препаратами, как для базисной терапии, так и для купирования приступов одышки и удушья [3]. Но, несмотря на это, добиться полного контроля над заболеванием невозможно [4].

Цель исследования: определить причины госпитализации пациентов с бронхиальной астмой.

Материал и методы: был проведен анализ 180 историй болезни, прошедших стационарное лечение с бронхиальной астмой в течение 2010 года на базе пульмонологического отделения городской больницы города Костаная.

Для оценки степени контроля БА использовалась методика АСТ – теста. Все данные вносились в разработанные анкеты, и проводилась их статистическая обработка.

Результаты и обсуждения:

госпитализировались в связи с ухудшением состояния 96%, проходившие освидетельствование для военкомата 4%, в исследование включены не были. Все пациенты были госпитализированы по экстренным показаниям, 48% по направлению из поликлиники, 49% доставлены бригадой скорой помощи, 3% составили самообращения (т.е. пациенты, непосредственно обратившиеся в приемный покой больницы). Соотношение женщин и мужчин 2:1. легкая персистирующая БА была у 2%, персистирующая БА средней степени тяжести у 48%, тяжелая персистирующая БА у 50%. Среди сопутствующих заболеваний лидировали заболевания сердечнососудистой системы. Впервые госпитализированы 12%, госпитализируются ежегодно 64% (от одного до 4 раз в год). При выполнении АСТ - теста у всех не удавалось контролировать астму. Среди факторов, спровоцировавших обострение БА: несоблюдение базисной терапии (32%), контакт с аллергеном (27%), инфекции респираторного тракта (22,6%). Базисная терапия не включала противовоспалительный компонент у 37% госпитализированных. Отмечается низкая посещаемость «Астма-школы».

Заключение: отмечается нарастание тяжелых форм неконтролируемой БА. Причины обострения БА - несоблюдение базисной терапии, контакт с аллергенами, инфекции респираторного тракта, отсутствие противовоспалительного компонента базисной терапии. Имеются трудности контроля БА как у терапевта (62%), так и у пульмонолога - 38% поступивших, нет персонализированного контроля качества лечения БА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2006. Пер. с англ. Под ред. Чучалина А.Г. М.: Атмосфера, 2007. С.15-25.
2. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Workshop Report (updated 2007). www.ginasthma.org
3. Клинические рекомендации. Бронхиальная астма. Под ред. А.Г.Чучалина. М.: Атмосфера, 2008. С. 23-37.
4. Лещенко И.В., Пономарев А.С., Бушуев А.В. Оказание экстренной помощи больным с заболеваниями органов дыхания: 5-летний опыт скорой медицинской помощи Екатеринбургa. Пульмонология. 2004; 1: 43–7.

Т.Б. Земцова, С.В. Григорьевская, С.В. Муфтулина.

**БРОНХ ДЕМІКПЕСІ БАР НАУҚАСТАРДЫ
АУРУХАНАҒА ЖАТҚЫЗУ СЕБЕПТЕРІ**

Аталған мақалада бронх демікпесі бар пациенттерді госпитализациялау себептері қарастырылады, өйткені бұл ауру осы күнге дейін бізде елде және Еуропа мемлекеттерінде қазіргі медицинаның көп қырлы, көкейкесті мәселесі. Осы мақалада Қостанай қ. №4 емханасының ауруларды госпитализациялау және ТА ауруларының асқынуы; базистік терапияны сақтау, аллергиямен байланыс, респираторлық инфекциялар, базистік терапияның ауруға қарсы компоненттің жоқтығы туралы статистикалық мәліметтер берілген.

T.B.Zemtsova, S.V.Grigorevskaya, S.V.Muphtullina.

THE REASONS OF HOSPITALIZATION OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

In this article the reasons of hospitalization of patients with bronchial asthma are considered as this disease represents the actual many-sided problem of modern medicine inherent both in our country and European states. Statistical data of Kostanay pulmonary department of the city hospital on hospitalization of patients, the reason of bronchial asthma aggravation, the non-compliance of basic therapy, the contact with allergens, the infections of a respiratory path, the lack of an anti-inflammatory component of basic therapy are provided in this article.



УДК: 616.1/9-24-002

Т.Б. Земцова, С.В. Григорьевская, С.В. Муфтулина.

КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

КГП «Поликлиника № 4 г. Костанай», КГП «Костанайская городская больница»

Актуальность проблемы связана с определенными трудностями лечения при наличии сопутствующих заболеваний, как самой бронхиальной астмы, так и этих сопутствующих заболеваний[1,2]. Есть ряд препаратов, назначение которых категорически противопоказано или может ухудшить течение бронхиальной астмы. Так назначение бета - блокаторов при артериальной гипертензии или ИБС в сочетании с бронхиальной астмой категорически запрещено. Ингибиторы АПФ могут вызвать кашель. При их назначении предпочтение надо отдавать ингибиторам АИФ нового поколения[3,4]. Простые истины, но порой в своей практике приходится сталкиваться с назначением анаприлина при эндокринной патологии или даже лечения артериальной гипертензии пациентам, у которых основным заболеванием является бронхиальная астма. И как результат такого лечения приступы удушья, обострение течения бронхиальной астмы.

Цель исследования: изучить распространенность и преобладающие сопутствующие заболевания при бронхиальной астме в реальной клинической практике.

Материалы и методы: было проанализировано 210 амбулаторных карт пациентов с брон-

хиальной астмой, наблюдающихся в нашей поликлинике возрасте от 20 до 76 лет, средняя возрастая, группа БА составила 51,3 г. В группе БА 72,5% составили женщины, в группе ХОБЛ-66%- мужчины. Стаж заболевания от 1 до 30 лет. Сопутствующая патология оценивалась по листам уточненных диагнозов в амбулаторных картах.

Результаты: Не было выявлено других заболеваний только у 18,9% (23,9% мужчин и 16,9% женщин) молодых пациентов. Одно сопутствующее заболевание диагностировано у 19,65% мужчин и 15,25% женщин (в целом 16,5%). 2 заболевания выявлены у 19,55 больных в равной степени среди мужчин и женщин (21,4% и 18,8%). 3 сопутствующих заболевания выявлены у 23% больных, а у 22% - 4 и более заболеваний одновременно, в обоих случаях преобладают женщины (24,7% и 24,4% против 18% и 16% у мужчин). Сердечнососудистые заболевания выявлены у 61,6% пациентов: гипертоническая болезнь - 43,8%, ИБС- 0,7%, комбинация ИБС и артериальной гипертензии - 14%, ХРБС -1%(все женщины); аритмия- 5%. Заболевания опорно-двигательного аппарата выявлены у 40% больных; 24,2%- остеохондроз; деформирующий артроз у 13,7%, остеопороз -6%. Из

эндокринных заболеваний (23%) преобладают сахарный диабет- 9% и ожирение- 12,7%; патология щитовидной железы- 6,5% (все женщины). Патология ЖКТ составляет 22%, заболевания почек- 15%.

Выводы: для больных БА характерна высокая полиморбидность: 455 больных имеют 3 и более

сопутствующих заболеваний. Преобладают кардиальная, эндокринная патологии и болезни опорно-двигательного аппарата. Все это крайне затрудняет диагностику отдельных заболеваний, подбор терапии и ухудшает прогноз для больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Global Initiative for Asthma (GINA), Global strategy for asthma management and prevention. Update Dec 2009. <http://www.ginasthma.com>
2. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. Global Initiative for Asthma (GINA) Program. Allergy 2004; 59 (5): 469–78.
3. Петрова М.М., Артюхов И.П., Демко И.В. Бюллетень сибирской медицины. 2007; 2: 90–7.
4. Федосеев Г.Б., Ровкина Е.И., Рудинский

- К.А., Филиппов А.А. Коррекция повышенного артериального давления антагонистами кальция у пациентов с бронхиальной астмой и хроническим бронхитом. Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2002; 4 (4): 35–7.
5. Зыков К.А., Татенкулова С.Н., Масенко В.П. и др. Выявление особенностей аутоиммунных реакций при хронической сердечной недостаточности различной этиологии. Терапевт. арх. 2009; 81 (4): 22–8.

Т.Б. Земцова, С.В. Григорьевская, С.В. Муфтулина.

БРОНХ ДЕМІКПЕСІМЕН ҚОСА ЖҮРЕТІН АУРУЛАРДЫ АНЫҚТАУ

Аталған мақалада клиникалық практикада тыныс демікпесі кезіндегі қоса жүретін ауруларды анықтау мәселесі қарастырылады. Қостанай қ. №4 емханасы бойынша тыныс демікпесі бар пациенттердің 210 амбулаторлық картасының талдауы беріледі. Тыныс демікпесі бар ауруларға тән жоғары полиморбидтілік байқалады: аурулардың барлығында 3 және одан да көп қоса жүретін аурулар бар. Жүрек, эндокрин патологиясы және тірек-қимыл аппараттың аурулары басым болады.

T.B.Zemtsova, S.V.Grigorevskaya, S.V.Muphtullina.

IDENTIFICATION OF ACCOMPANYING DISORDERS DURING BRONCHIAL ASTHMA

In this article the question of identification of accompanying diseases at bronchial asthma in real clinical practice is considered. The analysis of 210 outpatient cards of patients with bronchial asthma of Kostanay polyclinic № 4 is provided. The high polymorbidity, characterized for patients with bronchial asthma is noted as practically all patients have 3 and more accompanying diseases. Heart, endocrine pathologies and diseases of the musculoskeletal device prevail.



КАРДИАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

КГП « Поликлиника № 4 г. Костанай »

Хронические обструктивные болезни легких (далее ХОБЛ) – одна из важнейших причин нарушения здоровья и смертности по всему миру. Распространенность ХОБЛ в мире среди мужчин и женщин составляет 9,3 и 7,3 %, а среди курящих достигает 26,7 и 23,7 % соответственно. Многие люди годами болеют ХОБЛ, преждевременно умирая от нее или от ее осложнений. ХОБЛ является четвертой причиной смертности в мире и, как предсказывается, в ближайшие десятилетия будет наблюдаться увеличение ее распространенности и смертности от нее [1]. При клинических и научных знаниях, согласно докладу рабочей группы GOLD (2003), попытка дать абсолютно точное определение ХОБЛ и БА ограничена отсутствием исчерпывающей информации об этих болезнях. Несомненно БА и ХОБЛ имеют сходные черты, в то же время им присущи и характерные особенности, благодаря которым БА можно отличить от ХОБЛ. При хронических обструктивных заболеваниях в наибольшей степени проявляется тесная анатомическая функциональная связь сердца и легких [2].

В результате проблема из пульмонологической переходит в кардиопульмонологическую. Ремоделирование сердца, возникающее в ответ на повреждение, приводящее к изменению его геометрии, нарушению сократимости, в конечном итоге определяет прогноз жизни больных хронической обструктивной патологией легких. При этом БА не упоминается среди заболеваний легких, приводящих к развитию хронического легочного сердца.

Еще более сложной остается проблема ассоциации поражения легких и сердца в кардиореспираторной системе. Эти заболевания оказывают взаимное отягощающее течение влияние, что привлекает внимание к коморбидности «легкие сердце» и даже предполагается объединяющий «возврат к будущей внутренней медицине». Среди клинически значимых аспектов сердечно - сосудистой патологии при ХОБЛ выделяют патогенетические взаимосвязи (формирование пульмонологической гипертензий), синдром взаимного отягощения, особенности клинического течения (атипичное течение ИБС без стенокардии, т.е. коронарная) болезнь остается в «тени» [3]. На 41й конференции Американской ассоциации сердца обращалось

внимание на возрастание риска ИБС среди больных БА: у некурящих астматиков риск развития сердечных заболеваний (и смерти от них) выше на 33% против лиц без БА. В лечении коморбидных состояний особую важность приобретают вопросы безопасного применения лекарственных средств[4].

Цель исследования: изучить распространенность заболеваний сердечнососудистой системы (ССС) при БА и ХОБЛ.

Материалы и методы: проанализированы амбулаторные карты пациентов с БА (210) и ХОБЛ (180) всех стадий, наблюдающихся в нашей поликлинике в возрасте от 20 до 76 лет, средняя возрастая, группа БА составила 51,3 г. группа ХОБЛ- 61.3 г. В группе БА 72,5% составили женщины, в группе ХОБЛ- 66%-мужчины. Курят 18,3% из больных БА и 50% больных ХОБЛ.

Результаты: заболевания ССС наиболее частая сопутствующая патология при БА и ХОБЛ: 61,6% и 75,8% соответственно. Первое место по распространенности в обеих группах занимает гипертоническая болезнь: 43,8% у больных БА и 34% при ХОБЛ. ИБС и ее комбинации с гипертонической болезнью чаще встречается при ХОБЛ 6% и 34,8 соответственно против 0,7 и 14% у больных БА. Аритмии также достоверно чаще регистрируются при ХОБЛ 23% против 5% при БА. Хроническая сердечная недостаточность подтверждена у 38% больных ХОБЛ, включая пациентов с хроническим легочным сердцем.

Выводы: сочетание обструктивных заболеваний органов дыхания и кардиальной патологии наиболее актуально в связи со значительным распространением обеих групп. Наблюдается «смазывание» клинической картины, т.к. болезни имеют общие симптомы, что затрудняет и увеличивает стоимость диагностики. Наиболее усложняется медикаментозная терапия при кардиореспираторной патологии, в связи с взаимными противопоказаниями. Подбор лекарственных препаратов у каждого пациента с сочетанием респираторной и кардиальной патологии при учете общих рекомендаций и стандартов должен быть строго индивидуализирован[5,6].

ЛИТЕРАТУРА

1. Зимовина Е.П. Тенденции смертности в Казахстане: специфика республики Центрально-Азиатского региона (Опубликовано в: Этнодемографические процессы в Казахстане и сопредельных территориях: Сборник научных трудов IX Международной научно-практической конференции 16-17 мая 2008 г., г. Усть-Каменогорск, 2008. с. 118-127).
2. И.А. Зарембо. Хроническая обструктивная болезнь легких: распространенность и смертность Журнал «Аллергология» Номер 1'2006.
3. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Пересмотр 2003 г. / Пер. с англ. под ред. Чучалина А.Г. М., 2003.
4. Клинические рекомендации. Хроническая обструктивная болезнь легких / Под ред. Чучалина А.Г. М., 2003.
5. Авдеев С.Н. Роль комбинированного использования β_2 -агонистов и антихолинэргических препаратов при бронхиальной астме. Пульмонология. 2003; 2: 117–23.
6. Овчаренко С.И., Передельская О.А., Морозова Н.В. Небулайзерная терапия бронхолитиками и суспензией пульмикорта в лечении тяжелого обострения бронхиальной астмы. Пульмонология. 2003; 6: 75–82.

Т.Б. Земцова

БРОНХ ДЕМІКПЕСІ ЖӘНЕ ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЛАРЫ КЕЗІНДЕГІ ЖҮРЕК ПАТОЛОГИЯСЫ

Мақалада тыныс демікпесі және өкпенің созылмалы обструктивті аурулары кезінде жүрек патологиясының мәселесі қарастырылады, себебі бүкіл әлем бойынша бұл аурулар денсаулықтың бұзылысы және өлім-жітімнің ең маңызды себептері болып табылады. Созылмалы обструктивті аурулар кезінде жүрек пен өкпенің арасында ең үлкен дәрежеде тығыз анатомиялық функционалдық байланыс айқындалады, соның салдарынан пульмонология мәселесі кардиопульмонологиясына ауысады. Респираторлық және кардиалдық аурулары бар пациенттерге жалпы ұсыныстар мен стандарттарды ескере отырып дәрі препараттарын таңдап алу қатаң жекеленуде болу қажет.

T.B.Zemtsova

HEART PROBLEM DURING BRONCHIAL ASTHMA AND CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

At chronic obstructive diseases a close anatomic functional connection of heart and lungs is shown due to what the problem from the pulmonological passes to the heart pulmonologic. The selection of medicine with a combination of respiratory and heart pathology at the accounting of general recommendations and standards for each patient should be strictly individualized.



НАРУШЕНИЕ СТРУКТУРЫ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА

АО «Медицинский университет Астана»

Стресс или общий адаптационный синдром, является совокупностью стереотипных общих реакций организма в ответ на воздействия, нарушающие его гомеостаз. Будучи эволюционно сформировавшимся приспособительным явлением, в последнее время стресс всё чаще ассоциируется с негативными последствиями для здоровья человека [1]. Урбанизация, рост темпа жизни, дефицит времени привели к изменению характера и интенсивности стрессоров – преобладанию психоэмоциональных стресс-факторов небольшой интенсивности, продолжительных по времени, что приводит к длительному напряжению адаптивных механизмов, а в некоторых случаях – к их истощению. Так, стресс теряет свое адаптивное значение и выступает как звено патогенеза в развитии различных заболеваний, в первую очередь нервной, сердечно-сосудистой, иммунной систем [2]. Не стала исключением и костная ткань.

Механизм повреждения костной ткани при стрессе включает в себя несколько звеньев. При хроническом стрессе, с одной стороны, увеличивается выброс адаптивных гормонов: катехоламинов и глюкокортикоидов, что приводит к усилению свободно-радикального окисления, распаду белков, ацидозу. С другой стороны, снижается продукция половых гормонов и инсулина. Вследствие чего увеличивается резорбтивная функция остеокластов и снижается синтетическая функция остеобластов. Таким образом, наблюдается преобладание процесса катаболизма в костной ткани, что приводит к потере костной массы, микроструктурным повреждениям костной ткани, в итоге - к развитию остеопении, а затем и остеопороза. [3].

Как высокий уровень стресса, так и остеопороз наиболее характерны для женского пола, что, несомненно, связано с гормональным фоном, главным образом, уровнем эстрогена. Рядом исследований было установлено, что гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система, обеспечивающая развитие стресс-реакции, может угнетать выработку эстрогена, увеличивая секрецию пролактина. В значительной мере это изменяет функцию женской репродуктивной системы и может привести как к нарушению менструального цикла, так и к потере минеральных веществ костной тканью [4].

Нет такой области жизнедеятельности, где люди не подвергались бы стрессовым воздействиям.

Однако по данным различных источников, особенно подвержены стрессу студенты [5]. Студенчество ассоциировано с большими умственными нагрузками, обусловленными необходимостью усваивать большой объем информации, быстро решать сложные задачи, овладевать новыми профессиями; и незначительной физической активностью, вплоть до развития гиподинамии. На время обучения в ВУЗе (особенно касательно студентов-медиков, высшее образование которых в среднем занимает около 7 лет) приходится формирование костной массы с достижением максимума. Хронический психосоциальный стресс в течение данного периода негативно сказывается на состоянии минеральной плотности костной ткани (МПКТ), и может привести к остеопении или остеопорозу.

Остеопороз имеет статус «скрытой эпидемии», этим подчеркивается широкая распространенность и характер данного заболевания, которое развивается исподволь и нередко выявляется уже после клинических проявлений (изменения осанки, переломы костей). Пристальное внимание ученых на протяжении многих десятилетий занимало изучение остеопороза в старшей возрастной группе, в финале заболевания, в то время как состояние костной ткани во многом зависит от достижения пиковой костной массы в юношеском возрасте [6]. Однако данному аспекту проблемы до настоящего времени не было уделено должного внимания.

В связи с этим **целью** настоящего исследования является оценка влияния хронического психосоциального стресса на минеральную плотность костной ткани врачей-интернов женского пола (студенток 7-го курса АО «МУА»), не имеющих соматической патологии.

Материалы и методы. В настоящее время нами был обследован 31 врач-интерн АО «МУА». Средний возраст составил $23,5 \pm 0,66$ лет. В качестве метода субъективной оценки тревожно-стрессовых состояний использовался опросник Спилбергера-Ханина [7]. Объективная оценка эмоциональной напряженности производилась по показателям вегетативных реакций: частоты пульса, дыхания, артериального давления. Изучение сбалансированности взаимодействий сердечно-сосудистой и дыхательной систем осуществлялось при помощи подсчета коэффициента Хильденбранта [8]. Кроме того для оценки функционального состояния вегетативной

нервной системы использовался индекс Кердо [9]. Минеральная плотность костной ткани изучалась методом УЗ-денситометрии пяточной кости на аппарате Sonost 2000. Т-критерий показывает количество костной массы у обследуемого человека по сравнению с идеальной нормой. Т-критерий выше -1 считается нормальным. Показатель от -1 до -2.5 указывает на остеопению, ниже -2.5 определяется как остеопороз [10]. В работе проводились исследования по выявлению предполагаемых факторов риска развития остеопороза (несбалансированности питания, недостаточной физической активности, вредных привычек, нарушений менструального цикла и т.д.) с помощью самостоятельно составленной анкеты. Данные обработаны статистически с использованием корреляционного анализа по Спирмену, регрессионного анализа. Уровень достоверности считался значимым при 0,05 и менее.

Результаты и обсуждение. В целом по результатам наших исследований показатель Т-критерия равен $-2,19 \pm 0,68$, что свидетельствует об остеопении у интернов, которая отмечалась у большинства обследуемых (58%), при этом нормальная минеральная плотность кости была выявлена лишь у 13%, остеопороз - у 9 человек.

По нашим данным на изучаемый показатель достоверно влияет индекс личностной тревожности по Спилбергеру-Ханину, который в среднем составляет $2,28 \pm 0,37$. Между вышеуказанными параметрами наблюдается умеренная положительная связь (коэффициент корреляции 0,25), что, несомненно, указывает на негативное влияние стресса на состояние костной ткани. При объективной оценке показателей эмоциональной напряженности обнаружена достоверно умеренная положительная связь между уровнем АД, частотой пульса, дыхания и МПКТ. Показатель личностной тревожности также коррелировал с индексом массы тела (коэффициент корреляции 0,47). Большинство обследуемых отмечают увеличение влечения к пища в период стресса (52%). Однако, у этой группы лиц отмечается худшие результаты МПКТ по сравнению с теми обследуемыми, кто не чувствует повышения аппетита в период стресса ($-2,35$ против $-1,82$). Очевидно, это связано с тем, что хронический стресс ассоциирован с преобладанием процесса катаболизма в организме и потерей костной массы. На этом фоне даже достаточное количество кальция, поступающего с пищей, не будет полностью усваиваться и не может способствовать накоплению или восстановлению костной массы.

На формирование костной ткани кроме вышеперечисленного влияют пищевые привычки. Так у двух лиц, отказавшихся от употребления молока, Т-критерий составил $-2,85$; у студентки, употребляющей главным

образом фаст-фуд $-3,05$. Далее все оставшиеся обследуемые были разделены на группу лиц, питающихся полноценно без каких-либо особенностей, и тех, кто употребляет большое количество мяса. Интересно, что в первой группе показатель достоверно лучше ($-2,10$ против $-2,26$). Данное обстоятельство можно объяснить худшей усвояемостью кальция при большом количестве белка в рационе. Вероятно, этот факт обуславливает лучшее состояние костной ткани у лиц славянской национальности, чем у азиатов ($-1,66$ против $-2,45$).

Показатели личностной тревожности и вегетативного статуса коррелируют с нарушениями менструального цикла. Из многочисленных исследований известно, что репродуктивная система занимает пассивную функцию в адаптации к стрессу [1]. Это ведет к гипозестрогемии, увеличению секреции паратормона, снижению кальцитонина и кальцитриола, увеличению катаболического действия тироксина. В этом случае кальций теряется с мочой и плохо абсорбируется в кишечнике, следовательно, уровень кальция в крови восстанавливается за счет повышения резорбции кости. В итоге неизбежно теряется костная масса. Согласно нашим данным, нарушение менструальной функции наблюдались у 8 человек (26%), средний показатель Т-критерия в данной группе $-2,66$. Он оказался достоверно ниже, чем в группе девушек, с регулярным менструальным циклом (МПКТ $-1,9$).

Другим аспектом наших исследований является то, что 23% (7 студенток) отмечают частые воспалительные заболевания и имеют Т-критерий $-3,06$, что значительно ниже в сравнении с болеющими редко (МПКТ $-2,10$). Полученные результаты согласуются с известными литературными данными. Так, доказанным является факт негативного влияния хронического стресса на иммунную систему, в результате чего увеличивается выработка интерлейкинов, простагландинов, повышается активность остеокластов и резорбция кости.

Выводы. Полученные данные позволяют говорить о безусловно отрицательном влиянии хронического психосоциального стресса на метаболизм костной ткани, которое может быть реализовано прямо и опосредованно (через снижение иммунитета, нарушение менструального цикла и т.д.). В снижении МПКТ установлена роль следующих факторов: высокого уровня личностной тревожности и показателей вегетативного статуса, принадлежности к азиатской национальности, склонности к частым воспалительным заболеваниям, определенных пищевых привычек (исключение из пищи молока, употребление большого количества белковых продуктов и т.д.), нарушения менструального цикла.

СОЗЫЛМАЛЫ ПСИХИКАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК СТРЕССТІҢ ӘСЕРІНЕН СҮЙЕК ТІНІ ҚҰРЫЛЫМДАРЫНЫҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫ

Л.Н.Зарипова, Д.С.Тәжібаева, Н.Б.Кабдуалиева

Мақалада «АМУ» АҚ-ғы 31 дәрігер-интерндерге жүргізілген тәжірибенің нәтижелері көрсетілген. Сүйек тінінің минералды нығыздалуы азаюының негізгі қауіп-қатер факторлары: жеке басыныңдағы үрейлену деңгейі мен вегетативті статустың көрсеткіштері, ұлты - азиат, жиі қабынулық ауруларға бейімділігі, белгілі бір тағамдық тәртібі, сонымен бірге, етеккірінің бұзылуы анықталған. Тәжірибе барысында алынған нәтижелер созылмалы психикалық-әлеуметтік стресстің сүйек тіні метаболизміне жағымсыз әсер ететінін нақтылайды.

STRUCTURAL DISTURBANCE OF THE BONE TISSUE UNDER THE INFLUENCE OF CHRONIC PSYCHOSOCIAL STRESS

L. Zaripova, D. Tazhibayeva, N. Kabdualieva

The article presents the results of the examination of 31 interns studying in «Astana medical university». The major risk factors for low bone mineral density are the high level of personal anxiety and indices of the vegetative status, Asian nationality, frequent inflammatory diseases, specific dietary habits and menstrual irregularities. The obtained data indicated the negative influence of chronic psychosocial stress on the metabolism of bone tissue.

ЛИТЕРАТУРА

1. Т.Ф.Татарчук. Стресс и репродуктивная функция женщины // Эндокринная гинекология, 3(5) - 2006.
2. Акмаев И.Г., Волкова О.В., Гриневич А.В. Эволюционные аспекты стрессорной реакции // Вестник Рос. Академии наук. - 2002. - № 6. - С. 104-115.
3. Казимирко В.К., Мальцев В.И. Остеопороз как биологическая проблема // Здоров'я України, 2005; 21(130):27-29.
4. George P. Chrousos M.D. David J. Torpy, M.B., B.S.; and Philip W. Gold. Interactions between the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis and the Female Reproductive System // Annals of Internal Medicine, 1998; 129: 3: 229-240.
5. Карякина С. Н. Характеристика учебного стресса студентов младших и старших курсов высшего учебного заведения // Ученые записки Орловского государственного университета. 2010. № 2—3. С. 210—215.
6. Л.А.Щеплягина, Т.Ю.Моисеева, И.В.Круглова. Особенности минерализации осевого скелета в период роста // Проблемы остеологии. Том 9. 2006. Киев, Украина.
7. Костина Л.М. Методы диагностики тревожности. - СПб.: Речь, 2002. - 198 с.
8. Шарыпова Н.В., Свешников А.А. Влияние экзаменационного стресса на адаптационные реакции у студенток с разным соматотипом // Современные наукоемкие технологии. - 2005. - № 3 - С. 106-106.
9. Щербатых Ю.В. Влияние параметров высшей нервной деятельности студентов на характер протекания экзаменационного стресса // Журнал ВНД им. Павлова, 2000, №6, С.959-965.
10. Остеопороз// Под ред. Лесняк О.М., Беневоленской Л.И. - ГЭОТАР-Медиа. 2010. - 272 с.



УДК: 616.24-002:616.831-071

Исаева А.Б.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ НА ФОНЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ*АО «Республиканский Национальный центр нейрохирургии», г. Астана*

Среди неонатальных заболеваний одно из ведущих мест принадлежит пневмониям, развитию которых способствуют различные пре-, интра- и постнатальные повреждающие факторы, среди которых наиболее значимыми являются перинатальные энцефалопатии различного генеза.

Целью исследования явилось изучение клинических особенностей новорожденных детей, больных пневмонией на фоне перинатальной энцефалопатии.

Под наблюдением находилось 22 новорожденных, больных пневмонией на фоне перинатальной энцефалопатии.

Результаты клинического исследования показали, что причинами перинатальной энцефалопатии явились различные отклонения в течении беременности и родов, сопровождавшиеся развитием внутриутробной и интранатальной гипоксии плода. Анализ анамнестических данных выявил у 12 женщин наличие токсикоза беременности, у 10 – экстрагенитальной патологии (сахарного диабета, анемии), у 8 – инфекционных заболеваний (ОРВИ, бронхиты). Патологические роды были у 11 матерей: слабость родовой деятельности, длительный безводный период, стремительные роды, аномалии положения пуповины. Все дети родились в состоянии асфиксии с оценкой по шкале Апгар ниже 7 баллов. У 9 новорожденных выявлены сочетанная хроническая внутриутробная гипоксия плода и асфиксия новорожденного, у 17 – гипоксически-травма-

тическая энцефалопатия. Практически все дети поступали в тяжелом состоянии, обусловленном симптомами дыхательной недостаточности, интоксикации и неврологической симптоматикой. Признаками перинатальной энцефалопатии являлись синдром угнетения центральной нервной системы, синдром двигательных расстройств, судорожный синдром. Отмечалось угнетение физиологических рефлексов, снижение двигательной активности, мышечная гипотония. Глазодвигательные расстройства в виде периодического косоглазия, плавающих движений глазных яблок выявлены у 6 новорожденных, нистагм – у 8. Симптомы ликворной гипертензии (напряжение родничков, расхождение швов черепа) отмечены у 8 больных детей. У всех обследованных пациентов обнаружены выраженные нарушения микроциркуляции: бледность и мраморность кожных покровов, акроцианоз или общий цианоз. Отмечалась выраженная дыхательная недостаточность в виде одышки, аритмичности дыхания, участия вспомогательной мускулатуры. Кроме того, выявлялись тахикардия и приглушенность тонов сердца, гепатомегалия.

Таким образом, клинической особенностью пневмоний у новорожденных с перинатальной энцефалопатией является выраженность синдромов дыхательной недостаточности, сосудистых и метаболических расстройств, неврологических нарушений при умеренных инфильтративно-воспалительных изменениях в легких, что требует комплексного подхода в лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных: руководство для врачей. СПб: «Питер», 2000 Н.П.Шабалов, А.Б.Пальчик

2. Семенова К.А. Перинатальные энцефалопатии /Неврология и невропатология.- 2003.- С.112-134

Исаева А.Б.

ПЕРИНАТАЛДІ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ КЕЗІНДЕГІ ПНЕВМОНИЯЛАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫНЫҢ СИПАТТАМАСЫ

Жаңа туған балаларда перинаталді энцефалопатияның фонындағы пневмониялардың клиникалық ағымы зерттелді. Перинаталді кезеңде анықталған пневмониялар дәрежесінің ауырлығы айқындалған.

Isayeva A.

CHARACTERISTICS OF THE CLINICAL COURSE OF PNEUMONIA ON A BACKGROUND OF PERINATAL ENCEPHALOPATHY

We studied the clinical course of pneumonia in infants against perinatal encephalopathy. Revealed worsening severity with pneumonia on a background of perinatal brain lesions.

СИНДРОМ ДЬЕЛАФУА – РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПРОФУЗНОГО ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

АО «МУА», Кафедра общей хирургии

В литературе описано более 200 причин кровотечений из желудочно-кишечного тракта. К ним относятся – нарушения целостности слизистой оболочки, приводящие к обнажению глубоких сосудов, их эрозии; проникновения крови через стенку сосудов (perdiapedesum) вследствие повышения проницаемости; нарушения свертывающей системы крови/1/.

Синдром Дьелафуа одна из редких причина кровотечения, которая может угрожать жизни больного. Эта патология была впервые описана Gallard в 1884 г. Он сообщил о 2 случаях смерти от кровотечения из «желудочной аневризмы». Французский хирург Дьелафуа в Париже собрал сведения о 10 случаях смертельных желудочных кровотечений на почве поверхностных эрозий слизистой оболочки, на дне которых обнаружена аррозированная артерия и охарактеризовал ее как «exulceratiosimlex» («простое изъязвление») в 1987 г/2/.

Этиология изъязвлений Дьелафуа неизвестна. В основе заболевания, как считают, лежат аневризмы мелких подслизистых артерий кардиальной части желудка, вблизи его малой кривизны. Некоторые авторы склонны считать природу этого заболевания врожденной. Патогистологическое исследование макропрепарата выявляет патологически увеличенные мускулярные артерии подслизистого слоя. Эти увеличенные артерии могут вызвать сдавление вышележащей слизистой оболочки с нарушением ее трофики и эрозированием поверхности. К тому же эти артерии имеют необычный ход и располагаются слишком близко к слизистой оболочке, они оплетены мышечными волокнами, фиксирующими их и препятствующими сокращению.

Эрозия Дьелафуа имеет круглую, овальную или звездчатую форму, слизистая оболочка как бы приподнята над кровоточащим сосудом в виде полипа до 0,2-0,5 см в диаметре. Слизистая оболочка желудка в этом месте, как правило, не изменена, на дне эрозии виден фибриноидный некроз, умеренная лимфо-, грануло- и плазмоцитарная инфильтрация. При гистологическом исследовании в стенке аррозированной артерии обнаруживаются пролиферация и склероз интимы, дегенерация среднего слоя, исчезновение эластических волокон /2/.

Консервативная терапия при эрозиях Дьелафуа, как правило, не эффективна, и почти все больные погибают. Однако и хирургическая тактика при кровотечениях данной этиологии

окончательно не решена. Некоторые хирурги отдают предпочтение эндоскопическим методам остановки кровотечения при синдроме Дьелафуа в виде электрокоагуляции, обкалывания источника кровотечения смесью растворов адреналина и полидиоксана, а также клипирования металлическими скобками. Эти авторы такими способами добиваются успеха в 96 % случаев /3/. Другие авторы считают наиболее эффективным методом эмболизацию артерий желудка.

Однако, трудности эндоскопической диагностики источника, на фоне рецидивирующего профузного кровотечения не оставляют хирургу выбора. Более того, именно массивность кровотечения при синдроме Дьелафуа подталкивает хирурга к активным действиям. На наш взгляд, вопрос о необходимости хирургического вмешательства не должен подвергаться сомнению.

Во время самого вмешательства наружный осмотр желудка не помогает диагностике, а широкая гастротомия оказывается эффективна тогда, когда бывает видна струя алой крови из точечной эрозии слизистой оболочки. Хирургическое пособие сводится к прошиванию стенки желудка до мышечного слоя или иссечению патологического участка желудка в пределах здоровых тканей /4/. Тогда, когда источник кровотечения не обнаруживается, многие хирурги производят «слепые» резекции желудка. Тем не менее, при этом имеется риск оставления этого источника не удаленным /5/.

В отечественной литературе болезни Дьелафуа уделено явно недостаточное внимание, вот почему наше наблюдение может представить интерес для многих эндоскопистов и хирургов.

Собственное наблюдение.

Больной А., 41 года, история болезни № 4149, поступил в хирургическое отделение Акмолинской Областной больницы (АОБ) №2 28.12.2011г. Заболел 22.12.11, когда на фоне гриппозного состояния появилась обильная, 4-х кратная рвота кровью, слабость, головокружение. Доставлен в Астраханскую ЦРБ, госпитализирован в хирургическое отделение. 25.12.11 отмечался рецидив кровотечения в отделении. Консервативный гемостаз. Получал гемостатические препараты, противоязвенную терапию, инфузию гемодинамических кровезаменителей. Состояние стабилизировалось и больной переведен в хирургическое отделение АОБ №2. В течение последних 3 месяцев отмечал ноющую боль в эпигастрии.

Общее состояние средней тяжести. Кожа и

слизистые бледные. Пульс 82 удара в минуту. АД 120/80 мм. рт. ст. Дыхание везикулярное, ЧД 20 в минуту. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Стул был 27.12.11 жидкий, черного цвета. Перед госпитализацией, 28.12.11 больному выполнена ФГДС в одной из клиник города, заключение: Неэрозивный рефлюкс эзофагит. Недостаточность кардии 2 степени. Хронический дистальный гастрит, ремиссия. Признаков кровотечения не выявлено. При поступлении гемоглобин 86 г/л, эритроциты $2,6 \times 10^{12}/л$. В отделении больному продолжена противоязвенная, гемостатическая, инфузионная терапия.

Несмотря на проводимое лечение у больного сохраняется нестабильная гемодинамика, пульс 90-100 ударов в минуту, АД 90/60 мм.рт. ст. Отмечается повторно мелена, снижение гемоглобина до 61 г/л, рвоты не было. Состояние расценено, как реакция на массивную кровопотерю, не исключается ДВС синдром. Больной переводится в реанимационное отделение, где продолжена интенсивная терапия – переливается 900 мл однокрупной, свежзамороженной плазмы, 450 мл эритроцитарной взвеси, солевые растворы. Состояние стабилизируется. Данных за продолжающееся кровотечение нет. 29.12.11 контрольная ФГДС – признаков кровотечения в желудке не обнаружено. Больной осматривается комиссионно, решено продолжить консервативную гемостатическую и противоязвенную терапию.

В течение трех суток состояние оставалось стабильным. Ухудшение 02.01.12 в 02:00. Отмечается повторная рвота алой кровью, объемом до 500 мл, гипотония АД 70/50 мм.рт. ст., тахикардия до 110 ударов в минуту, снижение гемоглобина до 66 г/л, эритроцитов до $1,76 \times 10^{12}/л$. При экстренной гастроскопии 02.01.12 признаков кровотечения в желудке не обнаружено. Консервативная терапия без эффекта, повторная рвота алой кровью, гемодинамика нестабильная. Учитывая, что кровотечение не останавливается и угрожает жизни больного, решено выполнить

лапаротомию с целью ревизии желудка и остановки кровотечения.

Выполнена верхнесрединная лапаротомия 02.01.12 в 06:50. Патологии в органах брюшной полости не выявлено. Гастротомия по передней стенке желудка. Желудок наполнен свертками крови и небольшим количеством жидкой крови. Полость желудка отмыта от сгустков крови. При детальной ревизии, на малой кривизне, в субкардиальном отделе, на вершине одной из складок слизистой оболочки обнаружен округлый дефект, диаметром до 0,2 см, из которого пульсирующей струей поступает артериальная кровь. Гемостаз прошиванием сосуда 8-образным швом лавсаном, в пределах мышечного слоя. Гастротомная рана ушита двухрядным швом. С целью уменьшения кровотока в бассейне источника кровотечения выполнена перевязка левой желудочной артерии. Послеоперационный диагноз: Болезнь Дьюлафуа. Желудочное кровотечение тяжелой степени. Геморрагический шок 2 степени.

В послеоперационном периоде переливались жидкости и свежая плазма крови, эритроцитарная масса, свежая консервированная кровь. Послеоперационный период протекал гладко. АД стабилизировалось на цифрах 120/80 мм рт. ст. Кровотечение больше не повторялось. Рана зажила первичным натяжением. 13.01.12 больной выписан домой в удовлетворительном состоянии. Рекомендована профилактика рецидива (антациды и диета) под наблюдением гастроэнтеролога и хирурга по месту жительства.

Таким образом, синдром Дьюлафуа является редким заболеванием, при котором часто имеют место диагностические и лечебные ошибки. Повторная эндоскопия опытным специалистом на пике кровотечения - ключевое исследование в подтверждении диагноза. При этом могут быть использованы современные методы локального воздействия с целью гемостаза. При отсутствии эффекта от эндоскопических манипуляций нужно применять активную хирургическую тактику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. – М.: Медицина, 1987. – 255 с.
2. Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. – СПб.: Питер, 2001. – 480 с.
3. Кузнецов Н.А., Шептулин А.А. Новое в хирургической гастроэнтерологии: По материалам первой объединенной Европейской

недели гастроэнтерологии // Хирургия. – 1994. - № 11. – С. 56-57.

4. Королев М.П., Ореховская С.В., Петров В.Ю. и др. Диагностика и лечение синдрома Дьюлафуа // Вестник хирургии. – 1996. – №6. – С. 26-27.

5. Мартыянов С.Г., Смирнова Н.В. Синдром Дьюлафуа // Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. – СПб, 1999. – С. 47-48.

Коваленко Т.Ф.

**ДЪЕЛАФУА СИНДРОМЫ –АСКАЗАННАН ҚАН КЕТУМЕН БАЙҚАЛАТЫН СИРЕК
КЕЗДЕСЕТІН ЖАҒДАЙ**

Бұл мақалада Дъелафуа синдромы – сирек кездесетін асқазаннан қан кетумен байқалатын клиникалық жағдайдың себептері берілді. Осыған ұқсас сырқаттарды диагностикалап және емдеу тәсілдеріне сипаттамалар қарастырылады.

T.F.Kovalenko

SYNDROME DIEULAFOY - THE RARE CASE OF THE PROFUSE GASTRORRHAGIA

It was presented the clinical case of the rare cause of the profuse gastrorrhagia - syndrome Dieulafoy. There were scrutinized the principle of diagnosis and tactics of treatment such patients.



УДК: 616.346-002-072.1

Матжанов Б.Е.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ

КГП на «ПХВ» Атырауская городская больница

Актуальность. До последнего времени диагностика такого распространенного заболевания как острый аппендицит, основывалась на субъективных факторах. Отсюда и значительное число диагностических ошибок, поздних госпитализаций и запоздалых оперативных вмешательств. С другой стороны – гипердиагностика и неоправданные операции, нередко имеющие неблагоприятные последствия. Диагностические ошибки при данном заболевании составляют 15 – 20% и выше, количество удаляемых неизменённых червеобразных отростков достигает 30% [1]. Летальность при осложнённых формах заболевания, достигает 4,3 – 5,8% [2].

Развитие современной медицинской техники, внедрение эндовидеохирургии позволяет поставить диагностику острого аппендицита на твёрдую почву. Применение лапароскопии позволяет с точностью 95 – 99% установить правильный диагноз, своевременно определить показания к экстренной операции или избежать её в тех случаях, когда она не показана. Это особенно важно у больных пожилого и старческого возраста, лиц с высоким операционным риском. Вместе с тем, как любое инвазивное исследование, лапароскопия имеет свои отрицательные стороны, частота осложнений – ранения полых органов, эмфизема большого сальника и средостения, кровотечения и др. составляет 0,3 – 7,6% [3,4].

Лапароскопическая аппендэктомия по достоинству считается многими авторами новым этапом в эволюции лечения этого заболевания

[5,6]. Применение лапароскопии позволяет с точностью 95 – 99% установить правильный диагноз, своевременно определить показания к экстренной операции или избежать её в тех случаях, когда она не показана [6].

Цель: изучить результаты лапароскопических аппендэктомий.

Материалы и методы. За период с 2005 по сентябрь 2012 г. в хирургическом отделении городской больницы г. Атырау с диагнозом острый аппендицит оперировано 379 больных. Лапароскопическим методом оперировано за этот период 197 пациента, что составляет 51,9% от всех произведенных аппендэктомий.

Распределение больных перенесших лапароскопическую аппендэктомию по полу и возрасту: мужчин 88 (44,6%), женщин 109 (55,4%). Преобладание лиц женского пола объясняется, как уже упоминалось, использованием лапароскопической аппендэктомии в случаях трудности диагностики, что чаще имеет место при остром аппендиците у лиц женского пола.

Внедрение диагностической лапароскопии с аппендэктомией в отделении можно условно разделить на 2 этапа, первый этап 2005 – 2009г.г., когда метод использовался для верификации диагноза и при дифференциальной диагностике, за этот период проведено 75 лапароскопических аппендэктомий, что составило 19,7% от всех аппендэктомий. Вторым этапом, с начала 2010г., когда лапароскопический способ начал применяться во всех случаях, с установленным диагнозом острого аппендицита и в случаях с трудностями диагностики. За второй

период произведено 122 лапароскопических аппендэктомий, что составило 32,1% от всех аппендэктомий проведённых за данный период. Причинами более широкого внедрения метода явились освоение методики, накопление опыта большинством хирургов.

Лапароскопическая аппендэктомия проводилась по стандартной, общепринятой методике с использованием 3-х троакаров (два рабочих и один смотровой), с использованием петли Рёдера и заканчивалась во всех случаях дренированием малого таза. Во всех случаях операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом, время операции составило от 15 до 120 мин, в среднем 35–40 мин.

Результаты и обсуждение. Выявлены следующие патоморфологические формы острого аппендицита: катаральная – 28 (14,2%), флегмонозная – 164 (83,2%), гангренозная – 5 (2,5%). Таким образом, удельный вес деструктивных форм аппендицита при лапароскопической аппендэктомии составил 85,7 %.

Всего, за весь период, в 32 случаях острый аппендицит исключен при лапароскопии. При этом у 17 (53,1%) больных выявлены: заболевания женской половой сферы (острый сальпингит, разрыв кист яичников, апоплексия яичников, миома матки, перекрут кисты яичника, пельвиоперитонит), прочие заболевания у 7 (21,9%) - болезнь Крона, спаечная болезнь органов брюшной полости, острый оментит, острый панкреатит, острый гастроэнтероколит, сальмонеллёз, пиелонефрит. В 8 (25%) случаях, патологии в брюшной полости при лапароскопии не выявлено, эти больные выписаны с диагнозом кишечная колика.

Конверсия была произведена в 5 (2,5 %) случаях. Случаев осложнений специфичных для лапароскопии - ранения полых органов, бронхоспазм, эмфизема большого сальника и средостения, кровотечения и др., не наблюдалось. Послеоперационные осложнения развились у 3 больных (1,5 %): у 1(0,5 %) пациента в раннем послеоперационном периоде сформировался абсцесс правой подвздошной области, у 2-х (1,2%)

пациентов развилось нагноение троакарной раны. Летальных исходов не было. Средняя длительность пребывания составила 4,3 дня.

Руководствуемся следующими противопоказаниями к лапароскопической аппендэктомии:

1. Срок заболевания более суток, когда велика вероятность развития осложненных форм воспаления (инфильтрат, абсцесс, перфорация).

2. Переход воспаления на купол слепой кишки (тифлит). Лигатурный метод, применяемый при лапароскопической аппендэктомии, в этой ситуации опасен возможным прорезыванием нити и дегерметизацией культи отростка.

3. Разлитой перитонит, требующий тщательной санации и дренирования брюшной полости.

4. Общие противопоказания к лапароскопии (острый инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая недостаточность, обструктивные заболевания легких, беременность больших сроков, перенесенные ранее абдоминальные операции и др.).

Выводы: Лапароскопическая аппендэктомия имеет ряд неоспоримых преимуществ перед традиционной:

а) меньшая инвазивность, что способствует раннему восстановлению общего самочувствия, двигательной активности, аппетита, функции кишечника, ранней реабилитации пациента;

б) благодаря диагностическому этапу лапароскопического вмешательства, полностью исключаются напрасные аппендэктомии, которые производятся при неизменном червеобразном отростке и так называемом «катаральном» аппендиците;

в) значительное уменьшение количества применяемых в послеоперационном периоде ненаркотических анальгетиков и полное исключение наркотических анальгетиков;

г) меньшая частота послеоперационных осложнений (5 - 9% при обычной аппендэктомии);

д) высокая частота выявления сопутствующих заболеваний органов брюшной полости;

е) отличный косметический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ротков И.Л. *Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците*. М., Мед., 1988, 14 – 23 с.
2. Гринберг А.А., Михайлулов С.В., Тронин Р.Ю., Дроздов Г.Э. *Диагностика трудных случаев острого аппендицита*. М., Триада – Х.1998. 15 - 16с.
3. Паршина Е. *Данные об аппендэктомии, проведённой методом лапароскопии у пожилых людей // Здоровье Казахстана- 2012г. № 2 - С37*
4. Седов В.М., Стрижелецкий В.В. *Осложнения в лапароскопической хирургии*. СПб – 2002, С 144 - 155.
5. Оспанов О.Б., Грубник В.В., Малиновский А.В. *Лапароскопическая хирургия*. Астана 2011, 254 – 259 с.
6. Пряхин А.Н., Газизуллин Р.З. *Лапароскопическая аппендэктомия: Учебное пособие для врачей // Под ред. проф. С.А. Совцова. - Челябинск: УГМАДО, 2005. - 64 с.*

Матжанов Б.Е.

ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ АППЕНДЭКТОМИЯ

Бұл мақалада 197 эндовидеохирургиялық аппендэктомия тәжірибесі жайында және лапароскопиялық аппендэктомияның қорытындылары, конверсиялар мен операциядан кейінгі асқынулар себептері келтірілген.

Matzhanov B.E.

LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY

An experience of 197 endovideo surgical appendectomies was presented. The analysis of the results of laparoscopic appendectomies, conversion and postoperative complications causes was conducted.



УДК: 616-072.1-089

Матжанов Б.Е.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

КГП на «ПХВ» Атырауская городская больница

Актуальность. Во всем мире, благодаря достижениям научно-технического прогресса, идет активное и широкое внедрение высокоэффективных инновационных технологий, которые качественно преобразили лицо современной медицины, особенно такой её отрасли, как хирургия [1].

Такие типичные лапароскопические операции как холецистэктомия, аппендэктомия, миомэктомия полностью стандартизованы, что позволяет выполнять эти операции при правильном отборе пациентов практически без осложнений [2,3,4]. Подверглись тщательной разработке более сложные вмешательства, такие как лапароскопическая резекция печени, лапароскопическая резекция желудка, лапароскопические операции на прямой кишке, что дает возможность освоить эти операции большинству лапароскопических хирургов и внедрить их в повседневную практику. Безопасное выполнение таких операций требует высоко-технологичного оборудования и инструментария [5,6,7].

Цель работы – анализ результатов лапароскопических операций.

Материалы и методы исследования. В городской больнице г.Атырау в хирургическом отделении с 2005 года, широко применяются малотравматичные эндовидеохирургические

операции. Общее количество лапароскопических операций составило 378 вмешательств:

- 197 лапароскопических операций при остром аппендиците.
- при хроническом, остром холецистите - 112.
- адгезиолизис при спаечной болезни - 13
- иссечение жирового подвеса при его некрозе - 8
- клипирование ствола яичниковой вены при варикоцеле - 48 случаев.

Результаты исследования. На этапе освоения лапароскопической техники оперирования были переходы в открытый способ в 15 случаях (3,9%). Общее количество осложнений составило 13 случаев (3,4%). Осложнений специфичных для лапароскопии - ранения полых органов, бронхоспазм, эмфизема большого сальника и средостения, кровотечения и др., не наблюдалось. Средняя продолжительность пребывания больных после в стационаре составила 4,5 к /дней. Летальных исходов не было.

Выводы. Минимальная операционная травма, уменьшение сроков стационарного пребывания больных, быстрая реабилитация способствует более широкому внедрению технологий в хирургическую практику инновационных лапароскопических технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kremer K., Platzer W., Schreiber H., Steichen F. *Minimally invasive abdominal surgery: atlas of operative surgery*, 1999, 485 p.
2. Hamminga J.T., Hofker H.S., Broens P.M. et al. *Evaluation of the appendix during diagnostic laparoscopy, the laparoscopic appendicitis score: a pilot study. Surg Endosc.* 2012 Oct 17.
3. Алиев М.А., Адылханов С.А., Тулегенова Г.У. *Лапароскопическая холецистэктомия (ошибки, опасности, осложнения) // Хирургия Казахстана.-Алма-Ата.; 1995. -№ 1-2. С. 66-68.*
4. Tang B., Cuschieri A. *Conversions during laparoscopic cholecystectomy: risk factors and effects on patient outcome. J Gastrointest Surg* (2006)10: 1081-1091.
5. Jean-Louis Dulucq. *Tips and techniques in laparoscopic surgery*, 2005, 244 p.
6. Емельянов С.И. (Ред.) *Иллюстрированное руководство по эндоскопической хирургии – М., 2004. – 217 с.*
7. McFadyen B.V., Allegui M.E., Eubanks S., Olsen D.O., et al. (Eds.) *Laparoscopic surgery of the abdomen*, 2004, 535 p.

Матжанов Б.Е.

ХИРУРГИЯЛЫҚ БӨЛІМДЕ ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Жоспарлы және ургентті хирургия мен урологияда қолданылатын операциялардың еңгізілу қорытындылары келтірілген.

Matzhanov B.E.

LAPAROSCOPIC TECHNOLOGY IN SURGICAL DEPARTMENT PRACTICE

The results of the introduction of endovideosurgical operations in selective, emergency surgery and urology.



УДК: 616.61-002:616-093-053.2

Мулдахметов М.С.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

АО «Медицинский университет Астана» г. Астана

Одной из актуальных проблем нефрологии остаются вопросы лечения пиелонефрита (ПН) у детей, заболевания с длительным рецидивирующим характером течения, и в ряде случаев, приводящего к развитию нефрогенной гипертензии, острой и хронической почечной недостаточности. Основным методом лечения ПН, с учетом его инфекционной природы, является антибактериальная терапия. Однако, несмотря на разнообразие предлагаемых, в настоящее время, схем и методов применения антибактериальных препаратов, стойкой ремиссии или клинического выздоровления удается достигнуть лишь у 16-60% детей с хроническим ПН (В.Е. Родоман; А.Б.Канатбаева, 2008). В большинстве случаев

антибактериальные средства назначаются эмпирически по стандартным инструкциям без индивидуализации схем и режимов лечения. Совершенно очевидно, что наряду с этим может быть предложен обоснованный подход к лечению ПН с прогнозированием результатов лечения на основе учета микробиологических свойств возбудителей заболевания и их чувствительности к антибактериальным препаратам.

Цель исследования: изучить микробиологические особенности развития пиелонефрита у детей для разработки рациональной антибактериальной терапии заболевания.

Материалы и методы исследования.

Проведено обследование и лечение 76 детей в возрасте от 1 мес. до 14 лет жизни, находившихся на стационарном лечении в нефроурологическом отделении городской детской больницы №2 г. Астаны. В общем количестве детей мальчиков было 18 (23,7%), девочек - 58 (76,3%), т.е. в соотношении 1:3,2. В возрастном аспекте преобладали дети в возрасте 1-5 лет жизни – 41 (53,9%), несколько меньше 6-14 лет – 29 детей (38,2%) и первого года жизни – 6 (7,9%) детей. По результатам комплексного клинико-лабораторного и инструментального методов обследования, у 65 (85,5%) детей диагностирован пиелонефрит (ПН), у 8 (10,5%) больных воспаление мочевого пузыря (цистит) и у 3 (4,0%) ребёнка определена нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (НДМП) без признаков воспаления.

Результаты и обсуждение. В ходе диагностических мероприятий проведено бактериологическое исследование мочи у детей с различными формами ПН. Из общего количества обследованных, у 61 (81,6%) больных из мочи высеивалась микрофлора различной степени выраженности. В том числе, бактериурия 10^3 мкт/мл отмечена у 12 (19,7%) детей, 10^4 - у 16 (26,2%), а 10^5 и более - у 33 (54,1%) больных. Видовой спектр, выделенных из мочи микроорганизмов, состоял из представителей семейства Enterobacter и среди них, значительно чаще высеивали E.coli – у 42 (67,9%) больных. С меньшей частотой обнаруживали Staphylococcus – у 9 (15,2%), Proteus – у 4 (6,9%) и Ps. aeruginosa – у 2 (3,5%). Представители других видов микробного пейзажа мочи (Klebsiella, Citrobacter и др.) обнаружены у 4 (6,5%) больных. Микроорганизмы высеивались преимущественно в монокультуре (84,7%), а ассоциации чаще были представлены E.coli, Staph., или Proteus.

Одним из важных показателей вирулентности микроорганизмов является наличие адгезивно-активных колоний. Учитывая наибольшую частоту высеиваемости кишечной палочки как из мочевого тракта, так и из кишечника больных детей, нами проведено изучение её адгезивных свойств с определением типа адгезинов. Исследованы штаммы E.coli, выделенные из мочи у детей с ПН. Из выделенных штаммов E.coli, адгезинами типа Р-фимбрии, наиболее патогенными для мочевого тракта, обладали 18 (58,1%) колонии, пили 1 типа определены у 14 (45,2%), в том числе сочетание этих адгезинов отмечалось у 6 (19,3%) штаммов. Анализ частоты выделения адгезинов в зависимости от формы ПН показал, что Р-фимбрии чаще определялись у больных с необструктивным ПН (81,4%), чем с обструктивной формой ПН (58,9%) и еще реже у детей с циститом (22,5%). Сравнив частоту выделения различных типов адгезинов и степень бактериурии, нами установлено, что количество уропатогенных Р-фимбрий растет пропорционально степени тяжести бактериурии. Так, при бакте-

риурии 10^3 мкт/мл, Р-фимбрии выявлены у 5,1% штаммов E.coli, а при патологически значимой бактериурии 10^5 и более мкт/мл – у 71,7% колоний.

Таким образом, результаты микробиологических исследований показали ведущую роль E.coli в развитии ПН у детей. Диагностически значимой для развития ПН является бактериурия 10^4 и более мкт/мл. Облигатным условием начала воспалительного процесса в мочевых путях является наличие уропатогенных (Р-фимбрии) адгезинов у E.coli. При этом, для развития ПН в отсутствие факторов нарушающих отток мочи, необходимы штаммы E.coli с выраженными адгезивными свойствами.

Ретроспективный анализ эффективности антибактериальной терапии ПН у детей, частоты и характера повторных инфекционных заболеваний органов мочевой системы позволил нам рекомендовать критерии многократной инфицированности мочевой системы.

Рецидив инфекции мочевой системы следует рассматривать как повторение инфекции с идентичным (одним и тем же) микроорганизмом, развивающееся во время лечения или в пределах 2-3 недель после лечения. Развитие рецидива обусловлено рядом причин: недостаточностью механизмов уничтожения микроорганизмов факторами защиты организма больного, неправильным лечением или наличием структурных изменений в органах мочевого. При наличии рецидивов инфекции мочевой системы необходимо провести полное лабораторное и инструментальное обследование (УЗИ почек, экскреторная урография, радиоизотопное исследование).

Реинфекция – это повторная инфекция с другим микроорганизмом через 7-10 дней (или несколько недель) после эффективной терапии или отрицательных бактериологических исследований мочи. Повторная инфекция может быть вызвана и идентичным микроорганизмом, если есть упорная колонизация периуретральной области данным микроорганизмом и отличить это от рецидива заболевания на основе бактериологических исследований очень сложно. Но рецидивирующая инфекция маловероятна, если у больного моча была стерильна в течение 20-21 дня после проведенной эффективной антибактериальной терапии. Реинфекция является результатом превращения (повторного вторжения) микроорганизмов и повышенной восприимчивости мочевого тракта организма больного к многократному вторжению инфекции. При этом, реинфекция встречается гораздо чаще, чем рецидив и составляет около 80% от всех повторных инфекций. Для предотвращения реинфекции мочевой системы необходимо проведение профилактического лечения.

Термин «недостаточность лечения» необходимо использовать в случаях недостаточности терапевтических мероприятий по уничтожению

бактерий в процессе лечения и мероприятий по предотвращению рецидива заболевания или реинфекции (повторное инфицирование).

Выводы:

1. Ведущим этиологическим фактором развития пиелонефрита у детей является кишечная палочка (67,9%). Представители других видов микроорганизмов встречаются реже (стафилококк - 15,2%, протей - 6,9%, синегнойная палочка - 3,5%).

2. На развитие инфекционно-воспалительного процесса в почках существенное влияние оказывают морфологические свойства микроорганизмов, характеризующиеся наличием уропатогенных адгезинов типа Р-фимбрии, значимость которых более выражена при не-обструктивном пиелонефрите (87,4%) и менее значима при обструктивной форме заболевания (38,9%).

Молдахметов М.С.

БАЛАЛАРДАҒЫ ПИЕЛОНЕФРИТТІҢ МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

Бұл мақалада балалардағы пиелонефриттің микробиологиялық сипаттамасы берілген.

Moldahmetova M.S.

MICROBIOLOGICAL FEATURES OF PYELONEPHRITIS OF CHILDREN

Data are provided in this article about microbiological features of pyelonephritis of children.



УДК: 616.728.3-24-002:615.03

А.Ж.Нуралина

ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗНЫЙ ГОНИТ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЁГКИХ И ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

*Акмолинский областной противотуберкулёзный диспансер им. К.К.Курманбаева.
г.Кокшетау.*

Введение. Согласно статистическим данным [1-5] в структуре костного туберкулеза гонит составляет 12-14% и занимает по частоте второе место (после тазобедренной локализации). Изолированное первичное поражение коленного сустава встречается редко, обычно является осложнением легочного туберкулеза.

Типичным является туберкулезное поражение сумки сустава (туберкулезный синовит). Поражается, как правило, один коленный сустав. Начало заболевания обычно постепенное, без видимых причин, хотя заболеванию в большинстве случаев предшествует травма, но она может иметь место за несколько недель или несколько месяцев до начала туберкулезного поражения сустава. Заболевание носит упорный характер с постепенным нарастанием болевых симптомов, при этом общее состояние не изменяется.

Подтверждает диагноз туберкулезного поражения исследование суставного выпота, где микобактерии туберкулеза обнаруживаются примерно в 50% случаев.

Цель статьи: Описание редкого случая первичного туберкулезного гонита с развитием туберкулезного процесса в лёгких.

Материалы и методы. История болезни с указанием физикальных, клинико-рентгенологических, бактериологических данных.

Результаты и обсуждение. Анамнез заболевания: Больной С. 31 года. Ранее туберкулезом не болел, туберкулезный контакт не установлен. В 2009г перенёс травму правого коленного сустава, в связи с чем лечился и наблюдался у травматолога. В феврале 2011г в КНР произведена эндоскопическая артроскопия с биопсией, установлен туберкулезный синовит.

19.04.2012г консультирован фтизиоosteологом Акмолинского областного противотуберкулезного диспансера (далее АОПТД).

Физикальные данные при обращении: Нарушение осанки вследствие хромоты на правую ногу, при ходьбе использует трость. Общее состояние удовлетворительное, температура

тела 36,6°C кожные покровы и слизистые без особенностей. Подкожная клетчатка умеренно выражена. В лёгких везикулярное дыхание, ЧДД=17 в мин, тоны сердца – ясные, ритм правильный, ЧСС=76уд. в мин, АД=120/80мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не пальпируются, перкуссия поясницы – безболезненна, физиологические отправления – в норме.

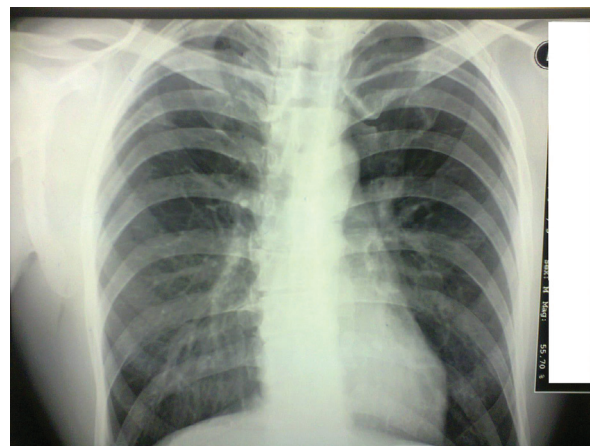
Локальный статус: Правый коленный сустав отёчен, отмечается гиперемия кожи и местное повышение температуры. Движения в суставе резко ограничены, болезненны. Лабораторные данные в пределах нормы.

На рисунке 1 приведена рентгенограмма правого коленного сустава при поступлении. Выраженная отёчность параартикулярных тканей, сужение суставной щели при минимальной поверхностной деструкцией проксимального эпифиза большеберцовой кости.



Рис.1

На рис.2 – обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в начале лечения. Нормальная рентген картина.

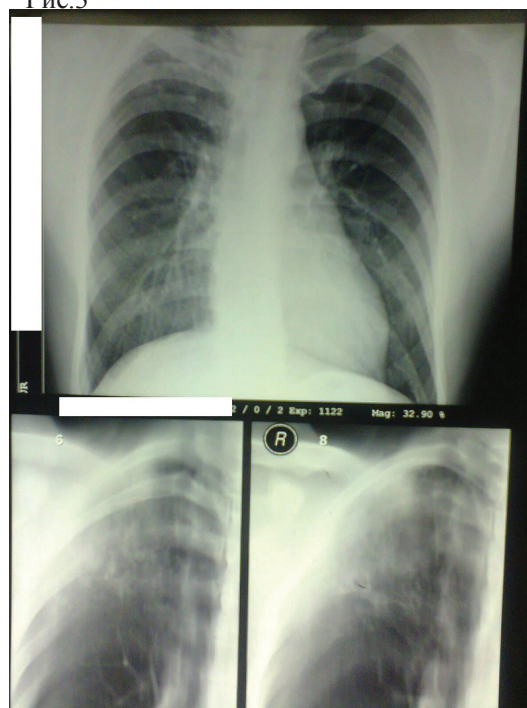


Центральной врачебно-консультационной комиссией (далее ЦВКК) установлен диагноз: туберкулёзный гонит справа, активная стадия, МТ-, 1 категория, тип «новый случай» внелёгочный, 21.04.2012г госпитализирован во внелёгочное отделение АОПТД для лечения по 1 категории.

22.05.2012г, на 1-м месяце лечения у больного открылось массивное легочное кровотечение, состояние больного резко ухудшилось, переведен в ПИТ для гемостатической, симптоматической и специфической противотуберкулёзной терапии.

На рис.3 представлена рентгенограмма на момент кровотечения. Негомогенная инфильтрация 2-го сегмента правого лёгкого с полостью до 1,5см по внутреннему контуру, связанная с корнем. Картина инфильтративного туберкулёза с распадом.

Рис.3



22.05.2012г. получен результат бактериологического посева мокроты методом БАКТЕК: №2315 – положительный, ТЛЧ (тест на лекарственную чувствительность) – устойчивость к препаратам первого ряда.

27.05.2012г. решением ЦВКК перерегистрирован в IV категорию (МЛУ ТБ – туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью), начато лечение препаратами второго ряда. Переносимость препаратов – хорошая.

По улучшению состояния и стабилизации гемодинамических показателей, больной переведен в лёгочно-терапевтическое отделение №2 для продолжения интенсивной фазы лечения до 180 доз.

На фоне лечения препаратами второго ряда, а также симптоматического, патогенетического лечения, ЛФК, массаж с разработкой коленного сустава наблюдается положительная клинико-

рентгенологическая динамика в лёгких (частичное рассасывание инфильтрации, уменьшение размера полости распада), уменьшение отёка и боли в правом коленном суставе, некоторое увеличение объёма двигательной активности.

Бактериоскопия мокроты – отрицательная, в 2-х посевах нет роста МБТ. Больной выписан на поддерживающую фазу лечения по месту жительства.

Выводы. Приведенный клинический случай показывает следующее.

1. Сложность рентгенологического диагностирования туберкулёза коленного сустава при минимальных костных изменениях и первичном его поражении.

2. Решающее значение биопсии синовиальной оболочки и жидкости.

3. Тяжесть сочетанного туберкулёзного процесса и его прогрессирование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батыров Ф.А., Хоменко В.А., Шмакова Л.Н. Эпидемиология внелегочного туберкулеза. Пробл туб 2003.С. 13-23.

2. Васильев А.В. Внелегочный туберкулёз. Ст-Петербург 2000.С. 13-23.

3. Гарбуз А.Е., Баринов В.С., Хоменко В.А. и др. Диагностика и лечение внелегочного туберкулеза. Пробл туб 2002; 9.

4. Шилова М.В., Сон И.М. Эпидемиология

туберкулеза в России. Туберкулёз и экология 1995; 3.

5. Шилова М.В. Эпидемиологическая обстановка по туберкулёзу в Российской Федерации. Материалы пленума правления науч.-мед. ассоц. фтизиатров и науч.-практ. конф., посвященной 70-летию Марийского Республиканского ПТД. Йошкар-Ола 1996.С. 10-13.

А.Ж.Нуралина

ОКПЕНІҢ ЗАҚЫМДАЛУЫМЕН ЖҮРЕТІН ЖӘНЕ ДӘРІГЕ ТҮРАҚТЫЛЫҒЫ АНЫҚТАЛҒАН БІРІНШІЛІКТІ ТУБЕРКУЛЕЗДІ ГОНИТ

Бұл мақалда туберкулёзді гониттің алғашқы белгілері анықталған науқастың клиникалық оқиғасы сипатталады.

А.Ж.Нуралина

PRIMARY GONARTHROCASE WITH SUBSEQUENT DESTRUCTION OF THE LUNGS AND DRUG RESISTANCE

The article includes the rare clinical case of abdomen primary tuberculosis with progressive spread in lungs. The diagnosis was given during laparoscopy and confirmed gystologically.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЦИДОФИЛА ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ У ДЕТЕЙ

г.Петропавловск, детская областная больница

Под кишечным дисбактериозом подразумевают изменение кишечной микрофлоры, характеризующееся снижением общего количества типичной кишечной палочки, бифидобактерий и лактобактерий и появлением лактозонегативных эшерихий, гемолизирующих кишечных палочек, увеличением количества гнилостных, спороносных, гноеродных и других бактерий.

Нарушение микробной колонизации – частое состояние у новорожденных и детей первого года жизни. В детском возрасте склонность к более быстрому и легкому развитию кишечного дисбактериоза связана, прежде всего, с ферментативной, иммунной и двигательной незрелостью кишечника. Во-вторых – с более частыми острыми инфекционными заболеваниями, особенно свойственными раннему детскому возрасту. При них желудочно-кишечный тракт, так или иначе, вовлекается в общий инфекционный процесс, а в лечении часто используются антибиотики. В третьих, в детском возрасте микробиологическая система кишечника переживает период становления и адаптации к расширяющейся пищевой нагрузке. Это делает саму микробиологическую систему нестабильной и особо уязвимой по отношению к воздействию неблагоприятных факторов(1).

Роль нормального биоценоза кишечника чрезвычайно велика и многообразна. Нормальная микрофлора – это качественное и количественное соотношение разнообразных микробов отдельных органов и систем, поддерживающее биохимическое, метаболическое и иммунное равновесие макроорганизма, необходимое для сохранения здоровья человека. Вся микрофлора кишечника подразделяется на облигатную (главная или индигенная микрофлора), факультативную (сапрофитная и условно-патогенная микрофлора) и транзитную (случайные микроорганизмы)(3).

Микрофлора кишечника:

- участвует в синтезе витаминов - фолиевой и никотиновой кислот, витамина К, витаминов группы В;
- помогает синтезировать аминокислоты и способствует обмену различных других кислот - желчных, жирных, мочевой кислоты;
- обеспечивает нормальный газообмен в кишечнике;
- способствует нормальному делению (обновлению) клеток слизистой оболочки кишечника;
- стимулирует работу лимфоидных клеток

кишечника;

- повышает активность кишечных ферментов.

И это далеко не весь перечень позитивных свойств кишечной микрофлоры [2]. Нормальная микрофлора толстой кишки подразделяются на анаэробные (90–95%) и аэробные (5–10%) микроорганизмы. До рождения ребенка его желудочно-кишечный тракт не населен бактериями. В момент рождения происходит быстрая колонизация кишечника ребенка бактериями, входящими в состав интестинальной и вагинальной флоры матери.

В результате образуется сложное сообщество микроорганизмов, состоящее из бифидобактерий, лактобацилл, энтеробактерий, клостридий и грамположительных кокков. После этого состав микрофлоры подвергается изменениям в результате действия нескольких факторов окружающей среды. Основными факторами формирования микробиоценоза до и во время родов являются: генетические, микрофлора матери, микрофлора медицинского персонала, госпитальная микрофлора, медикаменты. После рождения имеют значение следующие факторы: состав грудного молока, состав искусственной смеси, про- и пребиотики пищи. При этом важнейшим из них является естественное вскармливание, так как женское молоко содержит ряд веществ – пребиотиков, которые способствуют заселению кишечника определенными видами микроорганизмов в определенных количествах. Так, у детей, находящихся на грудном вскармливании, основным компонентом кишечника являются бифидобактерии, а у детей, находящихся на искусственном вскармливании, бифидобактерий значительно меньше. Отмечено, что даже незначительное неблагополучие в первые дни жизни ребенка (особенно патологические состояния желудочно-кишечного тракта) способно вызвать тяжелые, трудно корректируемые в дальнейшем нарушения биоценоза кишечника. Основными причинами дисбактериоза является позднее прикладывание ребенка к груди, нерациональное питание (особенно в первые месяцы жизни), аллергические реакции, эндокринные нарушения, неврологические расстройства, нерациональный прием антибиотиков. Особое место в развитии дисбиотических нарушений занимают различные заболевания желудочно-кишечного тракта, прежде всего связанные

с синдромом мальабсорбции (лактазная недостаточность, целиакия, муковисцидоз и др.). Кроме того, большое значение имеют воспалительные заболевания кишечника, острые кишечные инфекции, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта. В ряде случаев дисбактериоз может быть связан с особенностями иммунной системы ребенка [3]. В свою очередь, дисбиоз кишечника существенно меняет состав внутренней среды кишки, что нарушает пищеварительные процессы, оказывает повреждающее действие на кишечную стенку и усугубляет уже имеющуюся проблему. Таким образом, через дисбактериоз кишечника замыкается порочный круг, разорвать который необходимо как для успешного лечения основного заболевания, так и для ликвидации его последствий. Обязательным и важнейшим при дисбактериозе кишечника является устранение причин его возникновения и эффективная терапия основного заболевания [3].

Сегодня в мире широко распространено профилактическое и терапевтическое применение пробиотиков. Пробиотики - живые микроорганизмы, которые при применении их в адекватных количествах оказывают благотворное влияние на здоровье макроорганизма путем изменения свойств нормальной микрофлоры.

Согласно требованиям Продовольственной и сельскохозяйственной организации при ООН (Food and Agriculture organization of the United Nations - FAO) и ВОЗ (2002 г.) микроорганизмы, входящие в состав пробиотика, должны обладать следующими свойствами:

- быть непатогенными и нетоксичными;
- выживать в кишечнике;
- сохранять стабильность состава и жизнедеятельность в течение всего срока хранения;
- состоять из живых клеток, которые обладают высокой адгезивной и антагонистической способностью к патогенным и условно-патогенным микроорганизмам;
- не должны угнетать нормальную микрофлору кишечника;
- иметь генетический паспорт и доказательство генетической стабильности (быть чувствительными или иметь природную резистентность к антибиотикам).

Основные пробиотики - это микроорганизмы-продуценты молочной кислоты, которые являются наиболее типичными представителями нормальной микрофлоры человека. Лактобактерии являются факультативными анаэробами, т. е. могут переносить небольшое количество кислорода внешней среды, но лучше растут без него, а бифидобактерии - облигатными анаэробами, т. е. вообще не переносят кислород [4].

Один из пробиотических препаратов, который известен во всем мире и появился в нашей республике - Лацидофил-WM (World Medicine,

Великобритания). Данный препарат - уникальная разработка Института Россел (Канада). Институт основан в 1932 году. Основным направлением его деятельности является изучение и производство новых, высокоэффективных пробиотических препаратов, одним из которых и является Лацидофил-WM.

Лацидофил-WM представляет собой уникальное сочетание двух штаммов лактобактерии *Lactobacillus rhamnosus-Rosell11* и *Lactobacillus acidophilus Rosell 52*. В одной капсуле препарата содержится не менее 2 миллиардов живых бактерий! Данные штаммы обладают высоким уровнем выживаемости при преодолении кислотного барьера желудка и щелочного барьера 12-перстной кишки. Помимо высокой резистентности *Lactobacillus rhamnosus* и *acidophilus* обладают адгезивной способностью к эпителию кишечника (энтероцитам), способны надежно прикрепляться к кишечной стенке и длительно сохраняться в живом виде. Препарат имеет высокий профиль безопасности, так как содержит только представителей нормальной микрофлоры кишечника. Лацидофил -WM не содержит примесей молока, что позволяет применять его пациентам с аллергией на коровье молоко, и, за счет содержания в нем значительного количества лактобактерии, улучшает переносимость лактозы (молочного сахара) у лиц с лактазной недостаточностью.

Препарат Лацидофил-WM является достаточно эффективным и безопасным препаратом и может применяться также и в следующих случаях:

1. Антибактериальная терапия
2. Антихеликобактерная терапия
3. Диарея, в том числе ассоциированная с антибиотиками
4. Синдром нарушенного кишечного переваривания и всасывания различного происхождения
5. Синдром раздраженного кишечника
6. Воспалительные заболевания кишечника
7. Аллергические заболевания [4].

Под нашим наблюдением находились 52 ребенка в возрасте до 1 года (от от 21 дня до 12 мес.), которым был назначен лацидофил-WM. Курс терапии составил 15 – 20 дней. Препарат назначался по 1 капсуле 1 раз в день. Критериями включения были: учащение стула для детей 1–х 6 месяцев жизни – более 6–8 раз в сутки, для детей 6–12 месяцев жизни – более 4–6 раз в сутки, склонность к запорам, диспептический характер стула: консистенция – жидкая, наличие непереваренных комочков, примесь слизи и зелени и сочетание нарушений стула со срыгиваниями и рвотой. Из них около 1/4 находились на естественном вскармливании, 1/5 – на смешанном, а остальные – на искусственном вскармливании. Чуть меньше половины детей имели склонность к запорам. У остальных – учащенный стул или нормальный по частоте, но разжиженный, с примесью зелени и непереваренных комочков. Срыгивания с частотой более

4–5 раз отмечены лишь у 2–х пациентов, причем необильные, створоженным молоком. У остальных срыгивания также необильные, 1–3 раза в день. Аппетит снижен у 1/3 пациентов, у остальных – сохранен. При бактериологическом исследовании нарушения микробиоценоза кишечника выявлены у всех. При исследовании кала в этой группе пациентов было выявлено, что практически у всех определялись мыла, у большинства в небольшом количестве, а у 1/5 – в значительном. У 82% выявлено повышенное содержание слизи. У 1/3 определялись лейкоциты, преимущественно в тяжах слизи, в количестве от 3–5 до 15–20. Через 2 недели после начала терапии зарегистрировано улучшение в клинической картине. У половины пациентов с нарушением частоты стула отмечена тенденция к нормализации: при первоначальном учащении – урежение, а при урежении – учащение, хотя консистенция кала сохранялась измененной. Примерно у 1/3 уменьшилось содержание патологических примесей (не переваренные комочки, слизь) в кале. Через 2 недели после окончания лечения клиническое улучшение отмечено практически у всех детей.

Аппетит полностью нормализовался, срыгивания сохранялись лишь у 3–х детей, необильные, 2–3 раза в день, прибавка в весе достаточная. При первоначально учащенном стуле нормализация частоты произошла у всех, кроме 1–го ребенка, у которого в возрасте 7 месяцев стул был 5 раз на смешанном вскармливании. При первоначальной склонности к запорам более чем у половины отмечено учащение или стул стал регулярным. У большинства больных с первоначально разжиженным стулом или склонностью к запорам консистенция нормализовалась, цвет стал желтым, исчезли патологические примеси в виде зелени и непереваренных комочков. При копрологическом исследовании мыла определялись в меньшем количестве, содержание слизи также уменьшилось, содержание лейкоцитов уменьшилось у всех до 1–10, кроме одного ребенка, у которого отмечено нарастание с 3–5 до 5–10 при отсутствии ухудшения стула. Таким образом, «Лацидофил» обладает способностью наиболее физиологичным образом нормализовать микрофлору кишечника у детей с дисбактериозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельмер С.В., Хавкин А.И. *Гастроэнтерология детского возраста*. М.: ИД Медпрактика–М, 2003.
2. В.М.Бондаренко, Т.В.Мацулевич *Дисбактериоз кишечника как клиничко-лабораторный синдром: современное состояние проблемы*. Москва «ГЭОТАР-Медиа» 2007
- 3.Хавкин А.И. *Нарушения микроэкологии кишечника. Принципы коррекции. Методические рекомендации*. – Москва, 2004
- 4.А.И.Гришель *Пробиотики и их роль в современной медицине* Минск. 2009г.

Павлова Э.Ф.

БАЛАЛАРДАҒЫ ДИСБАКТЕРИОЗ КЕЗІНДЕ ЛАЦИДОФИЛДІ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Бұл мақалада пробиотиктерді қолданудың негізгі бағыты және пробиотик «Лацидофил» -ді тәжірибеде қолданудың ішек микрофлорасына әсері, сонымен қатар бақылаудағы балаларда бір жылға дейін дисбактериоздың коррекциясы қалай жүргендігі жөнінде қарастырылады.

Pavlova EF

EXPERIENCE LATSIDOFILA DYSBACTERIOSIS CHILDREN

The paper presents the general characteristics of the intestinal microflora, intestinal dysbiosis, the concept and requirements to probiotics, the main uses of probiotics and their own experience of probiotic “Latsidofil-WM» correction of dysbiosis in children under one year.



УДК: 616.411-036.8

Рахимов С.К.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ «СИЛИКОНОВОЙ» СЕЛЕЗЕНКИ

АО «Медицинский университет Астана»

Увеличение размеров и структуры самой ткани селезенки, чаще всего выявляются, как операционная находка и по данным в последнее время, ультразвукового исследования (УЗИ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ). Из литературных источников известно, что изменения структуры селезенки могут быть диффузными или очаговыми. Причинами диффузных поражений структуры тканей селезенки (спленомегалии), могут быть различные заболевания, которые приводят к развитию первоначально к портальной гипертензии, это (цирроз печени, синдром Бадда-Киари, синдром Банти). Далее, многие инфекционные поражения также могут быть причинами; 1. бактериальный спленомегалии (Бруцеллез, брюшной тиф, туберкулез- особенно милиарный). Вирусный (гепатит А, В, С; цитомегаловирусные инфекции, СПИД). При ряде заболеваний крови (гемолитические, миелопролиферативные анемии). Болезни системного характера- аутоиммунные (системная красная волчанка, синдром Фелти) и конечно болезни накопления (болезнь Нимана-Пика, болезнь Гоше, болезнь Вильсона). Все выше перечисленные заболевания диффузного характера приводят в конечном его проявлении к резкому увеличению селезенки. Очаговые образования селезенки не всегда являются причинами спленомегалии. Они могут наблюдаться при врожденных патологиях (Кисты, гемангиомы). При инфекционных поражениях (альвеококкоз, эхинококкоз разные абсцессы), при грануломатозном процессе (саркаидоз) и конечно при травмах (геморрагические кисты). К изолированным поражениям относят и метастатические поражения ткани селезенки. По литературным данным [1], они встречаются в 61%-как метастазы при раке яичников, 15% -от рака толстой кишки, 9%-рака легких, 4%-рака желудка, 1,8 % -рака почек. В 23% спленомегалии сами могут вызвать явления острой механической непроходимости [2,3,4], следствием которого является – диагностическая лапаротомия по неотложным показаниям. Представляем собственное наблюдение спленомегалии, который спровоцировал, проявление механической непроходимости кишечника у женщины.

Пример: Больная 58 лет, из анамнеза известно, что 4 месяца назад до обращения появились схваткообразные боли в левой половине живота, периодическое вздутие, не отхождение газов, рвота, тошнота, запоры. Также заметила, что в последнее время похудела. Неделю назад до поступления, заметила огромное образование

в левой половине брюшной полости, занимающие всю левую половину живота.

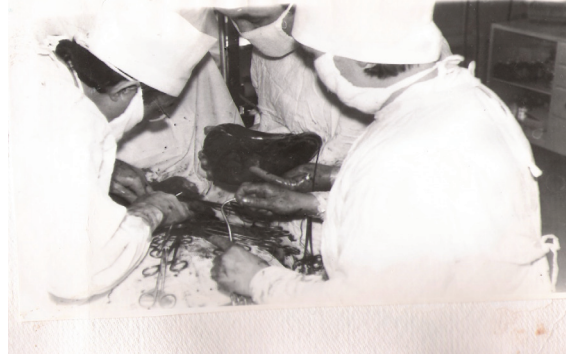


Рис. 1. Идет операция –спленэктомия, устранение механической непроходимости. (оперирует проф. Рахимов С.К.)

Также, в анамнезе: хронический панкреатит, дискинезия желчных путей, Трое родов, последние роды в возрасте 43 лет протекали тяжело, ребенок не выжил. Туберкулез и вен заболевания исключает. Травм не было. Живет в отделении совхоза с мужем и зятем старшей дочери. Занимаются частным крестьянским хозяйством. Обратилась с жалобами на рвоту, на не отхождение газов, стула, отрыжку. Объективно: Женщина среднего телосложения, худая, слегка бледная, осунувшее лицо. Пульс и давление в норме. Дыхание учащенное, до 22 в одну минуту.

Status Presens Objectivus: Живот умеренно вздут. При пальпации определяется огромное продолговатое опухолевидное образование, располагающее по всей левой половине живота, при глубокой пальпации слегка болезненное, баллотируется. Перистальтика слева отсутствует. На обзорной рентгенограмме – множество «чаши Клойбера». Периферические лимфатические узлы не увеличены. В клиническом анализе крови, существенных изменений не выявлено: СОЭ- 26, умеренная тромбоцитопения, 132.0 – 10 в 9 степени г/л, лейкоцитоз-16 На УЗИ определяется конгломерат (селезенка) занимающая всю левую половину живота.

С учетом наличия «чаш Клойбера», острой кишечной непроходимости, больная по жизненным показаниям взята на операцию. Операция: Верхнесрединная лапаротомия, ревизия брюшной полости, устранение явления непроходимости. Наркоз общий. При вскрытии брюшной полости выявлено вздутие и парез петель тонкой и тощей кишки в правой половине, левую половину над петлями- спавшими, располагается огромная селезенка, при

пальпации флюктуируется, как силиконовый шар. В брюшной полости мутный серозный выпот до 250 мл. Спленоэктомия. Инфильтрация корней брыжейки толстой и тонкой кишки 20 мл новокаина + 60 мг гидрокортизона и 4,0 мл прозерина. Ревизия и гемостаз брюшной полости повторно. Дренажирование селезеночного угла и малого таза отдельными дренажными трубками. Брюшная полость послойно наглухо ушита. Швы на кожу. Асептическая спиртовая повязка. Макропрепарат: селезенка, размеры, 13,2 см x 15 см x 23 см. При вскрытии – огромная полость, содержимое 520 мл, коричневого цвета, без запаха, желеобразного характера. Толщина стенки селезенки составила от 2,5 до 3,5 см. При гистологическом исследовании выявлено: сецернирующая киста. Атипические

клетки отсутствуют в содержимом селезенки. Микроскопия вязкой жидкости: множество округлых скопления бесструктурных эозинофилов, лейкоцитов, пролиферация фибробластов, сегментарные гранулоциты.

Таким образом, на основании операционной находки, спровоцированного непроходимости кишечника, всех проведенных исследований исключено онкологическое начало, и инфекционную этиологию. Скорее всего, данная патология относится к врожденным аномалиям, резкий рост которого по анамнезу отмечено, 4 месяца назад. Особенностью данного случая является редкая клиническая находка, при гистологическом исследовании выявлена, сецернирующая киста огромных размеров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Austin J.H., Rinehart R., Williamson T. et al. *Studies in ageing of the brain. Silicon levels in postmortem tissues and body fluids. Progr. Brain Res.* -1975.-40.-P.485-487.
2. Prantl L., Schreml S., Fichter-Feigl S. et al. *Histological and immunohistochemical investigations with capsular contraction after breast augmentation with smooth silicone gel implants. Handchir. Plast. Chir.* -2006.-38.-P.224-232.

Рахимов С.К.

«СИЛИКОНЫ» КӨКБАУЫРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ

Бұл жұмыстың негізгі ерекшелігі клиникалық көрінісінің өте сирек кездесуі. Зерттеу жұмысының барысында гистологиялық зерттеудің нәтижесінде анықталған белгілерге сипаттама беріледі.

Rakhimov SK

CLINICAL PRESENTATION OF «SILICON» SPLEEN

Feature of this case is a rare clinical finding, histological identified, cyst enormous.



УДК: 616.72-002.77:617.3

Сарбалинова Г.К.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АКТЕМРЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ*г. Астана, РГП «БМЦУДПРК»*

Актемра (Тоцилизумаб) – первый препарат нового класса лекарственных средств, предназначенных для лечения ревматоидного артрита (РА), обладающий принципиально новым механизмом действия и дающий надежду больным РА. Он представляет собой гуманизованное (полностью человеческое) моноклональное антитело к рецептору интерлейкина-6 (ИЛ-6), подавляющее активность интерлейкина-6 – важного активатора воспалительного процесса. Этот новый механизм действия позволяет снизить активность воспалительного процесса в суставах и уменьшить системные проявления ревматоидного артрита [1,2,4].

Препарат Актемра хорошо переносится. Общий профиль безопасности препарата оставался неизменным во всех международных клинических исследованиях. Наиболее типичными из зарегистрированных нежелательных явлений были инфекции верхних дыхательных путей, назофарингит, головная боль и гипертензия. Как и при применении других базисных препаратов для лечения ревматоидного артрита (DMARDs), у некоторых пациентов, получавших Актемру, наблюдались инфекционные осложнения и аллергические реакции, в том числе несколько случаев анафилаксии. У некоторых пациентов было зарегистрировано повышение уровня трансаминаз печени (АЛТ и АСТ) – это повышение в основном было незначительным и обратимым [5,6,7,8].

Благодаря применению этих препаратов впервые становится возможно полное выздоровление на ранней стадии развития аутоиммунного заболевания. Введение ГИБП позволили по-новому оценить отдельные аспекты патогенеза такого своеобразного заболевания, как РА. По данным Американской коллегии ревматологов, у больных с РА, сопровождающейся наличием высокой воспалительной активности в течение 3-6 мес, имеются веские основания для применения биологических агентов в комбинации с метотрексатом. Основными биологическими агентами для лечения РА являются ингибиторы фактора некроза опухоли-L - инфликсимаб (ремикейд), адалимумаб (хумира), этанерцепт (эмбрел), В-клеточная таргетная терапия - ритуксимаб (мабтера), ингибитор ИЛ-6 - тоцилизумаб (актемра), селективные модуляторы ко-стимуляции - абатацепт (оренсия) [1,3,7,8].

Для ГИБП характерны высокая эффективность, быстрое наступление терапевтического действия, активное воздействие на суставные и системные проявления РА, существенное влияние на физические и психологические параметры болезни, значительное влияние на HAQ и другие показатели качества жизни, а также относительно небольшое число побочных реакций [8].

У пациентов на протяжении всего курса лечения изучались внесуставные проявления: изменения функций почек, печени, верхних дыхательных путей и легких, желудочно-кишечного тракта и мочевыводительных путей, но в процессе лечения изменений не возникло.

На этапе скрининга однократно проводилась рентгенография органов грудной клетки и кистей рук, ни у одного из пациентов не было выявлено патологических изменений в легких, у мужчины костная деструкция соответствовала 2 рентгенологической стадии ревматоидного артрита, маркеры вирусов гепатита В/С и ВИЧ отрицательные.

Лабораторные исследования проводились за день до визита-инфузии и в день визита-наблюдения: ОАК, ревмопробы количественный подсчет, трансаминазы, креатинин и сахар крови.

Тоцилизумаб применялся у 2-х пациентов с максимальной степенью активности ревматоидного артрита: у мужчины 1976гр с длительным стажем болезни, с 3-х летнего возраста. В дебюте артрит и синовит голеностопных суставов, неоднократное лечение в НИИ педиатрии г. Алматы. С 2001г в возрасте 35 лет в связи с ухудшением состояния увеличилась потребность в НПВП, базовая терапия проводилась сульфасалазином в дозе 2 грамма в сутки и метотрексатом 7,5 мг эпизодически до 2007г. В 2009г усилилась скованность во всех группах суставов рук и ног в течение 7-8 часов, в Китае рекомендовано увеличение доза метотрексата до 25 мг и внутривенные инъекции технеция 99 капельно 10 раз, без какого либо эффекта. Обратился за помощью в БУДПРК. Обратило внимание грубая деформация коленных, лучезапястных, межфаланговых суставов. Диагноз ревматоидный артрит, серопозитивный полиартрит медленно прогрессирующие активность 2 ст. Перед началом лечения у пациента возникли множество вопросов таких как: можно ли принимать метотрексат во время

лечения Актемрой, снизить его дозу, когда ожидать эффекта, как долго продолжается терапия Актемрой. Больному было назначено метотрексат 15 мг в среду, фолиевая кислота 1 мг 3 раза в день все дни кроме среды, нимесил 1 пакетик по потребности болевого суставного синдрома, тоцилизумаб из расчета 8 мг/кг веса. Пациенту была рассчитана доза тоцилизумаба 87 кг * 8 мг/кг = 696 мг, в течение часа проводились внутривенные капельные инфузии актемры, без особенностей. Через 2 недели от начала терапии пациент обратился с болями во всех суставах верхней и нижней конечности, мышцах спины и утренней скованностью до полутора часа, отечность в левом коленном суставе, кашель с темно желтой мокротой в течение 10 дней, появлением болей грудинно-реберного сочленения при кашле. Данные кинических параметров внесены в нижеследующей таблице. Ухудшение состояние связано с наслоением острой респираторной вирусной инфекцией. Внесены коррективы в лечение. В контрольных анализах появились явление цитолиза АЛТ 142(3 нормы), АСТ 40,8(1,6 норм), но заметно снизилась СОЭ от 32 до 2 мм/ч. В течение 12 месяцев пациент получал терапию ГИБП под контролем всех необходимых клинических и лабораторных параметров. Возникшие изменения со стороны гепатобилиарной системы(синдром цитолиза до 3 норм АЛТ) трактовались в рамках гепатотоксичности метотрексата, коррегирована доза последнего до поддерживающей 5 мг, подключены гепатопротекторы: гепадиф 1 фл. на 5% глюкозе внутривенно капельно 5 дней, гептрал 400 мг капельно на 100 мл физиологического раствора на протяжении 7 дней с последующим переводом на таблетированную форму гептрала 400 мг х 3 раза в день 1 месяц, урсосан 500 мг ежедневно на ночь в течение 3 месяцев, стабилизовавшие уровень трансаминаз до нормальных.

Вторая пациентка женщина Ж.А, 1977г.

Предъявляла жалобы на боли в плюсне-фаланговых, лучезапястных, плечевых коленных, голеностопных, межфаланговых суставах, утреннюю скованность 60 мин. Дебют болезни с февраля 2008г после 1 срочных родов от 12.02.08г. Обратилась к врачу лишь спустя 2 месяца от момента появления первых признаков болезни, при обследовании СОЭ 45 мм/ч, д-з: реактивный артрит, в/м введение дипроспана облегчило состояние больной, но через 1 месяц боли вышеперечисленных суставов возобновились, усилилась скованность до 3 часов, в июле 2008г выставлен д-з ревматоидного артрита и начата терапия метотрексатом 10 мг, в связи с малоэффективностью последнего доза была увеличена до 15 мг с преднизолоном 15 мг по схеме постепенного снижения последнего. В апреле 2010г на начало биологической теарпии (ГИБП) получала преднизолон 1,875 мг(3/4 таблетки), метотрексат 15 мг, диклоберл 1 капсуле 2 раза в день. Наследственность отягощена по материнской линии, мать пациентки в возрасте 39 лет заболела ревматоидным артритом. Пациентке была рассчитана доза тоцилизумаба 90 кг. * 8 мг/кг = 720 мг(36 мл), в течение часа проведена первая внутривенная капельная инфузия без особенностей, также и все последующие инфузии. Данные о самочувствии и состоянии больной приведены ниже в таблице.

Следует отметить, что у женщины заметно улучшились лабораторные и клинические показатели уже на второй инфузии, к 3 инфузии полностью отменен преднизолон, уменьшена доза метотрексата до 7,5 мг в неделю, уменьшилась потребность в приеме нестероидов.

Гемодинамика у обоих пациентов на протяжении всего курса лечения была стабильная. Нами была проведена оценка в следующих показателях.

Оценка клинических параметров эффективности и безопасности препарата

Месяцы лечения	Период лечения и наблюдения:											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Оцениваемые параметры	Клинические данные											
Число болезненных суставов (ЧБС) Муж.1976 г.	20	16	12	10	10	8	8	7	7	10	6	6
Жен. 1977 г.	22	18	15	12	11	9	8	7	7	5	5	3
Число припухших суставов (ЧПС) Муж.1976 г.	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
Жен. 1977 г.	12	10	9	7	7	5	5	5	4	4	2	2
Оценка состояния здоровья больным по ВАШ (мм) Муж.1976 г.	90	80	60	60	60	60	40	25	25	20	15	10
Жен. 1977 г.	80	75	70	66	64	60	50	45	40	30	20	13
Оценка состояния здоровья больного врачом по ВАШ (мм) Муж.1976 г.	80	70	30	20	20	20	20	15	15	15	15	8
Жен. 1977 г.	80	75	70	66	60	60	50	40	35	30	20	10
Муж.1976 г. утренняя скованность(мин)	50	40	30	20	20	15	15	10	10	7	5	3
Жен. 1977 г.	60	45	35	30	25	20	15	10	10	8	7	3
DAS 28 Муж.1976 г.	6,98	4,24	3,8	3,7	4	4,03	3,6	3,4	3,2	3,0	2,8	2,0
Жен. 1977 г.	6,09	4,33	3,05	3,41	3,0	2,8	2,6	2,6	2,8	2,6	2,5	2,2
ACR 20,50,70 Муж.1976 г.	20	20	50	50	50	50	50	50	70	70	70	70
Жен. 1977 г.	20	20	50	50	50	70	70	70	70	70	70	70

Выводы: Таким образом, применение тоцилизумаба на протяжении 12 месяцев доказало эффективность последнего у пациентов с ревматоидным артритом с большим стажем этого заболевания, а использование его в более ранние сроки заболевания приводят к стойкой ремиссии. Использование тоцилизумаба позволило значительно улучшать качество жизни пациентов. Все изучаемые параметры достигли своих целевых уровней уже к 3 месяцу терапии. Актемра может стать препаратом выбора у больных с ревматоидным артритом,

у которых ответ на проводимую ранее терапию был неадекватным или имеет место непереносимость иных антиревматоидных средств, либо неэффективна стандартная противоревматоидная терапия. Применение и внедрение Актемры в Казахстане у больных с тяжелой формой, а также с наличием высокой воспалительной активности в течение 3-6 мес ревматоидного артрита является актуальным и требует более широкого изучения и использования у этой когорты ревматологических больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ревматология. Клинические рекомендации. 2-е издание, исправленное и дополненное. Под ред. Е.Л.Насонова. ГЕОТАР-медиа, 2010.
2. Насонов Е.Л. Лечение ревматоидного артрита: современное состояние проблемы. РМЖ 2006; 8: 573-577.
3. Балабанова Р.М. Значение метотрексата для лечения ревматоидного артрита в эру биологических препаратов. Consilium medicus 2010;12 (3): 3-7.
4. Furst D.E., Keystone E.C., Rirkham B., et al. Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases, 2008. Ann Rheum Dis 2008; 67: 2-25.
5. Rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis. Nice technology appraisal guidance 126, 2007.
6. Genovese M.C., Becker J.C., Schiff M., et al. Abatacept for rheumatoid arthritis refractory to tumor necrosis factor alpha inhibition. N Engl J Med 2005; 353; 1114-1123.
7. Kremer J.M., Genant H.K., Moreland L.W., et al. effects of abatacept in patients with methotrexate resistant active rheumatoid arthritis: a randomized trial. Ann Rheum Dis 2006; 144:
8. Насонов Е.Л. Применение тоцилизумаба (Актемры) при ревматоидном артрите. Научно-практ. ревматол. 2009, 3, 18 – 35.

Сарбалинова Г.К.

РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТ АНЫҚТАЛҒАН НАУҚАСТАРДА АКТЕМРАНЫ ҚОЛДАНУДЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ

Актемраның қолдануы препараттың жоғары тиімділігін дәлелдейді; терапиялық әсердің тіз шабылуы, ревматоидтық буын қабынудың буынның және жүйелік әсер етулеріне, аурудың физикалық және психологиялық көрсеткіштеріне ықпал етіп, басқа да нәтижелер белгілі болды: қатерлі симптомның көрсетілгендігі төмендейді, буындар ісіктері азаяды, әлсіздік білінбейді, емделушілердің тұрмыс сапасы өседі. Сәйкесінше, бұрын өткізілген терапия теңбе- тең болмағандықтан және басқа ревматологиялық құралдардың тиімсіз орын алғандығымен, бұл препарат ревматоидтық буын қабынудың таңдауы болып табылады.

Sarbalinova G.K.

THE EXPERIENCE OF ACTEMRA IN RHEUMATOID ARTHRITIS

Application experience Actemrae tocilizumab proves high efficiency of this preparation, fast approach of therapeutic action, active influence on articulate and system displays of revmathoid arthritis, essential influence on physical and psychological parameters of illness, such results have been noted also: expressiveness of a painful symptom decreases, puffiness of joints decreases, weakness leaves, quality of life of patients increases. Accordingly is a preparation of a choice at patients with revmathoid arthritis, whose answers to therapy spent earlier was inadequate or the intolerance of others antirevmathoid agent, or is inefficient standard antirevmathoid therapy



УДК: 616.441-089.168.1:577.175.532

А. Н. Сейсембаева

СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА У БОЛЬНОЙ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

ГКП на ПХВ «*Степногорская городская поликлиника*», г. Степногорск

Первичный гиперальдостеронизм- синдром, наблюдающийся при близких по клинико-биохимическим признакам, но различных по патогенезу заболеваниях, в основе которых лежит чрезмерная и независимая от ренин-ангиотензиновой системы продукция альдостерона корой надпочечников. Это автономная гиперсекреция альдостерона надпочечниками, тогда как при вторичном гиперальдостеронизме усиление секреции альдостерона обусловлено вненадпочечниковыми факторами (например, повышение активности ренина плазмы)

В 1955 г J.W.Conn описал синдром, сопровождающийся артериальной гипертензией и снижением уровня калия в сыворотке крови, развитие которого связано с аденомой коры надпочечников, секреторирующей альдостерон. Эта патология получила название «*первичный альдостеронизм*» или «*синдром Кона*». Синдром Кона- заболевание характеризующееся повышением уровня гормона альдостерона в крови, что вызывает увеличение уровня натрия в крови, увеличение объема крови, а также низкий уровень калия (алкалоз).

По данным статистики от синдрома Кона женщины страдают в три раза чаще, чем мужчины. Чаще всего болезнь диагностируется в возрасте 30-40 лет. Среди всех больных гипертензией распространенность первичного гиперальдостеронизма составляет 12 %-14 %. Для больных с послеоперационным гипотиреозом более характерны явления сосудистой гипотонии и брадикардии.

Учитывая вышесказанное представляется интересным случаем первичного гиперальдостеронизма у больной с послеоперационным гипотиреозом.

Больная М., 38 лет, поступила в неврологическое отделение городской больницы экстренно с диагнозом: Нарушение спинального кровообращения. Нижний парапарез. Объемный процесс спинного мозга?

Жалобы при поступлении: слабость в конечностях, ощущение онемения в них, судороги в мышцах конечностей, боли в мышцах, отсутствие самостоятельных движений в нижних конечностях, не может ходить. Периодически отмечается повышение артериального давления до 240/120 мм ртст, сухость во рту, жажду, полиурию, головокружения, головные боли, снижение памяти, снижение способности концентрации внимания, боли в поясничной

области больше слева.

Из анамнеза заболевания – с 2000гэпизодическое повышение артериального давления до 200-240 мм рт ст. Гипотензивную терапию (диротон, амод, тромбоасс) амбулаторно принимала нерегулярно. С С 2006 г наблюдалась по поводу узлового зоба, в 2008 г- струмэктомия, гистологическое заключение- тиреоидит Хасимото. В послеоперационном периоде отмечались судороги, после лабораторных исследований выставлен диагноз: Послеоперационный гипотиреоз, гипопаратиреоз. Принимала эутирокс в суточной дозе 50-75 мг, препараты кальция.

По амбулаторной карте последних трех лет периодически зафиксировано снижение уровня калия. Ухудшение в течении последнего месяца, как периодически самостоятельно принимала фуросемид. Доставлена в стационар экстренно. Состояние при поступлении тяжелое. Больная в сознании, отмечается выраженная слабость, адинамия. Обращает на себя внимание бледность и сухость кожных покровов, увеличение щитовидной железы до 1 степени. В неврологическом статусе нижний глубокий парапарез, брюшные рефлексы не вызываются, гипестезия с уровня D5 с двух сторон. По тяжести состояния больная госпитализирована в отделение реанимации и интенсивной терапии. При поступлении в ОРИТ у больной наблюдалась остановка кровообращения по причине фибрилляции желудочков. Произведена неоднократная дефибрилляция сердца в разных режимах, интубация трахеи с подключением к аппарату ИВЛ, медикаментозное лечение. Через 20 минут ритм нормализовался, переведена на спонтанное дыхание и экстубация трахеи.

После данных лабораторных исследований заключение- первичный гиперальдостеронизм, гипотиреоз, гипопаратиреоз. Назначены коррекция лечения и дополнительные обследования. В КЩС при поступлении отмечался алкалоз: 7,49-7,46, затем нормальный -7,35. Электролиты : натрий, кальций, хлор показатели нормальные, калий 1,63 в последующем 1,91-3,7 (норма 3,5-5,5). Отмечается повышение уровня ТТГ и АТкТПО, уровень свободного Т4 на нижней границе нормы. На ЭКГ- гипертрофия левого желудочка, желудочковая экстрасистолия, бигемения, ЧСС- 80. В динамике- пароксизмальная желудочковая тахикардия с ЧСС-150. В дальнейшем после лечения улучшились метаболические изменения миокарда. По данным ультразвукового

исследования (УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства: паренхиматозные изменения печени, поджелудочной железы и почек, опухоль левого надпочечника. На компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства: надпочечник справа увеличен в размерах- 15*30 мм, структура однородная. Надпочечник слева обычных размеров 10* 14мм, на его латеральной ножке определяется объемное образование размером 11*15 мм, однородной структуры с четким контуром. Заключение КТ- признаки гиперплазии правого надпочечника, объемного образования левого надпочечника.

Больной выставлен клинический диагноз :Гормональноактивная опухоль левого надпочечника.Первичный гиперальдостеронизм. Альдостерома. Сопутствующий диагноз: Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1 степени. Послеоперационный субклинический гипотиреоз. Послеоперационный гипопаратиреоз. Осложнения: Симптоматическая гипертензия с кризами. Миокардиодистрофия. Сн 1 ФК 1. Энцефалопатия сложного генеза. Гипертензионный синдром.

Больная получала следующее лечение кордарон в/в капельно, капотен 25 мг/сутки, пирасетам, витамин С ,кетонал, прозерин, эутирокс, преднизолон, актовегтн, кальций хлористый, магния сульфат, милдронат, реланиум, верошпирон, препараты калия с 13,44 г/с до 2 г/с. Состояние после проведенного лечения улучшилось: восстановились движения

в конечностях, нет судорог и болевого синдрома, головокружений, жажды, слабости, нормализовалось АД, нет перебоев и болей в области сердца, самостоятельно ходит.

В дальнейшем больная была направлена в ННЦХ им А.Н. Сызганова на оперативное лечение по поводу гормональноактивной опухоли левого надпочечника.

Выполнена операция эндовидеохирургическая трансабдоминальная адреналэктомия слева. Гистологически - аденома надпочечника смешанного строения(светло и темноклеточная) тубулярно-трабекулярного типа с фокусами умеренно выраженного полиморфизма.

В последующие годы состояние удовлетворительное, нормальные показатели калия, кортизола.

При отсутствии своевременной диагностики и лечения синдрома Кона, возможен летальный исход, вследствие выраженной гипокалиемии и метаболического ацидоза. У данной больной наблюдалась остановка кровообращения по причине фибрилляции желудочков уже при поступлении в ОРИТ ,где была оказана помощь. У больной гипертензию связывали с патологией почек, не было обращено внимание на наличие гипокалиемии. Судороги и парестезии объясняли послеоперационным гипотиреозом и гипопаратиреозом. Диагноз установлен на основании клиники, отсутствия эффекта от ранее проводимого лечения и результатов доступных методов обследования (УЗИ, КТ).

ЛИТЕРАТУРА

1. Огороков А.Н, Диагностика болезней внутренних органов. М. Медицинская литература, 2001 ,с 532-534
2. Гарднер Д., Шобек Д. Базисная и клиническая эндокринология. Книга 1 Перев с англ- М Издательство БИНОМ ,2010

Сейсембаева А.Н.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ГИПОТИРЕОЗЫ БАР АУРУДА КЕЗДЕСЕТІН АЛҒАШҚЫ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ

Осы мақалада операциядан кейінгі гипотиреозы бар ауруда алғашқы гиперальдостеронизмның (Конның синдромы) жағдайының кездесуі сипатталған.

A.N.Seisembayeva

CASE OF PRIMARY HYPER ALDOSTERONISM OF THE PATIENT WITH A POSTOPERATIVE HYPOTHYROSIS

In this article the case of primary hyper aldosteronism (the Conna syndrome) of the patient with a postoperative hypothyrosis is presented.



УДК: 616.921.5-071.1:577.27-021.414

Смаилова К.И.

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

НУ СВА «Интертич», г.Астана

До настоящего времени проблемы, связанные с частыми рецидивами острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) у детей, сохраняют свою актуальность [1,2]. ОРВИ являются наиболее распространенной патологией человека с максимальным уровнем заболеваемости в детском возрасте [1]. Следует отметить, что ОРВИ у детей, особенно раннего возраста, кроме более высокой частоты, нередко характеризуются тяжелым течением и в ряде случаев протекают с серьезными осложнениями. В связи с этим мы изучили некоторые особенности анамнеза детей, часто болеющих ОРВИ, и провели обследование их иммунологического статуса.

Под нашим наблюдением находилось 48 детей в возрасте от 3-х до 11 лет, из них 23 ребенка составили основную группу (часто болеющие ОРВИ) и 27 - контрольную (практически здоровые дети).

По результатам изучения анамнеза нами выявлено, что более чем в 70% случаев начало частых респираторных заболеваний совпадало с периодом адаптации к дошкольным учреждениям. У 75,5% детей отмечались токсокозы I-II половины беременности, угрозы выкидыша, внутриутробная гипотрофия, асфиксия в родах. 45,4% детей были переведены на раннее искусственное вскармливание, а 53,6% имели отягощенный аллергический анамнез. У 72,4% детей выявлялись хронические очаги инфекции (хронический тонзиллит, кариес, аденоиды), а у 53,2% регистрировались различные сопутствующие заболевания.

При анализе иммунного статуса оказалось, что в иммунограммах детей основной группы даже в период ремиссии имеются некоторые отличия по сравнению с контрольной группой. Например, показатели Т-лимфоцитов в основной группе составляли 51,4%, в контрольной группе - 64,8%; В-лимфоцитов 13,4% и 21,3% соответственно. Количество иммуноглобулинов

А (1,1 г/л в основной группе и 2,8 г/л - в контрольной) и иммуноглобулинов М (0,8 г/л и 1,8 г/л соответственно) были ниже в основной группе в сравнении с контрольной. Изменения вышеперечисленных показателей в основной группе свидетельствовали о незавершенности воспалительных реакций даже во время отсутствия ОРВИ. Эти данные подтверждались и наличием лейкоцитоза в этой группе ($11,9 \times 10^9/\text{л}$). По-видимому, причиной являлось наличие различных сопутствующих заболеваний и хронических очагов инфекции, на фоне которых протекали частые ОРВИ.

Дети основной группы прошли курсы санации хронических очагов инфекции и лечения выявленных сопутствующих заболеваний на фоне общеукрепляющего и иммуномодулирующего лечения по принятым стандартам. Как показали наши исследования, на фоне лечения отмечалась положительная тенденция в сторону нормализации наиболее сниженных показателей иммунограммы детей. Особенно ярко эта тенденция проявлялась в отношении Т-лимфоцитов: показатели составили 56,5% после лечения в основной группе детей, 64,8% - в контрольной. Положительная тенденция отмечалась и в нормализации количества иммуноглобулинов на фоне лечения, особенно G (8,1 - до лечения, 12,8% - после лечения). Уменьшались различия по сравнению с контрольной группой и со стороны лейкоцитарной формулы.

Таким образом, для ликвидации имеющегося дисбаланса иммунной системы в группе детей, часто болеющих ОРВИ, в обязательном порядке необходимо проводить на фоне общеукрепляющего и иммуномодулирующего лечения полную санацию хронических очагов инфекции, постоянно поддерживающих патологический процесс и лечить сопутствующие заболевания. Указанные мероприятия приводят к снижению эпизодов ОРВИ у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика/ Научно-практическая программа Союза педиатров России. - М., 2002. - 69 с.*

2. *Red Book: 2006. Report of the Committee on Infection Diseases. 25rd: American Academy of Pediatrics, 2006.*

Смаилова К.И.

**ҚАЙТАЛАНАТЫН ЖІТІ РЕСПИРАТОРЛЫҚ ВИРУСТЫҚ ИНФЕКЦИЯЛАРЫ БАР
БАЛАЛАРДАҒЫ АНАМНЕЗ ЖӘНЕ ИММУНОМӘРТЕБЕСІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Анамнез және иммуномәртебесінің зерттеуі өткір респираторлық аурумен жиі ауыратын 48 балаларда өткізілген. Инфекцияның созылмалы ошақтарының жоюы өкпе патологиясының қайталануы жиіліктің төмендетуіне алып келгенін көрсеткен.

Smailova K.

**FEATURES HISTORY AND IMMUNE STATUS IN CHILDREN WITH RECURRENT ACUTE
RESPIRATORY INFECTIONS**

The study of history and the immune status of 48 children with frequent episodes of acute respiratory infections. It is shown that the elimination of chronic foci of infection reduces the frequency of recurrent pulmonary pathology.



УДК: 616.853-058

*Сутбаева Ы.О., Аширбекова Г.М., Бегимбетова Л.К., Айтжанова Ш.Г.,
Аширматова М.Т.*

РАЗБОР СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ БРЕМЕНИ ЭПИЛЕПСИИ

Республиканский диагностический центр (г. Астана)

С медико-социальной точки зрения проблема эпилепсии относится к числу наиболее острых в клинической неврологии. Не менее одного припадка в течение жизни переносят 5% населения, у 20-30% больных заболевание является пожизненным [1]. Имеется целый ряд проблем, связанных с адаптацией лиц, страдающих эпилепсией, в обществе, которые существенно влияют на качество их жизни [2].

Целью нашей работы было изучение степени значимости социальных проблем, связанных с бременем эпилепсии в семьях на современном этапе.

Методы: Среди ближайших родственников 53 пациентов был проведен анкетный опрос, касающийся проблем, возникших после установления диагноза эпилепсии. Возраст детей от 3 до 16 лет, 28 мальчиков и 25 девочки.

Обсуждение: В ходе анкетирования среди одного из родственников детей, страдающих эпилепсией, было выявлено, что одной из наиболее значимых проблем, возникших после установления диагноза эпилепсии, является неизвестность исхода заболевания (17 положительных ответов - 32,1%) и ожидание очередного приступа (26,4%).

Для 20,8% приоритетной является проблема необходимости регулярного приёма лекарственных препаратов, для 58,5 - финансовые проблемы приобретения лекарств и проведения обследования, далее следуют такие проблемы как ограничения при выборе профессии (20,1%) и в

режиме жизни (15,1).

Около половины (47,1%) респондентов утверждают, что не скрывают факт болезни ребенка. Однако из тех, кто скрывает факт болезни, причиной сокрытия являются ограничения при выборе профессии и препятствия при вступлении в брак (по 58,5%), угроза, что в учебном заведении их ребенка будут считать «неполноценным» (34%). Среди опрошенных 11,3% скрывают факт болезни детей из-за возможности отчуждения родственниками, а 13,2% - в связи с боязнью ухода супруга из семьи.

Среди опрошенных 28,3% испытали проявление ограничений в отношении ребенка с эпилепсией со стороны системы обучения (в школе, кружках и т.д.).

При ответе респондентов на вопрос о факторах, наиболее способствующих преодолению болезни, их мнения распределились следующим образом: 43,4% считают, что наиболее значимым фактором является правильное лечение, далее следуют надежда на выздоровление (37,8%) и тёплые семейные отношения (54,8%). Меньше встречались ответы о необходимости общения ребёнка с друзьями, настрой на достижение планов в будущем, физической подготовки.

Большинство респондентов отмечают, что в случае появления необходимости они получают ответ и помощь от невролога (66%). 73,6% отметили, что искали помощь у народных целителей или с помощью Интернета. Отметили, что не ждут помощи ниоткуда и что им некуда за

ней обратиться, лишь 6 из 53 опрошенных.

В целом, результаты опроса родственников детей с эпилепсией свидетельствуют о значимости и доверии к системе оказания специализированной помощи детям с данной патологией, и, в то же время, имеющей место вере в силу народных целителей. Негативные последствия влияния рекомендаций таких целителей требуют отдельного разбора, поскольку они касаются недопустимого срыва

приема противоэпилептических препаратов.

Заключение: Развитие системы социальной адаптации детей с эпилепсией (проведение работы на постоянной основе с учебными заведениями – обучение, выбор профессии, формирование адекватного восприятия обществом больных эпилепсией) существенно для повышения качества и результативности лечения, улучшения качества жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Қуанова Л.Б., Балгаева М.С., Салимгереева Г.У. Семинары по детской неврологии.- Астана, 2011.- 94стр.
2. Kiling V., Vajtf Y. *Epilepsia and children life- Epilepsia-2011.-3.-p.43-46*

Сутбаева Ы.О., Аширбекова Г.М., Бегимбетова Л.К., Айтжанова Ш.Г., Аширматова М.Т.

ЭПИЛЕПСИЯ АУЫРТПАЛЫҒЫНЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІН ТАЛҚЫЛАУ

Мақсаты: отбасыларындағы эпилепсия ауыртпалықтарымен байланысты әлеуметтік мәселелердің маңыздылығын зерттеу.

Әдістер: 53 науқас балалардың жақын туыстары арасында сауалнама жүргізілді. Ең маңызды мәселелердің бірі болып сырқаттың нәтижесінің белгісіздігі (50 сауалнамадан 17 оң жауап - 32,1%) және келесі ұстаманы күту (26,4%) болып табылды. 50 сауалнама жүргізілген респонденттердің 20,8 % үшін қиын мәселе болып дәрілерді үнемі қабылдау керектігі, ал 58,5 % үшін дәрілерді сатып алу және тексерілу бойынша қаржылық қиындықтар болып табылды, ары қарай кәсіп таңдаудағы (20,1%) және өмір сүру тәртібіндегі (15,1%) шектеулер тәрізді мәселелер кезек алады. Респонденттердің жартысынан көбі (47,1%) балаларының науқас екендігін жасырмайтынына сендіріп отыр. Халық емшілерінің көмегіне жүгіну жолын ұстау жоғары болып отыр.

Sutbayeva I.O., Achirbekova G.M, Begimbetova L.K., Aitzhanova Sh.G., Achirmatova M.T.,

ANALYSIS OF THE SOCIAL ASPECTS OF EPILEPSY

Aim: to study the degree of importance of the social problems associated with the burden of epilepsy in families.

Methods: A questionnaire was distributed among the closest relatives of 53 children patients. One of the most significant problems were the unknown outcome of the disease (32.1%) and the expectation of the attack (26.4%). For 20.8% the priority is given to the necessity of regular medication, for 58.5% - to the financial problems connected with consumption of medicines, also priority to the limited choice of profession (20.1%) and to the lifestyle (15.1%). About half (47.1%) of respondents say they do not conceal child's illness. Also, high commitment to folk healers and folk medicine.



К ПРОБЛЕМЕ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Республиканский диагностический центр. Эндокринологический консультативно – амбулаторный центр (КАЦ)

По данным эпидемиологических исследований последних лет, около 2-х миллиардов населения планеты проживают в условиях хронического йодного дефицита, из них у 200-300 миллионов имеется эндемический зоб, а у 200 миллионов умственная отсталость в результате йодной недостаточности. Больные зобом встречаются на всех континентах и во всех странах [3,2]. Эндемический зоб тесно связан с йодной недостаточностью (в воде, почве, продуктах питания), это доказано в конце 19 века, когда ученые обнаружили наличие йода в ткани щитовидной железы, в ткани самого зоба .Существуют целый ряд заболеваний, которые представляют серьезную опасность для здоровья миллионов людей, проживающих в йоддефицитных районах . В связи с этим в 1983 году термин «зоб» заменен понятием « йоддефицитные заболевания » [1] . В 2001 году ВОЗ предложен спектр йоддефицитной патологии .

Таблица № 1 .Спектр йоддефицитной патологии

Внутриутробный период	- аборт - мертворождение - врожденные аномалии развития - повышение перинатальной смертности - неврологический кретинизм : умственная отсталость , глухонмота , косоглазие - микседематозный кретинизм : умственная отсталость , низкорослость , гипотиреоз , - психомоторные нарушения
Новорожденные	- Неонатальный гипотиреоз , врожденный гипотиреоз
Дети и подростки	Нарушения умственного и физического развития, эндемический зоб , гипотиреоз
Взрослые	- Зоб и его осложнения, йодидуцированный тиреотоксикоз , -риск рождения ребенка с кретинизмом
Все возраста	- зоб - гипотиреоз - нарушения когнитивных функций -повышение поглощения радиоактивного йода при ядерных катастрофах

Из таблицы № 1, что учеными доказано отрицательное влияние эндемического зоба у женщин на их репродуктивную функцию, течение беременности и здоровье новорожденных. У них часто встречается бесплодие, выкидыши, мертворождение, преждевременные роды[2] .

Эндемический зоб у беременных влияет на развитие плода и здоровье новорожденных. Дети отстают в психоневрологическом, физическом развитии, часто подвержены инфекционным заболеваниям, нарушена иммунная система. Поэтому все женщины перед

и во время беременности должны пройти осмотр эндокринолога и получать йодсодержащие препараты с профилактической и лечебной целью[2] .

За три года (2009-2012 гг.) моей работы в Республиканском диагностическом центре, значительную часть обратившихся на консультацию пациентов , составили больные с заболеваниями щитовидной железы, что составляет почти половину обследованных пациентов (48 %). Заболевания щитовидной железы представлены следующими нозологиями

Таблица № 2 . Структура заболеваемости детей йоддефицитными заболеваниями за три года

нозологгии	2009 год (с 1 июня по 31 декабря)		2010 год		2011 год		2012 год (с января по 30 июня)		всего	
	абсолютное	процент	абсолютное	процент	абсолютное	процент	абсолютное	процент	абсолютное	процент
Эндемический зоб 1-2 степени	85	31.9%	180	27.6%	218	30%	115	29%	598	29.3%
Аутоиммунный тиреоидит	18	6.8%	71	10.8%	68	9.4%	31	7.8%	188	9.2%
Субклинический гипотиреоз	10	3.8%	49	7.5%	56	7.7%	47	11.8%	162	7.9%
Узловой зоб	5	1.9%	9	1.4%	8	1.1%	7	1.8%	29	1.4%
Диффузный токсический зоб	-	-	-	-	2	0.3%	3	0.8%	5	0.2%
Киста щитовидной железы	-	-	10	1.5%	12	1.6%	6	1.5%	28	1.37%
Врожденный гипотиреоз	5	1.9%	10	1.5%	11	1.5%	9	2.3%	35	1.7%
Неонатальный транзиторный гипотиреоз	3	1.1%	8	1.2%	7	0.9%	6	1.5%	24	1.1%

Из этой таблицы № 2 видно , что на первое место выходит заболевание эндемическим зобом (около 30%) , это серьезный показатель эндемичности многих районов нашей Республики . Но учитывая географию мест , откуда приезжают наши пациенты (из всех областей РК) , трудно говорить об эндемичности какой-то местности . Самым распространенным проявлением йодной недостаточности является зоб . По определению ВОЗ – ЗОБ это патологические изменения щитовидной железы , вызванные недостатком йода в организме человека . Дефицит йода проявляется отставанием в умственном и физическом развитии у детей (особенно во внутриутробном периоде) , увеличением щитовидной железы у детей и взрослых , повышенным риском образования в ней узлов, а так же большой смертностью от онкологических заболеваний.

С 1994 года в мире по рекомендации ВОЗ используется более упрощенная и доступная врачам всех специальностей, классификация размеров щитовидной железы.

Степень 0 –зоба нет; Степень 1- зоб не виден , но пальпируется , при этом размеры каждой из долей больше дистального фаланга обследуемого ;

Степень 2 – зоб пальпируется и виден на глаз.

Исследования проведенные в 2000-02 годах сотрудниками кафедры эндокринологии Алматинского Государственного института усовершенствования врачей , показали рост частоты зоба во всех регионах нашей Республики . При этом рост частоты зоба отмечен в регионах, прежде не относившихся к эндемичным .Наиболее благоприятная ситуация сложилась в ВКО , гг. Петропавловске,Талдыкоргане и Астане. В Астане обследовано около 500 детей, из них у 43% выявлен зоб.

Потребность в тиреоидных гормонах будущий ребенок испытывает с момента зарождения. Особенно велика потребность плода в них в конце 1-го и в начале 2-го триместра, когда происходит

формирование головного мозга (интеллект) , улитки (слух) и полосатого тела (движения) [2,3] . Не менее важны тиреоидные гормоны для плода и во второй половине беременности , когда идут процессы миелинизации, способствующие формированию абстрактного мышления. Следует отметить, что фетальная щитовидная железа начинает функционировать только после 12-14 недельного срока внутриутробного периода, поэтому адекватное снабжение тиреоидными гормонами плода в 1 половине беременности лежит на беременной женщине. Профилактическому лечению подлежат дети с 1 года до 18 лет , особенно подростки 12-18 лет, так как у них увеличивается потребность в йоде и в гормонах щитовидной железы[2,3].

С целью дальнейшего улучшения профилактики йоддефицитных заболеваний, 15.10.2003 г. принят закон, подписанный президентом РК. В законе говорится в основном о необходимости йодирования пищевой соли. Существуют три вида профилактики ЙДЗ:

Массовая профилактика – основным средством является йодирование пищевой соли. Помимо массовой профилактики, важное значение имеет групповая и индивидуальная профилактика, которая проводится с помощью таблеток, содержащих 100 и 200 мкг йода[2.4]. Помимо йодсодержащих препаратов, источником йода для человека является растительная пища . В растениях больше йода содержится в зеленых частях и меньше в корневых . Наиболее богаты йодом грецкие орехи, в меньшей степени виноград и морковь. Особенно много йода в морских водорослях – до 900 тысяч мкг на 1 кг. сухого вещества, поэтому рекомендуется употреблять в пищу морскую капусту и рыбу. Йодом богаты некоторые минеральные источники , например : Боржоми, минеральная вода «Аксай» [2.4].

Выводы :

1. Йоддефицитные заболевания , как эндемический зоб часто встречаются среди детей.
2. Особое внимание необходимо уделять к

заболеваниям щитовидной железы у беременных женщин и кормящих матерей .
3. Огромное значение имеют профилактические мероприятия йоддефицитных заболеваний у беременных женщин , кормящих матерей и особенно , детей и подростков .

ЛИТЕРАТУРА

1. Зельцер М.Е., Базарбекова Р.Б « Мать и дитя в очаге йодного дефицита». Алматы, 1999 г. с. 8-12 , с.19-49 .
2. Зельцер М.Е. Избранные вопросы клинической тиреологии . Лекция , Алматы, 2003г. с.11-13.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Трошина Е.А., Мазурина И.В., Платонова Н.М. «Профилактика и лечение йоддефицитных заболеваний в группах повышенного риска» Москва , 2004 г. с. 4-6 .
4. Зельцер М.Е., Базарбекова Р.Б. АГИУВ/ Проблемы хронического йодного дефицита в Республике Казахстан / Сборник научных статей . Алматы , 2002 г. с. 3-7 .

Такенова Ш. К.

БАЛАЛАР АРАСЫНДАҒЫ ЙОД ЖЕТІСПЕУШІЛІК АУРУЛАРЫ МӘСЕЛЕСЕРІ

1. Йод жетіспеушіліктің салдарынан болатын қалқанша без аурулары балалардың арасында жиі кездеседі .
2. Жүкті аналардың денсаулығына , әсіресе қалқанша без ауруларына жіті көңіл бөлу керек.
3. Аурудың алдын алу шарттарын (балалар мен жасөспірімдер , болашақ аналар және емшекте балалары бар аналар үшін) мұхият орындау қажет.

Takenova Sh.K.

THE PROBLEM OF IODINE DEFICIENCY DISEASES IN CHILDREN

1. Ioddeficitnye diseases as endemic goitre are common among children.
2. particular attention should be paid to diseases of the thyroid gland in pregnant women and nursing mothers.
3. the great importance of prevention of iodine deficiency diseases pregnant women, nursing mothers and especially children and adolescents.



УДК: 577.175.532.616.43-07-053.2/5

Такенова Ш. К.

К ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Республиканский диагностический центр.
Эндокринологический консультативно – амбулаторный центр (КАЦ)

Заболевания щитовидной железы занимают лидирующее положение в эндокринной патологии у детей, а первое место в их структуре принадлежит диффузному нетоксическому зобу (ДНЗ). ДНЗ является гетерогенным состоянием, включающим аутоиммунный тиреоидит (АИТ). Его распространенность достигает до 1.2% у детей школьного возраста, с пиком заболеваемости в пубертатный период [2,3]. Особенностью АИТ у детей является высокая частота развития гипотиреоза, возникающего как в финале заболевания, так и уже при его манифестации. В большинстве случаев недлительный период

заболевания и незначительно выраженные морфо-функциональные нарушения тиреоидной ткани создают сложности в своевременной диагностике заболеваний [2]. При диагностике АИТ также приходится учитывать особенности гуморального звена аутоиммунитета детского возраста, поскольку на начальных стадиях у детей отмечается высокая частота (до 60%) серонегативных случаев заболевания с отсутствием антител к тканям щитовидной железы [1,3] .

Клиническая картина возникающего гипотиреоза при АИТ чаще бывает стертой

и только у 12-13% детей имеет явный характер . В то же время, отрицательное воздействие « асимптоматической хронической гипотироксинемии » на состояние здоровья, репродуктивную функцию и интеллектуальную активность детей при субклиническом гипотиреозе не подлежит сомнению . Поэтому в последние годы ведется активный поиск путей оптимизации ранней диагностики АИТ у детей и подростков[2,3] .

Целью моей работы было проведение

Таблица № 1 . Частота аутоиммунного тиреоидита в разных возрастных группах.

возраст		мальчики	девочки
4 года	3.3%	1	-
7-10 лет	20%	2	4
11-14 лет	30%	2	7
15-18 лет	46.6%	4	9
всего	100%	9 (30%)	21(70%)

Обследовано всего 30 детей и подростков с диагнозом аутоиммунный тиреоидит в возрасте от 4-х до 18 лет, из них один ребенок дошкольного возраста (3.3%) , раннего школьного возраста -6 (20%) детей, препубертатного -9 (30%) и подросткового возраста -13 (46.6%) , девочек было 21 (70%) , а мальчиков- 9 (30%) .

В объем обследования входил осмотр детей с клинической оценкой визуального и пальпаторного размера, консистенции щитовидной железы . В дальнейшем методом ультразвукового сканирования с помощью аппарата Aloka SSD 3500 датчиком 7.5 мгц всем детям были определены тиреоидный объем , эхогенность и эхоструктура щитовидной железы .В 2001 году ВОЗ были предложены новые нормативы определения тиреоидного объема с использованием номограммы по массе тела и росту .

При эхографии выявляются три типа нарушений эхоструктуры :

- малоизмененная тиреоидная ткань – мелкие разнокалиберные единичные или множественные гипоехогенные включения округлой формы с четкими контурами без

« гало» по периферии;

- измененная тиреоидная ткань – аналогичные фокусы на фоне сниженной эхогенности окружающей ткани;

-резко измененная тиреоидная ткань – гиперэхогенные включения точечного и/ или линейного (тяжистого) характера на фоне общего снижения эхогенности и очагов с еще более сниженной эхогенностью (различной величины и формы без четких контуров) [4,5].

анализа данных ультразвукового сканирования щитовидной железы и гормонального профиля при аутоиммунном тиреоидите у детей обследованных в Республиканском диагностическом центре (РДЦ) за 2011-2012 годы .

Материал и методы исследования. Ниже приведу данные обследования 30 детей обследованных в РДЦ с диагнозом аутоиммунный тиреоидит в возрасте от 4 до 17 лет.

Результаты и обсуждение. Из числа обследованных детей у 70% было определено увеличение тиреоидного объема (ТО) от нормы на 12-140% , это указывает на гипертрофическую форму АИТ ; у 6.6% ТО в пределах нормы , соответственно аутоиммунный тиреоидит, нормотрофическая форма ; а у 23.3% определялось гиповолюмия щитовидной железы – установлен диагноз аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Характер эхоструктуры и эхогенности щитовидной железы так же были разнообразны – у 21 пациентов эхоструктура неоднородная за счет хаотично расположенных участков пониженной и повышенной эхогенности, эхоплотность снижена, среди них у 3-х детей (1.2%) были обнаружены выраженные изменения в структуре щитовидной железы гиперэхогенные включения точечного и/ или линейного характера на фоне общего снижения эхогенности, у 4-х - эхоструктура однородная (титр антител высокий), у двух девочек подростков при сканировании щитовидной железы были выявлены узлы размером 1.2*8* 9 мм и 0.8*0.9 см. Им проведена тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) щитовидной железы, дано заключение – в материале на фоне бесструктурных масс определяются лимфоидные элементы , эпителиальные клетки не обнаружены . Вероятнее всего , АИТ .

В дальнейшем для уточнения функционального состояния щитовидной железы были проведены исследования гормонального профиля методом иммунохемилюминисцентного анализа : определялся уровень ТТГ , Т3св , Т4св, Т3 общ , Т4общ , АТкТПО , АТкТГ и тиреоглобулина .

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Таблица № 2 . Показатели тиреоидных гормонов и антител к тиреоидной ткани у детей с аутоиммунным тиреоидитом

Гормоны	Высокий	Низкий	Нормальный
ТТГ	16-53.3%	2-6.6%	12-40%
Т4св	2-6.6%	3-10%	25-83%
Т3св	2-6.6%	3-10%	25-83%
АТкТПО	26-86.6%	-	4-13.3%
АТкТГ	26-86.6%	-	4-13.3%

Из таблицы № 2 видно , что в 4-х случаях при нормальном титре а/тел к ТПО и ТГ установлен диагноз аутоиммунный тиреоидит , серонегативный вариант (диагноз вероятностный) , в 2-х случаях при низком ТТГ и высоком уровне показателей Т4св , Т3св – функция щитовидной железы определена как повышенная (гипертиреоз) , в 53.3 % случаев при высоком уровне ТТГ и нормальных Т4св ,Т3св – определен субклинический гипотиреоз .

Таблица № 3. Характеристика ультразвукового сканирования щитовидной железы и титра а/тел к АТкТПО и АТкТГ у детей с аутоиммунным тиреоидитом .

Признаки АИТ	Количество
Увеличение объема щитовидной железы	21 (70 %)
Выявление АТкТПО в диагностических титрах	26(86.6%)
Выявление АТкТГ в диагностических титрах	26(86.6%)
Нормальная УС –структура щитовидной железы	4 (13.3%)
УС –структура щитовидной железы с минимальными изменениями	21(70%)
УС –структура щитовидной железы с « выраженными » изменениями	5(16.6%)

Выводы :

1. У большинства пациентов (около 90%) были выявлены нарушения в структуре щитовидной железы .
2. Высокий титр антител к тиреопероксидазе и тиреоглобулину, как показатель аутоиммунного

тиреоидита было характерно у 86.6% пациентов .

3. Нормальный уровень титр антител к тиреоидной ткани , как показатель серонегативного варианта аутоиммунного тиреоидита соответствовал литературным данным .

ЛИТЕРАТУРА

1. Левит И.Д. Аутоиммунный тиреоидит . Челябинск, 1991 год . с.255.
2. Касаткина Э.П. , Мартынова М.И. Петеркова В.А. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению аутоиммунного тиреоидита у детей . Проблемы эндокринологии . 2002 г. № 3 с. 3-6
3. В.А.Петеркова , Т.В.Семичева , Э.П.Касаткина , Л.Н.Самсонова , Д.Е.Шилин . Консенсус аутоиммунного тиреоидита .
4. Касаткина Э.П. , Шилин Д.Е. , Пыков М.И. Ультразвуковая диагностика аутоиммунного тиреоидита у детей . Ультразвуковая диагностика . 1997 г. № 4 , с. 19 .
5. Мартынова М.И., Смирнов В.В. Хронический аутоиммунный тиреоидит у детей . 2005 г. с. 10-12 .

Такенова Ш. К.

БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕГІ АУТОИММУНДЫҚ ТИРЕОИДИТТІ АНЫҚТАУ ЖОЛДАРЫ

1. Тексерілген балалардың көбінің (90 пайызға жуық) қалқанша бездерінен әртүрлі деңгейде бұзылыстар табылды.
2. Қалқанша бездің жасушасына қарсы антителдердің мөлшері өте жоғары болды.
3. Кейбір жағдайда қалқанша бездің жасушасына қарсы антителдердің мөлшері қалыпты мөлшерде болды , ол ғылыми деректермен сәйкес келеді.

Takenova Sh.K.

TO THE PROBLEM OF DIAGNOSTICS OF AUTOIMMUNE THYROIDITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

1. most patients (about 90%) of irregularities were detected in the structure of the thyroid gland.
2. High titer of antibodies to thyroglobulin by thyroperoxidase antibodies and autoimmune thyroiditis was typical for 86.6% of patients.
3. Normal titer of antibodies to thyroid tissue, as an indicator of seronegativnogo autoimmune thyroiditis variant corresponded to the literature.



УДК: 616.899-155.112

Такенова Ш. К.

СИНДРОМ СОТОСА (ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ГИГАНТИЗМ)

Республиканский диагностический центр. Эндокринологический консультативно-амбулаторный центр (КАЦ)

В педиатрической практике, наряду с задержкой роста детей, нередко встречаются состояния, при которых в клинической картине доминирует превышение длины тела. Зачастую увеличение роста носит врожденный характер. Группа патологических состояний, клинически проявляющихся высоким ростом, генетически гетерогенна и включает болезни хромосомного, моногенного и полигенного происхождения, при этом возможно сочетание выраженного ускорения роста и умственной отсталости у детей [2,3]. Знание генеза и клинической симптоматики различной патологии, характеризующейся сочетанием умственной отсталости и высокого роста, необходимо для четкой ориентации в дифференциально-диагностических аспектах отдельных нозологических форм с целью адекватного назначения комплекса терапевтических воздействий и аффективного медико-генетического консультирования семей [2].

Одним из наиболее ярких примеров сочетания высокого роста и умственной отсталости у детей, манифестирующего с рождения, является синдром Сотоса [2].

Синдром Сотоса, или синдром церебрального гигантизма впервые описан американским педитром . В мировой литературе описано около 120 случаев. Среди больных преобладают мальчики. Заболевание наследуется по аутосомно-доминантному типу . Поскольку большинство описанных случаев носит спорадический характер, ранее многие из них расценивались как пример аутосомно-рецессивного наследования синдрома Сотоса [2,3].

Заболевание манифестирует с рождения . Высокий рост , макроцефалия с частично акромегалоидными чертами , часто интеллектуальное недоразвитие. Легкая гидроцефалия и соответственно расширение

желудочков мозга (не обусловленное давлением). Иногда бывают церебральные судорожные припадки [1]. Типичное изменение лицевого скелета наряду с легкой акромегалоидной симптоматикой характеризуются антимонголоидным положением глаз, а также гипертелоризмом. В большинство случаев отчетливо ускорено созревание скелета. Окончательный рост находится на верхней границе нормы [1,3].

Отличить синдром Сотоса от раннего созревания , наблюдаемого при гидроцефалии 3 желудочка , когда имеет место только ускоренная дифференцировка скелета без преждевременного появления половых признаков , можно лишь на основании определения уровня гонадотропинов или половых стероидных гормонов в плазме . Однако часто изменения лицевого скелета настолько отчетливы , что диагноз может быть поставлен только с помощью физиогномики [1]. При лечении синдрома Сотоса рекомендуется применение сосудистых средств, ноотропов, витаминов .

Прогноз для жизни в основном благоприятный [1,2].

Ниже приводятся данные медицинского заключения девочки и мальчика с синдромом Сотоса , которые диагностированы в Республиканском диагностическом центре в 2009 и 2012 гг.

Гульсана 08.01.2008 г. рождения , обратилась с жалобами на опережение в росте , отставание в интеллектуальном развитии , судороги на фоне высокой температуры .

Считают ее больной с рождения , после родов наблюдались судороги, наблюдается у невролога . В октябре 2008 года обследована в эндокринологическом отделении ННЦМиД , где установлен диагноз ППР (от 10.10.08 ФСГ - 6.8 , эстрадиол – 20.0 , УЗИ матки 11.10.08 – размеры

матки соответствует 2.5-7 годам , без признаков вторичного полового развития) и назначен диферелин 1.8 мг, который девочка получала в течение года. Девочка от 2 беременности (1 – выкидыш) , 1 родов с мт 4060 гр , длиной 60 см , роды протекали с осложнениями , на фоне слабости родовой деятельности, закричала не сразу, До 1 года девочка отставала в психомоторном развитии , ходит с 1 года 7 мес , не говорить. Родители ниже среднего роста (160 см) , у мамы пубертат с 13 лет.

Ребенок наблюдался у невролога с диагнозом судорожный синдром , гипертензионно-гидроцефальный синдром , врожденный порок развития МВС .

При объективном осмотре девочка высокого роста , удовлетворительного питания , макроцефалия , « антимоноголоидный » разрез глаз , выступающая нижняя челюсть , по росту соответствует к 2.5- 3 годам, хронологический возраст – 1 год 10 месяцев . Обращала внимание костные изменения : большие кисти , большие стопы . Наружные половые органы сформированы по женскому типу , вторичных половых признаков нет (Ах-1 , Р-1 , Ма-1 , МЕ-о).

При обследовании выявлены следующие изменения: уровень ФСГ, ЛГ, эстрадиол , ДГЭА-С в пределах референсного интервала ; а СТГ и пролактин на верхней границе нормы , отмечалось опережение костного возраста на 3 года .

ЭЭГ от 12.11.09 Патологический вариант ЭЭГ. На фоне общемозговых изменений картина диффузной дизритмии корковых потенциалов с заинтересованностью срединных структур головного мозга. ЭЭГ отстает по возрасту.

Неврологом диагностирован установлен диагноз : Резидуально - органическое поражение ЦНС, субкомпенсированный гидроцефальный синдром. Задержка в психо – речевом развитии .

Для исключения акромегалии рекомендовалось провести оральный глюкозо-толерантный тест (1.75 гр/кг мт) , (определить уровень СТГ до и через 60 , 90 , 120 мин. после нагрузки) и для обоснования назначения диферелина тест с диферелином 0.1 мг п/к (определить уровень ЛГ до и через 60 мин. и через 4 часа после введения препарата).

Учитывая , что по данным литературы, окончательный рост не превышает верхней границы нормы , не было необходимости в

гормональной терапии , неврологом назначены сосудистые препараты.

Ерасыл 28.05.2010 года рождения обратились к эндокринологу в РДЦ с жалобами на отставание в речевом и умственном развитии, высокий рост.

Ребенок от 2 беременности, 2 родов с мт 4435 гр, длиной 58 см , роды протекали путем кесарева сечения с осложнениями. До 1 года рос и развивался с задержкой . Мама низкого роста (145 см) , отец среднего роста (170 см) . Ребенка считают больным с рождения, когда мальчик быстро стал расти , в момент осмотра ребенку один год 11 месяцев, по физическому развитию соответствует 2.5-3 летнему ребенку , костный возраст 4 года, т.е. опережает всего на 2 года , коэффициент оссификации равен 3.6 при норме 0.9 . Наблюдался у эндокринолога с диагнозом ожирение.

При осмотре обращало на себя внимание умеренная умственная отсталость, не развита речь, в контакт вступает плохо. Высокого роста, хорошего питания, телосложение не пропорциональное, отмечается макродолихоцефалия, выступают лобные бугры, грубые черты лица, антимоноголоидный разрез глаз, прогнатизм, высокое небо, кисти и стопы увеличены в размерах, варусное искривление голеней. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, testis в мошонке, хороших размеров, вторичных половых признаков нет (Ах-1 , Р-1).

Лабораторных исследования: уровень тиреоидных гормонов, гормона роста в пределах референсного интервала. Нарушений углеводного, белкового , липидного обмена не выявлено.

Неврологом установлен диагноз: Резидуально-органическое поражение ЦНС, субкомпенсированная гидроцефалия. Выраженная задержка психо-речевого развития. Назначен сосудистые препараты (кортексин, глиатинин , мексидол, актовегин по этапно).

Выводы :

1. Дети с синдромом Сотоса часто наблюдаются у невролога с диагнозом гипертензионно-гидроцефальный синдром , врожденный порок развития МВС .

2. У детей с синдромом Сотоса уровень СТГ (соматотропин) в пределах референсного интервала .

3. Опережение костного возраста от хронологического на 2-3 года .

ЛИТЕРАТУРА

1. Блунк В. Детская эндокринология . 1981 г. с. 237-238
2. Малая энциклопедия врача-эндокринолога / Под ред. А. С. Ефимова. — 1-е изд. Киев, 2007. — с. 338 , 360 с .
3. Эндокринология / Под ред. Н. Лавина. — 2-е изд. Пер. с англ. 1999. — С. 138 .

Такенова Ш. К.

СОТОС СИНДРОМЫ (ЦЕРЕБРАЛДЫҚ АЛЫПТЫҚ)

1. Мұндай туа біткен аурумен ауырған балалар көбіне жүйке аурулар дәрігерінің қарауында болады.
2. Бойының аса ұзындығына қарамастан, сүйек жетілуі 2-3 жастан аспайды.
3. Бой өсу гормоны СТГ әдеттен аса жоғары болмайды.

Takenova Sh.K.

SOTOS SYNDROME (CEREBRAL GIGANTISM)

1. Children with Sotos Syndrome often seen in neurologist diagnosed with gipertenzionno-gidrocefal'nyj syndrome, congenital malformation of MVS.
2. children with Sotos syndrome TSS level (somatotropin) within the reference range.
3. Advance bone age from chronological at 2-3 years.



УДК: 616.33-329-002-005.62-053.2

Темирханова Р.Б.

**БАЛАЛАРДАҒЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬДЫ РЕФЛЮКС АУРУЫ ЕМІНЕ
АРНАЛҒАН МААСТРИХТ – 4 ЖАҢА ҰСЫНЫСТАРЫ***«Астана медицина университеті» АҚ, №1 балалар аурулары кафедрасы*

АІЖ созымалы қабыну үрдістері және асқазан ісігі кезіндегі Н.Pylori және оған туыстас бактериялары жөніндегі халықаралық ХХІҮ кезекті отырысы Дублин қаласында (Ирландия) 2011 жылы 11-13 қыркүйек аралығында болды/1/. Баяндамалар қатары халықаралық деңгейде хеликобактериялық әлеуметтік мәселесіне – кларитромицин мен левофлоксацинге резистенттіліктің өсуі, хеликобактериялық емге арналған жаңа бағыттарға арналды/2-20/. Доктор F.Megraud – тың (INSERM U853 & Universite de Bordeaux, Bordeaux, France) «Management of Helicobacter pylori infection Maastricht -4» атты баяндамасы Маастрихтс келісіміне бағытталған болатын/1/.

Тест – ем стратегиясы

1.Тест – ем стратегиясы Н.Pylori кең тараған (>20%) популяцияларда зерттелмеген диспепсияларды қарастыру үшін қолданылады. Бұл ұсыныс жергілікті қауіп – қатер пайда ара – қатынасына негізделген, оны қобалжу белгілері бар, ісік ауруына қауіп – қатер тобында тұрған үлкен жастағы науқастарға қолданбайды.

2.Тест – ем стратегиясына қолданатын негізгі инвазивті емес тесттер – тыныстық уреаздық тест, және нәжісте моноклонды антигендерді анықтау. Кейде валидизацияланған серологиялық тесттер де қолданылуы мүмкін.

Н.Pylori және ГЭРА

1.Н.Pylori инфекциясы ГЭРА ағымына, белгілер жиілігіне және емнің жағымдылығына әсер етпейді. Н.Pylori эрадикациясы ГЭРА асқынуына әкелмейді.

2. Эпидемиологиялық зерттеулер бір жағынан Н.Pylori таралуы, ГЭРА ауырлығы және өңеш аденокарциномасы және т.б. арасында кері байланысты тудырады.

Н.Pylori, аспирин және стероидты емес қабынуға қарсы заттар

3.Н.Pylori СЕҚҚЗ және аспиридің төмен мөлшерін қолданатын асқынған және асқынбаған гастродуоденальды ойық жарасы бар науқастарда жиірек дамиды. Н.Pylori эрадикациясы СЕҚҚЗ және аспиридің төмен мөлшерін қолданатын науқастарда гастродуоденальды ойық жаралардың асқынуын төмендетеді.

4. Н.Pylori эрадикациясы СЕҚҚЗ емдеу алдында тиімді. Анамнезде ойық жара болса, эрадикациялық ем міндетті болып табылады. Тек Н.Pylori эрадикациясы ұзақ уақыт СЕҚҚЗ қолданған ойық жара жиілігін төмендетпейді, Мұндай жағдайда Н.Pylori эрадикациясымен қоса протон помпа ингибиторларымен (ППИ) емді жалғастыру керек.

5.Н.Pylori –ға тест жасау аспирин қабылдайтын анамнезінде гастродуоденальды ойық жарасы бар

наукастарға жүргізіледі. Гастропротективті ем жүргізілмесе де, эрадикациялық ем нәтижесінде ойық жарадан болатын қан кету жиілігін төмендетеді.

Эндоскопиялық стратегия

5.1) Егер стандартты кларитромицин құрамды схемалық ем жүргізілсе, алдымен алғашқы линиялы ем алдында кларитромицинге жоғары резистенттілік көрсететін аймақ немесе популяцияда антимикробты препаратқа культуральды және стандартты сезімталдылықты анықтап алу керек. Басқа себеппен жүргізілетін эндоскопия кезінде және емнің екінші линиясында ем әсері болмаса, антимикробты препаратқа культуральды және стандартты сезімталдылықты барлық аймақтарда жүргізу керек.

2) Егер стандартты сезімталдылықты анықтау мүмкін болмаса, Н.Рylogi анықтаудың молекулалық тесті және асқазан биоптатында кларитромицин және/немесе фторхинолондарға резистенттілікті анықтайды.

6.1) Егер асқазан биоптатында Н.Рylogi анықталса, антибиотикке сезімталдылықты анықтау тестіне метронидазолды қосу керек.

2) Егер сезімталдылық кларитромицинге молекулалық тестпен анықталса, қосымша метронидозолға культуральды резистенттілікті анықтау жокқа шығарылады.

Ем

1. Егер кларитромицинге резистенттілік аймақта 15-20% деңгейінде болса, ППИ және кларитромицинмен жүргізілетін үштік емнен бас тарту керек.

2. Кларитромицинге резистенттілік төмен аймақтарда эмпирикалық емнің алғашқы линиясын қолданған жөн. Оған альтернатива висмут препараттарымен жүретін төрттік ем болып табылады.

3. ППИ жоғары дозамен тағайындау (күніне екі рет) үштік емнің әсерін жоғарылатады.

4. ППИ және кларитромицинмен жүретін үштік емді 7 күннен 10-14 күнге дейін ұзарту эрадикациялық ем нәтижесін 5% -ға жоғарылатады.

5. «ППИ+кларитромицин+метронидозол»

схемасы және «ППИ+кларитромицин+амоксицилин» схемасының әсерлілігі бірдей.

6. Кейбір про- және пребиотиктер емнің жанама әсерлерін төмендетеді.

7. ППИ-кларитромицин құрамды схемалар мөлшерінен басқа наукас жағдайына байланысты өзгертілмейді.

Екінші линия емі

1) ППИ және кларитромицинмен жүргізілген әсерсіз схемадан кейін висмут препараттарымен жүретін төрттік ем немесе левофлоксацинмен жүретін үштік ем ұсынылады.

2) Левофлоксацинге резистенттіліктің жоғарылайтынын ескеру керек.

Үшінші линия емі

Екінші линия емінің әсері болмаса, ем мүмкіндігінше антибиотикке сезімталдылыққа бағытталуы керек.

Кларитромицинге жоғары резистенттілік көрсететін аймақтар, алғашқы линия емі

1. Кларитромицинге жоғары резистенттілік көрсететін аймақта висмут препараттарымен төрттік ем, эмпирикалық емнің бірінші линиясы қолданылады. Егер бұл схеманы жүргізу мүмкін болмаса, кезекті ем немесе висмут препараттарынсыз төрттік ем ұсынылады.

Кларитромицинге жоғары резистенттілік көрсететін аймақтар, екінші линия емі

1) Кларитромицинге жоғары резистенттілік көрсететін аймақта висмут препараттарымен жүретін төрттік ем әсері болмаса, левофлоксацинмен үштік ем ұсынылады.

2) Левофлоксацинге резистенттіліктің жоғарылайтынын ескеру керек.

Екінші линия емінің әсері болмаса, ем мүмкіндігінше антибиотикке сезімталдылыққа бағытталуы керек.

ГЭРА бойынша бекітімдер:

1. Н.Рylogi ГЭРА емінің әсерлілігіне, белгілер жиілігіне, ауырлығына әсер етпейді.

2. Н.Рylogi және ГЭРА және өңештің аденокарциномасы арасында таралуы жағынан эпидемиологиялық зерттеуге негативті әсер ететіні белгілі болды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. [XXIVth International Workshop on Helicobacter and related bacteria in chronic digestive inflammation and gastric cancer](#). г.Дублине (Ирландия) 11-13 сентября 2011 года.

2. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2012, — № 1. — С. 87-89.

3. Graham D.Y., Fischbach L. Helicobacter pylori treatment in the era of increasing antibiotic resistance / Gut. — 2010. — Vol. 59. — P. 1143—1153.

4. Horiki N., Omata F., Uemura M. et al. Annual change of primary resistance to clarithromycin

among Helicobacter pylori isolates from 1996 through 2008 in Japan. Helicobacter 2009; 14: 86-90. 8 Megraud F. H.pylori antibiotic resistance: prevalence, importance, and advances in testing. Gut 2004; 53: 1374-84.

5. Romano M., Iovene M.R., Russo M.I., Rocco A., Salerno R., Cozzolino D., Piloni A.P., Tufano M.A., Vaira D., Nardone G. Failure of first-line eradication treatment significantly increases prevalence of antimicrobial-resistant Helicobacter pylori clinical isolates. J Clin Pathol 2008; 61: 1112-5.

- 6 Boyanova L. Prevalence of multidrug-resistant *Helicobacter pylori* in Bulgaria. *J Med Microbiol* 2009; 58 (Pt 7): 930-5.
7. De Francesco V., Ierardi E., Hassan C., Zullo A. Furazolidone therapy for *Helicobacter pylori*: is it effective and safe? *World J Gastroenterol* 2009; 21:15.
8. Chisholm S.A., Teare E.L., Davies K., Owen R.J. Surveillance of primary antibiotic resistance of *Helicobacter pylori* at centres in England and Wales over a six-year period (2000–2005). *Euro Surveill* 2007; 12: E3-4.
9. Akifumi Tanaka, Kengo Tokunago, Hajime Sugano et al. Evaluation of Clarithromycin-Resistant Rate for *Helicobacter pylori* in Japan (1985–2007) // *American J. of Gastroenterol.* — 2008. — Vol. 103 (Suppl. SI). — S50 (126).
10. DeFrancesco V. et al. Prevalence of primary clarithromycin resistance in *Helicobacter pylori* strains over a 15 year period in Italy. *Antimicrob. Chemother.* — 2007. — Vol. 59, No. 4. — P. 783-785.
11. Кудрявцева Л.В. Биологические свойства *Helicobacter pylori* // Альманах клинической медицины. — 2006. — Т. XIV. — С. 39-46.
12. Жебрун А.Б., Сварваль А.В., Ферман Р.С. Исследование антибиотикорезистентности штаммов *Helicobacter pylori*, циркулирующих в Санкт-Петербурге в современных условиях // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.* — 2008. — Т. 10, № 2, (прил.1). — С. 18-19.
13. Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П., Барышникова Н.В. Эпидемиологическое исследование резистентности *Helicobacter pylori* к кларитромицину у жителей Санкт-Петербурга с язвенной болезнью // *Эксперимент. и клинич. Гастроэнтерология.* — 2009. — № 5. — С. 73-79.
14. Корниенко Е.А., Паролова Н.И. Антибиотикорезистентность *Helicobacter pylori* у детей и выбор терапии // *Вопросы современной педиатрии.* — 2006. — № 5. — С. 46-50.
15. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Белоусова Н.Л., Варламичева А.А. XII съезд НОГР. — 1-2 марта 2012, Москва. — Тезисы докладов. — С. 17.
16. Дехнич Н.Н., Костякова Е.А., и др. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, 2011. — № 5. — С. 27.
17. Исаева Г.Ш., Поздеев О.К., Муффер К. Чувствительность клинических изолятов *Helicobacter pylori* к антибактериальным препаратам // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.* — 2005. — Т. 7, № 2 (прил. 1). — С. 30-31.
18. Абдулхаков Р.А., Абузарова Э.Р., Абдулхаков С.Р. и соавт. *Гастроэнтерология Санкт-Петербурга.* — 2011. — № 2-3 М2).
19. Essa S., Kramer J.R., Graham D.Y., Treiber G. *Helicobacter*, 2009. Malfetheriner P. & Seigrad M. *Current Opinion in Gastroenterology*, 2010.
20. O'Connor A., Gisbert J., O'Morain C. Treatment of *Helicobacter pylori* infection // *Helicobacter.* — 2009. — Vol. 14. — P. 46-51.

Темирханова Р.Б.

РЕКОМЕНДАЦИИ МААСТРИХТ – 4 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЭРБ У ДЕТЕЙ

Очередное XXIV заседание Международной рабочей группы по *Helicobacter pylori* и родственным бактериям при хронических воспалительных процессах пищеварительного тракта и раке желудка – состоялось в г. Дублина (Ирландия) 11-13 сентября 2011 года.

Ряд докладов и выступлений были посвящены наиболее острым для международной хеликобактерной общественности проблемам – нарастающей резистентности инфекции к кларитромицину и левофлаксацину, новым подходам к диагностике и лечению хеликобактерной инфекции.

Temirchanova R.B.

RECOMENDATION MAASTRICHT – 4 FOR TREATMENT OF CHRONIC ESOPHAGITIS PROBLEM IN CHILDREN

XXIV th International Workshop on *Helicobacter* and related bacteria in chronic digestive inflammation and gastric cancer – took place in Dublin (Ireland), 11-13 september, 2011.

A number of reports and speeches were devoted to the most acute for international public issues of increasing resistance of *Helicobacter pylori* infection to clarithromycin and levofloxacin, new approaches to the diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori* infections.



**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРЕПАРАТОМ МАСТОДИНОН НЕМЕЦКОЙ
КОМПАНИИ «БИОНОРИКА»**

АО «Республиканский диагностический центр»

Дисбаланс основных гормонов яичников при дисгормональных гиперплазиях молочных желез обусловлен, как правило, нарушением гипофизарной регуляции, в первую очередь гиперсекрецией пролактина.

Повышение уровня пролактина связано со стрессовыми ситуациями, нарушением функции щитовидной железы, яичников (влияние осуществляется по принципу «обратной связи»). Указанные факторы обосновывают применение соответствующих методов лечения, при этом наиболее эффективным оказывается регуляция пролактина. Однако, грубые вмешательства в гормональную систему синтетическими ингибиторами пролактина в большинстве случаев нежелательны. Мастодинон (действующее вещество *Agnus Castus* или прутняк) обладает допаминергической активностью. Допамин подавляет секрецию пролактина, что было доказано в 1991 году Jarry с соавторами при изучении уровня пролактина у крыс во время стресса.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности применения препарата мастодинон немецкой компании «Бионорика». Мы проанализировали результаты лечения мастодиноном 98 женщин с дисгормональными гиперплазиями молочных желез в возрасте от 29 до 49 лет, регулярно наблюдавшихся у маммолога в течение двух лет. Диагноз выставлялся на основании клинического осмотра маммологом, ультразвукового исследования (УЗИ), маммографии. У всех пациенток отмечались жалобы на боли, чувство «нагрубания» молочных желез, ощущение появления уплотнений перед менструацией, выделения из сосков.

Сочетание с гинекологической патологией отмечено у 59% пациенток, экстрагенитальная патология наблюдалась у 25%.

Мастодинон назначался по 30 капель два раза в день и по 1 таблетке два раза в день до еды в течение 3-6 месяцев. Лечебный эффект оценивался после проведенного курса лечения при осмотре маммологом, УЗИ молочных желез и последующей маммографии через 12 месяцев женщинам в возрасте старше 35 лет. Положительный результат лечения мастодиноном составил 73%. Лечение проводилось до исчезновения дискомфорта и болевых ощущений в молочных железах. Выделения из сосков в ряде случаев не исчезали,

но становились более скудными, их цвет менялся от бурых, зеленоватых к молочноподобному. Максимальный эффект у женщин с длительностью жалоб год и более отмечался на пятом месяце от начала приема препарата. У 17% женщин возобновление жалоб наступило через 6-12 месяцев после приема мастодинона в основном на фоне обострения хронического аднексита, нарушения оварийного менструального цикла, нервного стресса. Этим пациенткам параллельно с лечением основного заболевания повторялся курс мастодинона с положительным эффектом.

При контрольной маммографии через 12 месяцев у половины пациенток с положительным эффектом от лечения отмечалась позитивная динамика в виде снижения плотности гиперплазированных железистых элементов, у остальных без отрицательной динамики.

Отмечали улучшение состояния молочных желез после лечения мастодиноном 10% женщин с кистозной формой мастопатии, но при УЗИ в динамике существенного влияния препарата на количество и размеры кистозных образований выявлено не было. По последним рекомендациям ряда исследователей мы начали назначение повышенных доз мастодинона при кистозной мастопатии по 40-50 капель два раза в день в течение трех месяцев.

У 23% пролеченных женщин отмечено сочетание доброкачественных гиперплазий молочных желез и гениталий, среди которых ведущее место занимали миома матки и эндометриоз. Этот контингент женщин отмечал не только улучшение состояния молочных желез, но и изменение течения менструаций. Они стали регулярными, менее обильными и безболезненными.

То есть, в ряде случаев мастодинон позволил заменить гормонотерапию. У четырех больных оперированных по поводу аденомиоза с оставлением придатков мастодинон назначался на 6 месяцев, отрицательной динамики в состоянии молочных желез отмечено не было.

Побочные эффекты при применении мастодинона в виде аллергической сыпи и диспепсических явлений составили 3%. Женщины, имевшие патологию щитовидной железы, наблюдались и

получали лечение эндокринолога. Во всех случаях мастодинон назначался в комплексе с витаминами, иммунокорректирующей и

седативной терапией.

У 27% пациенток лечение мастодином оказалось безуспешным, в дальнейшем им проводилась гормонотерапия, двум женщинам с узловой формой мастопатии выполнена секторальная резекция молочной железы.

Полученные данные указывают на достаточно высокую эффективность препарата мастодином в лечении доброкачественных заболеваний молочных желез и позволяют рекомендовать его с лечебной и профилактической целью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И., Володев А.И., Сеницын В.А. и др. Тактика ведения больных с сочетанными гиперплазиями молочных желез и женских половых органов//Гинекология.2003;Т.5.-№3.
2. Кира Е.Ф., Бескровный С.В. и др. Журнал акушерства и женских болезней.2002;2;75-84.
3. Макаренко Н.П. Русский медицинский журнал. 1999. Т.7.-№10-С.451-454.
4. Бурдина Л.М. Лечение заболеваний молочных желез и сопутствующих нарушений менструальной функции мастодином// Лечащий врач,1999, № 8, С.13-15.
5. Jarry et al.- Agnus castus als dopaminerges Wirkprinzip in Mastodinon N.//Zeitschrift fur Phytotherapie,1991,№12,p.77-82.

Д.Б. Тлеуф, Ж.Н. Ибраева

СҮТ БЕЗДЕРІНІҢ ГОРМОН БҰЗЫЛЫСЫМЕН БАЙҚАЛАТЫН АУРУЛАРЫН «БИОНОРИКА» НЕМІС КОМПАНИЯСЫНЫҢ МАСТОДИНОН ПРЕПАРАТЫМЕН ЕМДЕУДІҢ НӘТИЖЕСІ

Бұл жұмыста «Мастадион» препаратымен сүт безінің гормон бұзылысымен байқалатын гиперплазиясын емдеудің нәтижесі келтірілген. Емнің курсы 3-6 айды құрап отыр. Маммолог дәрігердің кеңесімен тағайындалған препараттардың емдік қасиеті бағаланып, сүт бездерінің диффузды аурулары кезіндегі оң нәтижесі бағаланды.

D.B. Tleuf, J.N. Ibraeva

TREATMENT RESULTS DYSHORMONAL BREAST DISEASES PREPARATION MASTODINON GERMAN COMPANIES "BIONORICA"

The paper presents the results of research on the effectiveness of the drug "Mastadion" German company "Bionorica" in treatment dishormonal hyperplasia of mammary glands. The treatment Mastodinon composes 3-6 months, with follow-up of patients with a doctor - mammologist for two years. The results were evaluated by clinical examination mammalogy, Ultrasonic study and mammography. High effectiveness in the treatment of benign Mastodinon diffuse diseases of the breast.



УДК: 616.214.8-008:616.211-002

Р.Қ. Төлебаев¹, З.Т. Жолдыбаева¹, А.Ү. Құдайбергенова¹, А.М ергентай²

РИНОЛОГИЯЛЫҚ ПАТОЛОГИЯЛАР КЕЗІНДЕГІ ИІС СЕЗУ ДИСФУНКЦИЯСЫ

¹«Астана медицина университеті» АҚ,

²Астана қаласы, «№4 қалалық емхана» МКҚК

Иіс сезу функциясы өте күрделі физиологиялық механизм, оның жүзеге асуы мұрын қуысының анатомиялық құрылымына, иіс сезу талдағышының барлық деңгейіндегі дұрыс қызметіне, үшкіл нерв, вегетативтік жүйке жүйесінің, иіс сезу орталығының функциясына байланысты [1].

Иіс сезу функциясын тексеру үшін субъективтік ольфактометрияның әртүрлі нұсқалары жасалынады, ол сапалық және сандық болып бөлінеді.

Бірінші топтағы әдіс зерттелушінің иіс сезу сезіміне және қабылданатын иістің сипатына жауап қайтаруына байланысты. Осы мақсатта әртүрлі комбинациядағы және әртүрлі рецепторлық бағыттағы иісті заттарды қолданады: ольфакторлық (валериана тұнбасы, ванилин, бал және т.б.), аралас (ольфакторлы-тригеминалды-фарингеалды-ментол, этил спирті және т.б.), ольфакторно-тригеминалды-глоссо-фаренгиалды-йодоформ, 5% сірке қышқылы және т.б., ольфакторлы-тригеминалды-глоссо-фаренгиалды-20% сірке қышқылы).

Иіс сезу функциясын зерттеудің екінші тобы сандық сипатты анықтауға бағытталған-иісті сезу табалдырығы және иісті ажырату, табалдырық үсті көрсеткіштер- арнайы құрал-ольфактометрдің көмегімен жасалынады [2, 3]. Ол үшін шприцтің көмегімен импульсті немесе үздіксіз түрде ауа беріліп тұратын құрылысы қарапайым және портативтік ольфактометрлер жасалынып шығарылған. Ольфактометрдің құрылысындағы тығын- краннің көмегімен тек қана иіс сезу табалдырығын анықтау емес сонымен қатар иіс сезу анализаторының кері бейімделу уақытын бағалауға болады. Бұл құрылғының сезімталдылығы бұрыннан қолданылып келе жатқан ольфактометрлерге қарағанда 5-6 есе жоғары.

Иіс сезу функциясының мөлшерін анықтау үшін капсуладағы иісті заттар және оларға қоса сезімдер туралы сұрақтары бар кітапшалар қолданылады. Бұл кітапшада пенсильван университетінде шығарылған иіс сезу тестілері жазылған [4]. Авторлар науқастарды осылай тестілеудің нәтижесінің туралығын және сенімділігін белгілейді. Бірақ жоғарыда айтылған әдістерді клиникада қолдану шектеулі себебі қажетті құрылғылардың болмауы мүмкін. Сол үшін «ольфактометрсіз

ольфактометрия» әдісі кең қолданыс тапқан. Ол үшін иісті заттардың концентрациясын біртіндеп жоғарылату нұсқасы қолданылады. Зерттелуші иісті заттардың иісін сезетін болса ол иіс сезу табалдырығы ретінде қаралады, ал иісті заттың концентрациясын біртіндеп жоғарылату кезінде зерттелуші оны дұрыс анықтай білсе ол идентификация табалдырығы болып табылады. Осы мақсатта концентрациясы біртіндеп жоғарылатылған бутанол және қарапайым иісті заттар қолданылады.

Иіс сезу функциясын зерттеудің нәтижелерінің дұрыс болуының жоғарылауын клиникалық тәжірибелерге объективтік ольфактометрия әдісінің енгізілуімен байланыстырады. Бұл әдіс иіс сезу тітіркендіргішінің бас миының биоэлектрлік белсенділігіне, пуппилярлық және қабақ қағу рефлекстерінің пайда болуына әсер ететіндігі көңіл аудартады. Аносмия кезінде иіс сезу эпителиінен биопсия алу және оны электронды-микроскопиялық тексеру маңыздылығы анықталады.

Иіс сезу функциясының бұзылыстары себебіне және зақымдалу деңгейіне байланысты респираторлық ол мұрын қуысындағы иіс сезу аймағындағы ауа қозғалысының бұзылуына байланысты, комбинирлі дизосмия сонымен қатар нервтік (filia olfactoriae нейроэпителилерінің зақымдалуы) және орталық (бас миындағы иіс сезу орталығындағы бұзылыстар) болып бөлінеді.

1% тұрғындарда анықталатын иіс сезу дисфункциясының себебі мұрын және мұрынның қосалқы қуыстарының аурулары және бас- миының жарақаттары болып табылады [5, 6].

Иіс сезу бұзылыстары сирек жағдайда эндокриндік аурулармен, естудің төмендеуімен, бас-ми VIII жұп нервтерінің парезімен бірге болуы мүмкін. Жарақаттан кейінгі гипоосмия және аносмия себептері иіс сезу жолдарының, иіс сезу жүйкесінің және орталығының зақымдалуы, бассүйекшілік геморрагиялар болып табылады.

Иіс сезу функциясының бұзылысының себебі ольфактория эпителиіндегі өзгерістер де болуы мүмкін. Иіс сезудің тежелуі гиповиздің ісігі кезінде иіс сезу аймағының сәулеленуі кезінде болады [6].

Иіс сезу функциясының жағдайына мұрын

қуысындағы иіс сезу аймағындағы анатомиялық өзгерістер де әсерін тигізеді. Бұл өзгерістер жиі мұрын пердесінің жағдайына байланысты және оның қисаюы кезінде иіс сезудің бұзылуы зерттелген науқастардың 83% анықталған. Иіс сезудің бұзылыстары жиі риносколиоз және сыртқы мұрынның жаракаты кезінде анықталған.

Функционалды-косметологиялық ринопластика маңызды ольфактологиялық

зерттеуі операциядан кейінгі кездегі иіс сезу бұзылыстарын анықтау болып табылады.

Қорыта келгенде, мұрын қуысындағы анатомиялық өзгерістері кезіндегі иіс сезу бұзылыстарының дамуы және мұрынның қосалқы қуыстарының аурулары кезінде жиі кездесетін иіс сезу бұзылыстарын, мұрынның жаракаттық аурулары кезінде науқастарды операция алдында ольфактометриялық тексерудің маңыздылығын көрсетеді.

ЛИТЕРАТУРА

1. Плужников М.С., Шатунов А.Г., Лавренова Г.В., Носуля Е.В. Слизистая оболочка носа. – Сп б., 1995. – С. 155.
2. Домрачев А.А., Афонькин В.Ю. Об исследовании обонятельного анализатора. // Вестник оториноларингологии. – 2002. – №2. – С.45-46.
3. Costanzo RM, Miwa T. Posttraumatic olfactory loss //Adv Otorhinolaryngol. – 2006. – Vol. 63, P. 99-107.
4. Deems D.A., Doty R.L., Settle R.C. et al. Smell and taste disorders, a study of 750 patients from the University of Pennsylvania Smell and Taste Center //Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.-1991.-Vol.117.-N5.-P.519-528.
5. Duncan H.J., Seiden A.M. long-term follow-up olfactory loss secondary to head trauma and upper respiratory tract infection // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.-1995.-Vol.121.-N10.-P.1186-3-1187.
6. Sugiyama K, Hasegawa Y, Sugiyama N, Suzuki M, Watanabe N, Murakami S. Smoking-induced olfactory dysfunction in chronic sinusitis and assessment of brief University of Pennsylvania Smell Identification Test and T&T methods //Am J Rhinol. - 2006. – Vol. Sep-Oct 20, №5. - P. 439-444.

Р.К. Тулебаев, З.Т. Жолдыбаева, А.У. Кудайбергенова, А.Мергентай

ИЗМЕНЕНИЕ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ РИНОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

В статье описываются различные методики ольфактометрии, а также основные причины нарушения обоняния. Значительная роль разнообразных изменений архитектоники носовой полости в формировании обонятельных нарушений и их высокая распространенность при различных заболеваниях носа и околоносовых пазух, определяет актуальность ольфактометрических исследований в процессе предоперационного обследования пациентов с травматической болезнью носа.

Р.К. Тулебаев, З.Т. Жолдыбаева, А.У. Кудайбергенова, А.Мергентай

CHANGE IN OLFACTORY FUNCTION IN RINOLOGICAL PATHOLOGY

This article describes various methods olfactometry, and the main causes of smell disorders. The significant role of various changes in the architectonics of the nasal cavity forming the olfactory disorders and their high prevalence in various diseases of the nose and paranasal sinuses, determine the relevance of olfactometrical studies in the preoperative evaluation of patients with traumatic disease of the nose.



УДК: 616.233-248-43-053.2

Уразова С.Н., Галимгожина Н.И., Смаилова К.И., Шакенова Г.К.

О СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

АО «Медицинский университет Астана»

Несмотря на все меры по распространению рекомендаций GINA, данные международных исследований свидетельствуют о низком уровне контроля над бронхиальной астмой (БА) во всех возрастных группах, в том числе у детей [1,2,3]. Среди многообразия причин важным элементом является наличие сопутствующей эндокринной патологии [3].

Цель работы – повышение эффективности диагностики и лечения бронхиальной астмы у детей.

Обследовано 54 ребенка, больных БА с сопутствующими заболеваниями щитовидной железы. Проведенные исследования показали, что у этих детей заболевание имеет более тяжелое течение. При эутиреозе пиковая скорость выдоха (ПСВ) снижалась незначительно (на 20 %). При гипертиреозе отмечалось более существенное снижение функции внешнего дыхания, что усугубляло течение основного заболевания. Наиболее стойкие изменения отмечались при гипотиреозе, показатели ПСВ были на 60 % ниже нормы. В этой же группе отмечались самые низкие показатели диурнальной вариабельности – до 10%. Чем тяжелее течение БА, тем больше преобладают признаки гипотиреоидного состояния. Своевременное выявление и коррекция выявленных нарушений со стороны щитовидной железы на фоне базисной терапии БА улучшает течение заболевания и

соответственно качество жизни больных.

Проведено исследование пиковой скорости выдоха (ПСВ) 102 детей школьного возраста с ожирением. Результаты сравнивались с нормативами ПСВ у здоровых детей, исследованными ранее. Показатели ПСВ у детей с ожирением оказались ниже, чем в контрольной группе, что позволяет отнести этих детей в группу риска по развитию бронхообструктивной патологии. Наличие ожирения в еще большей степени усугубляет течение БА. Таких детей выявлено и обследовано 76. Проведение коррелятивной связи между показателями ПСВ и массой тела выявило зависимость значений ПСВ от избытка массы тела – увеличение веса на 10% приводило к уменьшению показателей примерно на 5%. Обследованным детям проводилась комплексная реабилитационная программа в 2 этапа. Через 12 месяцев показатели функции внешнего дыхания улучшились у всех детей, к этому сроку у 70% отмечалась нормализация веса. При адекватном лечении ожирения, т.е. снижении массы тела, повышаются показатели внешнего дыхания, улучшается течение заболевания.

Таким образом, своевременная коррекция выявленных изменений со стороны эндокринной системы улучшает течение болезни и повышает эффективность базисной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Глобальная стратегия и профилактика бронхиальной астмы (пересмотр 2007 г.)* / под ред. Чучалина А.Г.- М., 2008.- 108 с.
2. *Global initiative for Asthma (GINA), updates* 2009
3. *Chung K.F et al. Difficult/therapy – resistant asthma //Eur. Respir. J. - 1999. -Vol. 13. - P. 1198-1207*

Уразова С.Н., Галимгожина Н.И., Смаилова К.И., Шакенова Г.К.

БАЛАЛАРДА ТЫНЫС ДЕМІКПЕСІ МЕН ЭНДОКРИН ПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ АРАЛАС АҒЫМЫ ТУРАЛЫ

Балалардағы тыныс демікпесі және қалқанша бездің бірге болатын және семірудің аурулары зерттелген. эндокрин жүйесі жағынан өзгерістерінің дер кезінде коррекциясы емдеуді тиімділікті жақсартатынын анықталған.

Urazova S., Galimgozhina N., Smailova K., Shakenova G.

ABOUT COMBINED BRONCHIAL ASTHMA AND ENDOCRINE DISEASES IN CHILDREN

The study included children with asthma and concomitant thyroid diseases and obesity. Found that the timely correction of changes in the endocrine system improves the effectiveness of treatment.

УДК: 612.13-005.13:616.24-002

*Уразова С.Н., Шериева Б.Т., Исаева А.Б., Уандикова А.Б., Кокошко А.Е.***КОРРЕКЦИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ
ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ПНЕВМОНИИ***АО «Медицинский университет Астана», г.Астана*

Неотложные состояния у детей раннего возраста, больных осложненными формами бронхопневмонии, во многом обусловлены нарушениями кровообращения [1,2], в связи с чем исследования, посвященные оптимизации и дальнейшему совершенствованию лечения таких детей сохраняют особую значимость и актуальность.

Под нашим наблюдением находились 42 ребенка в возрасте от 3 до 12 месяцев, больных острой бронхопневмонией с тяжелым течением. Наряду с рутинными исследованиями проводили расчет показателей центральной и легочной гемодинамики по общепринятой методике. Поскольку в критический период проявляются многие черты шокоподобной ситуации, активизации биологически активных веществ, а также клинические и лабораторные признаки нарушения микроциркуляции, нами изучено влияние седативных препаратов и спазмолитиков на гемодинамику в комплексе «базисных» лечебных мероприятий. Проведение стандартной терапии положительно отражается на функции кровообращения, но не обеспечивает еще должной производительности гемодинамики (значения сердечного индекса, работы сердца остаются сниженными). Предполагая о ведущей роли повышения периферического сопротивления, микроциркуляторных нарушений в сохраняющейся сниженной производительности гемодинамики, мы считали возможными проанализировать влияние препарата нейровегетативной защиты дроперидола и антиагреганта, спазмолитика – компламина. Контролем служили аналогичные больные, получавшие только «базисную» терапию.

Нами проанализировано состояние гемодинамики у 11 детей, получавших внутривенно в комплексе терапевтических средств дроперидол из расчета 0,2 мг/кг (разовая доза) 0,25% раствора 4 раза в сутки. Его применяли на фоне инфузионной терапии под контролем АД. У данных больных имел место гиподинамический режим гемодинамики на фоне нормоволемии, а по данным реопульмонографии можно было судить о прекапиллярном типе легочной гипертензии. Выявлено, что дроперидол оказывает благоприятное действие на показатели

центральной и легочной гемодинамики. В сравнении с исходным состоянием сердечный индекс увеличивался в 1,5 раза, существенно снижалось общее периферическое сопротивление ($p < 0,02$), достоверно ($p < 0,05$) повышалась скорость медленного наполнения по сравнению с исходным состоянием. Действие его на кровяное давление, видимо, обусловлено уменьшением сосудистого сопротивления, легочной гипертензии за счет ганглиоплегического и альфа-адренолитического эффекта.

Мы проанализировали также состояние центральной и легочной гемодинамики при применении на фоне «базисной» терапии компламина-препарата, обладающего спазмолитическим, ангиопротекторным действием в критический период неотложного состояния у 12 детей. У этих больных установлен гиповолемический гиподинамический режим центральной гемодинамики и посткапиллярный вариант легочной гипертензии. Препарат в дозе 10-20 мг/кг/сут. вводили в течение 4-7 дней внутривенно на фоне «базисной» терапии. Препарат оказывает заметное действие на показатели общего периферического сопротивления, проницаемости капилляров, повышает скорость наполнения сосудов легких ($p < 0,05$), удлиняет время систолического притока крови ($p < 0,05$), благодаря, вероятно, снижению сосудистого сопротивления, уменьшению микроциркуляторных нарушений, улучшению реологических свойств крови.

Итак, результаты изучения состояния гемодинамики и ее коррекции с помощью вышеперечисленных средств показали, что в основе проблемы профилактики и лечения гемодинамических нарушений при осложненных формах пневмонии у детей раннего возраста лежат циркуляторные нарушения. Исходя из этого, терапевтические подходы к оптимизации гемодинамики на ранних этапах неотложного состояния должны базироваться, в 1-ю очередь, на ликвидации интоксикации, гиперметаболизма – при гипердинамии; на ликвидации гиповолемии, улучшении микроциркуляции и снижении тонуса сосудов – при гиподинамии. Полученные результаты наглядно демонстрируют правомочность таких терапевтических подходов.

ЛИТЕРАТУРА

1.Георгиянц М.А., Корсунов В.А., Пороша Н.С. Тяжелые пневмонии у детей: проблемы диагностики и рациональной антибиотикотерапии в Украине //Медицина неотложных состояний.- 2005.-№1.- С.34-39
2.Гобец А.А. Комплексный подход к оценке острых дыхательных, гемодинамических расстройств при пневмонии у детей раннего возраста в критических состояниях//Системная интеграция в медицине.-2008.-№1.- С.23-30.

Уразова С.Н., Шериева Б.Т., Исаева А.Б., Уандикова А.Б., Кокошко А.Е.

БАЛАЛАРДАҒЫ АУЫР ФОРМАДАҒЫ ПНЕВМОНИЯ КЕЗІНДЕГІ ГЕМОДИНАМИКА БҰЗЛУЫН КОРРЕКЦИЈАЛАУ

Нейровегетативті препараттарды пневмонияның ауыр формасы кезінде қолдану оң нәтижелер береді және осы зерттеуде келтірілген - қозғалыстарды ықшамдау үшін дроперидол және кешенді терапияның құрамындағы агрегант, спазмолитик – компламин қолданылады.

Urazova S., Sherieva B., Isayeva A., Uandikova A., Kokoshko A.

CORRECTION OF HEMODYNAMIC DISTURBANCES IN COMPLICATED FORMS OF PNEUMONIA

This study shows the positive results of the drug for severe pneumonia neurovegetative protection - droperidol and antiplatelet agents, antispasmodic - complamin in the adjuvant therapy to optimize hemodynamics.



УДК: 616.26-08;:615.014.24

Шайкенова Ж.К.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИНОФЛУИМУЦИЛА В ЛЕЧЕНИИ СИНОСИТОВ

ГККП «Городская поликлиника №3» г.Астана, Казахстан.

Острые и хронические воспалительные заболевания слизистой оболочки носа и околоносовых пазух относятся к числу наиболее распространенных заболеваний верхних дыхательных путей. Частота риносинуситов среди заболеваний ЛОР-органов является довольно высокой и составляет до 30%.

Под воздействием инфекции, особенно вирусной, происходит повреждение мерцательного эпителия верхних дыхательных путей, развивается отек слизистой полости носа и околоносовых пазух с обструкцией естественных выводных соустьев. Это ведет к ухудшению мукоцилиарного клиренса, с нарушением дренажа околоносовых пазух. Застойные явления в пазухах приводят к вторичному бактериальному воспалению и хронизации процесса.

С учетом особенностей патогенеза заболеваний верхних дыхательных путей для повышения эффективности лечения, а также для профилактики развития осложнений и перехода в хроническую форму мукореактивные препараты занимают в лечении все более прочное место. С этой точки зрения препарат ринофлуимуцил, оказывающий двойное воздействие при лечении ринитов синуситов, весьма эффективен. Он обладает муколитическим и противоотечным

действием. Входящий в состав препарат ацетилцистеин оказывает разжижающее действие на слизистые и слизисто-гнойные выделения путем разрыва дисульфидных связей гликопротеидов слизи. Ацетилцистеин оказывает противовоспалительное действие и обладает свойствами антиоксиданта.

Целью исследования явилось изучение влияния ринофлуимуцила на слизистую оболочку носа и двигательную активность цилиарного аппарата при риносинуситах с трудно отделяемым слизисто-гнойным секретом.

В исследовании участвовало 44 пациента (27 женщин и 17 мужчин) в возрасте от 18 до 65 лет. Пациенты были объединены в 2 группы по 22 человека в каждой. Диагноз риносинусит ставился на основании жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов УЗИ пазух на аппарате «Синускан».

Все пациенты были с диагнозом острый риносинусит. Пациенты обеих групп получали аналогичное лечение (антибиотики, местное лечение: промывание пазух носа, пункции, деконгестанты). Только в основной группе вместо общепринятых деконгестантов (отривин, називин) использовался ринофлуимуцил по 2 дозы 3 раза в день в течении 5 дней.

Результаты исследования:

В контрольной группе пациенты отмечали значительное уменьшение вязкого слизистого отделяемого к 5-му визиту, но слизисто-гнойные массы выделялись из носа до 8-го дня. В основной группе сохранялось слизистое отделяемое к 4-му визиту, двигательная активность мерцательного эпителия активизировалась уже в первый день приема ринофлуимуцила, что способствовало

лучшему и быстрому выведению слизистого отделяемого.

Вывод: проведенное наблюдение свидетельствует о положительном эффекте препарата ринофлуимуцила. Мягкое сосудосуживающее и местное муколитическое действие снижают воспаление и усиливают дренажную функцию секреторных клеток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух. М. 2003. С. 13-27.
2. Пискунов С.З. Российская ринология. 1993, 1:19-37.
3. Рязанцев С.В., Науменко Н.Н., Захарова Г.П. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. Методические рекомендации. Санкт-Петербург. 2006. С. 23-38.

Ж.К.Шайкенова

СИНУСИТТИ ЕМДЕУДЕ РИНОФЛУИМУЦИЛ ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Инфекцияның әсерінен, әсіресе вирустардың нәтижесінде, жоғары тыныс жолдарының эпителий қабатының зақымдалуы байқалып, мұрын және ауыз қуысының ісінуіне әкелуі мүмкін. Бұл мукоцилиарлы клиренстің нашарлауына және мұрын қуысының бұзылыстарын тудырады. Мұрын қуысындағы жиынтықтар екіншілікті қабыну процесін белсендіріп, процестің созылмалы түрге ауысуына әкеледі.

Zh.K.Shaykenova

APPLICATION EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF SINUSITIS RINOFLUIMUTSILI

Given the nature of the pathogenesis of diseases of the upper respiratory tract to improve treatment and prevention of complications and a chronic form mukoreaktivnye take drugs in the treatment of more and more firmly entrenched. Sinus blockade resulting in inflammation and swelling of the mucous membrane reduces drainage capacity. From this point of view, the drug rinofluimutsil, has a double effect in the treatment of rhinitis, sinusitis, very effective. Our observations indicate a positive effect of the drug. Mild vasoconstrictor and local mucolytic action reduce inflammation and increase the drainage function of secretory cells.



УДК: 617.553-089:616-001.44

С.В. Шеремет

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРОНИКАЮЩИХ КОЛОТО-РЕЗАНЫХ РАНЕНИЙ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЗАБРЮШИННЫХ ОРГАНОВ И СТРУКТУР

Костанайская городская больница

Введение. За последние десятилетия в индустриально-развитых странах мира отмечается рост числа закрытых повреждений живота, сопровождающихся нарушением целостности внутренних органов. Эту группу в основном составляют тяжелые сочетанные травмы, получаемые в ходе транспортных катастроф (65%), падений с большой высоты (25%) и прямых ударов в живот, полученных на производстве, во время спортивных занятий и в быту (10%) [1,2,3]. В общей структуре механических повреждений мирного времени на долю ранений и травм живота приходится 5%, а в военных конфликтах — от 3 до 8%. В группе открытых повреждений живота преобладают

колото-резаные ранения (80%), наносимые ножами и острыми предметами (шило, отвертка, ножницы, острые детали автомобиля и даже карандаши) [4]. В противоположность колото-резаным ранам огнестрельные ранения характеризуются обширной зоной деструкции тканей, поскольку в момент прохождения пули или осколка на них воздействуют сила бокового удара и временная пульсирующая полость. В дальнейшем стенки раневого канала спадаются и образуется узкий ход, диаметр которого гораздо меньше истинных масштабов повреждения. Так, в группе изолированных повреждений живота летальность колеблется от 5 до 7%; при сочетанных и множественных

травмах она достигает 20—30%. Повреждения забрюшинных органов и структур, по сводным данным литературы, составляют от 1 до 11% колото-резаных ранений живота [5]. При огнестрельных ранениях в большей мере страдают паренхиматозные и в меньшей степени — полые органы. В отдельную группу следует выделить дробовые ранения живота, которые протекают относительно тяжело и характеризуются повышенной летальностью [5,7,8]. В ходе операции по поводу дробовых ранений важно не пропустить перфорации крупных сосудов и стенки полого органа; минимальные дефекты других структур сравнительно быстро заживают самостоятельно.

При форсированном сдавлении человека значительной массой большая сила воздействует прежде всего на органы, прилежащие к задней стенке живота по средней линии, т. е. напротив позвоночника. В случаях внезапного перепада больших скоростей, наблюдаемых в ходе автоаварий (столкновение автомобилей) и при падениях с большой высоты, главным образом воздействуют значительные инерционные силы, которые прежде всего нарушают целостность паренхиматозных органов. Однако не исключаются перфорация, разрыв и кровотечение полых органов, брыжейки тонкой и толстой кишки.

Непреходящая актуальность проблемы повреждений живота определяется многими аспектами; среди них к наиболее важным относятся их исключительная тяжесть и высокий процент летальных исходов. Так, в группе изолированных повреждений живота летальность колеблется от 5 до 7%; при сочетанных и множественных травмах она достигает 20—30%, в связи с чем мы приводим свой опыт лечения таких пациентов.

Материал и методы: в период с 1 января 2000 г. по 31 декабря 2011 г. на лечении в хирургическом отделении городской больницы г. Костанай находилось 44 пациента с огнестрельными ранениями, проникающими в брюшную полость и забрюшинное пространство. Возраст больных колебался от 15 лет до 81 года (в среднем 32,4 года). Мужчин было 37 (89,4%), женщин — 7 (10,6%). Среднее время от момента травмы до поступления в больницу составило 1 ч 50 мин. 22 (33,3%) пострадавших доставлены в состоянии шока. Количество входных ран у одного пострадавшего было от 1 до 21, по локализации они распределились следующим образом: передняя брюшная стенка — 62%, грудная клетка — 21%, поясничная область — 10%, боковая поверхность живота — 7%. Следует отметить, что клинические признаки проникающего ранения живота (эвентрация пряди большого сальника или петли тонкой кишки) отмечены у 19 (25,8%) пострадавших. Гематурию наблюдали у 2 (3%) пациентов.

Результаты и обсуждение: при ультразвуковом исследовании, выполненном при поступлении 32 больным, свободная жидкость в брюшной полости обнаружена у 24 при 3 ложноотрицательных и 5 ложноположительных результатах. Таким образом, чувствительность УЗИ в определении свободной жидкости в брюшной полости составила 91,9%, специфичность — 100%. Забрюшинная клетчатка и органы брюшной полости и забрюшинного пространства осмотрены у 24 из 42 пострадавших. ЗГ визуализирована только у 4 (16,7%), во всех наблюдениях это были паранефральные ЗГ. Обнаружить паравазальные ЗГ не удалось ни разу. Чувствительность УЗИ в выявлении ЗГ оказалась невысокой (14,3%), оценить специфичность метода не удалось из-за отсутствия истинно- и ложноотрицательных результатов. Травму паренхиматозных органов обнаружили в 3 наблюдениях, при этом чувствительность составила 18,8%, специфичность — 100%. Повреждение аорты или нижней полой вены не было диагностировано ни разу. Рентгенологическое исследование живота у пострадавших с колото-резаными ранениями в институте не используется в связи с малой информативностью. Мы являемся сторонниками обязательной ревизии раны и лапаротомии при ее проникновении в живот, поэтому не применяем лапароцентез и лапароскопию. Показанием к лапаротомии явилось проникающее ранение живота или торакоабдоминальное ранение. При ревизии органов брюшной полости обнаружены следующие повреждения: тонкой кишки — у 22 пострадавших, желудка — у 13, печени и ободочной кишки — по 10 наблюдений, селезенки — у 7, желчного пузыря — у 1 пациента.

Больного Ж., 21 года, доставили в операционную, минуя приемное отделение. У больного имели место 3 раны задней поверхности груди справа и 2 — слева. При УЗИ обнаружена правосторонняя паранефральная гематома и высказано подозрение на наличие раны правой почки. Выполнена лапаротомия.

Обнаружены рана VII сегмента печени длиной 3 см и глубиной 3 см, рана правого купола диафрагмы длиной 3 см и две боковые ЗГ: справа — в паранефрии и параколоне, слева — такая же в паранефрии и параколоне, доходящая до малого таза. При ревизии правой почки путем рассечения задней париетальной брюшины в области переходной складки обнаружена рана ее верхнего полюса по задней поверхности длиной 2,5 и глубиной 1,5 см. Раны печени и правой почки ушиты. Ревизию ЗГ слева выполнили путем мобилизации нисходящей ободочной кишки и левой почки, при этом левая половина ободочной кишки, хвост поджелудочной железы и селезенка были осмотрены *in situ*, повреждений не выявлено. Операция закончена дренированием брюшной

полости. Через 11 ч после операции появились признаки внутрибрюшного кровотечения, в связи с чем произведена релапаротомия. Швы печени и правой почки состоятельны. Выполнена повторная ревизия ЗГ слева с мобилизацией нисходящей ободочной кишки, левой почки, селезенки и хвоста поджелудочной железы и ротацией этих органов медиально. Обнаружена рана задней поверхности левой почки размером 3.2 см, распространяющаяся от верхнего полюса к воротам. Выполнена нефрэктомия. В связи с выраженной кровоточивостью тканей забрюшинного пространства и развившимся ДВС- синдромом релапаротомию пришлось закончить установкой тампонов в ложе почки. Послеоперационный период осложнился сепсисом с развитием левосторонней эмпиемы плевры, абсцессом единственной правой почки и полиорганной недостаточностью. Пациент умер на 24-е сутки. При ретроспективном анализе 4 случаев пропущенных ранений забрюшинных органов выявлено, что причинами диагностических ошибок явились ревизия забрюшинного пространства через

рану брюшины без мобилизации забрюшинных органов и структур (1 наблюдение) и технические погрешности при их мобилизации (3).

Таким образом, отсутствие повреждений органов и структур брюшной полости и забрюшинного пространства при наличии ран, проникающих в забрюшинное пространство, является исключением. Большой объем забрюшинной гематомы служит признаком повреждения крупного сосуда или серьезного повреждения паренхиматозного органа, однако небольшой ее объем не исключает подобного повреждения, поэтому независимо от объема гематомы ее ревизия обязательна. Рассечение задней париетальной брюшины может увеличить темп кровотечения, поэтому должно выполняться после предварительного выделения приводящего сосуда и его временного пережатия. Рассечение задней париетальной брюшины следует дополнять мобилизацией забрюшинных органов при помощи приемов Кохера, Кателя—Браша, право- или левосторонней медиальной висцеральной ротации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашков Г.А. О ранении крупных забрюшинных сосудов. *Вестн. хир* 1974; 113: 10: 133—134.
2. Бочаров Ю.В., Розов В.Г. Повреждение двенадцатиперстной кишки и лоханки правой почки при множественных ножевых ранениях живота. *Вестн. Хир.* 1982; 128: 5: 75—76.
3. Сорока И.В., Джусоев И.Г., Шанава Г.Ш. и др. Диагностика и лечение сочетанных ножевых ранений почек. Сложные и нерешенные вопросы диагностики и лечения строго аппендицита, острой кишечной непроходимости и сочетанной травмы. *Материалы научно-практической конференции хирургов Российской Федерации. Ст-Петербург 2004; 192—193.*
4. Миначенко В.К. Лечение больных с повреждениями сосудов живота и таза. *Сов мед* 1983; 2: 105—108.
5. Нихинсон Р.А., Чихачев А.М., Хоменко В.В. Диагностика и лечение повреждений двенадцатиперстной кишки. *Хирургия* 1987; 3: 10—13.
6. Точилин В.И., Константинов В.М., Бугаев Ю.И. Сквозное торако абдоминальное ранение с повреждением желудка, поджелудочной железы, нижней полой вены, правой почки. *Хирургия* 1989; 8: 129—130.
7. Уракчиев Ш.К. Хирургическая помощь при повреждениях двенадцатиперстной кишки. *Вестн хир* 1998; 157: 3: 72—75.
8. Уханов А.П. Сочетанное ранение органов брюшной полости с повреждением мочеочника. *Урология и нефрология* 1986; 3: 61—62.

С.В. Шеремет

ҚҰРСАҚ АРТЫ КЕҢІСТІГІ АҒЗАЛАРЫНЫҢ ЖӘНЕ ҚҰРЫЛЫМДАРДЫҢ ЗАҚЫМ КЕЛУІМЕН ЖҮРЕТІН ҚАРЫННЫҢ ТЕСІЛГЕН - КЕСІЛГЕН ЖАРАЛАНУЛАРЫН ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

Оқ-дәрімен атылатын қарусыз қарын, құрсақ арты кеңістігіне енетін жараланумен 44 зақымданушыларды емдеудің тәжірибесі баяндалған. Операцияға дейінгі клиникалық және ультрадыбыстық зерттеу құрсақ арты кеңістігі органдарына және құрылымдарына зақым келгенде жеткілікті дәлдікпен диагностикаға ие бола алмайтындығы анықталды. Лапаротомия кезінде 57,6% науқастардың жалпы санының құрсақ арты кеңістігінде орналасқан органдарына немесе ірі тамырларға зақым келгендігі анықталған. Бір қатар бақылауда, артқы париеталды ішперде жарасынан 2-ден 10 см дейін қашықтықта орналасқан құрсақ арты кеңістігі гематомасы (ҚКГ) 97% пациентте орын алған. Аорта, төменгі қуыс венасы және бүйрек жаракатының IV дәрежесінде ҚКГ үлкен көлемге ие болып, құрсақ қуысына ісінеді, алайда бұл белгілердің болмауы құрсақ арты

кеңістігі органдарының және құрылымдардың қауіпті зақымданғанын жоққа шығармайды. ҚКГ – ның операция кезінде артуы тамырлар жаракатына тән белгі емес, ал ҚКГ пульсациясы зерттелуші наукастар тобында бірде бір рет анықталмаған.

SV. Sheremet

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF PENETRATING STAB WOUNDS TO THE ABDOMEN INJURY RETROPERITONEAL ORGANS AND STRUCTURES

The results of treatment of 44 patients with non-gunshot abdominal injuries, involving retroperitoneal organs, are described. Preoperative clinical and ultrasound investigations are not accurate enough to diagnose retroperitoneal lesions, which were diagnosed intraoperatively in 57,6% of patients. In 97% retroperitoneal haematoma was located 2—10 sm from the posterior parietal peritoneum. In case of aorta injury, postcava or renal injury grade IV, retroperitoneal haematoma is large and bulging, though absence of these signngns does not exclude serious injuries of retroperitoneal organs and structures. Retroperitoneal cavity revision by the dissection of the wound canal can provoke further bleeding, so it should be performed only after visualization and cross-clamping the afferent vessel.



УДК: 616.24-002-036-053.9

Экажсва М.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника», г. Кокшетау

Пневмония представляет собой одно из самых распространенных заболеваний органов дыхания [1,2]. Существенным фактором риска развития пневмоний является пожилой и старческий возраст, что приобретает особое значение в связи с увеличением продолжительности жизни в развитых странах. Пневмония у данной категории больных представляет серьезную проблему из-за значительной частоты её возникновения, трудностей диагностики и лечения, высокой летальности [1, 2]. В возрастной группе старше 60 лет заболеваемость пневмонией составляет от 20 до 40 случаев на 1000 населения [1].

Пневмония у лиц старше 60 лет обычно развивается в условиях анатомически измененной легочной паренхимы, нарушений вентиляции и перфузии. Возрастные изменения многих органов и тканей определяют снижение способности организма человека препятствовать проникновению патогенных микроорганизмов и противостоять развитию инфекционного процесса. Одна из особенностей больных пожилого и старческого возраста — это наличие двух или более сопутствующих заболеваний, которые, влияя как на патогенез пневмонии, так и на фармакокинетику лекарств, отягощают течение инфекционного процесса и увеличивают вероятность осложнений [1,2].

Диагностика пневмоний в пожилом и старческом возрасте представляет определенные

трудности, которые объясняются свойственными старческому возрасту стертостью клинических признаков и полиморбидностью, когда многочисленные фоновые заболевания размывают клинические ориентиры.

В связи с вышеизложенной актуальностью проблемы, нами проведено клиническое наблюдение за 32 пациентами в возрасте старше 60 лет (мужчин – 19, женщин – 13).

Особенности клинического течения пневмонии у данной категории больных обусловлены возрастными структурно-функциональными изменениями бронхолегочной системы.

У обследованных больных классические признаки пневмонии отсутствовали: кашель невыраженный, малопродуктивный, физикальные признаки изменчивы. Объективные данные со стороны легких: притупление перкуторного звука, бронхиальное дыхание, усиление бронхофонии, не выражены, в ряде случаев не выявляются. Часто отчетливо выслушивается крепитация.

Часто у больных наблюдались нарушения со стороны центральной нервной системы (ЦНС): сонливость, заторможенность, апатия, иногда спутанность сознания. Эти изменения коррелировали со степенью гипоксии.

У 85% больных пневмония развилась на фоне хронических бронхолегочных, сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.

Наличие сопутствующей патологии влияет как на патогенез пневмонии, так и на фармакокинетику лекарств, отягощает течение инфекционного процесса и увеличивают вероятность осложнений [2].

Таким образом, в нашем клиническом наблюдении пневмония у пожилых пациентов в 42% случаев проявлялась резким снижением физической активности, декомпенсацией

сопутствующей патологии, нарушением сердечно-сосудистой системы и нервной регуляции.

Итак, ранняя диагностика способствует своевременной оптимальной терапии, что уменьшает вероятность тяжелых исходов пневмоний у лиц пожилого и старческого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Синопальников А.И. Внебольничная пневмония у взрослых // *Consilium Medicum Ukraina*. – 2008. – Т. 2, № 1. – С. 21-30
2. Яковлев С. В. Внебольничная пневмония у пожилых: особенности этиологии, клинического течения и антибактериальной терапии. -2007.- *РМЖ*.- т. 7.- № 16.- С. 763-768.

Экажева М.А.

ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДАҒЫ ПНЕВМОНИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Пневмониямен ауыру егде жастағы емделушілердің бақылауы барысында жүргізілген. Клиникалық ерекшеліктері болып аурудың ағымы және қосарланған патологияның декомпенсациялары болып табылды.

Aekazheva M.

CLINICAL FEATURES OF PNEUMONIA IN THE ELDERLY

Conducted surveillance of elderly patients with pneumonia. Clinical features were atypical course of the disease and decompensated comorbidity.



ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛ «ВАЛЕОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЕ – БОЛЕЗНЬ - ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ»

Представляемые для публикации статьи должны соответствовать тематике журнала и вносить вклад в развитие общей врачебной и педагогической практики в Казахстане.

Рукопись представляют в редакцию на электронных (диск, флешка) и бумажных носителях.

В электронном варианте статья должна быть выполнена в редакторе Microsoft Word 2003-2007, набрана шрифтом Times New Roman кегль 14, через 1,5 интервала между строками, с полями сверху и снизу 2 см, слева 4 см, справа 2 см, в системе Windows. Статья на бумажном носителе прилагается в одном экземпляре. Статьи могут представляться на казахском, английском и русском языках.

Объем обзора литературы не должен превышать 10 стр., проблемной статьи – 5- 7 стр., оригинального научного исследования - 5 стр.. Количество страниц указано с учетом списка использованной литературы и резюме на 2-х языках (например: на казахском и английском, если статья на русском языке и т. д.).

Рукопись должна иметь следующие разделы на казахском (русском) и английском языках: название прописными буквами, инициалы и фамилии авторов, какое учреждение они представляют. Далее следует основной текст рукописи. В конце статьи указывается официальный адрес (раб, дом, сот.) для контакта, с которым редакция будет решать вопросы, возникшие при работе с текстом.

Основной текст оригинальных научных исследований должен включать разделы, расположенные в следующем порядке: 1) введение или актуальность; 2) материалы и методы исследования; 3) результаты и их обсуждение; 4) выводы или заключение; 5) библиографический список.

В оригинальных научных исследованиях рекомендуется приводить таблицы, рисунки и схемы только при обоснованной необходимости. При приведении результатов исследования необходимо указывать статистическую достоверность (цифровое значение р) или доверительный интервал (95%ДИ).

Таблицы. Каждая таблица должна иметь номер, название и ссылку в тексте. Таблицы выполняют в редакторе Word с помощью команды «Таблицы».

Рисунки. Рисунки должны иметь подрисовочные подписи без сокращений и быть выполнены в дискетном и бумажном вариантах.

Схемы. Их выполняют в редакторе Word с помощью команды «Рисование» и снабжают подписью под схемой.

Количество таблиц, рисунков, схем должно быть не более 2-3.

Библиографический список. Библиографические описания источников располагают в порядке упоминания их в тексте статьи и нумеруют арабскими цифрами. Ссылки на цитируемые работы в тексте дают в виде порядковых номеров, заключенных в квадратные скобки.

Работа, написанная коллективом авторов (более 3 человек), приводится в списке по названию книги. Через косую черту после названия указываются фамилии 4 авторов, если же авторов 5 и более – фамилии 3 авторов, затем ставится «и другие». Количество источников в статье не должно превышать 20, в обзоре литературы 50 за прошедшие 5-10 лет.

Все термины, сокращение слов, названий употребляемые в статье, должны строго соответствовать действующим номенклатурам (анатомической, гистологической и др.), названия лекарственных средств - Государственной Фармакопее, единицы физических величин - системе единиц (СИ). Аббревиатуры расширяются после первого появления в тексте и остаются неизменными.

Редакция оставляет за собой право сокращения или исправления статей.

Направление в редакцию работ, ранее опубликованных или представленных в другие редакции для опубликования, не допускаются.

Оплата за статью производится из расчета 700 тенге за 1 страницу.

*Наш адрес: Республика Казахстан, 473000, г. Астана, ул. Бейбитшилик, 49.
Тел \факс (7172) 53-95-71, aigul288@rambler.ru
Абдулдаева Айгуль Абдулдаевна*

Верстальщик: *Болатбеков Ж.Т*

Отпечатано в типографии АО «Медицинский университет Астана»
Печать офсетная. Усл.печ.л. 11,2
Тираж 500 экз.