

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

ISSN 2226-3551

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

ҒЫЛЫМИ – ПРАКТИКАЛЫҚ ЖОРНАЛ

ВАЛЕОЛОГИЯ

ДЕНСАУЛЫҚ – АУРУ – САУЫҚТЫРУ

№ 3, 2012

Жорнал Қазақстан Республикасы мәдениет, ақпарат және әлеуметтік келісім Министрлігінде 10.03.2001 жылы (№ 1135 - Ж) тіркелген Білім және ғылым саласындағы бақылау комитетімен ұсынылған жорналдар 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)
Миرونюк 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
№ 3 , 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

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)

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

**ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ
БАС МАҚАЛАЛАР**

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

Абдуаева А.А.
Созылмалы опистархоз кезіндегі иммундық жүйе

11 *Абдуаева А.А.*
Состояние иммунитета при хроническом описторхозе

Әбірова Н.Б.
Постменопаузальдық кезеңде остеопорозды емдеудің қазіргі күнгі әдістері

13 *Абирова Н.Б.*
Современные способы терапии остеопороза в постменопаузальный период

*Әкімбекова Э.М., Сейтқалиев Г.М.,
Қуанышқалиева А.К., Ахаева М.А.*
Урологиялық науқастардағы ірінді-қабыну аурулар қоздырғыштарының антибиотикке сезімталдығын және түр құрамын бағалау

17 *Акимбекова Э.М., Сейтгалиев Г.М.,
Куанышкалиева А.К., Ахаева М.А.*
Оценка видового состава и антибиотикочувствительности возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний у урологических больных

Бегеева Б.А.
Жалпы криоаэротерапия - физиотерапияның жаңа бағыты

20 *Бегеева Б.А.*
Общая криоаэротерапия – новое направление в физиотерапии

Бегеева Б.А.
Қазіргі уақыттағы физиотерапияның мүмкіндіктері

23 *Бегеева Б.А.*
Современные возможности физиотерапии

Дегенбаева Н.К.
Вирусты диареяның эпидемиологиялық аспектілері

27 *Дегенбаева Н.К.*
Эпидемиологические аспекты вирусных диарей

Ибраева Р.Б.
Педиатрияда төменгі жиілікті лазерлі терапияны қолдану тәжірибесі

30 *Ибраева Р.Б.*
Применение низкоинтенсивной лазерной терапии в педиатрической практике

Каппасова Е. Ж.
Балаларда отит және тонзиллитті емдеуде антибактериялды терапияны дұрыс таңдау мәселесі

32 *Каппасова Е. Ж.*
Проблемы правильного выбора антибактериальной терапии отита и тонзиллита у детей

Лукина Е.А.
Терапиялық тәжірибеде «С» -реактивті белок деңгейін анықтау

35 *Лукина Е.А.*
Определение уровня «С» - реактивного белка в терапевтической практике

Мунько Н.В.
Қыз балаларда сарпай қабынуы дамуының қауіп-қатер факторлары

37 *Мунько Н.В.*
Факторы риска развития вульвовагинитов у девочек

Мунько Н.В.
Қыз балаларда етеккір ағымының бұзылуы және гипоталамиялық синдромның дамуы

40 *Мунько Н.В.*
Нарушения менструального цикла и гипоталамический синдром у девочек

Рахимова Б.К.
Жатыр мойнының эктопиясы – емдеудің жаңа түрлері

43 *Рахимова Б.К.*
Эктопия шейки матки – новые способы терапии

Рахимова Б.К.
Жүкті әйелдердегі қан аздық

46 *Рахимова Б.К.*
Анемия беременных

Тапенов К.Т.
Хирургиядағы асқинулардың алдын алудың қазіргі күнгі әдістері

49 *Тапенов К.Т.*
Современные методы профилактики осложнений в хирургии

Тукуева Г.К.
Қазіргі жағдайда нәрестелерді сурфактантпен емдеу

Тургумбаева Г.Г.
Паранефрит

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

Бақтыбаева М.Б., Татаева Р.Қ.
Еңбек қарбаластығы

*Бегайдаров А.Д., Атетов Е.Б.,
Кутателадзе Г.Г. және басқ.*
Студенттік жастардың денсаулығына қауіп - қатер факторларының әсерін талдау

Дегенбаева Н.К.
Инфекционист дәрігер жұмысындағы деонтология

Есеева А.А., Кутателадзе Г.Д., Калинин А.М. және басқ.
Әлеуметтік-медициналық топтардағы студенттердің денсаулығын сақтау және нығайту шаралары

Кутателадзе Г.Д., Шаканов Д.Р., Атетов Е.Б., Мораиш А.Е.
Студенттік жастардың денсаулық жағдайын талдау

Кутателадзе Г.Д., Калашикова А.Н., Аубакирова Т.С., Шаймерденова А.
Денсаулығы төмен студенттердің денешынықтырумен айналысуына ұсыныстар

Мендешова Н.Б.
Қазақстандағы контрацепцияның мәселелері

Мұқанова Г.Д.
Миокард талмасына шалдыққан емделушілерді оңалтудың жаңа әдістері

Саттықлышов Б.С., Кутателадзе Г.Д., Калинин А.М., Мораиш А.Е.
Қазақстан республикасының тұрғындары арасында салауатты өмір салтын қалыптастырудың сұрақтары

Тусупова Б.К.
Донордың психологиясы

**ТӘЖІРИБЕЛІК ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ
МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ**

*Абдрахманова Р.Х., Әмірова Г.Б.,
Әмірзақова Р.С. және басқ.*
Сактандырылған науқастардағы он екі елі ішектің ойық жарасы кезінде «Рабемак рабепразол» препаратының қолданылуы

53 *Тукуева Г.К.*
Сурфактантная терапия новорожденных в современных условиях

56 *Тургумбаева Г.Г.*
Паранефрит

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

58 *Бақтыбаева М.Б., Татаева Р.Қ.*
Напряженность труда

59 *Бегайдаров А.Д., Атетов Е.Б.,
Кутателадзе Г.Д., Калинин Э.А.*
Анализ влияния факторов риска на здоровье студенческой молодежи

62 *Дегенбаева Н.К.*
Деонтология в работе инфекциониста

64 *Есеева А.А., Кутателадзе Г.Д., Калинин А.М., Калинин Э.А.*
Сохранение и укрепление здоровья студентов специальной медицинской группы

66 *Кутателадзе Г.Д., Шаканов Д.Р., Атетов Е.Б., Мораиш А.Е.*
Анализ состояния здоровья студенческой молодежи

68 *Кутателадзе Г.Д., Калашикова А.Н., Аубакирова Т.С., Шаймерденова А.*
Рекомендации по физическому воспитанию студентам с ослабленным здоровьем

69 *Мендешова Н.Б.*
Вопросы контрацепции в Казахстане

74 *Муканова Г.Д.*
Новые методики в реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда

77 *Саттықлышов Б.С., Кутателадзе Г.Д., Калинин А.М., Мораиш А.Е.*
Вопросы формирования здорового образа жизни среди населения Республики Казахстан

78 *Тусупова Б.К.*
Психология донора

**ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

82 *Абдрахманова Р.Х., Умирова Г.Б.,
Умурзакова Р.С. и др.*
Применение рабепразола – рабемака в лечении язвенной болезни 12-перстной кишки у застрахованных пациентов

<i>Айдарханов С.А.</i> Босандырғында қолданылатын жансыздандырудың ерекшеліктері	83 <i>Айдарханов С.А.</i> Особенности родов и метода обезболивания
<i>Айтжанова Р.М.</i> Остеоартрозды емдеудің қазіргі күнгі принциптері	85 <i>Айтжанова Р.М.</i> Остеоартроз: современные принципы лечения
<i>Амангельдиев Д.М., Чернова Н.А., Хамитова И.М., және басқ.</i> Бронх жыланкөзімен қабынған өкпе қабы эмпиемасын емдеуде қақпалы бронхоблокаторларын қолдану тәжірибесі	88 <i>Амангельдиев Д.М., Чернова Н.А., Хамитова И.М., и др.</i> Опыт применения клапанных бронхоблокаторов в лечении эмпиемы плевры, осложненной бронхиальным свищем
<i>Аскарова Д.С.</i> Замануй кезеңде пародонтитті емдеудің мәселелері	89 <i>Аскарова Д.С.</i> Некоторые аспекты лечения пародонтита на современном этапе
<i>Аталықова Г.Т., Иванова Н.Д., Козинцева Ю.Г. және басқ.</i> Ауылдық жерде тұратын балалардың шумакшалы сүзу жылдамдығын анықтау	91 <i>Аталықова Г.Т., Иванова Н.Д., Козинцева Ю.Г. и др.</i> Определение скорости клубочковой фильтрации у детей, проживающих в сельской местности
<i>Аталықова Г.Т., Скворцова Н.Л., Ергалиева Н.К. және басқ.</i> Ауылдық жерде тұратын балалардың тірек-қимыл жүйесінің ауруының көрсеткіштері	92 <i>Аталықова Г.Т., Скворцова Н.Л., Ергалиева Н.К. и др.</i> Показатели заболеваемости патологией опорно- двигательного аппарата у детей, проживающих в сельской местности
<i>Ахметова Г.У., Сарсекеева Г.Р.</i> Құлақ, мұрын, тамақ аурулары дәрігері тәжірибесінде «Назонекс» пен «Эриус» препаратын қолдану	94 <i>Ахметова Г.У., Сарсекеева Г.Р.</i> Применение «Назонекса» и «Эриуса» в ЛОР практике
<i>Баешева Д.А., Кенжебаева С.К., Омарова Ә.К. және басқ.</i> Балалардағы жөтелді емдеудің жаңа мүмкіндіктері	97 <i>Баешева Д.А., Кенжебаева С.К., Омарова А.К. и др.</i> Новые возможности терапии кашля у детей
<i>Бегахметова Г.А.</i> Тыныс жолдары ауруларымен жиі ауыратын балаларды емдеудің кейбір әдістері	100 <i>Бегахметова Г.А.</i> Некоторые методы реабилитации детей, страдающих частыми заболеваниями органов дыхания
<i>Беспалько А.Б.</i> Реанимация бөлімінде шала туған балаларды күтудің тәжірибесі	101 <i>Беспалько А.Б.</i> Опыт выхаживания недоношенных детей в отделении реанимации
<i>Бисенова Н.М., Таркина Т.В., Қуанова К.К. және басқ.</i> Акне терапиясындағы макролидтерді глицирри- зирленген қышқылмен бірге қолданғандағы клиникалық-микробиологиялық тиімділігін негіздеу	103 <i>Бисенова Н.М., Таркина Т.В., Қуанова К.К. и др.</i> Клинико-микробиологическое обоснование эффективности макролидов в сочетании с глицирризированной кислотой в терапии акне
<i>Габайдулина А.Н.</i> Шала туылған балаларға мидриазды емдеу үшін «Тропикаמיד» және «Ифрин» препаратын қолдану	106 <i>Габайдулина А.Н.</i> Применение «Тропикамида» и «Ифрина» для мидриаза у недоношенных детей
<i>Габайдулина А.Н.</i> «Тобрекс» және «Флоксал» препаратын педиа- трияда офтальмология тәжірибесінде қолдану	108 <i>Габайдулина А.Н.</i> Применение «Тобрекса» и «Флоксала» в педиатрической офтальмологической практике

<i>Гатауова М.Р., Беспалько А.Б., Түкеева Г.К. және басқ.</i> Жаңа туылған нәрестелерге сурфактантты қолданудың тиімділігі	109 <i>Гатауова М.Р., Беспалько А.Б., Түкеева Г.К. и др.</i> Эффективность применения сурфактанта у новорожденных
<i>Гребнев В.М., Құсаинова С.П., Мингазова Г.В., Барлубаева К.С.</i> Синуситті емдеуде «Амписид» препаратын қолдану тәжірибесі	110 <i>Гребнев В.М., Құсаинова С.П., Мингазова Г.В., Барлубаева К.С.</i> Опыт применения препарата амписид в лечении синуситов
<i>Гурулева Л.И.</i> Балалардың жүрек ырғағы және өткізгіштігі бұзылуының салдарынан болатын аурулар	112 <i>Гурулева Л.И.</i> Нарушение сердечного ритма и проводимости в детском возрасте
<i>Елшібаева Ш.А.</i> Омыртка артериясы синдромында «Актовегин» мен «Цераксонды» кешенді емдеудің терапиялық тиімділігі	115 <i>Ельчибаева Ш.А.</i> Терапевтическая эффективность комплексного лечения «Цераксонном» и «Актовегином» синдрома позвоночной артерии
<i>Елшібаева Ш.А.</i> Созылмалы омыртка остеохондрозы белгісінде ксефокамды қолдану	118 <i>Ельчибаева Ш.А.</i> Использование «Ксефокама» при острых и хронических синдромах остеохондроза позвоночника
<i>Есқожина А. С.</i> Алкоголді және алкогольді емес стеатогепатит кезінде «Холудексан» препаратын қолдану	120 <i>Ескожина А. С.</i> Применение холудексана при неалкогольном и алкогольном стеатогепатите
<i>Жұқабаева С.С.</i> Балалардағы ми қанайналымының жедел бұзылыстарын талдау	124 <i>Жукабаева С.С.</i> Анализ острых нарушений мозгового кровообращения у детей
<i>Жүсіпов Б.З., Лақпаева Р.Ж., Ким В.Н., және басқ.</i> Жедел аденоидиттік ауруларды емдеуде «Синупрет-сиропты» қолдану тиімділігі	126 <i>Жусупов Б.З., Лақпаева Р.Ж., Ким В.Н., и др.</i> Эффективность применения препарата «Синупрета» - сиропа в лечении острых аденоидитов
<i>Ыбраева Б. М.</i> Біріншілікте глаукома емінде милдронат препаратын қолдану	128 <i>Ибраева Б. М.</i> Милдронат в лечении первичной глаукомы
<i>Ідрісова Б.А.</i> Терапевт тәжірибесінде климактериялық синдромның кездесуі	130 <i>Идрисова Б.А.</i> Климактерический синдром в терапевтической практике
<i>Ідрісова Б.А.</i> Жедел бронхитке шалдыққан науқастарды амбулаторлық тексеру тәжірибесі	132 <i>Идрисова Б.А.</i> Ведение больных с острым бронхитом в амбулаторной практике
<i>Ильсоева А.А.</i> Созылмалы эндометрит пен эндометрийдің гиперпластикалық операциялардағы үрдісі	134 <i>Ильсоева А.А.</i> Гиперпластические процессы эндометрия при сочетании с хроническим эндометритом
<i>Кәрібаева Б.Т.</i> Сүт безінің қатерлі ісіктері кезіндегі күзеттік лимфа түйіндерін макро- және микроскопиялық зерттеу тәжірибесі	136 <i>Карибаева Б.Т.</i> Опыт макро- и микроскопического исследования сторожевых лимфатических узлов при раке молочной железы
<i>Кәрімова М.Б., Досмағамбетов М.У., Досмағамбетова А.М.</i> Жиі ауыратын балалардың ішек	138 <i>Каримова М.Б., Досмағамбетов М.У. в, Досмағамбетова А.М.</i> О состоянии микрофлоры кишечника часто

микрофлорасының жағдайы туралы	141	болеющих детей Касимова А.К. Дифференцированный подход к лечению аденомиоза
Қасымова А.К. Аденомиозды емдеудегі таңдамалы ұстаным	143	Керімбаева А.А. Особенности терапии эндометриоидных кист яичников
Керімбаева А.А. Аналық бездің эндометриоидті кисталарын емдеудің ерекшеліктері	145	Ким Р.Л. Рецидив миомы матки в послеоперационном периоде после миомэктомии
Ким Р.Л. Жатыр миомасының миомэктомиядан кейін қайталануы	147	Қуандықов Н.К., Палехин Н.М., Муздыбаев Р.М., Сейілханов А.Е. Метафилактика МКБ препаратом «Канефрон –Н», у больных перенесших ДУВЛ
Қуандықов Н.К., Палехин Н.М., Муздыбаев Р.М., Сейілханов А.Е. Дистанционды сокқы-толқынды литотрипсия жасалған науқастарды «Канефрон-Н» дәрісімен метафилактика	149	Құсаинова М.С. Мегакариоцитопоз
Құсаинова М.С. Мегакариоцитопоз	152	Құсаинова М.С. Диагностика кандидоза пищевода
Құсаинова М.С. Өңеш кандидозының талдауы	155	Мәжитова Р.Т. Результаты терапии хронического заболевания почек с нарушением их функции препаратами нефропротективного действия.
Мәжитова Р.Т. Бүйректің қызметінің бұзылуымен көрінетін бүйректің созылмалы ауруларын нефропротективті әсері бар дәрілермен емдеудің нәтижесі	157	Мендешова Н.Б. Санация родовых путей накануне родоразрешения
Мендешова Н.Б. Босану қарсаңында туу жолын тазарту	159	Миронюк И.Н. “Канефрон Н” в лечении пациентов подвергнутых, излучению гольмиевого лазера при контактной литотрипсии
Миронюк И.Н. Контакттілі литотрипсияда гольмий лазерімен науқастарды емдеу кезінде “Канефрон Н”-ды пайдалану	163	Мунько Н.В. Структура гинекологической заболеваемости у девочек г. Астана
Мунько Н.В. Астана қаласындағы қыздардың гинекологиялық ауруларының құрылымы	165	Мухсенова А.К. Клинические особенности наружного генитального эндометриоза
Мухсенова А.К. Сыртқы эндометриоздың клиникалық ерекшеліктері	167	Нарузбаева О.М. Бруцеллез в Республике Казахстан: эпидемиологические, клинические аспекты, терапия
Нарузбаева О.М. Қазақстан Республикасындағы бруцеллез мәселесі: эпидемиологиясы, клиникалық жағдайы, емі	171	Носова О.Б. Опыт применения спинальной анестезии в акушерстве
Носова О.Б. Жұлындық анестезияны акушерияда қолданудың тәжірибесі	173	Носова О.Б. Анализ параметров гемодинамики при лапароскопических операциях в гинекологии
Носова О.Б. Гинекологияда лапароскопиялық операциялар кезінде гемодинамика көрсеткіштерін талдау		

Оспанов К.М.
Эпидуралдық жансыздандыруды гинекология оталарында қолдану

Оспанов К.М., Айдарханов С.А., Керімбаева А.А., Ким Р.Л., Жүсіпбекова А.А.
Гинекологиядағы лапароскопиялық операцияларды жансыздандырумен қамтамасыз етуі

Өтепов Т.Ш.
Балалардағы бас ми қан айналымының жедел бұзылуы

Путятина Л.А.
Физиотерапияда «Алфлутоп» препаратын қолдану

Садықова З.А., Ыдырысова Б.А., Капенов Б.Е., Мейрамова К.А.
«Полвертик» препаратын ми қан-тамырлары ауруындағы бас айналуында қолдану

Сәрсекеева Г.Р.
Медикаментозды ринитті емдеу

Сүлейменова Ф.М., Айдрахманова М.А., Жаналиева М.К., Хамидулин Б.С.
Астана қ. кіші мектеп жасындағы қазақ балаларының аяқтарының әр тізбектерінің ұзындық және ауқымдық көрсеткіштерінің салыстырмалы сипаттамасы

Ушатова Г.Ж.
Тамақтың жедел қабыну ауруларының заманауи жергілікті емі

Хамитова С.Н.
Қақырықты зерттеудің бактериоскопиялық әдістері

Хомякова С.А.
Вестибулярлы бас айналу

Шайкенова Ш.А.
Жаңа туған балаларға «Бэби–Плекс» дәруменін қолдану тәжірибесі

Штефанова Е.И.
1%-к «Ламизил» кремін мүйізденген теміреткіні емдеудегі клиникалық әсерін бағалау

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Байқанова Р.К., Даленов Е.Д.
Эксперимент жүзінде метаболикалық бұзылыстарды жөндеуде «Бапол» тағамдық өнімін қолданудың медициналық-биологиялық негіздемесі

175 *Оспанов К.М.*
Использование спинально эпидуральной анестезии в гинекологии

177 *Оспанов К.М., Айдарханов С.А., Керімбаева А.А., Ким Р.Л., Жусупбекова А.А.*
Анестезиологическое обеспечение лапароскопических операций в гинекологии

180 *Өтепов Т.Ш.*
Острое нарушение мозгового кровообращения детей

182 *Путятина Л.А.*
Применение препарата «Алфлутоп» в физиотерапии

184 *Садықова З.А., Идрисова Б.А., Капенов Б.Е., Мейрамова К.А.*
Полвертик в лечении головокружения при сосудистых поражениях головного мозга

186 *Сәрсекеева Г.Р.*
К лечению медикаментозного ринита

188 *Сүлейменова Ф.М., Айдрахманова М.А., Жаналиева М.К., Хамидулин Б.С.*
Сравнительная характеристика длиностных и обхватных показателей различных звеньев нижних конечностей у детей-казахов младшего школьного возраста г. Астана

192 *Ушатова Г.Ж.*
Современные подходы местной терапии острых воспалительных заболеваний горла

194 *Хамитова С.Н.*
Бактериоскопические методы в исследовании мокроты

197 *Хомякова С.А.*
Вестибулярное головокружение

200 *Шайкенова Ш.А.*
Опыт применения комплекса витаминов «Беби–Плекс» у детей раннего возраста.

202 *Штефанова Е.И.*
Оценка клинической эффективности 1% крема «ламызила» в терапии отрубевидного лишая

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

203 *Байқанова Р.К., Даленов Е.Д.*
Медико-биологическое обоснование применение пищевого продукта «Бапол» для коррекций метаболических нарушений в эксперименте

Садырбаева Г.С., Жұмаханова А.К., Байсеркина Д.С.
Қазақстанда қант диабетімен аурушандықтың географиялық таралуы

207 *Садырбаева Г.С., Жұмаханова А.К., Байсеркина Д.С.*
Географическая характеристика заболеваемости сахарным диабетом в Казахстане

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

Кустовская С.А.
Колледжде химияны оқытудың инновациялық әдістері

209 *Кустовская С.А.*
Инновационные методы преподавания химии в колледже

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Әбірова Н.Б.
Онкологиялық және эндокринді аурулардың алдын алуда скрининг жүргізудің маңызы

212 *Абировова Н.Б.*
Роль скрининга в предупреждении онкологических и эндокринных заболеваний

Аталықова Г.Т.
Жасөспірімдер медицинасы: заманауи шынайылығы

216 *Аталықова Г.Т.*
Подростковая медицина: реалии современности

Дубицкий А.А.
Дипломнан кейінгі медициналық білім беруді саралау тәсілінің теориялық - әдістемелік негіздемесі

218 *Дубицкий А.А.*
Теоретико-методологические основания дифференцированного подхода в постдипломном медицинском образовании

Дубицкий А.А.
Медициналық жедел және шұғыл жәрдем, мәселенің мәні

221 *Дубицкий А.А.*
Скорая и неотложная медицинская помощь. сущность проблемы.

Жемтисова А.С.
Ұлттық денсаулық сақтау жүйесінде медбике-менеджерлерге деген қажеттілік

223 *Жемтисова А.С.*
Потребность в медсестрах менеджерах в национальной системе здравоохранения

Жүзжанов О.Т., Құрманғалиева Л.Е.
Қазақстан мен дүние жүзіндегі бүйрек трансплантациясына қолжетімділіктің салыстырмалы анализі. Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігін емдеудің экономикалық аспектілері

225 *Жүзжанов О.Т., Курманғалиева Л.Е.*
Сравнительный анализ доступности трансплантации почек в Казахстане и в мире. Экономические аспекты лечения хронической почечной недостаточности

Қанатбаева А. С.
Әлеуметтік жаңартуда аумақтық дәрігердің орны

228 *Канатбаева А. С.*
Роль участкового врача в процессах социальной модернизации

Мұқанова Г. К.
Экспресс-диагностика клиникалық-диагностикалық зертхананың маңызды бөлімі

231 *Муканова Г. К.*
Экспресс-диагностика, как важный отдел клинико-диагностических лабораторий

Жалбиров К. И.
Медициналық көмекке сұраныс

234 *Жалбиров К.И.*
Рынок и спрос медицинских услуг

Жалбиров К. И.
Қазақстан Республикасы денсаулық сақтауды дамытудың негізгі бағыты ретінде денсаулық сапасы мен деңгейі ұлттық қауіпсіздік көрсеткіші

237 *Жалбиров К. И.*
Уровень и качество здоровья как показатель Национальной безопасности в свете требований основных направлений развития здравоохранения Республики Казахстан

Нарузбаева О.М.
Ауылдық денсаулық сақтау: қазіргі күнгі мәселелері мен болашағы

Тажина А. С.
Ақылы медициналық қызметтердің заңды аспектілері және мемлекеттік медицина ұйымдарында оның даму болашақтары

ТӘЖІРИБЕДЕ КЕЗДЕСЕТІН ОҚИҒАЛАР

Асқарова Д.С.
Пародонт тіндерінің ауруы – пародонтит

Байкенова Ж.Ш.
Артериалық гипертензияның 2 және 3 дәрежесі кезінде гипертензияға қарсы препараттарды қолданудың тиімділігі: АПФ ингибиторы мен кальций өткелдерінің блокаторлары

Гатауова М.Р., Беспалько А.Б., Агибаева К.К. және басқ.
ANDREN — BJERSING — WILLIAMS синдромы

Жұбаниязова Б. С.
Пародонт қабыну ауруының емделуі

Жұбаниязова Б. С.
Эндодонт ауруларының емдеу тәсілдері

Канажеская Ю.В.
ГЭРА-дың аскорыгудан тыс фарингит пен ларингиттік көріністері

Канажеская Ю.В.
Панкреатит емінде «Метеоспазмин» препаратын қолдану тәжірибесі

Құсаинова М.С.
Мезотелиома

Мәжитова Г. С.
Балаларда ауыз қуысы сілемейлі қабатының ауруларын емдеуде «Холисал» препаратын қолдану

Мәжитова Г. С.
Балаларда созылмалы периодонтитті емдеу

Мажитова Р.Т.
Шенляйн-Геноханың нефрит ауруын емдеудің тәжірибеде кездесуі

Нұрманова К.М.
Шала туған балалар арасындағы сырқаттанушылықты талдау

²⁴⁴*Нарузбаева О.М.*
Сельское здравоохранение: проблемы и перспективы на современном этапе

²⁴⁷*Тажина А. С.*
Законодательные аспекты платных медицинских услуг государственных медицинских организаций и перспективы их развития в сфере маркетинга

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

²⁵²*Асқарова Д.С.*
Заболевания пародонта - пародонтит

²⁵³*Байкенова Ж.Ш.*
Эффективность комбинированного применения антигипертензивных препаратов: ингибиторов АПФ и блокаторов кальциевых каналов при лечении артериальной гипертензии 2 и 3 степени

²⁵⁵*Гатауова М.Р., Беспалько А.Б., Агибаева К.К. и др.*
Синдром ANDREN — BJERSING — WILLIAMS

²⁵⁷*Жұбаниязова Б. С.*
Лечение воспалительных заболеваний пародонта

²⁵⁹*Жұбаниязова Б. С.*
Методы лечения заболеваний эндодонта

²⁶³*Канажеская Ю.В.*
Фарингит и ларингит как внепищеводные проявления ГЭРБ

²⁶⁵*Канажеская Ю.В.*
Опыт применения метеоспазмилла в лечении панкреатита

²⁶⁷*Құсаинова М.С.*
Мезотелиома

²⁶⁹*Мәжитова Г. С.*
Применение препарата «Холисал» при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей.

²⁷⁰*Мәжитова Г. С.*
Лечение хронического периодонтита у детей

²⁷²*Мажитова Р.Т.*
Случай из практики терапии нефрита Шейнляйн –Геноха

²⁷³*Нұрманова К.М.*
Анализ заболеваемости недоношенных детей

Абдуева А.А.

СОЗЫЛМАЛЫ ОПИСТАРХОЗ КЕЗІНДЕГІ ИММУНДЫҚ ЖҮЙЕ

«Назарбаев Университеті» АҚ

Бауырдың әртүрлі себептермен зақымдалуы (инфекциялық, паразиттік, тамырлық, аутоиммунды және т.б.) жасушалық және гуморальды иммундық жауап түрлерінің бірден басылып қалуымен сипатталады. Олардың негізінде иммунды реттеуші жасушалар қызметінің бұзылысымен олардан бөлініп шығатын цитокиндер әсері жатады [1,2]. Цитокиндер қайта қалпына келу, қан ұю жүйелеріне, физикалық жұмысқа қабілеттілік, жүйке жүйесі қызметіне және жүрек-қан тамыр жүйелеріне қалыпты әсер етпейді [3,4]. Опистархоз патогенезінде механикалық, токсико-аллергиялық, нейрогенді және бактериялық себептермен қатар, иммунды патологиялық әсерлесудің құрылуы да аз орын алмайды [5]. 1987 жылы Б.А. Астафьев олардың өмір сүру шартын және паразиттік заңдардың бірі болып табылатын ішек құрттардың иммундыдепрессиялық әсерін дәлелдеді. Олар антигендік тітіркендіру арқылы жасушалардың иммунды құрамының құрылу тізбегін үзіп тастайды [6]. Опистархоз, басқа да ішек құрттары секілді жалпы заңдылықтарға сүйене отырып, «басшы-паразит» жүйесі мен қан ұю жүйенің қалыпты ұстау, сақтау, қайта қалпына келтіру қызметінің өзара әсерлесуін сақ тап, науқас ағзасының иммундық жауабын туғызады [7-14].

Паразиттік басшысының ағзасында ұзақ уақыт бойы тірі жүру қабілеттілігі, ағзаның жұмсалған қорғаныс күштеріне қарсы тұру тетіктері мен паразиттік жақсы дамыған бейімдеушілік қабілеті бар екенін дәлелдейді. Опистархозды инвазия иммундық жүйенің жасушалық және гуморальді тетіктері туралы жазылған әдебиеттер мәліметтері бір-біріне қарама-қайшы [15,16,17]. Арнайы ішек құрттарды емдеу үшін, дәрілік заттарды шығаруға көп көңіл аударылып жатыр. Паразиттік аурулардың пайда болуы және ағымы, соңғы әсері ағза (басшы)-паразиттік өзара қарым қатынасымен анықталады. Яғни қоздырғыш ерекшеліктері (патогенділігі, вируленттілігі, инвазивтілігі), ағза (басшы) ерекшеліктері, бірінші орында, иммундық жүйе жағдайы, оның толық сау не толық сау еместігі, сонымен қатар, «ағза (басшы)-паразит» жүйесіне көптеген қоршаған орта факторларының әсерлеріне байланысты [18-20]. Көптеген зерттеушілердің ойы бойынша, иммунологиялық қайта құрылу, қорғаныс факторлары бола тұра, сонымен бірге аурудың негізгі патогенетикалық тетігі болып, оның ағымының ерекшеліктерін анықтайды. Берілген әдебиеттер жасушалық тетіктің арнайы супрессиялық феноменінің бар екендігін дәлелдейді [20,21,22]. Ішек құрттардың иммуносупрессорлық әсері айналымдағы Т-лимфоциттер құрамының төмендеуімен байқалады. Көптеген зерттеушілердің ойлары

бойынша, ағзада мутация нәтижесінде пайда болған және түскен жері белгісіз генетикалық бөтен антигендерге науқастардың қарсы тұру қабілеттілігінің төмендеуінің себебі Т-лимфопения болып табылады [23]. Опистархоз кезіндегі иммундық жетіспеушіліктің дамуы әртүрлі болады. Созылмалы описторхозбен ауыратын науқастарда Т – лимфоциттер құрамы әртүрлі болатындығы дәлелденді.

Имунобиологиялық көрсеткіштердің арасындағы айырмашылық, көрсетілген қалыптан жоғарылауынан не осы қалыптан төмендеуінің әсері процестің бірен-саран көрінуіне немесе қолданылған емге байланысты [24]. Берілген әдебиеттер описторхоз кезінде Т-лимфоциттер жүйесінің жағдайы төмендеуі, олардың популяциясы мен субпопуляциясының сандық өзгерістерімен көрінеді. Бұл процесс Т-супрессия қалпымен бірегей, Т-лимфоциттер жауабының арнайы антигендермен басылып қалуы, автордың ойлары бойынша [22,23], ішек құрт факторының әсерімен негізделген. Ішек құртының әсері айналымдағы Т-лимфоциттердің анық төмендеуімен көрініс табады. Көптеген зерттеушілердің ойлары бойынша, ағзада мутация нәтижесінде пайда болған және түскен жері белгісіз генетикалық бөтен антигендерге науқастардың қарсы тұру қабілеттілігінің төмендеуінің себебі Т-лимфоцитопения болып табылады. Көптеген авторлардың айтуы бойынша, осының нәтижесінде вирусты гепатитінің созылмалы ағымы, созылмалы описторхоз кезіндегі құрсақтық тиф бойынша бактериятасымалдаушылық, бауыр обыры пайда болуы. А.В. Лепехин, К.Т. Дорошенко жұмыстарында, созылмалы описторхоз кезінде науқастарда Т-лимфоциттер саны әртүрлі болады: жоғары (34,25%), қалыпты (24,25%) және төмен (24%). Т-жасушалардың төмен деңгейінде описторхоздың иммуносупрессорлық әсерін болжайды. Ерте кездегі ішек құртын жойса, Т-лимфоциттердің саны қалыпқа келеді. Алайда бұл описторхоз кезіндегі иммунды жауап құрылымының барлық ерекшелігіне түсініктеме бермейді. «Қызметтік паразиттік антиген» феномені және описторхоз антигенін генетикалық тұрақтылық қалпы жағынан, инвазия патогенезінің сұрақтарын алға қоятын жұмыстар, соңғы жылдары пайда болып жатыр [22,25,26].

Инвазияның ұзақтылығына байланысты иммунды жүйенің әртүрлі бұзылыстары көрініс табады. Опистархозбен ұзақ ауырған кезде 1 жылға дейін науқастарда Т-жасушаның тетіктің индукция орны супрессорлық күшеюіне және желперлік құрамының әлсізденуіне, В-лимфоцит төмендеуі және сарысу иммуноглобулиндерінің жалпы

санының жоғарылауы негізінде ІG есебінен. Инвазия ұзақ болған науқастарда 1 жылдан 5жыл аралығында тепе-теңдік бұзылыстары тереңдей түседі. Т-лимфоциттер төмендейді,әсіресе жоғары қызметтік белсенділікті,Т-хелперлердің азаюы және иммунды реттеуші индекстіңтөмендеуі,В-лимфоциттерді абсолютті санының төмендеуі, ІG концентрациясыныңбіршамажоғарылауы. Аурудың ұзақтылығы 5-10жыл болса,Th және Ts санының өсуіне байланысты иммундыреттеуші индекс қалыпқа келіп, осының есебінен Т-лимфоциттер қалыптыдан айырмашылығы болмайды. В-лимфоциттер саны өсіп,иммуноглобулинемия анық байқалады. Иммунды жауап бұзылыстарының осылайша тегістелуі, авторларлардың ойларына, өзіндік «Сапалы жаңа деңгейдегі қалып» болып табылады. Э.А.Кашуба және авторлардың ойларына описторхозбен ауыратын науқастардың иммунды жүйесінің гуморальды жетігін зерттеу,әлсіз байқалатын иммуногенділікпен сипатталатын,антигенмен өзара әсерінің бейнесі ретіндегі созылмалы описторхоз кезіндегі иммунды жауаптың белсенденуінің көрінісін пайда етеді.

Берілген инвазия кезіндегі гуморальді құрамдар көбінесе оның арнайы маркері болады,бірақ паразит және ағзаның өзара адаптация оның ұзақ уақытқа және описторхоздың жоюылуына алып келетін қорғаныс факторлар рөлін атқара алмайды.

Ұзақ уақыт бойы этиологиялық факторлардың персистенциясы кезінде де,иммунды жауаптың арнайы қорғанысын,бірінші фазадағы цитокиндердің жоғары индукциясы арқылы иммунды жауаптың бірінші сатысын белсендіріп, дамытуға болады [8]. Клиникалық көріністерінің және ағзаның зақымдалу құрылысының тегігінің арнайы еместілігі, инвазивті ағзаның антигенді тітіркендіргіштерінің стереотипті әсерленуіне байланысты. Бұлар аурулардың негізгі синдромдарының пайда болу уақытын және ұзақтылығын анықтайтын уақытша иммунологиялық процесстің заңдылықтарына бағынады.Ішек құрттары инвазивті процесстің бірегей сызбанұсқасы бойынша дамиды [6,13]. Паразиттің инвазивті негізінде ағзаның қорғанысы ретінде макрофагтар маңызды. Бір жағдайда олар белсеніп,ағзаның инвазияға күресін шақырады,ал кейбір жағдайда тежеліп,аурудың одан әрі дамуына, ал кейде болжамы қиындайды. Макрофагтардың белсенділігі осы жасушалардың соматикалық бұзылыстары есебінен,сондай-ақ ағзада макрофагтарды белсендіретін және тежейтін факторлардың жиналуына байланысты.

Осылайша, әдебиеттердің мәліметтерін қорытындылай келе, описторхоз кезіндегі иммунды тепе-теңдіктің бұзылуы өзекті мәселелердің бірі ретінде қалып отыр.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. *И.Н. Алексеева., Т.М. Брызгина С.И. Павлович и др Печень и иммунологическая резистентность., Киев 1991.С.312.*
2. *Утешев Б.С., Прокопенко Л.Г., Конопля Е.Н. Лидокаин как иммуномодулятор при токсическом поражении печени. //Экспериментальная и клиническая фармакология. 1997.-Том60.-№2.-С.45-48.*
3. *А.Г.Бабаева, Е.А.Зотиков, Иммунология процессов адаптивного роста пролиферации и их нарушений. .Медгиз.- 1987.-С.234.*
4. *Б.И.Кузьмин, Н.В.Васильев, Н.Н. Цыбиков. Иммуногенез, гомеостаз и неспецифическая резистентность организма. Москва, 1989.*
5. *Дроздов В.Н., Зубов Н.А.,Варман Е.Г. Описторхоз у детей .-М.: Медицина.-1969.-С.135.*
6. *Астафьев Б.А. Очерки по общей патологии гельминтозов человека. //Под ред. члена-корр. АМН СССР проф. в.п. Подъяпольской.- М.: Медицина .-1975.С.288.*
7. *Белозёров Е. С., Филипов Е.Г.,Садыков К.Б. и др. Показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных хроническим описторхозом. //Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии.-1978.-№2.-С.78-80.*
8. *Кашуба Э.А., Дроздова Т.Г. Роль описторхозной инвазии в формировании иммунодефицитных состояний у детей. Бюлл. Сиб,отд-ния АМН СССР.-1988.-№4.-С.81-85.*
9. *Бабаева А.Г, Е.А.Зотиков, Иммунология процессов адаптивного роста пролиферации и их нарушений. .Медгиз.- 1987.-С.234.*
10. *Кузьмин Б.И., Н.В.Васильев, Н.Н. Цыбиков. Иммуногенез, гомеостаз и неспецифическая резистентность организма. Москва, 1989.*
11. *Гуновкер А.Г. Закономерности интеграции и дезинтеграции окончательного хозяина и паразита при описторхозе. //Описторхоз. Современное состояние проблемы, перспективы развития:Сб. тез. Юбил. конф.-Тюмень, 1991.-С.44-47.*
12. *Леутская З.Г. Некоторые аспекты иммунитета при гельминтозах.-М.:Наука, 1990,-С.208.*
13. *Озерецковская Н.Н. Иммунологические факторы в восприимчивости к паразитарным болезням, их патогенезе и клинике. //Мед. паразитология и паразитарные болезни.-1981-№6-С.-312-18.*
14. *Шаин А.А., Рыбка А.Г., Степанова Т.Ф. и др 1999Іг. Состояние иммунитета у больных хроническим описторхозом. // Описторхоз. Современное состояние проблемы, перспективы развития: Сб. тез. Юбил. конф.- Тюмень, 1991.-С.254-256 .*
15. *Кашуба Э.А., Дроздова Т.Г. Роль описторхозной инвазии в формировании иммунодефицитных состояний у детей. //Бюлл. Сиб. Отд-ния АМН СССР .-1988.-№4.-С. 81-85.*
16. *Кашуба Э.А., Крылов В.И., Мананников В.П. и р. Состояние иммунной системы у детей*

- при описторхозе до и после лечения. // *Мед. паразитология и паразитарные болезни.*-1985-№2-С.12-16.
17. Jeska E.L., Cell mediated immunity // *Rev. Adv. Parasitol. Proc. 4 Int. Congr. Parasitol. ICOPA 4, Warszawa, 19-26 Aug., 1978.- Warszawa.*1981.- P.645-660.
18. Белозёров Е. С., Филипов Е.Г., Садыков К.Б. и др. Показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных хроническим описторхозом. // *Журнал микробиологии, эпидеиологии и иммунобиологии.*-1978.-№2.-С.78-80.
19. Астафьев Б.А. Иммунопатологические проявления и осложнения гельминтозов.-1987.-С.124.
20. Безнос Т.В. Иммунобиологическая перестройка организма дефинитивного хозяина при описторхозе до и после воздействия трематодозных препаратов. Автореф. Дис.... Канд. Мед. наук. –Минск.-1980.-С.25.
21. Бужак Н.С., Лепехин А.В., Показатели иммунного статуса больных хроническим описторхозом в зависимости от различных факторов // *1-ый Всесоюзный иммунологический съезд.-Москва, 1989.-Т. 11.-С.177.*
22. Лепехин А.В., Бужак Н. С., Ратнер Г.М., Иммунологические показатели у больных хроническим описторхозом. // *Вирусные и бактериальные препараты.-Томск, 1983.-№32.-С. 170-181.*
23. Беклемишев Н.Д. Иммунопатология и иммунорегуляция при инфекциях, инвазиях и аллергиях.-М.: Медицина.-1986.-С.256
24. Белозёров Е.С., Шувалова Е.П. Описторхоз.-Л.: Медицина, 1981.-М.128.
25. Бронштейн А.М., Озерецковская Н.Н. Решетняк Т.В. и др. Неспецифические факторы защиты и иммунологическая реактивность при описторхозе и их роль в эффективности лечения. // *Вопросы патогенеза, клиники и диагностики описторхоза: Сб. научных работ.- Л., 1982.-С.30-34.*
26. Лейкина Е.С. Современное состояние проблемы иммунологии описторхоза и перспективы её дальнейшего развития. // *Современное состояние проблемы описторхоза.: Сб. научн. Работ., 1981.-С.53*



Абирова Н.Б.

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Акмолинская область Бурабайский район, Врачебная амбулатория «Акылбай»

Актуальность. Остеопороз (ОП) занимает одно из ведущих мест среди хронических неинфекционных заболеваний, приводя к высокой инвалидности и смертности во второй половине жизни. Наличие ОП и его осложнений может существенно ухудшать качество жизни из-за болей, снижения функциональной активности и возможности перемещения, а также самообслуживания, что крайне осложняет жизнь не только самих больных, но и членов их семей, и, в конечном счете, общества в целом.[1]

Выделяют два основных типа ОП – первичный (постменопаузальный и сенильный) и вторичный, обусловленный каким-то заболеванием, например ревматоидным артритом, или возникший в результате приема лекарственного препарата (ятрогенный). Первичный ОП встречается примерно в 4 раза чаще, чем все формы вторичного ОП [2]. В данном обзоре рассматриваются современные медицинские препараты, рекомендуемые для лечения и профилактики остеопороза в постменопаузальном периоде.[3]

Снижение массы кости наблюдается тогда, когда резорбция превосходит процессы образования

кости и развивается дисбаланс так называемых процессов ремоделирования костной ткани, что наблюдается в постменструальный период. Физиологический процесс потери костной ткани, составляющий от 0,5% до 1% ежегодно, начинает играть важную роль в возрасте около 50 лет. Среднее уменьшение массы кости примерно на 3–5% ежегодно может длиться около 10–20 лет у женщин в постменопаузальном периоде [4].

Остеопорозу более подвержены изящные, небольшого роста женщины с хрупким телосложением и светлой кожей, особенно из числа жительниц стран Северной Европы и Азии. Нередко имеет значение позднее менархе (старше 16 лет), периоды аменореи и/или олигоменореи, ановуляционные циклы, отсутствие родов в анамнезе или их частота составляет более 5, длительная лактация (свыше 6 месяцев), преждевременная менопауза (особенно, хирургические кастрации), указания на переломы у матери и/или родственников по прямой линии, плохое питание в детстве.[5] К числу дополнительных факторов риска относятся длительное применение стероидных гормонов (в

том числе большими дозами мазей), тиреотоксикоз и гиперпаратиреозидизм. Важное значение имеет стиль жизни и особенности питания, непереносимость молочных продуктов, избыточное потребление мяса, курение, злоупотребление алкоголем и кофеином и др.

Лечение. В связи с тем, что патогенез постменопаузального остеопороза довольно сложен и неоднозначен, лечение данного контингента больных ставит задачей блокаду процессов резорбции костной ткани и одновременно активацию процессов формирования кости. Это достигается антирезорбтивной терапией с использованием гормонов (эстрогены и прогестагены). Механизм действия этих препаратов состоит в увеличении ремоделирования кости до нормальных величин, в частности, за счет снижения активности остеокластов, увеличении образования кальцитонина, модуляции активности ПТГ, усилении всасывания кальция в кишечнике. Основной метод лечения – патогенетический, направленный на нормализацию процессов костного ремоделирования. Кроме того, необходимо симптоматическое лечение – применение диеты, сбалансированной по солям кальция, фосфора, белкам, прием препаратов кальция; дозированные физические нагрузки, лечебная физкультура; при выраженном остеопорозе – ортопедическое лечение, обезболивающие средства и мышечные релаксанты.

За последние два десятилетия спектр медикаментов для **лечения остеопороза** значительно расширился за счет появления новых высокоэффективных препаратов, таких как **бисфосфонаты**, селективные модуляторы эстрогеновых **гормонов**, стронция ранелат и паратиреоидный **гормон**. Данные препараты значительно расширили представление о связи риска переломов исключительно с минеральной плотностью кости. Их применение снижает относительный риск переломов от 30 до 60% в зависимости от типа и стадии **osteoporosis** и конкретного препарата.

Рациональность лечения «саркопении» в пожилом возрасте **аналогами** гормона витамина D недавно была исследована в рандомизированных контролируемых испытаниях. Одно из таких испытаний, финансируемое Национальным институтом здоровья США, изучавшее постклимактерических женщин в возрасте от 65 до 77 лет с остеопорозом и нормальными уровнями 25(OH)D в сыворотке крови, показало, что трехгодичное лечение кальцитриолом (0,25 мкг дважды в сутки) привело к снижению количества падений на 38% [6].

Последний сравнительный мета-анализ подтвердил, что альфакальцидол или кальцитриол показали лучшую эффективность в предотвращении потери костной ткани позвоночника, а также вертебральных и невертебральных переломов по сравнению с простым витамином D при

постклимактерическом остеопорозе [8,9-11].

В перспективном рандомизированном контролируемом исследовании 120 женщин, страдающих остеопорозом, в течение 24 месяцев получали лечение препаратами кальция (500 мг/сут.), алендроната (10 мг/сут.), кальцитриола (0,5 мкг/сут.) или комбинированным лечением алендронатом (10 мг/сут.) + кальцитриол (0,5 мкг/сут.) [12]. Минеральная плотность костей была значительно выше у группы пациентов, получавших комбинированную терапию, по сравнению с группами, получавшими лечение препаратами алендроната, кальцитриола или кальция. Увеличение минеральной плотности костей при комбинированном лечении, варьирующей от 2 до 5% ежегодно в зависимости от участка тела, где проводилось измерение, было стабильным в течение всего периода проведения испытания и не показало тенденции к уменьшению со временем. Показатели отклика в 80, 50 и 20% наблюдались в группе, получавшей комбинированное лечение, группе, получавшей лечение алендронатом, и группе, получавшей лечение кальцитриолом, соответственно. Эффективность комбинированного лечения алендронатом и альфакальцидолом также была оценена при проведении открытого рандомизированного исследования с участием 226 женщин в постклимактерическом периоде с остеопорозом [13]. Пациенты были разделены на две группы: группа А – 114 пациентов, которые получали 10 мг алендроната плюс 500 мг кальция ежедневно, и группа Б – 114 пациентов, которые получали 10 мг алендроната плюс 0,5 мкг/сут. альфакальцидола в течение 12 месяцев. После одного года было проведено сравнение с базовыми показателями, которое показало, что минеральная плотность костей в группе А увеличилась на 3,5% в LS и 2,5% в FN. Минеральная плотность костей в группе Б увеличилась на 4,3% в LS и 3,3% в FN.

Было проведено проспективное рандомизированное слепое исследование с участием 197 пациентов, страдающих постклимактерическим остеопорозом [14]. Пациенты получали орально ежедневную дозу 0,5 мкг альфакальцидола плюс 10 мг алендроната (группа А), 0,5 мкг альфакальцидола (группа В), 10 мг алендроната (группа С) и 500 мг кальция (в контрольной группе D) 1 раз в сутки в течение 24 месяцев. Кроме того, все пациенты групп А, В и С получали 500 мг кальция. Минеральная плотность костей измерялась при помощи двухфотонной рентгеновской абсорбциометрии исходно, через 12 месяцев и 24 месяца. Процент изменений минеральной плотности костей на уровне поясничного отдела и шейки бедренной кости составил 6,4 и 5,0 в группе А, 1,7 и 1,2 в группе В, 4,8 и 3,6 в группе С, – 1,4 и – 6,0 в группе D. Разница в изменениях минеральной плотности костей, наблюдаемая при комбинированной терапии в группе (А) по сравнению с альфакальцидолом (группа В), алендронатом (группа С) и

контрольной группой D, была значительной ($p < 0,05$). Не было зарегистрировано ни одного случая гиперкальцинурии или гиперкальциемии. Исследование, в котором применялись алендронат и кальцитриол, показало, что прием в течение 9 месяцев алендроната (5 мг ежедневно) и низкой дозы кальцитриола (0,125 мкг ежедневно) был эквивалентен приему алендроната (5 мг ежедневно) + кальций (500 мг/сут.) в соответствии с минеральной плотностью костей и маркерами костного метаболизма [15].

Кальцитонин – естественный гормон, секретируемый парафолликулярными С-клетками щитовидной железы и регулирующий метаболизм кальция в организме человека и животных. В настоящее время убедительно доказано, что синтетические кальцитонины рыб обладают более выраженным биологическим эффектом, чем кальцитонины млекопитающих, а синтетический кальцитонин лосося – Миакальцик – в 20–40 раз активнее кальцитонина человека [16]. Многосторонний механизм действия делает Миакальцик препаратом выбора при лечении всех видов остеопороза, сопровождающихся болевым синдромом, и позволяет не только улучшать качество жизни таких пациентов, но и раньше активизировать их и начать реабилитационные мероприятия. Надо отметить, что по силе анальгетического действия Миакальцик превосходит все известные лекарственные препараты, которые используются для лечения остеопороза. Анальгетические свойства препарата являются дополнительным доводом в пользу его применения при переломах у женщин с остеопорозом, так как уменьшение боли облегчает мобилизацию больных и может препятствовать инвалидизации и ухудшению качества жизни. [17,18,19]

Наиболее наглядно эффективность,

переносимость и безопасность Миакальцика была продемонстрирована в 5–летнем многоцентровом (47 центров в США и Великобритании) двойном слепом плацебо–контролируемом рандомизированном исследовании PROOF (Prevent Recurrence Of Osteoporotic Fractures), целью которого было определение эффективности Миакальцика® назального аэрозоля в предотвращении развития переломов при остеопорозе (в соответствии с современными критериями лечения остеопороза) [20]. В исследование вошли 1255 женщин в постменопаузальном периоде (средний возраст 68 лет) с установленным остеопорозом и наличием по крайней мере 1 перелома позвоночника. В лечении пациентов был использован Миакальцик® назальный аэрозоль (100, 200 или 400 МЕ ежедневно) или плацебо в комбинации с кальцием 1000 мг и витамином D 400 МЕ ежедневно.

В результате исследования было показано, что Миакальцик снижает риск переломов позвоночника при остеопорозе на 36%, риск множественных переломов позвоночника – на 45% по сравнению с группой плацебо. Миакальцик предотвращает потерю костной массы и увеличивает минеральную плотность кости (МПК), наиболее отчетливо в течение первого года лечения. Показатели МПК при лечении Миакальциком на протяжении всех лет исследования превышали показатели МПК в группе плацебо. [20]

Важно помнить, что любая терапия ОП должна проводиться длительный период времени, практически постоянно, поскольку при ее отмене или длительном перерыве снижается эффективность проведенного лечения. Основным критерием эффективности лечения является снижение (предупреждение) частоты переломов при 3-5 летнем (!) лечении. (Табл 1.)

Табл 1. Рекомендации рабочей группы ВОЗ по профилактике и лечению ОП

МПКТ(Т-критерий)	Диагноз	Риск переломов	Рекомендации
+2 до -1 SD	Норма	Низкий	Диета, упражнения
-1 до -2,5 SD	Остеопения	Умеренный	Препараты Са, витамина D
<-2,5 SD	Остеопороз	Высокий	Препараты патогенетического лечения
<-2,5 SD+ переломы в анамнезе	Тяжелый остеопороз	Очень высокий	Препараты патогенетического лечения максимально интенсивно

Определить динамику снижения или увеличения МПКТ возможно не ранее, чем через год от начала терапии.

Основой профилактики ОП является правильное питание с достаточным поступлением кальция и белка: 1000 мг/сут и 0,5 мг/кг в сутки соответственно, физическая активность, снижение употребления кофе и чая, отказ от курения. Полный комплекс питательных элементов для костной ткани можно рекомендовать в виде концентрата микрокристаллов гидроксиапатита (МСНС) – это экстракт цельной

костной ткани, состоящий из полного спектра минералов и органических факторов в тех же физиологических пропорциях, которые присущи здоровой костной ткани. Это отличный источник биодоступного кальция и других нутриентов, необходимых для формирования костей. Он содержит фосфор, магний, фтор, цинк, кремний, марганец и другие микроэлементы [21]. И в заключении, для большого очень важно вести активный образ жизни, т.к. гиподинамия усугубляет патологический процесс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И. Эпидемиология остеопороза и переломов. Руководство по остеопорозу (под ред. Л.И.Беневоленской), Москва, БИНОМ, 2003; 10–53.
2. Kaldrimidis P., Trovas G., Gorou L., Skarantavos G. Остеопороз. Современные представления. 2004
3. Лесняк О. М. Остеопороз позвоночника. *Consilium medicum*, том 06, 8, 2004.
4. McCabe L.D., Martin B.R., McCabe G.P. et al. Dairy intakes affect bone density in the elderly. *Am. J. Clin. Nutr.* 2004; 80(4): 1066–1074.
5. Дамбахер М.А., Шахт Е. Остеопороз и активные метаболиты витамина D // Switzerland. –1996. – 140 с.
6. Gallagher JC. The effects of calcitriol on falls and fractures and physical performance tests. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2004; 89–90:497–501.
7. Richy F, Schacht E, Bruyere O, Ethgen O, Gourlay M, Reginster JY. Vitamin D analogs versus native Vitamin D in preventing bone loss and osteoporosis-related fractures: A comparative meta-analysis. *Calcif Tissue Int* 2005; 76:176486
8. Grant A.M., Avenell A., Campbell M.K. et al. Oral vitamin D3 and calcium for secondary prevention of low-trauma fractures in elderly people (Randomised Evaluation of Calcium or vitamin D, RECORD): a randomized placebo-controlled trial. // *Lancet* 2005; 365:1621–1628.
9. Boonen S, Lips P, Bouillon R, et al. Need for additional calcium to reduce the risk of hip fracture with Vitamin D supplementation: evidence from a comparative meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Endocrinol Metab*, 2007; 92:1415–1423.
10. Gillespie et al. Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures, associated with involutional and postmenopausal osteoporosis. Gillespie et al., *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004.
11. Richy F, Dukas L., Schacht E. Differential effects of D-hormone analogs and native vitamin D on the risk of falls: a comparative meta-analysis // *Calcif Tissue Int.* 2008 82(2):102–107.
12. Frediani B, Allegri A, Bisogno S, Marcolongo R. Effects of combined treatment with calcitriol plus alendronate on bone mass and bone turnover in postmenopausal osteoporosis. Two years of continuous treatment. *Clin Drug Invest* 1998; 15:235–244.
13. Kataxaki E, Koulouris G, Marketos G, Fragakis N, Georgiadis AE. Combined treatment of alendronate plus aiphacalcidol (One-Alpha* LEO Pharma) on bone mass in postmenopausal osteoporosis. *Calcif Tissue Int* 2004; 74:S87–S88.
14. Ones K, Schacht E, Dukes L, Caglar N. Effects of combined treatment with alendronate and alfacalcidol on bone mineral density and bone turnover in postmenopausal osteoporosis: a two-years randomized, multiarm, controlled trial– *The Internet Journal of Epidemiology* 2007; Volume 4 Number 1.
15. Malavolta N, Zanardi M, Veronesi M, Ripamonti C, Gnudi S. Calcitriol and alendronate combination treatment in menopausal women with low bone mass. *Int J Tissue React* 1999; 21:51–59.
16. Беневоленская Л.И. Миакальцик (кальцитонин лосося) для интраназального введения в лечении и профилактике остеопороза // *Росс. Ревматология*. – №2 – 1999. – стр. 9–17.
17. Silverman S., Azria M. The analgesic role of calcitonin following osteoporotic fracture. *Osteoporosis Int.*, 2002, 13, 858–867.
18. Reid, IR, Mason, B, Horne, A, et al. Effects of calcium supplementation on serum lipid concentrations in normal older women: a randomized controlled trial. *Am J Med* 2002; 112:343.
19. Eastell, R. Treatment of postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med* 2008; 338:736.
20. Chesnut C., Silverman S., Andriano K. et al. A randomized trial of nasal spray salmon calcitonin in postmenopausal women with established osteoporosis: the prevent recurrence of osteoporotic fractures study. PROOF study group. *Am. J. Med.*, 2000, 109, 267–276.
21. Johnson C, Miller JZ, Slemenda CW, et al. Calcium supplementation and increases in bone mineral density in children. *N Engl J Med* 1992;327:82–87.



Э.М. Акимбекова, Г.М. Сейтгалиев, А.К. Куаньшикалиева, М.А. Ахаева

ОЦЕНКА ВИДОВОГО СОСТАВА И АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

АО «Медицинский университет Астана»

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в диагностике и лечении, инфекции мочевыводящих путей (ИМП) продолжают оставаться одной из наиболее важных областей современной урологии и медицины в целом [1-4]. Микробиологические исследования играют важную роль в диагностике заболеваний, рациональном выборе антибактериальных препаратов, оценке и контроле эффективности проведенной терапии, а также в профилактике осложнений [5-9].

ИМП обычно подразделяют по локализации на инфекции верхних (острый и хронический пиелонефрит) и нижних (уретрит, цистит) отделов мочевых путей [10]. Существуют различные виды классификации ИМП в зависимости от патогенетических механизмов, локализации процесса и других факторов (например, сопутствующих заболеваний). В настоящее время ИМП нередко разделяют на неосложненную и осложненную [11].

Наиболее распространенными возбудителями неосложненных ИМП являются грамотрицательные бактерии семейства Enterobacteriaceae. Наиболее часто – это штаммы *Escherichia coli*, которые обнаруживаются в 80–90% случаев инфекций. Другие представители семейства Enterobacteriaceae (*Proteus* spp., *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp. и др.), а также коагулазонегативные стафилококки (*Staphylococcus saprophyticus*) выявляются в оставшихся 10% [5]. Осложненные ИМП вызываются большим количеством разнообразных грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов [12, 13].

Как известно основной патогенетической терапией инфекций мочевыводящих путей (ИМП) остается использование антибактериальной терапии у большинства больных [14]. В то же время в последние годы проблема терапии ИМП становится особенно актуальной в связи с существованием изменений чувствительности микроорганизмов к антибиотикам [15].

Согласно данным автора Уразбаевой Д.Ч. [16] при инфекции мочевыводящих путей большинство выделенных штаммов относится к семейству Enterobacteriaceae. Наиболее высокая активность в отношении энтеробактерий отмечена у амикацина ($55,2 \pm 2,9\%$ чувствительных штаммов), левофлоксацина ($53,5 \pm 2,9\%$), цефуросима ($42,7 \pm 2,9\%$), цефепима ($41,6 \pm 2,9\%$), цефатаксима ($40,9 \pm 2,9\%$). К диоксициклину были чувствительны только $5,2 \pm 1,3\%$ штаммов, к стрептомицину – $7,7 \pm 1,5\%$ и полимиксину – $8,0 \pm 1,6\%$. Распространенность уропатогенных стафилококков также является

большой. Самыми активными препаратами в отношении стафилококков являются: амикацин (чувствительны 54,8% культур), рифампицин (68,7%), цефалотин (71,3%), цефамандол (59,8%), цефуросим (59,8%), цефазолин (43,8%), левофлоксацин (57,2%).

По результатам исследования проведенным Мазо Е.Б. и соавторов [17] при бактериологическом исследовании 62,8% выделенных штаммов составили грамположительные микроорганизмы, среди которых доминировали *Enterococcus faecalis* и *Staphylococcus haemolyticus*. Среди 16 (37,2%) штаммов грамотрицательных бактерий наиболее часто выделяемой флорой была *Escherichia coli*. К левофлоксацину оказались чувствительными 88,9%, а к ципрофлоксацину – 74% штаммов коагулазонегативных стафилококков. Анализ чувствительности грамотрицательных микроорганизмов показал, что к левофлоксацину оказались чувствительными 93,8%, а к ципрофлоксацину – 62,5% штаммов.

Рост резистентности основных уропатогенов ко многим антимикробным препаратам постоянно вызывает дискуссию о выборе эффективного метода лечения ИМП. Согласно существующим сегодня рекомендациям по лечению инфекционных заболеваний возбудитель должен быть идентифицирован и профиль его чувствительности к антибиотикам определен до начала терапии. При лечении больных с острыми клиническими проявлениями ИМП в большинстве случаев получение своевременных данных о профиле чувствительности уропатогенов не всегда возможно и первоочередной задачей специалистов в этой области является создание и постоянное обновление терапевтических рекомендаций [4, 18-23].

В своем исследовании автор Радинова И.А. [24] отмечает, что в структуре хронических неспецифических бактериальных простатитов преобладающими этиологическими факторами являются: стафилококки 36,8%, стрептококки 28%, энтеробактерии 17%, синегнойная палочка 5% и кандидоз 5,3%. При изучении видового распределения доминантов микрофлоры простаты обнаружено, что наряду с привычными *S.epidermidis*, *S.aureus* встречаются *S.hominis*, *S.haemolyticus*, *S.Warneri*. Из стрептококков преобладают виды: *S.galactiae*, *S.faecalis*, *S.parauberis*. Наибольшей бактерицидностью в отношении выделенных из секрета предстательной железы микроорганизмов обладали фторхинолоны и цефалоспорины, наименьшей – макролиды.

По данным М.И. Коган и соавторов [25] в этиологической структуре острый необструктивный пиелонефрит (ОНП) у детей доминировали представители семейства *Enterobacteriaceae* (70,8%) с ведущей ролью эшерихий (43,6%). Реже возбудителями ОНП были другие энтеробактерии: клебсиеллы (12,7%), энтеробактеры (9,1%), протеи (3,6%), цитробактеры (1,8%). Удельный вес представителей грамположительной микрофлоры (коагулазоотрицательные стафилококки (КОС), коринеформные бактерии, энтерококки, золотистый стафилококк) составил 65,4% с преобладанием КОС (32,7%). Большинство штаммов энтеробактерий были чувствительны к гентамицину, цефтазидиму. К антибиотикам пенициллинового ряда был чувствителен лишь небольшой процент выделенных штаммов эшерихий: 16,7% к ампициллину и 33,3% к азлоциллину. 100% устойчивость представителей семейства *Enterobacteriaceae* регистрировали к макролидам, карбенициллину, оксациллину, доксициклину, цефиксиму, цефазолину, цефепиму, рифампицину, фузидовой кислоте, нитроксолону. Из цефалоспориновой группы антибиотиков более активными были цефтриаксон в отношении *E. coli* (45,8%) и *Enterobacter sp.* (40,0%) и цефаклор — для клебсиелл (28,6%) и энтеробактеров (20,0%). К фторхинолонам (офлоксацин и норфлоксацин) были чувствительны эшерихии (20,8 и 25,0–29,2% соответственно), энтеробактеры (60,0 и 40,0%), клебсиеллы к норфлоксацину (42,8%). Из антибиотиков других групп наибольшую активность проявлял тиенам: к эшерихиям — 41,7% и энтеробактерам — 40,0%. Энтеробактеры обладали также чувствительностью к азтреонаму — 60,0% и меропенему — 40,0%.

М.Г. Чеснокова и соавторы [26] в своем исследовании отмечают, что у больных с хроническим бактериальным простатитом (ХБП) грамотрицательные микроорганизмы (представители семейства *Enterobacteriaceae* – вид *E. coli*) были представлены в исследуемом материале только 16,6% штаммами. Среди грамположительных микроорганизмов преобладали коагулазонегативные стафилококки, а также *Streptococcus aureus*, энтерококки, коринебактерии. Результаты определения чувствительности выделенных культур микроорганизмов продемонстрировали различия по этому показателю среди коагулазонегативных стафилококков в отношении фторхинолов, используемых для лечения больных данным заболеванием: к ципрофлоксацину были чувствительны 62,5%, к офлоксацину – 58,7%, к норфлоксацину – 65,4%, к левофлоксацину – 78,8%, к ломефлоксацину – 71,2% штаммов.

На протяжении многих лет более 20 цефалоспориновых антибиотиков успешно применяются для лечения самых различных внебольничных и нозокомиальных инфекций. Согласно данным исследования, проведенного в 2008 г. Европейской Ассоциацией Урологов (ЕАУ), в антимикробном лечении больных нозокомиальной ИМП 32,5% урологов отдают предпочтение фторхинолонам, 32,3% – це-

фалоспорином (19,2% применяют цефалоспорины 3-го поколения), 12,3% – аминогликозидам и 9,5% специалистов применяют карбапенемы [27].

В проведенного исследования Ибишев Х.С. и соавторы [28] отмечают, что при хроническом бактериальном простатите (ХБП) доминировали неклостридиальные анаэробные (НА) -бактерии, которые обнаруживали у 100% больных, коагулазоотрицательные стафилококки (КОС) выделяли из секрета предстательной железы (СПЖ) у 88% пациентов, коринеформные бактерии регистрировали в 65% случаев. Реже из СПЖ выделяли *E. faecalis*, представителей семейства *Enterobacteriaceae*, *Streptococcus spp.*, *S. aureus*, дрожжеподобные грибы рода *Candida*, *Vacillus spp.* и неферментирующие грамотрицательные палочки. Наиболее активными в отношении бактериальных патогенов, выделенных из СПЖ у пациентов с ХБП, были карбапенемы, фторхинолоны (ФХ), цефалоспорины, нитрофураны.

По данным автора Дусмагамбетова М.У. и соавторов [29], распространенность уропатогенных штаммов *E. coli*, устойчивых к ампициллину и котримоксазолу, является весьма высокой и составляет 30 и 18% соответственно. Фторхинолоны II поколения (ципрофлоксацин, норфлоксацин) являются наиболее активными препаратами в отношении штаммов *E. coli*, резистентность к ним составляет 2,6%. Чувствительность к гентамицину и канамицину составила 94% и 85% соответственно. Самая высокая резистентность *E. coli* к карбенициллину - 58%.

По результатам Набока Ю.Л. и соавторов [30] при микробиологическом исследовании во всех случаях регистрировали широкий спектр аэробов и неклостридиальных анаэробов (НА). Во всех образцах исследуемого материала (моча) присутствовали НА, а среди них чаще всего пропионибактерии, эубактерии и пептококки. Кишечная палочка преобладала среди энтеробактерий, которые встречались в подавляющем большинстве наблюдений. Также в большей части случаев в моче определяли различные виды коагулазоотрицательных стафилококков (КОС). Были определены границы чувствительности различных видов энтеробактерий к рекомендуемым ЕАУ для лечения инфекции нижних мочевыводящих путей антибиотикам – фосфомицин, офлоксацин, норфлоксацин, ципрофлоксацин, левофлоксацин. Кишечная палочка имела чувствительность в пределах 48,1-66,7 % к фосфомицину, офлоксацину, норфлоксацину, ципрофлоксацину, а чувствительность других энтеробактерий к 5 антибиотикам колебалась в крайне широких пределах (0-83,3 %). Однако значения чувствительности ни для одного антибиотика по общепринятым меркам не достигает уровней ($\geq 90\%$), при которых предполагается высокая клиническая и бактериальная эффективность лечения. Тем не менее среди 5 рекомендуемых ЕАУ препаратов наивысшие показатели чувствительности демонстрируют офлоксацин и фосфомицин, а наименьшие – левофлоксацин.

Таким образом, анализ литературы показал, что микрофлора при урологических заболеваниях разнообразна, но большинство авторов указывают на то, что чаще всего регистрируется семейство Enterobacteriaceae. У подавляющего большинства культур, изолированных из мочевых путей, чувствительность к антимикробным препаратам была различна. Это свидетельствует о нестабильности микрофлоры урологических больных с ежегодной

сменой доминирующих видов бактерий в этиологии урологических инфекций и различной чувствительностью к антибактериальной терапии. В связи с чем больным с инфекцией мочевыводящих путей требуется мониторинг за выделенной микрофлорой и определением чувствительности к антибиотикам с целью подбора адекватной антибиотикотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иремашвили В.В. Инфекции мочевыводящих путей: современный взгляд на проблему// *Русский Медицинский Журнал (РМЖ)*. – 2006. – Т.4, - С. 12-15.
2. Миронов А.Ю., Савицкая К.И., Воробьев А.А. Условно- патогенные микроорганизмы при заболеваниях мочеполовых путей. // *Вестник РАМН*. 2001. - №2. – С. 7-11
3. Деревянко И.И., Ходырева Л.А. Анализ этиологической структуры мочевой инфекции и антибиотикорезистентности ее возбудителей.// *Антибиотики и химиотер.* 1997.-№9. – С.27-32
4. Рафальский В.В., Страчунский Л.С., Коган М.И., Петров С.Б. Антибактериальная терапия осложненных инфекций мочевыводящих путей у амбулаторных пациентов.// *Урология* 2004. - №5. – С. 25-30
5. Piedrola G., Liebana J. – *Laboratorio (Granada)*, 1982, p. 507-528.
6. Набер К.Г., Сухорукова М.В. Микробиологические аспекты диагностики хронического простатита.// *Клин.микробиология и химиотерап.*, 2006г., том 8, №1. – С. 25-28
7. Лоран О.Б. Эпидем. аспекты инфекций мочевыводящих путей. *Материалы симпозиума «Инфекции мочевыводящих путей у амбулаторных больных»*, Медицина, 1999г., - С. 5-9.
8. Калугина Г.В., Клушанцева М.С., Хронический пиелонефрит. *Медицина*, 1993. – С. 240.
9. Тезисы VII Международной конференции МАК-МАХ/ESCMID «Антимикробная терапия».// *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*, 2005, том 7, - №2
10. Перепанова Т.С., Кудрявцев Ю.В., Хазан П.Л. Неосложненная инфекция мочевых путей// *Consilium–medicum*, 2003, - Т. 5, - №1. – С. 301-306.
11. Пушкарь Д.Ю., Зайцев А.В. Современный взгляд на применение цефиксима в лечении инфекции мочевыводящих путей// *РМЖ*.- 2007. – Т.2, - С. 7-9.
12. Деревянко И.И. Антибактериальная терапия острого цистита. *Consilium medicum* 2000; т. 2, № 4: С. 152–155.
13. Мазо Е. Б., Попов С. В. Эффективность пefлоксацина в лечении урологических инфекций // *РМЖ*. — 2005. — Т. 13, № 25. — С. 16-19.
14. Тец В.В., Артеменко Н.Н., Заславская Н.Р. и др. Эффективность фторхинолонов при действии биопленки возбудителей уроинфекций// *Журн. Урология*- 2010.-№1.- С.13-16
15. Рафальский В.В., Ишова Р.А., Остроумова М.В. Место современных беталактамовых антибиотиков в терапии инфекций мочевых путей у беременных// *Журн. Урология* – 2009.-№5. – С. 14-17
16. Уразбаева Д.Ч. Антибиотикорезистентность возбудителей мочевой инфекции// *Астана Медицинский журнал* – 2006. - №2. – С. 97-99.
17. Мазо Е.Б., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Долгина Е.Н., Попов С.В., Вирысов А.В. эффективность применения Суперлимфа в комплексном лечении хронического бактериального простатита и воспалительного синдрома хронической тазовой боли. *Материалы 3 Всероссийской конференции «Мужское здоровье»*, Москва, 2006, - с. 72–73.
18. Савицкая К.И., Оноприенко Г.А., Трапезникова М.Ф. и др. Микроэкология слизистых в норме и при воспалительных процессах различной локализации.//Тез. Докл. Междунар. Эколог. Конгресса (ЮНЕСКО). Москва. 1995, ч. 1. с. 84-87.
19. Савицкая К.И., Насонов В.Н., Нехорошева А.Г. Тиенам (имипенем/циластатин) при лечении тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний различной локализации.// *Клин.фармакол. и терапия*. 1994. - №2. – С. 20-25.
20. Карабак В.И. Микробиологический мониторинг за возбудителями но-зокомальных инфекций (на примере отделения реанимации и интенсивной терапии.// *Антиб. и химиотерапия*, 2000, 45 (3): 20-23.
21. Савицкая К.И. Клиническая микробиология: предмет, задачи, проблемы, перспективы.// *Лаборатория*. 1996. №4. - с. 18-19.
22. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под редакцией Страчунского Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н. *Медицина*. 2002, - С. 384.
23. Лопаткин Н.А., Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия неосложненного острого цистита и пиелонефрита у взрослых.// *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*, 2000, том 2, №1.
24. Радионова И.А. Клинико-микробиологическая характеристика хронического неспецифического бактериального простатита и его патогенетическая терапия// автореферат – Москва, - 2009. – С. 21-22.

25. Коган М.И., Набока Ю.Л., Васильева Л.И., Гудима И.А., Этиологическая структура и антибиотикочувствительность возбудителей острого необструктивного пиелонфрита у детей.- Симпозиум, Уронефрология, - Москва, - 2009. - № 8. – С. 15-18.
26. Чеснокова М.Г., Новиков А.И., Новиков Ю.А., Кабанов В.Н., Соловьева Т.Д. Особенности микробиологической диагностики хронического бактериального простатита// Журн. Урология – 2010.-№6. – С. 47-50.
27. TE Bjerklund Johansen. NAUTI: An update, 24 Annual EAU Congress 2009
28. Ибишев Х.С., Набока Ю.Л., Коган М.И. Этиологическая структура и антибиотикочувствительность микроорганизмов, выделенных при хроническом бактериальном простатите, - *Consilium Medicum* T. 12 / №7 2010. – С. 5-7.
29. Дусмагамбетов М.У., Гаврилов М.П., Гаврилова О.В., Бердюгин М.Т., Дружинина Т.А. Микробиологические аспекты диагностики и антибактериальной терапии инфекций мочевыводящих путей// Астана Медициналық журналы, 2011г., №2 (64), - С. 100-103.
30. Набока Ю.Л., Гудима И.А., Ибишев Х.С., Мирошниченко Е.А., Коган М.И., Васильева Л.И. Этиологическая структура и антибиотикочувствительность уропатогенов при хронической рецидивирующей инфекции нижних мочевыводящих путей// Журн. Урология – 2011. - №6. – С. 12-15.



Бегеева Б. А

ОБЩАЯ КРИОАЭРОТЕРАПИЯ – НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ФИЗИОТЕРАПИИ

Республиканский научный центр нейрохирургии

Физиотерапия во благо пациента в своей основе использует возможности физики, биофизики, техники в достижении должного лечебного результата [1]. Сегодня современная физиотерапия требует от врача устойчивых и глубоких знаний по техническим дисциплинам, чтобы максимально использовать её возможности. Однако этими возможностями, чтобы принести пользу, а не случайный вред здоровью необходимо еще правильно воспользоваться. Криогенная физиотерапия представляет собой сплав новейших достижений в области физики и физиологии и по праву относится к технологиям XXI века, ее лечебное действие основано на стимулирующем воздействии холодным газом на самый большой орган чувств человека – кожный покров[2].

Криогенная физиотерапия — лечебная и общеоздоровительная процедура, основанная на кратковременном контакте поверхности кожи с охлажденным до -180--120 градусов Цельсия газом. Общая воздушная КТ применяется в стране с мая 2005 г. Важное значение имеет продолжительность контакта. Так как для охлаждения поверхности кожи до температуры ниже +2 °С необходимо не менее 90 секунд, время лечебного воздействия должно составлять от 2 до 3 минут. [3]

Параметры процедуры и курса при общей воздушной КТ:

- температура: в основной камере чаще всего -110...-120°С; в предкамере - -60°С;
- длительность пребывания пациента в каждой камере: в предкамере - 1 мин, а в основной

постепенно увеличивается от 1 до 3 мин, т. е. суммарная длительность процедуры никогда не превышает 4 мин;

- кратность процедур: ежедневно по одной, но чаще - по две процедуры с интервалом не менее 6 часов;

- число процедур на курс лечения: колеблется в зависимости от нозологии - от 3 - 5 при травмах до 20 при ревматоидном артрите и болезни Бехтерева.

Суть терапии состоит в том, что человек на короткое время по шею погружается в слой охлажденного до температуры -130 °С газа. Температура и время процедуры подобраны с учетом особенностей кожного покрова человеческого тела, поэтому в ходе процедуры охладиться успевают только тонкий поверхностный слой в котором расположены тепловые рецепторы, а сам организм не успевает испытать заметного переохлаждения[4,5]. Более того, благодаря особым свойствам холодного газа процедура достаточно комфортна, ощущение холода неожиданно приятно особенно в летнее время. Воздействие на кожные холодовые рецепторы вызывает в организме мощный выброс эндорфинов [6,7]. Для того чтобы получить такой же эффект необходимо 1,5 – 2 часа интенсивной физической нагрузки. Безопасное для организма воздействие оказывается настолько сильным, что эндорфины вырабатываются у людей в состоянии тяжелой абстиненции, 2-3 минуты и тяжкий утренний недуг отступает. Но, это только первые результаты, главный эффект криотерапии

в том, весь организм после воздействия холодом обновляется. Резко возрастает иммунитет, отступают все виды боли, активизируется обмен веществ в коже. [8,9]

Показано положительное криовоздействие при целлюлитах. Лечебная эффективность общего криовоздействия обусловлена усилением периферического кровоснабжения, стрессовой стимуляцией нейроэндокринных систем гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового комплекса, что приводит к повышенному липидному обмену в подкожных тканях. Системное расширение сосудов покровных тканей улучшает кровоснабжение и, как следствие, улучшается их питание и оксигенация. Под наблюдением находилось 14 пациенток женщин. Уже после первой процедуры пациентки отмечали улучшение самочувствия, а после трёх процедур исчезла характерная «рябь» на коже. Побочных эффектов в виде неприятных ощущений, дерматитов отмечено не было. Рельеф кожи восстанавливался полностью [10].

Абдоминальная криотерапия у пациенток с синдромом раздраженного кишечника с запорами способствует регрессу болевого абдоминального синдрома, оптимизирует вегетативную регуляцию, что характеризуется снижением коэффициента вагосимпатического баланса, позитивно влияет на состояние психоэмоциональной сферы, снижая ипохондрическую фиксацию и депрессивные расстройства [11]. Включение в лечебный комплекс жидких синбиотиков усиливает вышеуказанные эффекты и оказывает более выраженное благоприятное действие на клинические проявления заболевания за счет восстановления различных звеньев микробиоценоза кишечника [12,13].

Представлены результаты клинического исследования по оценке влияния общей воздушной криотерапии (от -60 до -110°C) на динамику показателей обмена веществ пациенток с артериальной гипертензией (АГ). Результаты проведенной работы показывают, что использование криотерапии у больных АГ приводит к ускорению редукции субъективных симптомов заболевания, оптимизации регуляции и функционирования сердечно-сосудистой системы. После курса общей криотерапии в результате развития адаптивных, долговременных сдвигов отмечается оптимизация регуляции вегетативных функций, обменных процессов, расширение функциональных резервов организма. Включение в состав комплексного лечения общей воздушной криотерапии целесообразно у пациенток с АГ I—II стадии с сохраненным функциональным потенциалом организма, поскольку ее проведение сопровождается выраженным напряжением физиологических функций организма. Общую криотерапию следует проводить одновременно с базисным медикаментозным лечением, тщательно контролируя состояние пациента [14, 15].

Было показано, что локальная воздушная криотерапия больных с гонартрозом вызывает значимый регресс клинических признаков заболевания, уменьшает скованность, потребность в анальгетиках и улучшает общее самочувствие пациенток. Данная процедура способствует снижению интенсивности болевого синдрома и выраженности синовита, улучшает кровоток в подколенной артерии и повышает кожную температуру в области коленного сустава. Под действием локальной воздушной криотерапии у больных с гонартрозом восстанавливается двигательная функция сустава и улучшится опороспособность пациенток. В группах пациенток с гонартрозом курс локальной воздушной криотерапии вызывает значимое улучшение качества жизни - подвижность, уровень самооценки, энергичность, уровень эмоционального и психического здоровья и снижает показатели шкалы боли. Эффективность локальной воздушной криотерапии у пациенток с гонартрозом с I степенью функциональной недостаточности суставов составляет 91%, со II степенью - 85%. Факторами, определяющими эффективность локальной воздушной криотерапии у больных с гонартрозом, является степень функциональной недостаточности сустава, интенсивность болевого синдрома, скованности, амплитуда движений коленного сустава [16].

Сочетанное применение микротоков и криотерапии у пациенток после хирургической коррекции мягких тканей лица вызывает устранение нарушений в микроциркуляторном русле в виде улучшения тонуса артериол, устранения застойных явлений в веноулярном русле, усиления капиллярного кровотока независимо от исходного типа микроциркуляции, в то время как после применения микротоковой терапии отмечается коррекция лишь при спастическом типе микроциркуляции [17].

Проведенными исследованиями установлено, что общая аэрокриотерапия (ОАКТ) в восстановительном лечении больных бронхиальной астмой (БА) оказывают выраженное воздействие на основные звенья патогенетических механизмов воспалительного процесса, бронхообструктивного синдрома, нарушения дренажной функции бронхов, иммунопатологического синдрома. Полученные при исследовании данные позволяют считать, что ОАКТ способствует улучшению бронхиальной проходимости у больных БА посредством противовоспалительного воздействия и значимого повышения естественной резистентности. Наиболее эффективна ОАКТ у больных с инфекционно-аллергической формой БА. Для определения эффективности ОАКТ обследовано 89 больных бронхиальной астмой средней степени тяжести в фазе нестойкой ремиссии. Методом рандомизации больные БА были разделены на группу наблюдения (65 больных), получавшую в комплексе лечения курс ОАКТ и группу сравнения (24 больных), получавшую традиционное

медикаментозное лечение. Воздействие холодом проводили в криокамере, где с помощью паров жидкого азота достигали снижение температуры воздуха до -120-130°C. Продолжительность первой процедуры составляла 30 с. В последующих процедурах осуществляли увеличение продолжительности процедуры на 30 с, доводя до 180 с, которую поддерживали до конца курса. В результате курса ОАКТ у большинства больных БА прекратился кашель, мокрота к концу лечения отсутствовала у 34 (52%) больных БА, а у остальных снижалась ее вязкость и улучшалось отделение, уменьшились или прекратились сухие хрипы в легких. Общая сумма баллов оценки клинического статуса больных БА группы наблюдения снизилась с 13,4±0,4 до 4,2±0,9 (p<0,01), группы сравнения - с 11,5±0,5 до 6,1±0,8 баллов (p<0,01) [18,20-22].

Физиотерапевты Минска предложили очень современный взгляд на эффективность ОКТ при лечении ревматоидного артрита, т.к. наряду с традиционными характеристиками продолжительности анальгетического действия, улучшение двигательной активности, снижение величины СОЭ ввели в рассмотрение экономические результаты применения ОКТ. По их данным при переходе на лечение с помощью КТВ продолжительность ремиссии возрастает в 2,5 раза с 4,4 до 10,4 месяцев, а продолжительность временной нетрудоспособности пациента сокращается в 2,4 раза с 88 до 38 дней. [22]

В исследовании на группе 30 здоровых добровольцев мужского пола в возрасте 28-36 лет, показано, что криотерапия вызывает существенное

снижение диастолического артериального давления (в среднем на 12,5%) и общего периферического сосудистого сопротивления (на треть по сравнению с фоном). Увеличение числа сеансов ОКТ сопровождалось постепенным развитием «привыкания» непосредственно к условиям пониженной температуры и углублением позитивных «эффектов последствия» на субъективный статус добровольцев, отмечалось постепенное снижение СДД, регистрируемого перед началом ежедневных сеансов, что свидетельствует о развитии в организме испытуемых тенденций к оптимизации функционирования системы кровообращения. Так, средняя величина ДАД в термокомфортных условиях в результате цикла процедур снизилась в среднем на 10%, ЧСС – на 8,6%. Параллельно с этим отмечен достоверный прирост пульсового давления (в среднем на 13,6%) и УИ (на 7,9%). Кроме этого, к окончанию курса отмечалась тенденция к постепенному снижению ИН в термокомфортных условиях (до сеансов), так что перед 7-м сеансом значения ИН были в среднем вдвое ниже, чем перед его началом [23,24].

Таким образом, эффекты от аэрофизиокриотерапии многообразны, носят выраженный адаптационный характер, так как наряду с иммуотропными эффектами способствуют нормализации обмена веществ, улучшению кровоснабжения мозга, оптимизации функции ЦНС, модифицируют факторы риска, влияющие на возникновение сосудистых нарушений, оказывают корригирующее действие на темп старения организма. [25]

ЛИТЕРАТУРА

1. Разумов А. Н., Покровский В. И. *Здоровье здорового человека. Научные основы восстановительной медицины.* — М., 2007.- 181с.
2. Суздальницкий Р. С., Григорьева В. Д., Чернышев И. С., Суздальницкий Д. В. // *Теория и практика физ. культуры.* 2000. — № 7. — С. 44—46.
3. Баранов А.Ю., Кидалов В.Н. *Лечение холодом.* М.: Апрель, 2000, 160 с.
4. Баранов А.Ю., Трубников С.Н. *Оптимизация технологии аэрокриотерапевтического воздействия, Сборник научных трудов «Медицинская криология» - выпуск 2: - Н. Новгород: 2001, с.45-48*
5. Чернышев С.И., *Криотерапия, Сборник научных трудов «Медицинская криология» - выпуск 2: - Н. Новгород: 2001, с.112-115*
6. Баранов А.Ю., Мальшева Т.А. Приходько С.В., Бургмистрова Е.С. *Выбор и обоснование технологии аэрокриотерапевтического воздействия // Известия СПбГУН и ПТ, 2003 г, №2, с.28-30*
7. Baranov A.Yu., Malysheva T.A. *Simulation of human skin tissues» temperature field changes under cryotherapeutic effect // The VIII IIR International Conference Cryogenics, 2003.*
8. Баранов А.Ю., Мальшева Т.А., Шлейкин А.Г., Ятманов А.Н., Коваленко И.М. *Моделирование переноса теплоты при контакте покровных тканей теплокровных с криогенной газовой средой // Материалы XI Российской конференции по теплофизическим свойствам веществ, том II, 2005, с.89-93*
9. Баранов А.Ю., Баранов В.А., Мальшева Т.А. *Энергетические основы эффективности криотерапевтической аппаратуры // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация №2 М.: Медицина, 2005.*
10. Третьякова Т.А. *О практике применения криогенной физиотерапии для лечения целлюлита (паникулита). Физиотерапия, бальнеология и реабилитация №3 М.: Медицина, 2007, с.45-47*
11. Е. В. Гусакова, Ю. И. Фаустова, Н. Б. Луферова *Криотерапия и жидкие синбиотики в немедикаментозном лечении больных с синдромом раздраженного кишечника. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация №4, 2011*
12. Бирюкова А. А. *Физические методы лечения*

- больных с синдромом раздраженной толстой кишки: Дис. д-ра мед. наук. — М., 1990.
13. Гусакова Е. В. Немедикаментозная коррекция функционального состояния больных с синдромом раздраженного кишечника: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2008.
 14. М. В. Лядов, М. Ю. Герасименко. Динамика показателей обмена веществ у пациентов с артериальной гипертензией при общих воздушных криотермических воздействиях. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация №6/2011, с.38-42*
 15. Чазова И. Е., Ратова Л. Г., Бойцов С. А., Небиеридзе Д. В. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации. Четвертый пересмотр. — М., 2010.
 16. Новиков В. Ю. Криотерапия в комплексном восстановительном лечении больных остеоартрозом I В.Ю.Новиков// Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии /Мат Межд Конгр «Здрав-ница-2007» - М , 2007 - С . 53
 17. Виссарионова И.В. (Грищенко С.В., Корчажкина Н.Б., Круглова Л.С.). Особенности восстановительного лечения пациентов после пластических операций в области век //Вестник восстановительной медицины. -2010. - №6. – С. 71-73. (Перечень ВАК).
 18. Айрапетова Н.С. и др. Применение криомассажа грудной клетки у больных хроническим обструктивным бронхитом. // *Вопр. курортол. - 2001. - №6. - С 16-19.*
 19. Баранов А.Ю., Кидалов В.Н. Лечение холодом. М: Апрель, 2000, 160 с.
 20. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. *Общая физиотерапия: Учебник. -М.: Медицина, 1999. - 432 с.*
 21. Пономаренко Г.Н., Середа В.П., Баранов А.Ю., Волкова Л.П., «Общая аэрокриотерапия больных бронхиальной астмой», пособие для врачей, ВМедА, 2005, 12 с.
 22. Малькевич Л.А., «Особенности общей аэрокриотерапии в комплексном лечении больных ревматоидным артритом», сборник докладов участников международной научно-практической конференции «Криотерапия в России 2009», СПбГУ ХиПТ, 2009, 180 с.
 23. Кирьянова В.В., Баранов А.Ю., Максимов А.В., Мальшева Т.А., «Основы эффективности общей криотерапии», сборник докладов участников международной научно-практической конференции «Криотерапия в России», СПбГУ ХиПТ, 2008, 140 с.
 24. Альтман Д.Ш., Галанова С.К., Теплова С.Н., «Изменения функциональных систем организма у ветеранов современных военных конфликтов с НПНКМ под влиянием общей аэрокриотерапии», сборник докладов участников международной научно-практической конференции «Криотерапия в России 2009», СПбГУ ХиПТ, 2009, 180 с.
 25. Yamauchi T.: *Whole Body Cryotherapie is method of extreme cold 175°C treatment initially uses for Rheumatoid Arthritis. „Zeitschrift Phys. Med. Baln. Med. Klim. 15» (1986:311).*



Бегеева Б. А.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ

Республиканский научный центр нейрохирургии

В связи со сложившимся стереотипом лечения у сегодняшних врачей, ориентированного только на медикаменты и отсутствием у них должного объема знаний по физике и медицинской технике, физиотерапия сегодня, в массовом ее применении стала из обязательного вспомогательного метода лечения практически забытым видом лечебной помощи. А ведь современная физиотерапия по количеству получаемых терапевтических эффектов зачастую превосходит многие медикаменты и при этом имеет минимальные риски побочных проявлений при лечении болезней, направлена и на лечение и на профилактику заболеваний благодаря ряду особенностей и преимуществ (универсальность и гомеостатический характер действия, физиологичность, длительное

последствие, хорошая совместимость с другими методами, отсутствие токсичности и др.) [1]. Парк современной физиотерапевтической аппаратуры достигает сегодня 12 млн. и продолжает интенсивно увеличиваться. Удельный вес физиотерапевтической аппаратуры в структуре новых медицинских технологий достигает 20% [2]. Развитие новых высокотехнологичных физиотерапевтических технологий идет по направлениям, включающим:

- использование микропроцессорных информационных технологий;
- разработку многофункциональных физиотерапевтических аппаратов-комбайнов;
- применение нанотехнологий;
- разработку новых лечебных физических факто-

ров и их сочетаний;

- внедрение аппаратов с биологической обратной связью;
- роботизированную физиотерапию.

В последние годы появились исследования, освещающие еще одну сторону действия лечебных физических факторов — их влияние на фармакокинетику и фармакодинамику лекарств, что открывает новые возможности для комплексного лечения больных. Особую актуальность этому вопросу придает рост побочных эффектов, осложнений и нежелательных реакций, характерных для лекарственной терапии. [2]

Важно отметить, что усиленное поступление циркулирующих в крови лекарств в подвергшиеся физиотерапевтическому воздействию ткани является общей закономерностью. Наряду с гальванизацией такое же действие оказывают и другие физические факторы: тепло, ультразвук, микроволны, индуктотермия [3].

На больных туберкулезом легких, подготовленных к операции, с их добровольного согласия проводилось изучение влияния гальванизации области грудной клетки на распределение стрептомицина, введенного за 1 час до оперативного вмешательства различными способами. Во время операции (через 2 часа после введения препарата) забирались кровь и удаляемая ткань легкого, в которых затем определялось содержание антибиотика. Согласно полученным результатам, после гальванизации концентрация стрептомицина в ткани легкого больных почти в 4 раза превышала содержание его в контроле [4].

Сотрудниками НИИ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова Министерства здравоохранения республики Беларусь изучалось влияние лазерной гемотерапии на противоопухолевую активность некоторых цитостатиков (цисплатин, этопозид, винорельбин) [5]. В опытах с подкожно перевитой саркомой крыс было показано, что сочетание винорельбина и цисплатина с квантовой гемотерапией достоверно ($p < 0,05$) уменьшало объем опухоли по сравнению с действием одних этих цитостатиков. Однако квантовая гемотерапия почти не усиливала цитостатические свойства трех вместе взятых препаратов и даже незначительно ($p > 0,05$) угнетала противоопухолевое действие этопозида. такая особенность влияния лазерной гемотерапии на цитостатическую активность препаратов требует дальнейшего изучения. это тем более важно, что данный физический фактор положительно повлиял на продолжительность жизни и излеченность крыс саркомой 45, получавших различные виды химиотерапии.

Не менее интересные данные получены и при изучении интенсивности метастазирования карциномы рЛ-67 у мышей линии С57BL. Внутрисосудистое лазерное облучение крови животных проявляет выраженное

антиметастатическое действие, но практически не влияет на противометастатическую активность этопозида, цисплатина и комбинации этих препаратов с винорельбином. эти данные послужили основанием для использования лазерной гемотерапии в комплексной терапии опухолей и продемонстрировали обнадеживающие результаты у больных раком тела матки [6].

Согласно данным российских ученых, у больных начальными формами артериальной гипертензии общая магнитотерапия (8—10 процедур) вызывает почти такое же снижение артериального давления, как и общепринятая антигипертензивная лекарственная терапия [7]. При этом у больных не наблюдалось побочных реакций (у получавших медикаментозное лечение они имели место у 15%) и отмечались более выраженные сдвиги в липидном спектре крови.

Структурно-резонансная электромагнитная терапия (СРЭМТ) — это уникальная, методика лечения и профилактики ряда заболеваний воспалительного, метаболического и посттравматического генеза, которая заключается в воздействии на организм переменных электромагнитных полей, создаваемых переменным электрическим током. [8] В клинической практике сегодня широко используются аппараты РЕМАТЕРП и КЭЛСИ. Коррекция патологических состояний при различных заболеваниях заключается в воздействии на организм переменными электромагнитными полями с частотами близкими к собственным частотам органов и тканей [9]. Метод широко применяется для реабилитации у взрослых пациентов [10,11].

В педиатрии возможности применения также широки. Внутривидовая травма и гипоксическая патология ЦНС у новорожденных встречается в более 3% случаев [12]. В свою очередь, неадекватная перинатальная реабилитация приводит к задержке темпов психомоторного развития, что в последующем определяет социальную дизадаптацию ребенка, формирование дисфункции ЦНС, синдрома дефицита внимания и гиперреактивности [13,14]. Трудности выбора нетоксичных лекарственных средств для детей периода новорожденности и путей их введения определяют поиск адекватных физических методов воздействия. [15,16-19]. Наиболее перспективным представляется информационный вариант структурно-резонансной электромагнитной терапии, реализуемой на аппарате РЕМАТЕРП (СРТ) бесконтактно. Наблюдались 40 детей в возрасте 1-1,5 месяца с последствиями перинатального поражения ЦНС. Из них 30 дополнительно к базисной терапии получали СРТ на аппарате РЕМАТЕРП. В составе базисной терапии применялись кавинтон, кортексин, пантогам, глицин, диакарб, элькар. Следует отметить, что отчетливая положительная динамика от применения СРТ наблюдалась уже после первого сеанса у 17 (56,7%), после третьего — до 21 (70%), а после пятого — у всех 30

больных. Через месяц после окончания полного курса терапии положительная динамика темпов психомоторного, предречевого и соматического состояния отмечена после СРТ у 27 (90%) и в контрольной группе – у 7 (70%). Причем статистическая достоверность динамик в основной группе подтверждалась значительно чаще, чем в контрольной (при критерии Стьюдента $t > 1,96$ $p < 0,05$; при $t > 2,58$ $p < 0,0099$; при $t > 3,00$ $p < 0,0027$).

На основании проведенных исследований обоснована возможность применения у новорожденных детей с задержкой темпов психомоторного развития электромагнитного варианта СРТ, оказывающего благоприятное влияние на нервно-психическое состояние с уменьшением нервно-рефлекторной возбудимости, нормализацией сна, ускорением темпов моторного и предречевого развития, повышением устойчивости к респираторной инфекции. [19,20]

Учитывая безопасность СРТ, положительное влияние на оптимальную синхронизацию всех эндогенных биоритмов и основные клинические показатели, можно считать применение электромагнитного варианта СРТ перспективной технологией восстановительной медицины, пригодной для применения у детей первых месяцев жизни с задержкой темпов психомоторного развития.

Острые нарушения мозгового кровообращения являются одним из основных заболеваний, приводящих к длительной потере трудоспособности и инвалидизации пациентов. Более чем у 50% больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, имеются двигательные расстройства различной степени тяжести. В остром и подостром периоде инсульта, при наличии двигательных нарушений, быстро развиваются патологические синергии, также известные как поза Вернике—Мана, значительно снижающие качество ходьбы. Разработано и описано влияние курса обучения ходьбе на роботизированной системе Lokomat на выраженность патологической синергии у 37 пациентов, перенесших инсульт. С помощью формализованных шкал и системы видеонализа движений оценивали клинические и биомеханические параметры ходьбы. Показано, что тренировки на системе Lokomat приводят к уменьшению выраженности патологических локомоторных синергий, что сопровождается улучшением функциональной мобильности больных. [21]

Впервые в России проведено изучение эффекта двигательного обучения в условиях технологии виртуальной реальности (ВР). С этой целью использовали аппаратуру PlayStation II с видеовводом изображения через цветную цифровую видеокамеру и анимационную компьютерную программу Eye Toy Play-3 (фирма «Sony») для реабилитации 47 пациентов с постинсультным парезом руки в возрасте от 21 года до 76 лет, со средней давностью заболевания около 8 мес. Тренировка проводилась по 20—30 мин 5 раз в неделю, курс состоял из 10 процедур. Эффект обучения оценивался клинически (по шкале Motor Assessment Scale — MAS) и биомеханически с помощью электромагнитной системы Mini Birds («Ascension Technology Corporation», США). Показано, что использование технологии ВР особенно эффективно у больных с локализацией очага в правом полушарии, оно способствует уменьшению степени пареза не только в проксимальных отделах руки, на тренировку которых в основном направлены игровые задания, но также и в кисти, что можно объяснить с позиции нейропластичности мозга. Кроме того, повышается точность попадания в цель, уменьшается кривизна траектории движения и снижается время, затраченное на выполнение двигательного задания в целом. [22]

Таким образом, физиотерапия вступила в новую фазу - инновационных технологий. Мировые и отечественные производители приступили к производству физиотерапевтической аппаратуры третьего поколения, для которой характерны следующие основные черты: - применение нанотехнологий (временные параметры генерируемых сигналов находятся в милли- и наносекундном интервале, что сопоставимо с временем активного состояния биологических молекул); - реализация блочного принципа формирования аппаратов-комбайнов, что позволяет уменьшить габаритные размеры аппаратов при значительном расширении их функциональных возможностей и сочетании более двух лечебных физических факторов; - широкое включение микропроцессорных технологий управления функциями аппаратов, что позволяет существенно расширить их функциональные возможности [23,24-27]. Поэтому современный врач должен быть эрудирован и ориентирован в мире современной науки для достижения лишь одной цели - все для блага пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пономаренко Г.Н. *Физические методы лечения: Справ. — СПб., 2006.*
2. Сосин И. Н., Сосин И. К. *Клиническая физиотерапия: Справочное пособие для практического врача / И. Н. Сосин, Л. Д. Тондид, Е. В. Сергиени и др.; Под. ред. И. Н. Сосина. — Киев: Здоров'я, 2006. — С. 549–557.*
3. Улащик В.С. *О влиянии гальванизации на фармакокинетику и фармакодинамику лекарств (к проблеме «внутриклеточного» электрофореза) // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры, 1991, №1. С. 1—6.*
4. Лецинский А.Ф., Улащик В.С. *Комплексное использование лекарственных средств и физических лечебных факторов при различной*

- патологии. — Киев, 1989. С. 240
5. Литвинова Т.М., Улащик В.С., Голубовская Л.А., Прудывус И.С. Внутривенное лазерное облучение крови в комбинированном лечении больных раком тела матки // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация, 2006, №1. С. 24—28.
 6. Литвинова Т.М., Улащик В.С., Истомин Ю.П., Фурманчук Л.А. О модифицирующем действии лазерного облучения крови при радиотерапии экспериментальных опухолей // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 2005. №6. С. 7—10.
 7. Золотухина Е.И., Улащик В.С. Магнитотерапия больных артериальной гипертензией // Здоровоохранение, 2003, №11. С. 17—22.
 8. Блинков И.Л., Готовский Ю.В. Структурно-резонансная терапия (экзогенная биорезонансная терапия). М.: ИМЕДИС, 1998.-208 с.
 9. Кузовлев О.П. Структурно-резонансная терапия в восстановительной медицине. М.: Экспосинтез, 2005.-152 с.
 10. Методические рекомендации «Биорезонансная терапия». Москва, 2000.- 26 с. (Мейзеров Е.Е., Блинков И.Л., Готовский Ю.В. и др.).
 11. Пособие для врачей «Применение структурно-резонансной терапии в клинической практике и восстановительной медицине». — Москва, 2004.-39 с. (Разумов А.Н, Кузовлев О.П., Блинков И.Л. и др.).
 12. Баженова О.В. Диагностика психического развития детей первого года жизни.- М., 1986.
 13. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. —М.: Триада-Х, 2001.-640 с.
 14. Гончарова О.В. Система диагностических и корректирующих технологий у детей с последствиями перинатальных гипоксических поражений ЦНС. Докт. дис. медиц. Москва, 2008.
 15. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни.- М.: 2001.
 16. Зыков В.П., Ширегорова Д.Ч. и соавт. Методы исследования в детской неврологии.- М.: 2004.-127 с.
 17. Мастюкова Е.М. Клиническая диагностика в комплексной оценке психомоторного развития детей с отклонениями в развитии// Дефектология.-1996.-№5.-с. 3-7.
 18. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. М.: МЕД прессинформ, 2006.- 256 с.
 19. Тимошенко В.Н. Недоношенные новорожденные дети. Уч. пос.- Ростов-на-Дону: Феникс, 2007.-192 с.
 20. Якунин Н.А., Ямпольская Э.И., Кипнис С.Л., Сысоева И.М. Болезни нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста.- М.: Медицина, 2002.- 280 с.
 21. А. С. Клочков, Л. А. Черникова. Патологические локомоторные синергии после инсульта и влияние на них тренировок на роботизированной системе «Локотат» Физиотерапия, бальнеология и реабилитация №6 2011
 22. М. В. Лядов, М. Ю. Герасименко. Особенности влияния общей воздушной криотерапии на сердечно-сосудистую систему пациентов с артериальной гипертензией Физиотерапия, бальнеология и реабилитация №4 2011, с.114-116
 23. Чиркова Э.Н. Волновая природа регуляции генной активности. Живая клетка как фотонная вычислительная машина.// Русская мысль, 1992, №2, с. 29-42
 24. Холодов Ю.А. Магнитобиологические основы магнитотерапии.// Журн. «Миллиметровые волны в биологии и медицине», №6, 2006г., с.5-10.
 25. Лебедев А. В. Методы оценки физической работоспособности: Метод. пособие для врачей ЛФК. — Ярославль, 2008.
 26. Портнов В. В. Общая и локальная криотерапия: Сборник статей и пособий для врачей. — М., 2009 — С. 18—24.
 27. Тавровская Т. В. Велоэргометрия: Практическое пособие для врачей. — СПб., 2007.



*Дегенбаева Н.К.***ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЙ***ГВКГ МО РК*

Острые кишечные инфекции остаются всегда актуальной проблемой в общественном здравоохранении нашей республике. По оценке ВОЗ острые кишечные инфекции занимают 2-е место в структуре детских инфекционных заболеваний и 4-е место в структуре детской смертности в мире. [1,2]. Особенно высока летальность у детей 1-го года жизни. В настоящее время большинство острых кишечных заболеваний и острых пищевых отравлений связано с пищей в связи с повышенным употреблением в летний период овощей и фруктов, увеличенным водопотреблением, значительной миграцией населения по территории нашей страны и странам зарубежья.

В Республике Казахстан по данным НПЦСЭЭиМв 2011г. зарегистрировано всего 18 730 случаев ОКИ, в том числе среди детей -14 187 случаев (76%), пищевых отравлений -1 605 случаев, в том числе среди детей-812случаев. В данном обзоре представлены сведения о вирусных кишечных инфекциях, которые часто классифицируются эпидемиологами как «неуточненной этиологии»

Одной из основных причин роста заболеваемости кишечными инфекциями является смена приоритетных возбудителей. Если раньше основными возбудителями кишечных инфекций были бактерии (дизентерия, сальмонеллез и другие), сейчас все большую роль играют кишечные вирусы.[3,4] Причин для таких изменений может быть множество, в том числе применение новых технологий производства и фасовки продуктов питания, которые позволили уменьшить влияние пищевого фактора на развитие заболеваемости бактериальных ОКИ, иммунопрофилактика отдельных нозологических форм (например: дизентерии Зонне), активное и часто бесконтрольное применение антибиотиков населением и другие. По данным ВОЗ до 75% нерасшифрованных по возбудителям случаев ОКИ приходится на кишечные вирусные инфекции.[5]

Этиологическая структура заболеваемости ОКИ не является постоянной: в различные периоды времени и в разных регионах она может варьировать. Существенные различия выявляются также при обследовании детей и взрослых [6,7].

В структуре ОКИ наибольшая доля приходится на ротавирусную, норовирусную, энтеровирусную и аденовирусную инфекции.[8]

В настоящее время ротавирусная инфекция (РВИ) имеет широкое распространение среди населения. Ежегодно в мире ротавирусный гастроэнтерит диагностируется у 130 млн. детей [9,10,11]. По данным многочисленных за-

рубежных исследований, частота определения ротавирусов в фекалиях больных небактериальным гастроэнтеритом составляет от 14 до 76% [12]. В результате исследований, проведенных в Российской Федерации, установлено, что доля РВИ в общей сумме ОКИ составляет от 20 до 87% у детей и от 12 до 50% у взрослых [13]. Между тем многие вопросы эпидемиологии РВИ остаются недостаточно изученными, что препятствует организации качественного эпидемиологического надзора и контроля за этим заболеванием.

До настоящего времени нет единого мнения о роли разных путей передачи РВИ. Одни исследователи [14] считают ведущим бытовой путь передачи РВИ. Однако трудно согласиться, что малоактивный бытовой путь передачи может обуславливать столь широкое распространение РВИ, какое имеет место в практических условиях. Другие авторы [15] утверждают, что приоритетную роль в распространении РВИ имеет водный фактор. Исследователи ссылаются на регистрацию водных вспышек РВИ, а также частое выделение ротавирусов из различных водных объектов. В ряде работ [16] существенное значение в передаче ротавирусов отводится пищевым и особенно молочным продуктам. Наконец, в последние годы получены клиничко - лабораторные доказательства реализации при РВИ аэрозольного механизма передачи возбудителя. Отмечено частое развитие у заболевших катаров верхних дыхательных путей параллельно развитию симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта [17]. Имеются сообщения о выделении геномной РНК и самого ротавируса из носоглоточной слизи и слюны больных [18]. Сообщается о массовых вспышках (до 3-4 тыс. заболевших), охватывающих различные группы населения и возникающих на обширных территориях при отсутствии единого питания и водоснабжения [19].

Спорным остается вопрос о ведущих группах риска заболеваемости РВИ. Не раскрыты причины сезонных подъемов заболеваемости населения РВИ в холодный период года, имеющиеся точки зрения по этому вопросу носят, как правило, лишь предположительный характер.

Астровирусы (Ав), согласно данным зарубежных исследователей, являются одними из наиболее часто встречающихся возбудителей нетяжелой диареи и могут вызывать как спорадические случаи кишечных инфекций, так и вспышки ОГЭ. [20]. Астровирус человека (HAsTV) по данным зарубежных исследователей является второй по значимости причиной вспышек ОКИ в таких регионах, как Юго-Восточная Азия, Северная и

Латинская Америка, а вклад в спорадическую заболеваемость варьирует от 4 до 17% в различных регионах [21,22]. Большая часть исследований посвящена изучению различных аспектов АВИ у детей [23]. Астровирусы были впервые открыты и описаны в 1975 г. при электронно-микроскопическом исследовании образцов стула детей, больных диареей. Астровирусы получили свое название из-за звездчатой формы. Вскоре, однако, было обнаружено, что лишь очень малая часть астровирусов обладает характерной морфологией, поэтому в течение многих лет их вклад в развитие диареи был сильно недооценен. Такие факторы, как замораживание и оттаивание, ферментативный протеолиз вирусных частиц и некорректные методы окрашивания и фиксации, так сильно затрудняли определение астровирусов методом электронной микроскопии, что это привело к получению большого количества ошибочных отрицательных результатов. Семейство *Astroviridae*, представленное мелкими икосаэдрическими вирусами 28-30 нм в диаметре, содержит 2 рода: *Avastrovirus*, включающий все известные астровирусы птиц, и *Mamastrovirus*, в который входят все астровирусы млекопитающих, в частности астровирусы человека. Астровирусы млекопитающих являются причиной острого гастроэнтерита, в то время как у птиц они вызывают широкий спектр заболеваний, включая энтериты, нефриты и гепатиты.

Истинная роль и частота встречаемости астровирусов при диарее не признавалась до тех пор, пока не были разработаны современные методы иммуноферментного анализа, более чувствительные, чем метод электронной микроскопии. Астровирусы встречаются повсеместно во всем мире, вызывая диарею в основном у детей, но также и у пожилых людей и у лиц со сниженным иммунитетом. Передача вируса происходит через зараженную пищу, воду и различные загрязнения. Вклад астровирусов в заболевание диареей варьирует от 2,5 % до 10 %, в зависимости от возраста детей, и, таким образом, частота встречаемости астровирусов примерно такая же, как и для аденовирусов. Вследствие этого, после ротавирусов, астровирусы, также как и аденовирусы, являются второй наиболее частой причиной вирусных энтеритов.

Наиболее значимыми возбудителями эпидемической заболеваемости у взрослых являются норовирусы второго генотипа [24]. Норовирусы принадлежат к семейству калицивирусов (*caliciviridae*). В соответствии с последними установлениями Международного комитета по таксонометрии вирусов (ICTV), они разделены на два патогенных для человека рода: норовирус (прежнее название Норфолк-подобный вирус, NLV) и саповирус (прежнее название Саппоро-подобный вирус, SLV). [25] Ежегодно норовирусы вызывают 64 000 эпизодов диареи, требующих госпитализации, 900 000 посещений

клиник детьми в развитых странах и до 200 000 смертельных случаев детей в возрасте до 5 лет в развивающихся странах [26]. Исследования последних лет показывают, что значение норовирусной инфекции в кишечной патологии детей первых лет жизни было недооценено во всем мире [27,28,29]. Все вышеизложенное определяет современное внимание к калицивирусам в плане изучения их разнообразия и значимости отдельных геновариантов в возникновении острого гастроэнтерита у детей, конечной целью которого является разработка норовирусной вакцины. Особое значение исследователи придают эпидемическому распространению норовирусов в ЛПУ и домах, престарелых [30]. Вирусы передаются непосредственно через загрязненную пищу, минимальная инфекционная доза составляет менее, чем 100 вирусных частиц. Так как вирусы выделяются в стул и рвотную массу зараженных людей, возможно очень быстрое распространение инфекции, в особенности в местах общего пользования. Путь передачи обычно фекально-оральный или воздушно-капельный, через образование содержащих вирусы аэрозолей во время рвоты. Гастроэнтерит, вызываемый норовирусами, обычно проявляется в виде сильной тошноты, изнуряющей рвоты и тяжелой формы диареи. Симптомы появляются после инкубационного периода, длящегося от 6 до 48 часов, и могут продолжаться до 3 дней. Вирусы могут затем выделяться до четырех недель. Из-за отмеченной выше изменчивости норовирусов и из-за отсутствия полного защитного иммунитета возможно повторное инфицирование. Поскольку культивирование калицивирусов ни в культуре клеток, ни на животных невозможно, до сих пор диагностика заболевания была ограничена применением электронной микроскопии. Недавно стали применять также молекулярно-генетические методы амплификации последовательностей РНК вирусов. В Казахстане данные о спорадической и эпидемической заболеваемости норовирусной инфекцией взрослых отсутствуют, клиническая картина спорадической НВИ у взрослых представлены в единичных зарубежных публикациях.

Таким образом, в Казахстане практически не исследованным остается вопрос о вкладе норо-, астро- и сапо-, , ротавирусов группы С в этиологическую структуру ОКИ у взрослого населения, недостаточно изучены клинические проявления спорадических норо-, сапо- и астровирусной инфекций у взрослых, особенности их сезонного и возрастного распределения, иммунологические особенности, а также исходы болезни. Недостаточно сведений о роли вирусов в возникновении внутрибольничных вспышек кишечных инфекций в соматических стационарах Казахстана для взрослых. Пути решения видятся в скорейшем внедрении в повседневную практику отечественной лабораторной службы

дифференциальной диагностики — на основе молекулярных методов анализа. Именно данный показатель является индикатором уровня и

эффективности диагностических исследований, которые немислимы без современных высоких технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гисеке И. Современная эпидемиология инфекционных болезней: Пер. с англ.: 2-е изд. Стокгольм, 2004. - 276 с.
2. Караганова О.В. Новые подходы к лечению острых кишечных инфекций / О.В. Караганова // Актуальные вопросы гастроэнтерологии в терапии и хирургии: Сб. науч. тр. Рязань, 2004. - С. - 126-128.
3. П.Брико, Н.И. Эпидемиологический надзор инструмент выявления новых зоологических форм болезней / Н.И. Брико // Эпидемиол. и инф. бол. — 2004.-№ 1.-С. 4-7.
4. Боковой, А.Г. Вирусные диареи у детей: эпидемиология, клиничко-патологические особенности и лечение / А.Г. Боковой // Инф. болезни и антимикробные средства, тез. докл. науч.-практ. конф. М., 2004. - С. 12.
5. Малов, В.А. Вирусные гастроэнтериты / В.А. Малов, А.Н. Горобченко, Е.А. Городнова // Лечащий врач. 2002. - № 11. - С. 54 - 58.
6. Румянцев А. Г. Профилактика и контроль инфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения: руководство для врачей / А.Г. Румянцев. М. : Медпрактика-М, 2007 - Ч. 1. - 528 с.
7. Румянцев А.Г. Профилактика и контроль инфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения: руководство для врачей / А.Г. Румянцев. М. : Медпрактика-М, 2007 - Ч. 2. - 296 с.
8. Wilhelmi, I. Viruses causing gastroenteritis / I. Wilhelmi, E. Roman, A. Sanchez Fauguier // Clin. Microbiol Infect. - 2003. - №9. - V. 247 - 262.
9. Senturia, Y.D. Epidemiology of rotavirus gastroenteritis // J. Epidemiol and Comuniti Health. 2009. - V. 40. - № 3. - P. 236 - 239.
10. S.A. Ansari, S.A. Satter, V.S. Springthorpe et al. Rotavirus survival on human hands and transfer of infectious virus to animate and nonporous inanimate surfaces // J. Clin. Mikrobiol. 1988. - V. 26. - P. 1513 - 1518.
11. Л.Н. Берглезова, Ю.П. Солодовников, А.А. Темкина и др. Ротавирусный гастроэнтерит: тайна зимней сезонности. // Матер. VIII Всерос. съезда эпидемиол., микробиол. и паразитол. -М., 2002. — Ч. I.-С. 11-12.
12. Bishop, R. F. Rotavirus in perspektive a personal view - Austral. Paediatr. J. - 1984.-№20.-P. 9-12.
13. Пантелеева, Т.Г. Обоснование необходимости дезинфекционных мероприятий при ротавирусных гастроэнтеритах /Т.Г. Пантелеева // Актуал. пробл. дезинфектологии в проф. инф. и паразитар. забол: матер. Всерос. науч. конф. М., 2003. 157 с.
14. Н.А. Новикова, Н.В. Епифанова., Е.Е. Альтова и др. Электрофоретическое типирование ротавирусов при клиничко-эпидемиологическом изучении инфекции. // *Вопр. вирусол.* - 1992. - № 1. - С. 31 - 34.
15. Васильев, Б.Я. Острые кишечные заболевания. Ротавирусы и ротавирусная инфекция / Б.Я. Васильев, Р.И. Васильева, Ю.В. Лобзин // СПб.: Лань. -2000.-268 с.
16. S. Richardson, K. Grimwood, R. Gorrell et al. Extented excretion of rotavirus alter severe diarrhoea in young children // Lancet, 1998. V. 351. - № 9119. -P. 1844- 1848.
17. В.В. Далматов, В.М. Миленина, М.А. Вайтович и др. Эпидемиологические особенности ротавирусной инфекции в стационарах для новорожденных детей / // Здоровье населения и среда обитания 2004. - № 12. - С. 15 - 17.
18. Касымбекова, К.Т. Ротавирусная инфекция в Кыргызской республике / К.Т. Касымбекова, Д.Б. Алымбаева // Эпидемиол. и инфекц. бол. 2003. - № 5. -С. 11-14.
19. U.D. Parashar, J.S. Bresee, J.R. Glass et al Rotavirus // Emerging Infekt Dis.- 1998. № 4. - V.561 - 570
20. Brown D.W., Gunning K.B., Henry D.M., Awdeh Z.L., Brinker J.P., Tzipori S., Herrmann J.E. A DNA oligonucleotide microarray for detecting human astrovirus serotypes // J. Virol. Methods. 2008. - V. 147(1). - P. 86-92.
21. Bhattacharya R., Sahoo G.C., Nayak M.K. Molecular epidemiology of human astrovirus infections in Kolkata, India // Infection, Genetics and Evolution 2006. - V. 6. - P. 425-435.
22. Brown D.W., Gunning K.B., Henry D.M., Awdeh Z.L., Brinker J.P., Tzipori S., Herrmann J.E. A DNA oligonucleotide microarray for detecting human astrovirus serotypes // J. Virol. Methods. 2008. - V. 147(1). - P. 86-92.
23. Caballero S., Guix S., El-Senousy W.M., Calico I., Pinto R.M., Bosch A. Persistent gastroenteritis in children infected with astrovirus: association with serotype-3 strains // J. Med. Virol. 2003. - V. 71(2). - P. 245-250.
24. Zheng D.P., Ando T., Fankhauser R.L. et al. Norovirus classification and proposed strain nomenclature // Virology. 2006. Vol. 346. - P. 312 - 323.
25. Yoon J.S., Lee S.G., Hong S.K. et al. Molecular epidemiology of Norovirus infections in children with acute gastroenteritis in South Korea in November 2005 through November 2006 // J. Clin. Microbiol. 2008. - Vol. 46, No. 4. - P. 1474 -1477.
26. Tu E., Bull R., Greening G. et al. Epidemics of gastroenteritis during 2006 were associated with the spread of norovirus GII.4 variants 2006a and 2006b // Clin. Infect. Dis. 2008. - Vol. 46. - P. 413 - 420.
27. Nakagomi T., Correia J.B., Nakagomi O. et al. Norovirus infection among children with acute gastroenteritis in Recife, Brazil: disease severity is compa-

nable to rotavirus gastroenteritis // Arch. Virol. 2008. - Vol. 153, No. 5. - P. 957 - 960.

28. Горелов А.В., Дорошина Е.А., Подколзин А.Т. Клинико-эпидемиологические особенности течения норовирусной инфекции у детей // Вестник Российской военно-медицинской академии. — 2008. — Приложение (часть II) 2(22). С. 554.

29. Подколзин А.Т., Мухина А.А., Шипулин Г.Г. и др. Выявление саповирусов у детей с острыми гастроэнтеритами в Москве в 2002-2003 гг. // Вопросы вирусологии. 2005. — № 2. — С. 27 - 31.

30. Tu E.T., Nguyen T., Lee P. et al. Norovirus GII.4 strains and outbreaks, Australia // Emerg. Infect. Dis. 2007. - Vol. 13. - P. 1128 - 1130.



Ибраева Р.Б.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ГККП «Городская детская больница № 1»

В настоящее время пристальное внимание педиатров уделяется поиску путей оптимизации лечения и профилактики различных соматических заболеваний, позволяющих устранить или значительно уменьшить вероятность хронизации процесса. Наибольший интерес вызывают немедикаментозные методы, в частности лазерное излучение, оказывающее общебиологическое и адаптационное воздействие на защитно-компенсаторные механизмы на клеточном, тканевом, органном уровнях, тем самым способствуя активации саморегуляции [1-9]. Для обоснования применения низкоинтенсивной лазерной терапии в широкой медицинской практике важно понимание того, что первичные фотобиологические реакции вызывают разнообразные биохимические и физиологические реакции в организме [2,3]. Состояние здоровья детского населения в последние годы характеризуется увеличением числа функциональных, хронических заболеваний, ростом социальной значимой патологии. Поэтому важно максимально широкое использование корректирующих физиотерапевтических технологий для оздоровления, лечения и реабилитации детей и подростков с различными заболеваниями [4,8,9]. Детский организм постоянно находится в состоянии относительного стресса в связи с ростом, гормональной перестройкой, неустойчивостью систем адаптации, поэтому болезнь у ребенка можно определить как реакцию организма на вредный фактор, при котором происходит срыв защитно-приспособительных возможностей. Лазерное излучение устраняет дисбаланс в центральной нервной системе и восстанавливает регулирующие функции мозга, нормализует функции организма, приводит к затуханию патологических процессов [5,6]. Лазерная терапия позволяет организму восстановить системное равновесие безболезненно и неинвазивно. Лазерная терапия показана и высокоэффективна при многих патологических и пограничных состояниях вследствие

особенностей механизма действия. Лазерное излучение, проникая в организм и воздействуя на биологические механизмы, стимулирует процессы регенерации и обмена в тканях, повышает уровень кислорода в организме, улучшает гемодинамику и микроциркуляцию, обеспечивает анализирующий, противовоспалительный, противоотечный, десенбилизирующий и иммунокорректирующий эффекты [1-9].

Широта терапевтического действия лазерного излучения, совершенствование лазерной техники стало мощным стимулом для развития лазерной терапии, в том числе в клинике детских болезней [8,9]. Интерес к лазерной терапии в педиатрии обусловлен отсутствием повреждающего действия при адекватных дозировках; возможностью точного дозирования и регулировки параметров воздействия; простотой и безопасностью метода; доступностью для любого лечебно-профилактического учреждения; возможностью применения лазерной терапии не только в условиях физиотерапевтического отделения, но и у постели больного, на дому, в различных экстремальных ситуациях [4,8,9].

Среди методов и средств коррекции патологических состояний недоношенных и новорожденных детей выделяются по эффективности (и перспективам) медицинские технологии, включающие лазерную терапию в комплекс лечебных и реабилитационных мероприятий [10,11]. Ее несомненным достоинством является отсутствие привыкания и аллергических реакций. Лазерная терапия не только позволяет снизить медикаментозную агрессию (т.е. резко уменьшить дозировки лекарственных препаратов, или исключить их вовсе), но и является пусковым механизмом для повышения эффективности применяемых в комплексе с ней методов.

Исходя из современных представлений о механизме действия лазерного излучения, положительный эффект этого метода можно объяснить стабилизирующим действием на мембранные струк-

туры клеток и нормализацией внутриклеточного метаболизма, увеличением фагоцитарной активности лимфоцитов, что приводит к уменьшению проявлений тканевой гипоксии, к нормализации микроциркуляции, к активизации общих и местных механизмов иммунологической защиты. Проведенные исследования могут быть использованы для объяснения механизмов благополучного воздействия лазеротерапии на состояние организма новорожденных и недоношенных детей [5, 7].

Партенадзе А.Н., Яцык Г.В. [10], применяя лазерную терапию у новорожденных с перинатальной патологией ЦНС, пришли к следующим выводам: для применения низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении перинатальных заболеваний у новорожденных и недоношенных детей практически не существует противопоказаний; использование He-Ne лазерного излучения улучшает течение периода постнатальной адаптации детей с перинатальной патологией центральной нервной системы; использование He-Ne лазерного излучения оказывает комплексное воздействие на различных уровнях от клеточно-субклеточного до организменного, вызывая быстрый и устойчивый клинический эффект; He-Ne лазерное излучение оказывает иммуномодулирующее влияние на новорожденных и, особенно, недоношенных детей; при синдроме повышенной нервно-рефлекторной возбудимости и наличии инфекционно-воспалительных процессов у новорожденных благоприятное влияние на клинико-цитохимические показатели оказывает применение общего воздействия на магистральные кровеносные сосуды He-Ne лазерного излучения.

Низкоинтенсивная лазерная коррекция (НИЛК) активности инфекционно-воспалительного процесса при хроническом бронхите у детей и подростков с использованием полупроводникового светодиодного лазерного аппарата нового поколения основана на дифференцированном выборе терапевтического режима в зависимости от степени активности воспаления [12,13]. Индивидуализация лазерной коррекции активности воспаления приводит к уменьшению суммарной энергетической нагрузки, сокращению экспозиции воздействия, положительно действует на динамику степени активности воспаления, улучшает как ближайшие, так и отдаленные результаты комплексного лечения хронического бронхита [14,15]. По данным Усковой А.В. (2010) в клинической практике для выбора терапевтического режима НИЛК, активности инфекционно-воспалительного процесса в комплексной терапии хронического бронхита у детей и подростков необходимо, предварительно провести диагно-

стику степени активности воспаления [13]. При 1-й степени воздействуют лазерным излучением красного диапазона курсом 5-6 процедур, при 2-й степени - лазерным излучением красного диапазона и инфракрасным лазерным излучением (ИКЛИ) курсом 7-8 процедур, при 3-й степени активности воспаления - ИКЛИ курсом 9-10 процедур [13].

Положительный эффект при включении в комплексную терапию лазерной терапии получен при лечении хронического тонзиллита (купирование симптомов интоксикации), ранняя санация лакун миндалин, уменьшение размеров и болезненности регионарных лимфоузлов (подчелюстных, переднешейных, заднешейных), что указывает на противовоспалительное действие фактора, улучшение микроциркуляции и лимфооттока [8]. Лазерная терапия при риносинусите клинически способствовала разжижению и облегчению оттока содержимого пазух, уменьшению отека слизистой носовых ходов, исчезновению заложенности носа, что указывает на секретолитический, противоотечный и противовоспалительный эффекты и подтверждается данными риноскопии, ультразвукового исследования придаточных пазух носа [3]. Клинические данные подтверждались положительной динамикой гемограммы и иммунограммы, что подтверждает иммунокорректирующее и десенсебилизирующее действие лазеротерапии. Лазеротерапия у детей, страдающих дискинезией желчевыводящих путей, уже после нескольких процедур приводила к уменьшению болевого синдрома и диспепсических явлений, локальной пальпаторной болезненности и выраженности пузырных симптомов [5]. Лазеротерапия у детей, страдающих нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря (НДМП) гиперрефлекторного, норморефлекторного и гипорефлекторного типов и энурезом привела к урежению эпизодов дневного и ночного недержания мочи, купированию болезненного мочеиспускания [9]. После курсового применения лазерной терапии у всех детей отмечалось снижение частоты мочеиспусканий и увеличение количества мочи в разовой порции. Ночной энурез исчез у 25% пролеченных детей, у 75% детей отмечалось значительное снижение частоты данного симптома (от ежедневных эпизодов до 1 раза в 5-6 дней после курсового лечения) [9].

Таким образом, низкоинтенсивное лазерное воздействие аппаратами полифакторной квантовой терапии в педиатрии достоверно улучшает основные показатели здоровья детей с различными видами заболеваний и может быть рекомендовано к широкому практическому применению в педиатрической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Москвин С.В. Эффективность лазерной терапии. — М.: Техника, 2003. — 256 с.
2. Москвин С.В., Ачилов А.А. Основы лазерной терапии. — М.-Тверь: Триада, 2008. 256 с.
3. Москаленко И.Т. Влияние низкоинтенсивного

лазерного излучения на показатели эндогенной интоксикации и воспалительной активности слизистой бронхов больных бронхиальной астмой // Автореферат. Дис.канд. мед. наук: Воронеж, 2007.-22С.

4. Москвин С.В. *Лазерная терапия в педиатрии* // С.В. Москвин, А.Н. Наседкин., А.Я. Осин// -М.-Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2009.- 480 С.
5. Москвин С.В. *Основы лазерной терапии* // С.В. Москвин, В.А. Буйлин.- М.-Тверь, ООО «Издательство «Триада», 2006.- 256 С
6. Москвин С.В. *Системный анализ эффективности управления биологическими системами низкоэнергетическим лазерным излучением: Автореф. дисс. . д-ра биол. наук. Тула, 2008. - 38 С.*
7. Бриль Г.Е. *Молекулярно-клеточные основы терапевтического действия низкоинтенсивного лазерного излучения: Учебное пособие./ Г.Е.Бриль. Саратов, 2000.-43С.*
8. Ицкович А.И., Осин А.Я., Блохина Н.П. и др. *Лазерная терапия в педиатрии* // Тихоокеанский мед. журн. 1999. - № 2. — С. 42-45.
9. Москвин С.В., Наседкин А.Н., Осин А.Я., Хан М.А. *Лазерная терапия в педиатрии* // М. -Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2009. - 480 с.
10. Партенадзе А.Н., Яцык Г.В. *Низкоинтенсивная лазерная терапия в клинике новорожденных и недоношенных детей. - НИИ РЛ МГТУ им. Баумана, 2004*
11. Ицкович А.И., Пономаренко Т.Н., Осин А.Я. *Лазерная терапия в неонатологии. Владивосток: Дальнаука, 1999. - 222 с.*
12. Басиева О.З. *Лазерная и иммуностропная терапия при бронхиальной астме* // Аллергология и иммунология. - 2004.- т.5. -№1.- С.82
13. Ускова А.В. *Особенности развития и оптимизация диагностики и лечения хронического бронхита у детей и подростков* // Автореферат дис. к.м. н. – 2010
14. Ицкович А.И., Осин А.Я. *Проблемы лазеров и местного иммунитета при заболеваниях легких в детском возрасте* // Новые направления лазерной терапии: материалы Международ. конф. М., 1996. - С. 150-151
15. Хан М.А., Чернышова Л.А. и др. *Применение низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона при хронических бронхолегочных заболеваниях у детей* // Лазерная медицина. — 2003. Т. 7, вып. 2. - С. 26-29.



Каппасова Е. Ж.

ПРОБЛЕМЫ ПРАВИЛЬНОГО ВЫБОРА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОТИТА И ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ

КГКП «Детская больница», КДП г. Жезказган

Острый средний отит (ОСО) одно из самых распространенных заболеваний детского возраста. К трехлетнему возрасту его переносят 71% детей; 65–95% детей переносят хотя бы один эпизод за первые 7 лет жизни. ОСО у детей в первые 6 месяцев жизни, однократно или несколько раз, указывает на вероятность развития рецидивирующих средних отитов. По данным Health Maintenance Organization у 48% детей отмечены однократные эпизоды острого перфоративного или неперфоративного среднего отита в первые 6 месяцев жизни или более 2 эпизодов за 12 месяцев жизни.

По данным многолетних наблюдений, ведущими бактериальными возбудителями острого отита являются *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* и *Haemophilus Influenzae*, определенную роль также играет *Streptococcus pyogenes*. Эти данные подтверждены в одной из работ по исследованию этиологии острого отита методом микротимпаноцентеза у детей до 2-летнего возраста: бактериальные патогены были выявлены

в 80% случаев, *Streptococcus pneumoniae* – 46%, *Haemophilus Influenzae* – 34%, *Streptococcus pyogenes* – 10%, грамотрицательные энтеробактерии – 7%, *Moraxella catarrhalis* – 2%, *Enterococcus faecalis* – 1% [1, 2, 3].

Согласно мнению экспертов [4] основными критериями для установления диагноза ОСО являются:

- наличие выпота в барабанной полости,
- острое начало (появление болевого синдрома и лихорадки),
- наличие признаков воспаления.

Проблема антибактериальной терапии острого отита является предметом многолетних интенсивных исследований, их результаты опубликованы в ряде метаанализов и систематических обзоров. Важнейшими среди них являются следующие: метаанализы R.Rosenfeld и соавт., 1994 [5] и 1999 [6]; A.Kozyrskyj и соавт., 1998 [7]; C.Del Mar и соавт., 1997 [8]; кокрановский обзор P.Glasziou и соавт., 2000 [9]. Выжидательная

тактика назначения антибиотиков при остром отите широко распространена в Дании, где при анализе большой группы больных (7000 пациентов) была показана ее высокая эффективность и безопасность [10]. Среди всех изученных пациентов мастоидит наблюдали лишь в 1 случае, когда антибиотики не были назначены, несмотря на то, что у ребенка сохранялась выраженная клиническая картина через 72 ч наблюдения. Применение выжидательной тактики позволяет существенно сократить объем применения антибиотиков при остром отите. Так, в Нидерландах антибиотики получают лишь 31% пациентов, а в Австралии и Северной Америке – 98%, при этом исходы лечения не различаются [11].

Целесообразность выжидательной тактики при назначении антибиотиков для лечения острого отита была оценена в специальном контролируемом исследовании [12]. В исследовании были включены дети в возрасте от 6 мес до 10 лет. Диагноз острого среднего отита устанавливали на основании клинического обследования и данных отоскопии. Для стандартизации при интерпретации данных отоскопии все врачи, участвовавшие в исследовании, получили фотографии барабанной перепонки на различных стадиях развития воспаления. Как следует из полученных результатов, преимущества немедленного назначения амоксициллина проявились в сокращении периода развернутой клинической симптоматики (боль, плач, беспокойство) приблизительно в 1-й день. При этом авторы подчеркивают, что в течение первых 24 ч лечения (когда клиническая картина была наиболее выраженной) преимущества амоксициллина не проявлялись. После 24 ч быстрое улучшение самочувствия детей наблюдали в обеих группах, но на фоне лечения амоксициллином оно было более выраженным. В группе детей с немедленным назначением амоксициллина частота диареи была на 10% выше, чем в группе с отсроченным назначением.

Результаты метаанализов показали следующее:

- амоксициллин при остром отите незначительно, но достоверно сокращает длительность периода развернутой клинической симптоматики, в то же время способствует развитию побочных эффектов (диарея);

- немедленное назначение антибиотиков при постановке диагноза “острый отит” нецелесообразно;

- назначение антибиотиков при остром отите показано в случае отсутствия положительной динамики в течение 24–72 ч наблюдения. Изучение возможности использования коротких (5–7 дней и меньше) курсов антибиотикотерапии дало обнадеживающие результаты. Показано, что короткие курсы (5 дней) оральных цефалоспоринов (цефаклора, цефуроксима, цефоподоксима, цефиксима и цефпрозила) не уступали по эффективности стандартным 10-дневным курсам [13, 14]. Показана также высокая клиническая эффективность коротких курсов азитромицина, это послужило ос-

нованием для FDA (Food and Drug Administration, США) разрешить однократное применение этого антибиотика для лечения ОСО.

Длительность антибактериальной терапии при остром среднем отите зависит от тяжести заболевания и возраста ребенка. Так, у детей до 5 лет и у детей любого возраста при тяжелой форме заболевания антибактериальное лечение проводится 10 дней (за исключением азитромицина и цефтриаксона). У детей старше 5 лет при легкой и среднетяжелой форме острого среднего отита адекватным считается лечение длительностью 5–7 дней (за исключением азитромицина и цефтриаксона) [15].

В структуре заболеваний ЛОР-органов у детей значительную часть составляют инфекционно-воспалительные заболевания небных миндалин, на долю которых приходится от 20% случаев в общей популяции и до 43% в группе часто болеющих детей. В этиологии острых тонзиллитов (ангин) основную роль играют следующие микроорганизмы: *Neisseria meningitidis*, *Moraxella catarrhalis* и бета-гемолитический стрептококк, актуальность которого в становлении патологического процесса по-прежнему высока. [16] Терапия острого тонзиллита остается традиционной: это антибактериальная терапия, причем препаратами выбора остаются аминопенициллины с клавулановой кислотой (амоксициллин/клавуланат, аугментин). Синтетические пенициллины сохраняют свое значение только при лечении острых тонзиллитов, вызванных бета-гемолитическим стрептококком. На сегодня из группы пенициллинов для орального приема наибольшее значение имеет амоксициллин, превосходящий остальные препараты этой группы по своим фармакокинетическим свойствам. Наряду с пенициллинами используются антибиотики цефалоспоринового ряда, причем предпочтение отдается препаратам первого (цефадроксил) и второго (цефуроксим, аксетил, цефаклор) поколений. При тяжелой форме тонзиллита можно применять бензилпенициллин внутримышечно 2–3 дня с последующим переходом на феноксиметилпенициллин или амоксициллин. Для эрадикации *S. pyogenes* необходим 10-дневный курс антибиотикотерапии (исключение составляют бензатин бензилпенициллин и азитромицин) [17]. Иная тактика антибактериальной терапии показана при рецидивирующем стрептококковом тонзиллите, характеризующемся множественными эпизодами острого тонзиллита в течение нескольких месяцев с выявлением *S. pyogenes* при культуральном исследовании. Так как у подобных пациентов высока вероятность колонизации очага инфекции микроорганизмами, продуцирующими β-лактамазы, целесообразно проведение курса лечения ингибиторзащищенными пенициллинами (амоксициллин/клавуланат) или пероральными цефалоспориновыми II поколения (цефуроксим аксетил), а при непереносимости β-лактамов антибиотиков – макролидами или линкозамидами

[17]. В случае непереносимости пенициллинов и цефалоспоринов применяются макролиды. [18] Проведено открытое сравнительное рандомизированное исследование оценки эффективности 3-х и 5-ти дневного курсов лечения специальной педиатрической суспензией Сумамеда (200 мг в 5 мл). В исследование было включено 60 пациентов, рандомизированных в 2 группы, в зависимости от длительности антибиотикотерапии. Полученные результаты свидетельствуют о высокой клинической и бактериологической эффективности применения 3-х и 5-ти дневного курсов сумамеда в лечении обострений хронического тонзиллита у детей [19,20-22]. Наряду с системными антибиотиками используются и топические антисептические средства, обладающие противовоспалительным, а также обезболивающим эффектом (гексаспрей, гексорал, стопангин, тантум верде и др.). Нерациональное лечение острого тонзиллита, в частности отказ от системной антибиотикотерапии или ее неоправданно укороченный курс, является одной из причин хронизации процесса.

В каких случаях показана тонзиллэктомия? Существуют доказательства невысокого качества (исследования у взрослых не проводились), в соответствии с которыми тонзиллэктомия в некоторых случаях может быть целесообразной [23]. Тонзиллэктомия должна применяться только в случае соответствия пациента

всем указанным критериям (согласно положениям NICE 2001 г.) а именно:

- боль в горле связана с тонзиллитом;
- пять или более эпизодов тонзиллита или фарингита в год;
- симптомы появились год назад или ранее;
- эпизоды тонзиллита или фарингита приводят к нетрудоспособности и мешают вести обычный образ жизни.

Под неэффективностью терапии ОТ понимают сохранение клинической симптоматики заболевания и положительные результаты микробиологических исследований по окончании курса лечения этиотропными лекарственными средствами. Неудачи при лечении стрептококкового тонзиллита чаще отмечаются у больных, получавших феноксиметилпенициллин. Они отчасти могут быть обусловлены недостаточной исполнительностью пациента в соблюдении предписанной схемы терапии (прием антибиотика сразу после еды, уменьшение суточной его дозы и т.п.). В подобных случаях рекомендуется повторный курс лечения одним из медикаментов другой группы. При исчезновении клинической симптоматики ОТ и сохраняющемся выделении БГСА повторные курсы антибактериальной терапии целесообразны только в случае наличия ревматической лихорадки в анамнезе у пациента или членов его семьи [24,25-27].

ЛИТЕРАТУРА

1. Turner D, Leibovitz E, Aran A et al. Acute otitis media in infants younger than two months of age: microbiology, clinical presentation and therapeutic approach. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21: 669-74.
2. Ruuskanen O, Arola M, Heikkinen T, Ziegler T. Viruses in acute otitis media: increasing evidence for clinical significance. *Pediatr Infect Dis J* 1991; 10: 425-7.
3. Heikkinen T, Thint M, Chonmaitree T. Prevalence of various respiratory viruses in the middle ear during acute otitis media. *N Engl J Med* 1999; 340: 260.
4. Marcy M, Takata G, Shekelle P et al. Management of Acute Otitis Media. Evidence Report/Technology Assessment No. 15 (Prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0001). AHRQ Publication No. 01-E010. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2001.
5. Rosenfeld RM, Vertrees JE, Carr J et al. Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media: meta-analysis of 5400 children from thirty-three randomised trials. *J Pediatr* 1994; 124: 355-67.
6. Rosenfeld RM. What to expect from medical therapy. In: Rosenfeld RM, Bluestone CD, eds. Evidence-based otitis media. Saint Louis, BC: Decker Inc., 1999b; 179-205.
7. Kozyrskyj AL, Hildes-Ripstein GE, Longstaffe SEA et al. Treatment of acute otitis media with a shortened course of antibiotics: A meta-analysis. *JAMA* 1998; 279 (21): 1736-42.
8. Del Mar CB, Glasziou PP, Hayem M. Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media? A meta-analysis. *BMJ* 1997; 314: 1526-9.
9. Glasziou PP, Del Mar CB, Hayem M, Sanders SL. Antibiotics for acute otitis media in children (Cochrane Review): *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 4: CD000219.
10. Van Buchem FL, Peeters MF, Van Hof MA. Acute otitis media a new treatment strategy. *BMJ* 1985; 290: 1033-7.
11. Froom J, Culpepper L, Grob P et al. Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media: report from International Primary Care Network. *BMJ* 1990; 300: 582-6.
12. Little P, Gould C, Williamson I et al. Pragmatic randomised controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otitis media. *BMJ* 2001; 322: 336-42.
13. Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Практические рекомендации. Под редакцией А.А.Баранова и Л.С.Страчунского. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2007; 9 (3): 200-10.
14. Михайлов И.Б. Основы фармакотерапии детей и взрослых. Руководство для врачей.

- М.: АСТ; СПб.: Сова, 2005; 543–22.
15. Рациональная антимикробная фармакотерапия. Руководство для практикующих врачей. Под общей редакцией В.П. Яковлева, С.В. Яковлева М.: Литтерра; 2003. С.71–443, 667–73
16. Щербакова М.Ю., Белов Б.С. А-стрептококковый тонзиллит: современные аспекты. Педиатрия. 2009; 88 (5): 127–35.
17. Спичак Т.В. Диагностика и лечение тонзиллита у детей с позиций доказательной медицины. Вопросы современной педиатрии. 2010; 9 (2): 38–43.
18. Значение хламидийной инфекции в развитии хронических воспалительных заболеваний глотки / В. И. Линьков и др. / Новости отоларингологии и логопатологии. — 2005. — № 3. — с. 146.
19. Ковалева Л. М. Результаты лабораторного обследования детей с поражением лимфоидного кольца глотки / Л. М. Ковалева, Г. И. Тимофеева, Л. Н. Москаленко // Новости отоларингологии и логопатологии. — 2008. — № 2. — С. 75–77.
20. Гаращенко Т. И., Богомилский М. Р. Макролиды в терапии острого тонзиллита и его осложнения у детей. --- М., 2009. — 28 с.
21. Rubmstein E. Comparative safety of the different macrolides // Int. Joramtimicrobial Agents. - 2001. — № 18. — P. 71 — 76.
22. Г. А. Самсыгина. Иммуномодулирующее действие рулида на функцию фагоцитов периферической крови / Г. А. Самсыгина, Т. М. Бородина, И. Б. Левшин. — М., 1998. — 17 с.
23. Program and Abstracts 40 ICAAC / R. Cohen et al. // Toronto, 2000. - abstract № 1567.
24. Белов Б. С. А-стрептококковый тонзиллит: клиническое значение, вопросы антибактериальной терапии // Лечащий Врач. 2002. № 1-2. С. 24-28.
25. Караулов А. В., Сокуренок С. И., Бармотин Г. В. Принципы иммунопрофилактики и иммунотерапии рецидивирующих респираторных заболеваний // ММА им. И. М. Сеченова, поликлиника МИД РФ. М., 1999.
26. Лазарев В. Н. Адаптационные реакции и их коррекция при хронических воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1995.
27. Лопатин А. С. Лечение острого и хронического фарингита // РМЖ. 2001. Т.9.№3,с.16-17.



Лукина Е.А

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ «С» - РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Больница УПД РК, зав. терапевтического отделения

С-реактивный белок получил свое название из-за способности вступать в реакцию преципитации с С-полисахаридом пневмококков (один из механизмов ранней защиты организма от инфекции). СРБ стимулирует иммунные реакции, в т. ч. фагоцитоз, участвует во взаимодействии Т- и В-лимфоцитов, активирует классическую систему комплемента. Синтезируется преимущественно в гепатоцитах, его синтез инициируется антигенами, иммунными комплексами, бактериями, грибами, при травме (через 4 - 6 часов после повреждения). В сыворотке здорового человека отсутствует. Концентрация С-реактивного белка в крови имеет высокую корреляцию с активностью заболевания, стадией процесса. [1,2]

Уровень СРБ быстро и многократно увеличивается при воспалениях различной природы и локализации, паразитарных инфекциях, травмах и опухолях, сопровождающихся воспалением и некрозом тканей. Тест на СРБ чаще всего сравнивают с СОЭ (скорость оседания эритроцитов). Оба показателя резко возрастают в начале заболевания,

но СРБ появляется и исчезает раньше, чем изменяется СОЭ. При успешном лечении уровень СРБ снижается в течение последующих дней, нормализуясь на 6 - 10 сутки, в то время как СОЭ снижается только спустя 2 - 4 недели. [3,7,9]

Таким образом, быстрая нормализация уровня СРБ позволяет использовать этот тест для наблюдения за течением болезни и контроля эффективности лечения. При любых заболеваниях, либо после операции присоединение бактериальной инфекции, будь то местный процесс или сепсис, сопровождается повышением уровней белков острой фазы. Белок острой фазы, самый чувствительный и самый быстрый индикатор повреждения тканей при воспалении, некрозе, травме. Концентрация С-реактивного белка в крови имеет высокую корреляцию с активностью заболевания, стадией процесса. [16,19]

Вот о чем свидетельствуют повышенные концентрации СРБ:

Бактериальная инфекция. При ней наблюдаются самые высокие уровни СРБ (100 мг/л и выше).

При эффективной терапии уровень СРБ снижается уже на следующий день, если нет – необходимо более эффективное антибактериальное лечение. [20,22]

Сопутствующие бактериальные инфекции. При любых заболеваниях присоединение бактериальной инфекции повышает СРБ более 100 мг/л. [18,23]

Вирусная инфекция. СРБ повышается незначительно (меньше 20 мг/л), это позволяет отличить вирусные инфекции от бактериальных. [21,26]

После оперативного вмешательства уровень СРБ возрастает, но при отсутствии бактериальной инфекции в послеоперационном периоде уровень СРБ быстро нормализуется. При присоединении бактериальной инфекции послеоперационный период сопровождается ростом уровня СРБ или его снижением. [27,30]

Всего в ходе лечения 103-х пациентов с различными терапевтическими заболеваниями мы наблюдали следующие взаимоотношения между показателями СРБ и СОЭ (скорость оседания эритроцитов): в начале заболевания оба показателя резко возрастают, при успешном лечении уровень СРБ снижается на седьмой, восьмой, девятый дни болезни.

Ранний послеоперационный период после аорто-коронарного шунтирования.

Реабилитационный курс лечения после операции прошли 7 пациентов. При поступлении уровень СРБ у всех пациентов был высоким. У 2-х пациентов наблюдался левосторонний асептический

плеврит, купированный в ходе прохождения курса реабилитации.

К концу лечения уровень СРБ нормализовался у 6 пациентов. У одной пациентки уровень СРБ оставался высоким, что потребовало дополнительного обследования. На обзорной рентгенографии органов грудной клетки выявлена очаговая пневмония в нижней доле слева. У данной пациентки уровень СРБ стал отрицательным после купирования пневмонии.

Острые пневмонии. Стационарное лечение прошел 21 пациент. При поступлении уровень СРБ в плазме крови у пациентов был высоким.

У 20 пациентов к концу курса лечения уровень СРБ стал отрицательным.

Только у одной пациентки уровень СРБ в плазме крови оставался высоким. Проведена смена антибиотиков. Купирование пневмонии подтверждено рентгенологически, уровень СРБ в плазме крови стал отрицательным.

СРБ является наиболее специфичным и чувствительным клинико-лабораторным индикатором воспаления. Нормализация уровня СРБ в плазме крови позволяет использовать этот тест для наблюдения за течением заболевания, контроля эффективности.

По нашему мнению в настоящее время имеется необходимость в широком применении измерения концентрации СРБ для мониторинга и контроля эффективности лечения бактериальных инфекций, хронических воспалительных заболеваний и осложнений оперативной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шевченко О.П. Белки острой фазы воспаления// – Лаборатория. – 1996. – №1.
2. А. Б. Сумароков, В. Г. Наумов, В. П. Масенко /С-реактивный белок и сердечно-сосудистая патология/ Триада, 2006, 184 стр.
3. Фомин В.В., Козловская Л.В. С-реактивный белок и его значение в кардиологической практике// Журнал доказательной медицины для практикующих врачей. – 2003. – №5.
4. Agrawal A., Cha Molstad H., Samols D., Kushner I. Transactivation of C-reactive protein by IL-6 requires synergistic interactions of CCAAT/enhancer binding protein ν (C/EBP ν) and Rel// J Immunol. 2001, 166:2378–2384
5. Agrawal A., Cha Molstad H., Samols D., Kushner I. Overexpressed nuclear factor B can participate in endogenous C-reactive protein induction, and enhances the effect of C/EBP ν and signal transducer and activator of transcription-3// Immunology 2003, 108:539–547.
6. Berk B.C., Weintraub W. S., Alexander R.W. Elevation of C-reactive protein in «activ» coronary artery disease// Am. J. Cardiol. 1990: 98: 2219–2222
7. Bogaty P., Brophy J.M., Boyer L., Simard S. et al. Fluctuating inflammatory markers in patients with stable ischemic heart disease// Arch Intern Med. 2005 165(2):221–226.
8. Cao J.J., Thach C., Manolio T.A. et al. C-reactive protein, carotid intima media thickness, and incidence of ischemic stroke in the elderly: the Cardiovascular Health Study// Circulation. 2003;108:166–170.
9. Erlinger T., Platz E., Rifai N., Helzlsouer K. C-reactive protein and the risk of incident colorectal cancer. C-reactive protein and the risk of incident colorectal cancer// JAMA. 2004;291(5):585–590.
10. Futterman L., Lemberg L. High sensitivity C-reactive protein is the most effective prognostic measurement of acute coronary events// J Critical Care 2002, 11, 5, 482–486.
11. Khreiss T., Jo'zsef L., Potempa L., Filep J. Conformational Rearrangement in C-Reactive Protein Is Required for Proinflammatory Actions on Human Endothelial Cells Circulation// 2004;109:2016–2022.
12. Kovacs A., Green F., Hansson L. et al. A novel common single nucleotide polymorphism in the promoter region of the C-reactive protein gene associated with the plasma concentration of C-reactive protein// Atherosclerosis. 2005;178:193–198.

13. Kushner I. C reactive protein elevation can be caused by conditions other than inflammation and may reflect biologic aging// *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2001, 68:535–537.
14. Lehrer S., Diamond E., Mamkin B. et al. C reactive protein is significantly associated with prostate specific antigen and metastatic disease in prostate cancer// *BJU Int.* 2005;95:961–962.
15. Levinson S., Miller J., Elin R. Poor Predictive Value of High Sensitivity C Reactive Protein Indicates Need for Reassessment// *Clinical Chemistry*, 2004, 50:1733 – 1735.
16. Levinson S. Brief review and critical examination of the use of hs-CRP for cardiac risk assessment with the conclusion that it is premature to use this test// *Clinica Chimica Acta*, 2005, 356:1–8.
17. Nissen S., Tuzcu E., Schoenhagen P. et al. Reversal of Atherosclerosis with Aggressive Lipid Lowering (REVERSAL) Investigators// *N Engl J Med.* 2005;352:29–38.
18. Paimany B. Clinical application of high sensitivity C-reactive protein// *Cardiol Rev.*, 2002;19:19–22.
19. Pate V., Robbins M., Topol E. C reactive protein: A 'golden marker' for inflammation and coronary artery disease// *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2001, 88:521–534.
20. Pepys M., Hirschfield G. C reactive protein: a critical update// *J. Clin. Invest.*, 2003, 111:1805–1812.
21. Pepys M. CRP or not CRP? That Is the Question// *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.*, 2005; 25: 1091–1094.
22. Ridker P., Hennekens C., Buring J., Rifai N. C reactive protein and other markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women// *N Engl J Med* 2000;342:836–843.
23. Ridker P., Rifai N., Rose L., Cook N. Comparison of C reactive protein and low density lipoprotein cholesterol levels in the prediction of first cardiovascular events// *N Engl J Med* 2002;347:1557–1565.
24. Ridker P., Buring J., Cook N., Rifai N. C reactive protein, the metabolic syndrome and risk of incident cardiovascular events// *Circulation* 2003; 107:391–397.
25. Ridker P., Cannon C., Morrow D. et al. Pravastatin or Atorvastatin Evaluation and Infection Therapy Thrombolysis in Myocardial Infarction 22 (PROVE IT TIMI 22) Investigators. C reactive protein levels and outcomes after statin therapy// *N Engl J Med.* 2005;352:20–28.
26. Rifai N. High-Sensitivity C Reactive Protein: A Useful Marker for Cardiovascular Disease Risk Prediction and the Metabolic Syndrome// *Clin. Chem.* 2005; 51: 504–505.
27. Rifai N., Ridker P. Proposed cardiovascular risk assessment algorithm using high sensitivity C reactive protein and lipid screening// *Clin Chem* 2001;47:28–30.
28. Szalai A., Wu J., Lange E. et al. Single nucleotide polymorphisms in the C-reactive protein (CRP) gene promoter that affect transcription factor binding, alter transcriptional activity, and associate with differences in baseline serum CRP level// *J Mol Med.* 2005; 83:440–447.
29. Tillett W., Francis T. Serological reaction in pneumonia with a non protein somatic fraction of *Pneumococcus*// *J Exp Med*;1930; 52: 561–571.
30. Verma S. C reactive protein incites atherosclerosis// *Can J Cardiol* 2004;20 (Suppl B) B:29B–31B.



Мунько Н.В.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК

ГККП ГДБ №2 КДП

Воспаление наружных половых органов в сочетании с воспалением влагалища (вульвовагинит) занимает первое место в структуре гинекологических заболеваний девочек [1–6]. По данным разных авторов, частота вульвовагинитов колеблется от 35 до 93% [1, 2, 4]. Данные зарубежных авторов также отличаются высокой вариабельностью. В Испании вульвовагинитом страдают 28,7% девочек [11], в Великобритании – 40,5% [9], в Греции и США – 61,8% обследованных [10]. Распространенность вульвовагинитов у девочек составляет 2,68–3,21 на 1000 детей [2], причем более 60% вульвовагинитов имеют рецидивирующий характер.

Высокая частота вульвовагинитов у девочек может быть обусловлена особенностями строения кожных покровов наружных половых органов [2]. Вульва у девочек препубертатного возраста имеет тонкую дерму и разрыхленный роговой слой эпидермиса, который легко подвергается вредным воздействиям. Защитные функции кожи, особенно ее бактерицидные свойства, снижены; pH кожи обеспечивается секретом сальных и потовых желез, у взрослых этот показатель в норме составляет 4,5–6,0, у детей – 6,7. Микрофлора половых путей девочек представлена преимущественно кокковой флорой, в вагинальных мазках определяются единичные лейкоциты и

эпителиальные клетки, практически отсутствуют лактобациллы. Очищение влагалища происходит благодаря фагоцитарной функции макрофагов и полиморфно-ядерных лейкоцитов. Автономные иммунные механизмы защиты (секреторные иммуноглобулины, лизоцим, система комплемента, фагоцитоз) у девочек находятся в стадии функционального становления и их защитная роль минимальна [1, 7]. Предрасполагают к развитию и поддержанию воспаления такие анатомические особенности строения наружных половых органов, как зияющее за счет тонкой полулунной или кольцевидной ригидной девственной плевы вульварное кольцо, невыраженная задняя спайка, низкое расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала, что приводит к появлению влагалищно-уретрального рефлюкса и сопровождается забросом содержимого влагалища в мочевыводящие пути. Такое состояние половых путей обычно наблюдается у девочек до 7-8 лет жизни. В 9-10 лет влагалище заселяется преимущественно лактобациллами, нейтрально-кислая реакция влагалищного содержимого постепенно переходит в слабокислую. Большие половые губы за счет накапливающейся жировой ткани увеличиваются в размерах, уплотняются и смыкают половую щель. К 15 годам увеличивается количество эпителиальных слоев, среда влагалища становится кислой, что приводит к значительному снижению частоты вульвовагинитов [1, 3, 8, 9].

В норме влагалище девочки заселено условно-патогенной (т.е. проявляющейся болезнью только при определённых условиях) микрофлорой, чаще всего эпидермальным стафилококком [5, 8]. При любом снижении реактивности детского организма (которое обычно возникает после любой перенесенной инфекции или при хроническом воспалительном процессе в организме ребенка) происходит нарушение равновесия между микрофлорой влагалища и организмом девочки, в результате чего условно-патогенная флора приобретает патогенные свойства и вызывает воспаление, а кроме того, при этом во влагалище легко проникает патогенная микрофлора. Помимо этого, вульвовагинит может быть вызван энтеробиозом (наличие остриц в кишечнике), а также несоблюдением правил гигиены, при купании в загрязненных водоемах [6]. Несколько реже встречаются вульвовагиниты, вызванные попаданием инородного тела во влагалище (через отверстие в девственной плеве, которое есть у всех девочек в норме), это может быть песчинка, кусочек туалетной бумаги, мелкие игрушки. Часто фоном для возникновения вульвовагинита являются аллергические реакции, нарушение обмена веществ (в частности наличие солей в моче, сахарный диабет) [1, 7]. Одним из важнейших факторов риска в развитии вульвовагинитов у детей является инфицирование возбудителями инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). В настоящее время заболеваемость ИППП в популяции детей,

в том числе в возрастной группе от 0 до 12 лет, остается на достаточно высоком уровне [10]. По данным ряда авторов, обследование детей на наличие у них так называемой оппортунистической инфекции выявило, что ИППП, составляют 33% в структуре острых и 25% в структуре хронических вульвовагинитов. Физиологические особенности организма девочек в период, так называемого, гормонального покоя способствуют адгезии и колонизации инфекционных агентов на слизистой оболочке вульвы и влагалища [4,7,11]. Инфицирование патогенными микроорганизмами, в частности ИППП, у детей может происходить антенатально, во время родов, половым путем и крайне редко - при бытовых контактах [3,12]. Накопленный теоретический и практический опыт зарубежных исследователей свидетельствует о преимущественно половом пути инфицирования детей старше 3-4 лет возбудителями хламидиоза, гонореи, трихомониаза [9-12], в то время как рядом отечественных авторов высказывается мнение о ведущей роли контактно-бытового пути передачи ИППП в возрастной популяции до 12 лет [13-16]. Что касается трихомонадных и грибковых вульвовагинитов, то они чаще встречаются у девочек в период новорожденности и в период полового созревания [5,17].

Объектом дискуссий является клиническое значение выявления у девочек микроорганизмов, ассоциированных с бактериальным вульвовагинитом, и генитальных микоплазм (*Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*). По данным ряда исследователей, наличие *G. vaginalis* в выделенной культуре наиболее часто свидетельствует о наличии половых контактов в анамнезе, но достоверность передачи микроорганизма именно этим путем не доказана [18]. Интересным также представляется изучение механизмов колонизации мочеполового тракта девочек генитальными микоплазмами (*U. urealyticum*, *M. hominis*) в зависимости от наличия или отсутствия клинических проявлений вульвовагинита, половых контактов, ИППП и частоты выявляемости данных инфекционных агентов у родителей. Существует мнение, что колонизация генитальными микоплазмами происходит только с началом половой жизни. По данным ряда зарубежных исследователей [10-12], у новорожденных девочек выявляемость генитальных микоплазм значительно ниже, чем у девочек в период полового созревания (соответственно около 30% и 40%), что может свидетельствовать о том, что активная колонизация этими микроорганизмами урогенитального тракта происходит в период полового созревания на фоне гормональной перестройки вследствие повышения влияния эстрогенов и прогестерона. Требуется дальнейшего изучения вопрос о наиболее эффективных методах лабораторной идентификации бактериальных возбудителей воспалительных процессов органов мочеполовой системы у детей. Неудачи в лечении

вульвовагинитов у детей до 12 лет нередко являются следствием недостаточно разработанных критериев диагностических и терапевтических подходов в этой возрастной группе в отличие от взрослой группы населения, а также значительным процентом хронических форм в структуре заболевания [19,20,21].

Основными представителями вагинального микроценоза здоровых девочек являются ассоциации *Bifidobacterium* spp. (в 62,5% наблюдений), *Staphylococcus epidermidis*, *simulans*, *caseolyticus*, *hominis*; *Streptococcus nonhaemolyticus* spp. и *Corynebacterium* spp., при этом показатели микробной обсемененности составляют 10^3 - 10^6 КОЕ/мл [22]. В 25-75% случаев вульвовагинита не удаётся выделить какой-либо специфический возбудитель [23]. Воспаление в этом случае может быть вызвано раздражающим воздействием на слизистую влагалища мыла, шампуня или тесного белья. Проникновению патогенной флоры во влагалище способствуют также несомкнутые половые губы, «зияние» половой щели. Снижены местные иммунные механизмы защиты: секреторные иммуноглобулины А, лизоцим, продуцируемые эндоцервиксом шейки матки, система комплемента, фагоцитоз. У девочек в данный период развития эти факторы, осуществляющие универсальную антиинфекционную защиту, находятся в состоянии функционального становления, и роль их минимальна [1,5,8,11].

Гипоэстрогенрия у девочек препубертатного возраста обуславливает восприимчивость слизистой оболочки влагалища к инфекции. Инфицированию способствуют также близкое расположение прямой кишки, отсутствие

оволосения, недостаточное развитие малых половых губ, жировой ткани больших половых губ и недостаточно сформировавшиеся гигиенические навыки у детей [24]. В развитии и поддержании воспалительного процесса предрасполагающими факторами также являются некоторые индивидуальные анатомические особенности, такие, как отсутствие задней спайки, низкое расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала, аномалии развития наружных гениталий и др., а также физиологические особенности, такие, как влагалищно-уретральный рефлюкс, невrogenный мочевоу пузырь [16,19].

Отдельно выделяют группу неспецифических вульвовагинитов на фоне хронических форм заболеваний дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем, а также ЛОР-органов [2,6,7]. У девочек происходит рецидивирование воспалительного процесса на фоне обострения сопутствующей экстрагенитальной патологии, которая является мощным инфекционным фактором. Кроме этого, в 8% случаев воспаление у девочек протекает на фоне диабета, заболеваний щитовидной железы или метаболических нарушений (ожирение). Н.А. Коровиной, Э.Б. Мумладзе [7] установлена зависимость между мочевоу инфекцией, обусловленной возбудителями кишечной группы, и колонизацией этих микроорганизмов в преддверии влагалища, периуретральной зоне и на промежности.

Таким образом, возникновение вульвовагинитов обусловлено целым рядом факторов и, в первую очередь, неустойчивостью влагалищной флоры в препубертатном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асаналиева Л.У. Клинико-этиологические особенности вульвовагинитов у детей: Дис. ... канд. мед. наук. Бишкек, 1999.
2. Богданова Е.А. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек // Гинекология. 1999. № 3. С. 86–89.
3. Гуркин Ю.А., Михайлова Л.Е. Вульвовагиниты у девочек: этиология, клиника, лечение / СПбГПМА. 1998. 64 с.
4. Зубакова О.В. Диагностика и лечение неспецифического бактериального вульвовагинита: Автореф дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 26 с.
5. Гоман Д.Н., Коновалов С.А., Замалова В.А. Вульвовагиниты у детей // Актуальные проблемы детской и подростковой гинекологии и эндокринологии: Материалы 2-й Респ. научно-практич. конференции. Уфа, 1996. С. 41–43.
6. Кулаков В.И., Алешкин В.А., Богданова Е.А. и др. Нормативные показатели физического и полового развития девочек, проживающих в средней полосе России. Биоценоз влагалища и факторы местного иммунитета у них: Пособие для врачей. М., 2000. 24 с.
7. Коровина Н. А., Мумладзе Э. Б., Захарова И. И. Циститы у детей: Учебное пособие. М., 1998. 26 с.
8. Садолина И. В. Клинико-иммунологические критерии оценки полового и физического развития девочек: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2000.
9. Andre B., Onderdonk A., Wissemann K. Normal vaginal microflora. *Brigham and Women's Hospital. Harvard Medicine School. Boston – Massachusetts*, 1998. 20 p.
10. Elsner P., Martius J. *Vulvovaginitis*. N. Y. Basel – Hong Kong, 1998. 20 p.
11. Pena M. J., Campos-Herrero M. I., Ruiz M. C., Rodriguez H. Microbiological study of vulvovaginitis in premenarcheal girls // *Enfermedades Infecciosas y Microbiologia Clinica*. 1996. Vol. 14. № 5. P. 311–313.
12. M. Joishy, C. Ashtekar, A. Jain, R. Gonsalves. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? *BMJ* 2005; 330:186-8
13. Анкирская А.С. Неспецифические вагиниты. //

- Клин, микробиол. и антимикроб, тер. 2000. - 2(17). - С. 12-14.
14. Богданова Е.А. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек. // Гинекология. 1999. - Т. 1. - №3. - С. 4-8
15. Бычкова Н.Ю. Особенности вульвовагинитов при хламидийной инфекции у девочек. // Тез. докл. VIII Всерос. съезда дерматовенерологов. М., 2001. - С. 166
16. Гарден А.С. Детская и подростковая гинекология. М., Медицина, 2001; С. 70-178.
17. Гуркин Ю.А., Михайлова Л.Е. Вульвовагиниты у девочек: этиология, клиника, лечение. СПбГПМА, 1998; 64 с.
18. Коколина В.Ф. Диагностика и лечение урогенитальных инфекций у детей и подростков. Метод, реком., М., 2001; 31с.
19. Лузан Н.В. К вопросу о заболеваемости ЗППП у несовершеннолетних. // ЗППП. 1998. - № 1. - С. 28-31.
20. Малова И.О. Клинические особенности и принципы лечения урогенитального хламидиоза у девочек. // ЗППП. 1998. - 6:4447.
21. Малова И.О. Урогенитальные инфекции у детей - общая проблема педиатрии, венерологии, акушерства и гинекологии. // Тез. докл. VIII Всерос. съезда дерматовенерологов. - М., 2001. - С. 5.
22. Плиева З.А. Особенности урогенитального хламидиоза у девочек. // Гинекология. 2000. - Т. 2. №3. - С. 68-70.
23. Уварова Е.В., Султанова Ф.Ш. Влагалище как микроэкосистема в норме и при воспалительных процессах гениталий различной этиологии. // Гинекология. 2002. - Т. 4. - №4. - С. 21-25.
24. 34. Чайка В.К., Матыцина Л.А. Диагностика и лечение гинекологических заболеваний у девочек и девушек. Донецк, 1998. - 137с.



Мунько Н.В.

НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И ГИПОТАЛАМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕВОЧЕК

ГККП ГДБ№2 КДП

В связи с резко обострившейся проблемой количественного и качественного воспроизводства населения репродуктивное здоровье девочек приобрело особую медицинскую и социальную значимость [1-5]. Репродуктивный потенциал современных девочек-подростков весьма низок вследствие высокой общей заболеваемости. Современные девочки на 15% болезненнее, чем мальчики; 70% страдают хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, респираторной системы [1, 2]. Составной частью репродуктивного потенциала является состояние половой системы. Несмотря на существенное укрепление службы охраны репродуктивного здоровья девочек наблюдается сохранение тенденции к увеличению заболеваний органов репродуктивной системы. По данным профилактических осмотров, частота гинекологической патологии в популяции подростков увеличилась в среднем в 1,5 раза [3]. В структуре гинекологической заболеваемости нарушения менструальной функции занимают 2 место, составляя от 7 до 17%. Период полового созревания - процесс длительный и сложный. С началом менархе (менструации) начинают формироваться циклические изменения в слизистой оболочке матки - эндометрии. При становлении репродуктивной системы в эндометрии могут происходить и патологические изменения [4,

5].

Общеизвестно, что у человека, основным центром вегетативной регуляции, эндокринных, моторных, эмоциональных компонентов сложных реакций, симпатического и парасимпатического тонуса, эрготропных и трофотропных процессов при мышечной деятельности, является отдел промежуточного мозга - гипоталамус. По существу, нет ни одной функции в сложной интеграции организма, которая не требовала бы участия гипоталамуса [3,6,7,9,13]. В репродуктивной системе, как и во всех системах, контролируемых гипоталамусом, можно выделить три структурных этажа: гипоталамус - гипофиз - половые железы [6,7,9]. В гипоталамическом половом центре вырабатывается гормон, стимулирующий выделение гипофизом гонадотропных гормонов половых желез. В свою очередь гонадотропины стимулируют продукцию половыми железами половых гормонов и созревание половых клеток. Взаимоотношение в этой трехкомпонентной системе контролируется механизмом обратной связи [13]. В частности, женские половые гормоны обладают способностью тормозить активность гипоталамуса, тем самым снижая выделение гонадотропинов - стимуляторов половых желез. Сдвиги, происходящие в репродуктивной системе, контролируемые тоническим цен-

тром, приводят к увеличению продукции женских половых гормонов. Когда же их концентрация достигает определенного уровня, женские гормоны, действуя по механизму положительной (стимулирующей) обратной связи на циклический центр, вызывают серию изменений, приводящих к овуляции – выбросу яйцеклетки из яичника. В итоге создаются необходимые условия для оплодотворения и женская репродуктивная система начинает функционировать циклически, обеспечивая эту способность в течение многих лет жизни [15].

Наиболее частой причиной нарушения менструального цикла является гипоталамическая дисфункция, усугубляемая хронической соматической патологией. Крайним выражением этой дисфункции является гипоталамический синдром (ГС) периода полового созревания. Среди всех девушек в возрасте 12-18 лет, обратившихся к гинекологу по поводу нарушений менструального цикла, в 34,7% случаев это пациентки с гипоталамическим синдромом [11].

Гипоталамический синдром периода полового созревания сводится к патологическому симптомокомплексу, возникающему в результате дисфункции гипоталамуса и сопряжённых с ним структур центральной нервной системы в период полового созревания [3,6,13]. Удельный вес ГС в эндокринной патологии в рассматриваемый период развития ребёнка составляет 61,5% [9]. У подростков ГС диагностируется в 84,2 случая на 1000 человек (у девочек значительно чаще, чем у мальчиков — 131,1 на 1000) [13]. Особенно актуален рост заболеваемости ГС в промышленных городах с многокомпонентным загрязнением окружающей среды [15]. Только в 21% случаев ГС завершается клиническим выздоровлением [11]. В большинстве случаев без лечения ГС трансформируется в нейроэндокринный синдром. Нейроэндокринные нарушения приводят к развитию хронической ановуляции, что является причиной бесплодия у 25 - 72% женщин с этим заболеванием [9]. Хроническая ановуляция на фоне избыточной массы тела и метаболических нарушений может способствовать развитию гиперпластических процессов и рака эндометрия [13]. Девочки, рождённые женщинами с ГС, достоверно чаще имеют патологию репродуктивной системы, чем дети от здоровых матерей [3,6,13].

Долгое время считалось, что врачу не следует специально заниматься нормализацией менструальной функции, так как она должна спонтанно восстановиться, как только будет устранена дисфункция. Истинность этого положения подлежит пересмотру, так как на практике, даже после успешного лечения пациенток с ГС, характеристика и ритм менструального цикла ещё долго отличаются от нормы. Репродуктивный статус девушек, страдающих гипоталамическим синдромом в сочетании с патологией менструальной функции, характеризуются целым рядом особенностей: ускоренные темпы полового развития; нарушения менструального цикла возникают сразу

после менархе в 80% случаев, в 20% наблюдений - через $13 \pm 2,1$ месяцев после менархе; гиперменструальный синдром наблюдался в 66% случаев, гипоменструальный - в 34%; рецидивирование маточных кровотечений у пациенток с гипоталамическим синдромом отмечено в 46,1% наблюдений; у пациенток с рецидивирующими дисфункциональными кровотечениями гиперплазии эндометрия наблюдалась в 66,6% случаев [11]. Статистический анализ (ранжирование) факторов риска по формированию гиперплазии эндометрия у пациенток с гипоталамическим синдромом свидетельствует, что ведущими (по степени значимости) являются следующие обстоятельства: рецидивирующие дисфункциональные маточные кровотечения, наследственная отягощённость по дисфункциональным маточным кровотечениям, аномальное развитие матки [15].

Все отклонения от нормального менструального цикла считаются нарушениями менструального цикла. Имеются две большие группы нарушений. Это нарушения протекающие по типу гипоменструального синдрома и по типу гиперменструального синдрома [1, 5]. К гипоменструальному синдрому относят такие нарушения, как олигоменорея (укорочение менструации до 1-2 дней), гипоменорея (скудные месячные), опсоменорея (редкие менструации - цикл 35-48 дней), аменорея (отсутствие менструаций в течении трех и более месяцев). Чаще приходится сталкиваться с гиперменструальным синдромом [8, 10]. Он характеризуется обильными или длительными, или частыми менструациями, превращающимися в кровотечение. Они подразделяются на гиперменорею (обильные месячные), полименорею (длительные и обильные месячные, превращающиеся в мено- и метроррагии), пройоменорею (частые и обильные месячные) и функциональные маточные кровотечения. Причиной маточных кровотечений в любом возрастном периоде может быть и органическая патология и функциональные нарушения [4-7]. Общий симптом - это кровотечение. Таких больных около 18-20% среди всех больных, госпитализированных с нарушением менструальной функции. Ювенильные или пубертатные кровотечения составляют 10% от всех девочек [2,5,10,17]. Имеется ряд нарушений, которые связаны с увеличением уровня эстрогенных гормонов в организме девочки, довольно часто с максимальной концентрацией в середине менструального цикла, и с низкой продукцией прогестерона, при которой пролиферативная трансформация эндометрия преобладает над секреторным преобразованием. У девочек повышенная эстрогенная стимуляция чаще всего связана с атрезией фолликулов; развивается один доминантный фолликул, но он не достигает стадии зрелости, т.е. процесса овуляции. В течение длительного времени у девочки происходят такие процессы как гиперплазия эндометрия. Превалирует прогестероновая недостаточность. Поэтому процесс отторжения эндометрия затягивается и те некротические

изменения гиперплазированного эндометрия, которые возникают у девочек превращают патологию в кровотечение. Таким образом, менструальные кровотечения затягиваются, превращаются в меноррагии, а иногда и в метроррагии. Частой причиной ювенильных кровотечений являются перенесенные в детстве нейроинфекции, краснуха, ветрянка, корь, скарлатина [1,5,14]. Эти инфекции подавляют функцию самих половых гонад [17]. Еще одним распространенным нарушением менструального цикла является альгодисменорея или болезненные менструации. Альгодисменорея выражается в виде схваткообразных болей в областях живота и поясницы в период менструации и сопровождается ухудшением общего самочувствия. Является наиболее распространенным гинекологическим заболеванием у 35-57% женщин в возрасте 13-48 лет. Лечение альгодисменореи осуществляется препаратами противовоспалительного действия, общеукрепляющими препаратами, назначаются иглоу-

калывание, лапароскопия.

Таким образом, основной причиной нарушения менструального цикла у девочек-подростков является гипоталамический синдром периода полового созревания. В связи с вышеизложенным, актуальным является разработка мер, направленных на сохранение репродуктивного потенциала девочек, оптимизируя подходы к диагностике, лечению и профилактике гипоталамического синдрома и гиперпластических процессов эндометрия. Оптимальным методом стабилизации менструальной функции у пациенток с нарушениями менструального цикла на фоне гипоталамического синдрома являются контролируемые адекватные курсы терапии половыми гормонами, с последующими этапными курсами корригирующего негормонального лечения. Это позволяет добиться положительного эффекта (улучшение, выздоровление) в 82% случаев [11, 14].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баласанян, В.Г. Медико-социальные и этические проблемы лечебно-профилактической помощи девочкам с патологией репродуктивной системы // СПб., 2000. - 168 с.
2. Безнощенко Г.Б. Избранные лекции по гинекологии // Омск, 1999.-392с.
3. Князев Ю.А., Гребова Л.П., Спасина Л.Н. и др. Гормональный мониторинг и репродуктивная функция у девочек-подростков // Актуальные проблемы современной эндокринологии: Тез IY Всерос. конгресса эндокринологов. СПб., - 2001. - 597с.
4. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков // СПб., 1998. -560 с.
5. Захарова, Л.В. Клинико-эхографические особенности становления репродуктивной системы девочек // Рос. педиатр. журн. 2000. - №4. - С. 25 -30.
6. Зеленина, Н.В. Нейроэндокринные нарушения менструального цикла // Журнал акушерства и женских болезней. 2002. №1. - С. 87 - 94.
7. Касаткина Э.П. Современные аспекты роста и развития детей (эндокринная регуляция) // Педиатрия. 1995. - №4. - С. 33
8. Коколина, В.Ф. Гинекология детского возраста // М.: ИД Медпрактика, 2003. - 268 с.
9. Коптева, А.В. Генетические нарушения гипоталамо-гипофизарной регуляции репродуктивной системы // Проблемы репродукции. 2000. - Т.6. № 3. - С.28 - 36.
10. Кротин П.Н. Научное обоснование организации службы охраны репродуктивного здоровья девушек-подростков // Дис. . д-ра мед. наук. - СПб., - 1998.-48 с.
11. Кольцова Т.В. Профилактика нарушений репродуктивной системы у девушек, страдающих гипоталамическим синдромом периода полового созревания // Дис. канд. мед. наук, 162 с.
12. Саидова, Р.А. Нарушения менструального цикла в периоде полового созревания // РМЖ. 1999.- Т.7, № 18.
13. Семичева, Т.В. Гипоталамо-гипофизарные нарушения в патологии пубертатного периода // Заместительная терапия гипоталамо-гипофизарной недостаточности: Материалы II Рос. Научно-практ. конф. — М, 2001.-С. 61-67.
14. Курило Л.Ф., Шилейко Л.В., Сорокина Т.М. и др Структура наследственных нарушений репродуктивной системы // Вестник Российской АМН. -2000.-№25.-С.32-36
15. Московкина А.В., Орлов В.И., Андреева В.О. Роль гормонального обследования в диагностике овариальной дисфункции у девочек-подростков. // Материалы 9-го Всероссийского научного форума «Мать и дитя».- М., - 2007. - С. 471.
16. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков // Медицинское информационное агентство, 2000.- 332 с.
17. Гоготадзе И.Н. Ювенильные кровотечения // СПб, СПбГПМА, 2003.-20 с.



ЭКТОПИЯ ШЕЙКИ МАТКИ – НОВЫЕ СПОСОБЫ ТЕРАПИИ

ГККП ГП №7, г Астана

В настоящее время особенностью течения эктопий шейки матки у молодых женщин при раннем начале половой жизни является присоединение инфекции, изменение биоценоза влагалища, снижение иммунитета [1,2,3,4]. Учитывая это, поиск новых способов лечения, воздействующих на патогенную микрофлору, способствующих повышению факторов специфической и неспецифической защиты организма и стимулирующих процессы регенерации, имеет актуальное значение.

В целом распространенность эктопии у женщин очень высока. Она встречается, у 38% женщин, в том числе у 49,2% гинекологических больных. Наиболее часто выявляется у нерожавших женщин в возрасте до 25 лет (от 54,2 до 90% случаев). В настоящее время выделяют 3 вида эктопии [5,6,7]: врожденную – встречается в 11,3% случаев, приобретенную и рецидивирующую, встречающиеся в 65,6 и 23,1% случаев соответственно, а также 2 клинические формы: осложненную и неосложненную. Неосложненная форма эктопии встречается в 17,7% случаев и согласно МКБ-10 не относится к болезням и проблемам, связанным со здоровьем, а потому лечения не требует, необходимо только наблюдение. К осложненным формам эктопии, встречающимся в 82,6% случаев, относятся сочетание ее с нарушением эпителиально-стромальных взаимоотношений (эктропион), с воспалительным процессом шейки матки и влагалища, с другими фоновыми, а также предраковыми процессами, что, несомненно, требует обследования и лечения.

Имеется предложение классифицировать все предопухолевые изменения шейки матки на три группы: доброкачественные процессы в органе (цервикальная эктопия, стадии неосложненной плоскоклеточной метаплазии), доброкачественные заболевания (осложненная метаплазия эктопии, полипы, кератозы, цервициты, истинные эрозии, кондиломы и др.) и предраковые заболевания [7].

Основными недостатком диатермоэлектрохирургии, наряду с высокой эффективностью (79,5-98%), являются многочисленные осложнения: кровотечение при проведении операции и в периоде отторжения струпа. Формирование грубых посткоагуляционных рубцов со стенозами и стриктурами цервикального канала, болевых синдромом встречается в 47,2%, а частота рецидивов достигает 55% [8]. Отдаленными осложнениями диатермокоагуляции являются нарушения менструального цикла, обострение хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, образование телеангиоэктазий и экстравазатов. Эндометриоз развивается в 0,8-17%

случаев [9]. Считают, что метод мало приемлем у женщин, имеющих репродуктивные планы, ввиду морфофункциональных изменений шейки матки, приводящих к бесплодию, невынашиванию беременности и преждевременным родам, дистоции и разрывам шейки матки в родах. [10] Обследованы 1799 пациенток с эктопией шейки матки или сочетанием эктопии с другой патологией шейки матки (лейкоплакией, гипертрофией, деформацией шейки матки, наботковыми кистами). Доказана значимость для диагностики и выбора метода лечения УЗИ органов малого таза цитологического, бактериоскопического, бактериологического исследований и использования метода ПЦР. Наиболее эффективными методами лечения эктопии шейки матки являются радиолечение и криодеструкция (97,7 и 96,2%). Методом выбора лечения эктопии шейки матки является радиоволновая хирургия. Радиолечение может быть использовано при неэффективности других методов (применение солковагина, проведение криодеструкции, диатермоэлектрокоагуляции). [11,12]

Результаты исследований выявили высокую эффективность радиолечения: при эктопии - 97,7%; при эктопии, сочетающейся с лейкоплакией - 91,7%; при эктопии шейки матки в сочетании с деформацией, гипертрофией и наботковыми кистами - 95,5%. Отсутствие эффекта радиоконизации зарегистрировано у 11 из 132 наблюдаемых с эктопией шейки матки в сочетании с лейкоплакией значительных размеров, занимающей весь экзоцервикс, на фоне атипических сосудов. Радиоконизация шейки матки имела отрицательный результат у 4 из 89 больных с выраженной деформацией и гипертрофией шейки матки в сочетании с эктропионом и наботковыми кистами. Всем 15 пациенткам с отсутствием эффекта от радиолечения рекомендована повторная радиоконизация (с положительным результатом). У 4 пациенток с выраженной гипертрофией и деформацией шейки матки после радиоконизации отмечено умеренное кровотечение, которое было остановлено амбулаторно с помощью коагуляции кровоточащего сосуда радиоэлектродом. [13,14,15] Максимально приемлемыми методами лечения фоновых заболеваний у молодых нерожавших женщин являются методы, сочетающие эффективное воздействие на патологический процесс с отсутствием травматического повреждения шейки матки и не оказывающие неблагоприятного влияния на репродуктивное здоровье женщины [16,17].

Использование видимого инфракрасного поляризованного света, его сочетания

с гиалуронатом цинка, а также комбинированного метода лечения путем светотерапии ВИП-светом после радиохирургического воздействия, повышает регенераторную способность эктоцервикса, нормализует бактериоскопические, иммунологические и цитоморфологические параметры у нерожавших женщин с эктопией шейки матки. Полная эпителизация ЭШМ к 30 суткам после начала лечения видимым инфракрасным поляризованным светом выявлена у 78,7%, при его сочетании с гиалуронатом цинка - у 81,4% женщин, при радиоволновом хирургическом лечении — у 84,6% женщин, при светолечении после радиоволнового воздействия - у 89,5% женщин. При площади эктопии $f(0,81-2,00$ см к 30 суткам от начала лечения полный клинический эффект отмечен у всех пролеченных женщин, при площади эктопии 2,015,10 см² частичный эффект отмечен у 17,2% женщин при применении ВИП-света и у 15,4% женщин при радиоволновой терапии. Отсутствие клинического эффекта не отмечено ни в одном наблюдении.[18,19,20] Целостность многослойного плоского неороговевающего эпителия эктоцервикса в течение года после лечения ВИП-светом разработанными методами сохраняется у 96,1% женщин.

Фотодинамическая терапия (ФДТ) основана на селективной деструкции пролиферирующих клеток в результате фотохимического воздействия при взаимодействии накапливающегося в них фотосенсибилизатора (ФС) и активирующего его света определенной длины волны.[21]. Наиболее часто ФДТ в гинекологии используется для лечения цервикальной интраэпителиальной неоплазии. Особый интерес, на сегодняшний день, представляет собой вирусолитическое действие ФДТ, так как роль вируса папилломы человека (ВПЧ) в развитии цервикальной интраэпителиальной неоплазии и рака шейки матки доказана. По сравнению с терапевтическими, хирургическими и физическими методами воздействия на ВПЧ, от ФДТ наблюдаются более высокие показатели эрадикации онкогенных типов ВПЧ. В случаях отсутствия реинфекции на протяжении длительного периода наблюдения данное свойство является особо перспективным. При этом имеется возможность воздействия не только на патологический очаг, но и на этиологический фактор [22]. Неосложненная эктопия является вариантом нормы для девушек-подростков. Это, как правило, временное состояние, не приводящее к малигнизации. Однако, именно на фоне эктопии у сексуально-активных подростков могут возникать патологические процессы шейки матки: диспластические изменения, экзо- и эндоцервициты, что обязательно потребует специального лечения. Поскольку это категория молодых и, как правило, нерожавших женщин, сохранение их репродуктивного потенциала имеет очень большое значение. При выявлении у подростков эктопии шейки матки особо важным является поиск

более щадящих нехирургических методов лечения. [23,24].

Положительная динамика кольпоскопической картины при применении микродозированных монофазных оральных контрацептивов через 12 месяцев отмечена у 74,3%, на фоне трехфазных - у 56,7%, при влагалитном пути введения - у 60%, а на фоне барьерной контрацепции только у 40% подростков. Число нормальных цитогрaмм за 12 месяцев наблюдения увеличилось на 19,5% при применении микродозированных монофазных контрацептивов, на 15,1% на фоне трехфазных контрацептивов, на 10% при влагалитной гормональной системе и только на 8% при барьерной контрацепции.[25]

Определено, что у подростков с эктопией шейки матки по сравнению с женщинами активного репродуктивного возраста с аналогичной патологией отмечено снижение активности лимфоцитов, уровня ИФНа, ИФНу и IgM повышение содержания СБ56+ ЕК, числа клеток, находящихся на ранних этапах апоптоза, ИЛ-6. Выявлено положительное воздействие иммуноуотропного препарата «Суперлимф» на процессы регенерации слизистой оболочки при эктопии шейки матки у девушек-подростков. Установлено, что под действием препарата «Суперлимф» у подростков с эктопией шейки матки происходит нормализация показателей цитокинового профиля: увеличение концентрации сывороточного ИФНу, снижение уровня ИЛ-6 и ИЛ-8.[26]

Эктопия шейки матки при отсутствии инфицирования ВПЧ является гистофизиологической нормой и не требует лечения. С целью профилактики ВПЧ инфекции женщинам до 25 лет рекомендуется проведение вакцинации: цервариксом - 3 дозы с интервалом между ними в 1 и 6 месяцев от первого введения (0, 1, 6) или гардасилом - 3 дозы с интервалом между ними в 2 и 6 месяцев. В дальнейшем проводится наблюдение 1 раз в 6 месяцев. Пациенткам с эктопией шейки матки в сочетании с ПВИ и низкой вирусной нагрузкой показана противовирусная терапия направленная на ускорение процессов элиминации вируса. Наблюдение осуществляется 1 раз в 6 месяцев. Пациентки с эктопией шейки матки в сочетании с ПВИ и высокой вирусной нагрузкой и экспрессией онкопротеина Е7 подлежат комбинированному лечению, включающему лазерную вапоризацию и противовирусную терапию. После проведенного лечения рекомендуется наблюдение через 1,5, 3, 6 и 12 месяцев с определением вирусной нагрузки и экспрессии онкопротеина Е7.[27].

Таким образом, приведенные научные данные позволяют рекомендовать включение в алгоритм обследования и лечения пациенток с эктопией шейки инновационные методы. Выбор метода терапии зависит от площади патологического участка на шейке матки, предшествующего лечения, а также от вида патологии шейки матки,

на фоне которой существует эктопия. Больные, получившие лечение по поводу эктопии шейки матки, нуждаются в динамическом наблюдении

с использованием информативных методов диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байрамова, Г.Р. Хронический рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз и патология шейки матки / Г.Р. Байрамова // Гин. 2007. -Т.9, №1. - С.65-66.
2. Борисов, Л.Б. Микробиология, иммунология, вирусология / Л.Б. Борисов. М.: Мед. информ. агентство, 2005.- 240 с.
3. Инфекции, передаваемые половым путем: руководство для врачей /Соколовский Е.В. и др. М.: МЕДпресс-информ, 2006.- 342 с.
4. Does histological incomplete excision of cervical intraepithelial neoplasia following large loop excision of transformation zone increase recurrence rates? / S.P.Dobbs et al.// J Obstet and Gynaecol. 2000. - Vol. 107. -P.1298-1301.
5. Motta EV, Fonseca AM, Bagnoli VR. [Colpocytology in a preventive gynecological ambulatory service] Rev Assoc Med Bras, 2001 Oct-Dec; 47 (4): 302-10. Portuguese
6. Lundeen SJ, Horwitz CA, Larson CJ, Stanley MW. Abnormal cervicovaginal smears due to endometriosis: a continuing problem. Diagn Cytopathol 2002 Jan; 26 (1): 35-40.
7. Каунов, Л.А. Клинико-морфологические параллели при доброкачественных заболеваниях шейки матки/Л.А. Каунов, Л.Г.Сотникова// Проблемы репродукции.-2000.№5,-С.18-21.
8. Заболевания шейки матки: современные методы диагностики и лечения: Учебное пособие / Н.М. Шахова [и др.]; под ред. Т.С. Качалиной. - Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2006.- 96 с.
9. Клиническая гинекология. Избранные лекции: Матер. конгресса «Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии» / Под ред. В.Н. Прилепской. - М.: МЕДпресс-информ, 2007. - 480 с.
10. Каунов, Л.А. Синдром коагулированной шейки матки после криодеструкции закисью азота/ Л.А.Каунов,Л.Г.Сотникова//Акушерство и гинекология.-1980.-№5.-С.48-49.
11. Е.Н. Каунова, А.Ю. Лугуева, О.Ю.Современные подходы к диагностике и лечению эктопии шейки матки. Жіночий лікар №3 2007, стр.26
12. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. Клинические лекции. Под ред. В.Н. Прилепской. М: МЕДпресс 2000; 432.
13. Легков В.А. Радиохирургическое лечение доброкачественных заболеваний шейки матки: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. М 2000; 22.
14. Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А. Предрак шейки матки. М: Аэрограф-медиа 2001; 112.
15. Радзинский В.Е. Радиохирургическое лечение доброкачественных заболеваний шейки матки: Сб. статей и отзывов по радиохирургии. М 1998; 16-17.
16. Симбирцев, А.С. Цитокины новая система регуляции защитных реакций организма / А.С. Симбирцев // Цитокины и воспаление. - 2002. -Т. 1, № 1. - С. 9-16.
17. Стрижаков, А.Н. Клинико-иммунологическое обоснование терапии больных острым воспалением придатков матки / А.Н. Стрижаков, Ж.А. Каграманова, Д.В. Якубович // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004. - Т. 1, № 3. - С. 26-29.
18. Гуреев, А.Д., Взаимодействие световых потоков с биологическими тканями / А.Д. Гуреев, Г.Д. Гуреев // Препринт №34.- Самара. 2001.-С.13.
19. Гуркин, Ю.А. Гинекология подростков: руководство для врачей / Ю.А. Гуркин. СПб.: Фолиант, 2000. - 574 с.
20. Гордеева, И.В. Светодиодное излучение и его влияние на процессы регенерации шейки матки / И.В. Гордеева, Н.М. Хмельницкая, В.В. Кирьянова // Мат. VII Межд. науч.-практ. конф. «Здоровье и образование в XXI Веке». М.-2006.- С.23.
21. Беляева, Л.А. Основы флюоресцентной диагностики и фотодинамической терапии (обзор литературы)/Л.А.Беляева, А.А.Степанян, Л.В.Адамян//Проблемы репродукции.-2004.-№1.-С.6-11.
22. О. И. Трушина. Детекция ДНК вируса папилломы человека при фотодинамической терапии предрака и начального рака шейки матки/ //Российский онкологический журнал: научно-практический журнал. - 2007. - N 2. - С.24-26
23. Башкирова, Н.Б. Проблемы эктопии шейки матки у девушек-подростков Текст./ Н.Б. Башкирова, Г.Ф. Кутушева, Е.А. Ульрих // Контрацепция и репродуктивное здоровье подростков: тез. докл. науч.-практ. конф: — СПб., 2002.-С. 128-130.
24. Баишмакова, Н.В. Опыт работы окружного центра детской и подростковой гинекологии Текст. / Н.В. Баишмакова, О.Ю. Кучумова, Т.А. Кузнецова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2007. - №5. - С. 12-20.
25. Окраинская, О. А. Влияние гормональной контрацепции на состояние шейки матки при эктопии у подростков. Автореф. дисс. На соиск. К.м.н. 2008г., с.152
26. Андрияшина О.А. Влияние моно- и трехфазных комбинированных оральных контрацептивов на состояние шейки матки у молодых нерожавших женщин // Сб. науч. тр.-М., 2005.-С.75-77.

27. Киселев В.И., Аирафян Л.А. и др. Этиологическая роль вируса папилломы человека в развитии рака шейки матки; генетические

и патогенетические механизмы, возможности терапии и профилактики // Гинекология. 2004. - Т.6. - №4. - С. 174-180.



Рахимова Б.К.

АНЕМИЯ БЕРЕМЕННЫХ

ГККП ГП №7, г. Астана

Частота анемий у беременных довольно высока и колеблется от 15 до 30%. Около 90% всех анемий у беременных приходится на долю железодефицитной (ЖДА) [1,2,3,4]. По данным некоторых авторов анемией страдает примерно 56% беременных в зависимости от места жительства и социально-экономического положения [5,6,7]. Несмотря на самый высокий удельный вес статей по данной теме в научной литературе, проблема анемии у беременных актуальна для Казахстана ввиду большой распространенности ее на территории Республики, неблагоприятного влияния на мать и плод и неуклонного роста ее частоты. [8] Доля беременных страдающих анемией в Казахстане растет значительными темпами и отрицательно отражается на уровне материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [9, 10].

На сегодняшний день в Казахстане индекс здоровья беременных женщин не превышает 30%. За последние два десятилетия анемия у беременных возросла в Казахстане в 10 раз, а в отдельных экологически неблагополучных регионах в 17 и более раз [11].

По определению ВОЗ, анемией у родильниц следует считать состояние, при котором уровень гемоглобина составляет менее 100 г/л. Единой классификации анемий беременных нет. [12,13] Российские ученые предлагают наиболее целесообразной классификацию, предложенную Д. Я. Димитровым:

1. гиперплазмия беременных (физиологическая анемия, псевдоанемия), обусловленная увеличением количества плазмы крови;
2. олигемия беременных (постгеморрагическая анемия), вызываемая патологической кровопотерей при различных видах акушерской и экстрагенитальной патологии;
3. железодефицитная анемия;
4. миелопатия беременных, представляющая собой особую форму позднего токсикоза с преимущественным поражением костного мозга и гемопоэза в целом (гемогестоз).

В данной работе рассмотрены некоторые патоморфологические и патогенетические аспекты анемий и исследования по применению новых

антианемических препаратов.

Изучение особенностей морфометрических и морфоденситометрических параметров клеток периферической крови у беременных женщин на основании компьютерной морфоденситометрии в совокупности с клинико-лабораторным анализом, позволило получить наиболее полную информацию о состоянии здоровья на ранних стадиях развития заболевания. Этот метод позволил установить, что более осложненное течение беременности (43,7%), родов (51,1%), послеродового периода, перинатальных исходов и состояние новорожденных (59,6%) регистрировалось у женщин с анемией, по сравнению с женщинами без анемии 21,8%. [14]

Последние годы в научной литературе часто встречается мнение, что причиной развития многих патологических состояний, в частности, осложненной беременности, является эндотелиальная дисфункция, при которой нарушается продукция эндотелиальных факторов. [15,16] Закономерности изменения факторов эндотелиального происхождения при анемии во время гестационного процесса остаются не до конца изученными. Было показано, что течение беременности у женщин с анемией легкой степени тяжести во втором триместре осложняется развитием гестоза (50%), плацентарной недостаточности (35%), угрозы прерывания в третьем триместре (24%), фетопатией перинатальной патологии (71%), что сочетается с эндотелиальной дисфункцией. У беременных женщин с анемией легкой степени тяжести во втором триместре гестации отмечается снижение в плазме крови уровней протеина С, антитромбина III, фактора Виллебранда и повышение содержания тканевого активатора плазминогена t-PA и ингибитора активатора плазминогена PAI-1 на фоне увеличения уровня метаболитов оксида азота в сыворотке крови. [17] Нарушение функционального состояния эндотелия сосудов у беременных с анемией легкой степени тяжести подтверждается отсутствием изменений уровней антитромбина III, фактора Виллебранда и ингибитора активатора плазминогена PAI-1 после венозной окклюзии при проведении манжеточной пробы. У беременных женщин с анемией легкой степени тяжести отмечаются застойные явления микроциркуляторного русла

на уровне посткапиллярного звена по данным лазерной доплеровской флоуметрии [18]. С целью коррекции эндотелиальной дисфункции беременным женщинам с анемией легкой степени тяжести во втором триместре гестации рекомендуется назначение препарата Ферретаб по 1 драже в день *per os* в течение 3-х недель (эффективность 86,7%). У этих больных реже наблюдаются рецидивы железодефицитного состояния, уменьшается частота осложнений беременности и родов, перинатальной патологии. [19,20].

Однако результаты терапии препаратами железа не всегда удовлетворяют врачей и пациентов. Изменения, происходящие в организме, при данной патологии приводят к развитию тканевой гипоксии, что служит сигналом для выработки в почках гликопротеинового гормона эритропоэтина (ЭПО), который является одним из регуляторов эритропоэза. Доказано, что при ЖДА средней и тяжелой степени, продукция ЭПО может быть недостаточна [21]. Это является одной из причин низкой эффективности, в ряде случаев, традиционной антианемической терапии с применением железосодержащих препаратов во время беременности и после родов. Кроме того, такая терапия длительна, что иногда вызывает побочные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта. У беременных и рожениц при развитии железодефицитных состояний отмечается снижение уровня коэффициента адекватности продукции эритропоэтина пропорционально стадии дефицита железа. Частота неадекватной продукции эритропоэтина в среднем выявляется у 47,2% беременных с ЖДА легкой степени, а у рожениц - пропорционально степени тяжести ЖДА (у 12% рожениц при легкой степени тяжести, у 50% - при средней и у 80% - при тяжелой степени тяжести ЖДА) [22]. Необходимо отметить, что эффективность лечения препаратами железа беременных и рожениц с ЖДА зависит от суточной дозы элементарного железа и от уровня эндогенного эритропоэтина. При адекватном уровне эритропоэтина эффективность лечения в 2,5 раза выше по сравнению с таковой у пациенток с неадекватным уровнем. [23]

Особенно ярко эти улучшения проявляются на фоне лечения препаратами железа в сочетании с рекомбинантным эритропоэтином. Повышение уровня ретикулоцитов чаще наблюдается на 8-12-й день. Нарастание уровня гемоглобина у многих рожениц начинается через 1-2 недели лечения. Иногда подъем Hb носит скачкообразный характер. В среднем нормализация уровня Hb происходит через 1-1,5 месяца, в зависимости от степени тяжести анемии [24]. На II этапе при проведении терапии насыщения, направленной на восстановление запасов железа в организме роженицы, учитывается динамика показателей, характеризующих обмен железа. Контроль эффективности, длительности применения и дозы препарата

на II этапе осуществляется индивидуально, на основе динамической оценки феррокинетических показателей не реже 1 раза в месяц. Нормализация уровня сывороточного железа, коэффициента насыщения трансферрина железом и уровня сывороточного ферритина происходит постепенно, в указанной последовательности и свидетельствует о восстановлении запасного фонда железа и полного устранения железодефицитного состояния в организме. [25,26]

В литературных источниках предложены рациональные схемы лечения ЖДА для наиболее типичных групп рожениц:

ЖДА средней степени тяжести после кесарева сечения

- I этап (купирование анемии)
 - (в стационаре). Венофер (Швейцария) по 5 мл в 200 мл физиологического раствора в/в капельно (медленно!) через день 5 раз.
 - (после выписки). Мальтофер Фол по 1 табл. 3 раза в сутки (1 месяц)
- II этап (терапия насыщения)
 - Мальтофер Фол по 1 табл. 2 раза в сутки (2 месяца).
 - Мальтофер Фол по 1 табл. 1 раз в сутки (3 месяца).

ЖДА тяжелой степени после родов

- I этап (купирование анемии)
 - (в стационаре). Венофер по 10 мл в 400 мл физиологического раствора в/в капельно (медленно!) через день 5 раз.
 - (после выписки). Мальтофер Фол по 1 табл. 3 раза в сутки (1 месяц).
- II этап (терапия насыщения)
 - Мальтофер Фол по 1 табл. 2 раза в сутки (2 месяца).
 - Мальтофер Фол по 1 табл. 1 раз в сутки (3 месяца).
 - Ферретаб, Активферрин, Фенюльс по 1 табл. 1 сутки (3 месяца).

ЖДА тяжелой степени после кесарева сечения

- I этап (купирование анемии)
 - (в стационаре). Венофер по 10 мл в 400 мл физиологического раствора в/в капельно (медленно!) через день 5 раз + Эпокрин по 50 единиц/кг массы тела, подкожно, 3 раза в неделю 6 раз.
 - (после выписки). Мальтофер Фол по 1 табл. 1 раз в сутки (3 месяца).
- II этап (терапия насыщения)
 - Мальтофер Фол по 1 табл. 2 раза в сутки (2 месяца).
 - Мальтофер Фол по 1 табл. 1 раз в сутки (3 месяца).
 - Ферретаб, Активферрин, Фенюльс по 1 табл. 1 день (3 месяца). [27,28].

Еще один способ комплексной терапии анемии это физиотерапевтические процедуры. Сочетание медикаментозной терапии с преформированными физическими факторами позволяет за 20 дней нормализовать обмен железа в организме беременной. Оптимальным режимом для про-

ведения магнитолазерной терапии при анемии беременных, по результатам проведенных исследований, является частота 150 Гц, поскольку при таких параметрах отмечен наибольший процент повышения гемоглобина, увеличения ферритина и сывороточного железа. Дополнение к стандартной терапии препаратами железа магнитолазерного воздействия на кровь косвенно уменьшает процент перинатальной заболеваемости. В отсутствие анемии у матери снижается частота и тяжесть желтухи новорожденного, более благоприятно течет период его адаптации. Снижение процента послеродовых осложнений у женщин сокращает сроки их пребывания в стационаре. **Таким**

образом, учитывая позитивные результаты, полученные в отношении беременных, рожениц и их новорожденных, данное исследование демонстрирует эффективность и безопасность нового подхода. В целом применение физиотерапевтических методов в акушерстве не только улучшить результаты лечения, но и уменьшить фармакологическую нагрузку, тем самым снизив риск нежелательных побочных реакций.[29,30] Приведенные данные показывают, что современные способы диагностики терапии анемий позволяют добиться хороших результатов в лечении данной патологии беременных и родильниц.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Казакова Л.М. Железодефицитная анемия у беременных. Медицинская помощь. 2003; 1: 15–17.
- 2.Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Издание четвертое. М.: «Триада-Х», 2007; 816.
- 3.D.J. Vanderjagt et al. Nutritional factors associated with anaemia in pregnant women in northern Nigeria Text. // J. Health Popul Nutr. 2007. - N 1. - P. 75-81.
- 4.Коноводова Е.Н. Железодефицитные состояния у беременных и родильниц (патогенез, диагностика, профилактика, лечение). Автореф. дисс. доктора мед. наук.- М.-2008.- 46с.
- 5.Дворецкий Л.И. Современные подходы в лечении железодефицитной анемии // Вестник семейной медицины : для врачей первичного звена здравоохранения. 2007. - N 3. - С. 40-46
- 6.Серов В.Н., Бурлев В.А., Коноводова Е.Н. Железодефицитные состояния у беременных и родильниц. // Глава №5 в книге: Алгоритмы диагностики и лечения гинекологических заболеваний. Под редакцией В.Н. Серова, "Литтерра".- М., 2008.- 160с.
- 7.Хух Р., Брейман К. Анемия во время беременности и в послеродовом периоде.- М.: "Триада-Х", 2007.- 73с.
- 8.М.Г.Ногаева, С.А.Тулеутаева. Частота встречаемости экстрагенитальной патологии у беременных женщин. Журнал «Трудный пациент» / Архив / № 12–2011
- 9.Каюпова Н.А., Шарифканова М.Н., Мамедалиева Н.В. Проблемы экологической репродуктологии // Акушерство, гинекология и перинатология. 2001. -№ 3. - С. 3-6.
- 10.Габов Ю.А., Кист В.Э., Борисенко А.В., Серых В.И. и др. Экологическая безопасность Казахстана. Мифы и реальность / Астана. - 2006. - 543 с.
- 11.Аблазим А. Тенденции медико-социальных проблем населения Приаралья: труды Международной научно-практической конференции, Караганда, 2005. Вып. 2. - С. 374-375.
- 12.Внутренние болезни и беременность: тактика применения лекарств: учебное пособие / О.П.Алексеева, З.Д.Михайлова. Н.Новгород: Издательство Нижегородской госмедакадемии, 2008; 288.
- 13.Allen L.H. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. Am. J. Clin. Nutr. 2000; 71: 1280-4.
- 14.Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия Руководство. М.: Медицина, 1990. 384 с.
- 15.Блоцинская, И.А. Вазорегулирующая функция сосудистого эндотелия при физиологической беременности и гестозе Текст. / И.А. Блоцинская, Т.А.Петричко, И.М. Давидович // Журнал акушерства и женских болезней. — 2003.-Т. LII, № 1.-С. 26-31.
- 16.И.И. Никифирович, А.Н. Иванян, А.В. Литвинов и др. Состояние гидратации плазмы крови и эритроцитов у беременных с неосложненным гестационным процессом и анемией. / // Рос. вестник акушера-гинеколога. 2009. - Т. 9, № 2. - С. 4-7.
- 17.Рокотянская Е. А.. Особенности состояния эндотелия сосудов и микроциркуляторного русла у беременных женщин с анемией легкой степени тяжести Автореф. Дисс. кандидат медицинских наук 2009 с.143
- 18.Бегова, С.В. Эффективность предгравидарной подготовки многорожавших женщин с гестозом тяжелой степени и железодефицитной анемией Текст. / С.В. Бегова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2006. -Т. 5, №5.-С. 17-22.
- 19.Бурлев В.А., Коноводова Е.Н., Мурашко Л.Е. Коррекции железодефицитных состояний у беременных с гестозом. Проблемы репродукции. 2002; 2: 30–34.
- 20.Rath, W. Therapie von Gerinnungsstörungen in der Schwangerschaft Text. / W. Rath, L. Heilmann // Gynakologe. 2005. - N 38. - S. 791-798.
- 21.Krafft A., Breytmann C. Iron sucrose with and without recombinant erythropoietin for the treatment of severe postpartum anemia: a prospective, rand-

- omized, open-label study. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2011; 37 (2): 119-24.
22. Breyman C, Honegger C, Holzgreve W, Surbek D. *Diagnosis and treatment of iron-deficiency anaemia during pregnancy and postpartum.* *Arch Gynecol Obstet.* 2010; 282 (5): 577-80.
23. Daniilidis A, Giannoulis C, Pantelis A, et al. *Total infusion of low molecular weight iron-dextran for treating postpartum anemia.* *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2011; 38(2):159-61.
24. Wagstrom E., Akesson A., Van Rooijen M. et al. *Erythropoietin and intravenous iron therapy in postpartum anaemia.* *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007; 86(8): 957-62.
25. Khalafallah A., Dennis A., Bates J. et al. *A prospective randomized, controlled trial of intravenous versus oral iron for moderate iron deficiency anaemia of pregnancy.* *J. Intern. Med.* 2010; 268(3):286-95.
26. Krafft A., Bencaiova G., Breyman C. *Selective use of recombinant human erythropoietin in pregnant patients with severe anemia or nonresponsive to iron sucrose alone.* *Fetal Diagn Ther.* 2009; 25 (2): 239-45.
27. Серов В.Н., Бурлев В.А., Коноводова Е.Н. и др. *Лечение манифестного дефицита железа у беременных и родильниц (медицинская технология).* // *Разрешение (серия АА №0000151) федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития на применение новой медицинской технологии ФС №2010/003 от 18.01.2010г. М.: МедЭкспертПресс, 2010.- 28с.*
28. Шалина Р.И., Кутакова Ю.Ю., Бреусенко Л.И. и др. *Оценка эффективности применения препарата Венофер при железодефицитных состояниях после акушерских кровотечений.* // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* -2004.-Т.3, № 1.- С.37-42.
29. Аристова И.В. *Оценка комплексной терапии анемии беременных.* *Физиотерапевт №10, 2010 с.30-36*
30. Пономаренко Г. Н., Гутман Л. Б. *Лечебные физические факторы у беременных.* – Санкт-Петербург, 2004. С. 191–193.



Тапенев К.Т.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ

КГКП «Городская больница №2»

После введения в практику принципов асептики, которые разработал Джозеф Листер, количество и тяжесть осложнений хирургической практике резко снизились. Асептика и антибиотикопрофилактика на сегодняшний день два взаимосвязанных неразделимых понятия.[1,2] С развитием современной фармакологии расширяется спектр как антисептиков так и антибиотиков. Имеется достаточно серьезная база данных экспертов Cochrane collaboration, в котором уделяют большое внимание вопросам антибиотикопрофилактики ИОХВ[3]. Но вначале хочется уделить несколько слов асептическим препаратам. Использование хлоргексидина для предоперационной обработки снижает риск инфекции в области хирургического вмешательства наполовину по сравнению с использованием 10% повидон-йода — такие данные представлены исследователями из Сингапура (Singapore General Hospital). Для сравнения эффективности хлоргексидина с плацебо или дру гим антисептиками в снижении частоты ИКМТ исследователями был выполнен мета-анализ до мая 2010 г. В мета-анализ было включено 10 исследований, в которых приняли участие

10934 пациента. Как оказалось, предоперационное применение хлоргексидина снижает частоту возникновения ИКМТ наполовину по сравнению с использованием 10% раствора повидона-йода (отношение шансов 0,54, 95% доверительный интервал 0,37-0,8, $p=0,002$). Применение хлоргексидина не приводило к статистически достоверному снижению частоты ИКМТ, вызванных грамположительными микроорганизмами по сравнению с мытьем рук обычным мылом (отношение шансов 0,53, 95% ДИ 0,37-0,78, $p=0,15$).

По мнению исследователей, более высокая эффективность хлоргексидина обусловлена его способностью связываться с клетками многослойного плоского эпителия и вызывать более длительный эффект как при использовании в качестве средства для обработки рук, так и при обработке кожи. Авторы советуют стационарам переходить на использование хлоргексидина как наиболее предпочтительного антисептического препарата.[4]

Впервые протокол периоперационной антибиотикопрофилактики (ПАП) инфекций области хирургического вмешательства

(ИОХВ) принят Консультационным советом Государственного центра лечения и профилактики заболеваний США в 1985 г. и пересмотрен в 1999 г. [5]. Последняя редакция протокола с некоторыми изменениями 2003 г. действительна по сей день. В обзорах Кокрановской библиотеки 2007 г. эффективность антибиотикопрофилактики инфекционных осложнений оценивается на таком высоком уровне, что рекомендовано не проводить дальнейших исследований с плацебо-контролем по этическим соображениям [3]. С появлением антибиотиков в арсенале врачей борьба с инфекционными осложнениями стала более эффективной, и следующим логичным шагом стали попытки их использования в качестве профилактики [6-9].

Системное применение антимикробных препаратов с профилактической целью остается предметом споров, что прежде всего обусловлено недостаточным пониманием основных принципов антибиотикопрофилактики (АБП) в хирургии. Опыт показывает, что для обеспечения ее эффективности антибиотики должны назначаться согласно принципам доказательной медицины. Следствием игнорирования этих принципов является развитие инфекции. Очевидно, что антимикробные препараты могут предотвращать развитие раневой инфекции только в случае контаминации раны чувствительными к ним микроорганизмами. При этом каждый раз необходимо взвешивать возможные преимущества применения антибиотика и риск развития нежелательных реакций.

Согласно данным рекомендациям Surgical Infection Prevention Guidelines Writers Workgroup, которые основываются на критическом анализе всех ранее опубликованных руководств и являются согласительным документом профилактики антибиотиками проводится в следующих случаях [10]:

- инфузия антибактериального препарата должна начинаться за 60 минут до операционного разреза;
- антибиотикопрофилактика не должна продолжаться более чем 24 часа после оперативного вмешательства;
- в случае использования цефалоспоринов, необходимо исключить наличие аллергических реакций на бета-лактамы антибиотики в анамнезе. Однако, при наличии аллергии на бета-лактамы могут быть использованы кожные пробы и другие методы диагностики;
- доза антибактериального препарата должна базироваться на данных о массе пациента или индексе массы тела. Повторная доза препарата вводится при продолжительности операции, в 2 раза превышающей период полувыведения препарата;
- абдоминальная/вагинальная гистерэктомия: препаратом выбора является цефотетан, альтернативные антибиотики - цефазолин или цефокситин. При аллергии на бета-лактамы

рекомендуются клиндамицин с гентамицином или ципрофлоксацин;

- артропластика тазобедренного или коленного суставов, сердечно-сосудистые вмешательства: препараты выбора цефазолин или цефуросим. Альтернативные антибиотики - ванкомицин или клиндамицин;

- толстый кишечник: пероральная профилактика - неомицин с эритромицином или метронидазол. Режим выбора при парентеральном введении - цефотетан с метронидазолом. При аллергии на пенициллины - клиндамицин с метронидазолом.

Около 2% всех первичных лапаротомий сопровождаются незапланированными операциями по поводу интраабдоминальной инфекции, а приблизительно 50% всех серьезных интраабдоминальных инфекций возникают в послеоперационный период [11]. Существуют всего 2 наиболее важные причины лихорадки, возникающей вследствие инфекций в первые 36 ч после лапаротомии. Обе они могут быть легко диагностированы, если заподозрены и проведено соответствующее обследование.

Первая причина – повреждение кишечника с внутрибрюшным кровотечением. Это состояние характеризуется выраженными гемодинамическими изменениями – вначале тахикардией, а затем гипотензией и снижением диуреза. Отмечается выраженный дефицит жидкости, а при физическом обследовании выявляется разлитая болезненность при пальпации живота.

Вторая причина ранней лихорадки – инвазивная инфекция мягких тканей, начинающаяся в области раны. При стрептококковой инфекции в мазках обычно присутствуют лейкоциты, которых может не быть при развитии клостридиальной инфекции. Редко в качестве причины инфекции в первые 48 ч после операции может быть раневой токсический шок. Он развивается при контаминации раны некоторыми токсинпродуцирующими штаммами *Staphylococcus aureus*. [12]

Менее 1% всех случаев токсического шока, зарегистрированных центрами по контролю и профилактике заболеваний (CDC), были связаны с раневой инфекцией. В половине этих случаев развитие начиналось в первые 48 ч после операции. [13] Начальные проявления данного состояния представлены лихорадкой, диареей, рвотой, эритродермией и гипотензией. В последующем присоединяется десквамация кожи. Объективные признаки раневой инфекции в большинстве зарегистрированных случаев были выражены слабо или отсутствовали. В подобной ситуации рекомендуется дренирование раны и назначение антибиотиков, но в то же время оптимального способа лечения раневого инфекционного шока пока не найдено. [14]

Исследователи из Нидерландов установили, что проведение ПЦР-скрининга и санация

носителей *S. aureus* позволяет уменьшить частоту ИОХВ.

Для проверки гипотезы было выполнено многоцентровое двойное слепое плацебо-контролируемое исследование у пациентов, поступающих для проведения хирургического лечения. С целью быстрого выявления назального носительства *S. aureus* использовали ПЦР (полимеразную цепную реакцию) в режиме реального времени. За период с октября 2005 г. по июнь 2007 г. был проведён ПЦР-скрининг мазков из полости носа у 6771 пациента и идентифицирован 1251 носитель *S. aureus*. Среди 917 пациентов, включённых в ИТТ (Intent-To-Treat) популяцию, 808 больным (88,1%) было проведено хирургическое вмешательство. Все выделенные у носителей штаммы *S. aureus* были чувствительны к оксациллину и мупироцину.

Пациенты с назальным носительством *S. aureus* были случайным образом распределены в 2 группы: больным первой группы (n=504) проводили санацию носительства *S. aureus* с помощью интраназального применения мази с мупироцином и обработки тела хлоргексидин-содержащим мылом; во второй группе (n=413) использовали плацебо.

У пациентов 1-й группы ИОХВ, вызванные *S. aureus*, возникли в 17 случаях (3,4%), а в группе плацебо — в 32 случаях (7,7%). Таким образом, в группе санации носителей *S. aureus* мупироцином и хлоргексидином относительный риск — ОР ИОХВ составил 0,42 (95% доверительный интервал [ДИ] от 0,23 до 0,75). Результаты исследования свидетельствуют, что количество ИОХВ, вызванных *S. aureus*, в стационаре можно уменьшить путем проведения быстрого ПЦР-скрининга и санации назальных носителей данного микроорганизма с помощью интраназального применения мази с мупироцином и обработки тела хлоргексидин-содержащим мылом. Исследованные лекарственные средства (мупироцин и хлоргексидин) отличаются хорошей безопасностью, однако не исключена возможность возникновения резистентности *S. aureus* к мупироцину, поэтому его рекомендуется применять у ограниченных категорий пациентов: больных с подтверждённым носительством *S. aureus*, при кардиохирургических операциях, имплантации различных протезов и искусственных устройств, у иммунокомпрометированных больных. [15]

Исследователями из США было проведено рандомизированное двойное слепое исследование по сравнению плацебо и цефалексина в дозе 500 мг внутрь 4 раза в день в течение 7 дней после вскрытия и дренирования абсцессов кожи и мягких тканей, в котором участвовало 166 амбулаторных пациентов. Исход терапии оценивался по клиническому излечению после 7 дней назначения цефалексина/плацебо. При проведении культурального исследования золотистый стафилококк был выделен в 70,4%

случаев, из них 87,8% были MRSA. Частота клинического выздоровления составила 90,5% (95% доверительный интервал (ДИ) 0,82-0,96) у 84 пациентов, получавших плацебо, и 84,1% (95% ДИ 0,74-0,91) у 82 пациентов, получавших цефалексин (p=0,25). [16] В своём исследовании авторы приходят к выводу, что после хирургической санации неосложнённых абсцессов кожи и мягких тканей, вызванных внебольничными штаммами MRSA, можно обойтись и без антибиотиков. [16]

Профилактическое назначение антибиотиков не облегчает симптомы заболевания, а также не способствует снижению уровня подъёма температуры и уменьшению частоты выделения возбудителя из мочи после проведения ударно-волновой литотрипсии (УВЛ). С целью изучения данного вопроса в мета-анализ было включено 9 рандомизированных исследований, сравнивающих эффективность профилактики антибиотиками и плацебо, или отказа от назначения антибактериальных препаратов, включивших 1364 пациента со стерильными анализами мочи перед проведением операции.

После обобщения результатов исследования авторами было установлено, что исходы лечения существенно не различались между группой, получавших антибиотики с целью профилактики, и группой контроля. Таким образом, был сделан вывод об отсутствии необходимости в назначении антибактериальных препаратов с профилактической целью пациентам при отсутствии или низком риске развития инфекционных осложнений. [17]

Профилактическое применение антибиотиков при остром некротизирующем панкреатите имеет неоднозначные результаты. [18,19-24]. Выполненный исследователями из США мета-анализ ставил своей целью изучить результаты профилактического использования антибиотиков при данном заболевании.

Для выявления рандомизированных клинических исследований, посвященных сравнению результатов лечения некротизирующего панкреатита при профилактическом использовании антибиотиков и без него, авторы мета-анализа проводили поиск в базах данных и абстрактах.

Результаты профилактического использования антибиотиков были проанализированы с помощью расчёта суммарных оценок уровней летальности, частоты возникновения инфицированных панкреонекрозов, длительности госпитализации, развития инфекций иной локализации и частоты хирургических вмешательств.

Семь исследований с общим количеством пациентов 429 соответствовали критериям включения в мета-анализ. Как оказалось, профилактическое использование антибиотиков при остром некротизирующем панкреатите значительно снижает длительность госпитализации (p=0,04) и частоту развития внепанкреатических инфекций (p<0,01). Статистиче-

ски достоверных различий в уровне смертности ($p=0,22$), частоте возникновения инфицированного панкреонекроза ($p=0,18$) и частоты хирургических вмешательств ($p=0,40$) отмечено не было. Проведенный мета-анализ продемонстрировал, что профилактическое применение антибиотиков при остром некротизирующем панкреатите снижает длительность госпитализации и частоту возникновения вне панкреатических инфекций, однако использование антибиотиков не влияло

на уровень смертности, частоту развития инфицированного панкреонекроза и проведения хирургических вмешательств.

Таким образом, в современных условиях хирургу нужно работать с учетом принципов доказательной медицины, с целью достижения сокращения длительности и применение целенаправленной антибактериальной терапии [25].

ЛИТЕРАТУРА

1. Н.А.Ефименко, А.А.Зеленский, А.П.Середа Антибиотикопрофилактика в хирургии. Инфекции в хирургии Том 5 №4, 2007
2. McDonald M, Grabsch E, Marshall C, Forbes A. Single- versus multiple-dose antimicrobial prophylaxis for major surgery: a systematic review. *Aust NZJ Surg* 1998; 68 388–96
3. The Cochrane Collaboration, a reprint of a Cochrane protocol, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2007, Issue 3. <http://www.thecochranelibrary.com>
4. Предоперационное использование хлоргексидина превосходит по эффективности применение повидон-йода Антибиотики и химиотерапия 51st Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC): Abstract K-480. Presented September 18, 2011. Пятница, 14 октября 2011 г. - 08:50
5. Platt R. Guidelines for perioperative antibiotic prophylaxis. In: Abrutyn E, Goldmann DA, Scheckler WE, eds. *Sounders Infection Control Reference Service*. Philadelphia: W.B. Saunders Co, 1997; p. 22 934. 19.
6. Dellinger EP, Gross PA, Barrett TL et al. Quality standard for antimicrobial prophylaxis in surgical procedures. *Clin Infect Dis* 1994; 18: 422–7.
7. Bernard HR, Cole WR. The prophylaxis of surgical infection: the effect of prophylactic antimicrobial drugs on the incidence of infection following potentially contaminated operations. *Surgery* 2004; 56: 151–9. 1
8. Nichols RL, Holmes JW. Prophylaxis in bowel surgery. *Curr Clin Top Infect Dis* 1995; 15: 76–96.
9. Antimicrobial prophylaxis in surgery. *Med Lett Drugs Ther* 1999; 41: 75–80.
10. Dellinger E.P., Gross P.A., Barrett T.L., et al. Quality standard for antimicrobial prophylaxis in surgical procedures. *Clin Infect Dis* 2004; 18:422-7.
11. Platt R., Zaleznik D.F., Hopkins C.C., et al. Perioperative antibiotic prophylaxis for herniorrhaphy and breast surgery. *N Engl J Med* 2000; 322:152-60.
12. Page C.P., Bohnen J.M.A., Fletcher J.R., McManus A.T., Solomkin J.S., Wittman D.H. Antimicrobial prophylaxis for surgical wounds: Guidelines for clinical care. *Arch Surg* 2003; 128:79-88.
13. Dellinger E.P. Surgery for intra-abdominal sepsis. In: White T.T., Harrison R.C., Debas H.T., Mulholland M., editors. *Reoperative gastrointestinal surgery*. New York: Appleton, Century, Crofts, 2001. p.63-73.
14. Dellinger E.P. Approach to the patient with postoperative fever. In: Gorbach S., Bartlett J., Blacklow N., editors. *Infectious diseases in medicine and surgery*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1998. p.903-9.
15. Bode LG, et al. Preventing surgical-site infections in nasal carriers of *Staphylococcus aureus*. *N Engl J Med*. 2010; 362 (1): 9-17.
16. Rajendran PM, Young D, Maurer T, Chambers H, Perdreau-Remington F, Ro P, Harris H. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of cephalexin for treatment of uncomplicated skin abscesses in a population at risk for community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection. *Antimicrob Agents Chemother*. 2007; 51(11): 4044-8.
17. Lu Y, Tianyong F, Ping H., Liangren L., Haichao Y., Qiang W. Antibiotic Prophylaxis for Shock Wave Lithotripsy in Patients with Sterile Urine Before Treatment May be Unnecessary: A Systematic Review and Meta-Analysis *J Urol* 2012; 188: 441-448.
18. D.A. O'Reilly, A.N. Kingsnorth. Management of acute pancreatitis. Role of antibiotics remains controversial. *BMJ*. 2004;328:968-9
19. Bratzler DW, Houck PM. Antimicrobial Prophylaxis for Surgery: An Advisory Statement from the National Surgical Infection Prevention Project. *Clin Infect Dis* 2004; 38: 1706-15
20. Базненко С.Ф., Толстой А.Д., Красногоров В.Б. и др. Острый панкреатит. Протоколы диагностики и лечения // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. – № 1 – С. 60-66.
21. Саенко В.Ф., Андреев С.А. Антибактериальная терапия панкреонекроза // *Клінічна хірургія*. – 2001. – № 3 – С. 5-9.
22. Шалимов А.А., Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Н. Современные тенденции в диагностике и лечении острого панкреатита // *Клінічна хірургія*. – 2006. – № 6. – С. 12-20.
23. Швецов Д.А. Направленный транспорт антибиотиков в лечении острых неспецифических воспалительных заболеваний легких и плевры: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Караганда, 1996. – 22 с.

24. Beger H.Y., Rau B., Iseumann R. et al. Antibiotic Prophylaxis in Severe Acute Pancreatitis May Not Improve Outcomes // *Gastroenterology*. – 2004. – Vol. 127. – P. 997-1004; 1195-1198.

25. Hart P.A., Bechtold M.L., Marshall J.B., Choudhary A., Puli S.R., Roy P.K. Prophylactic antibiotics in necrotizing pancreatitis: a meta-analysis. *South Med J*. 2008; 101(11): 1126-31.



Тукуева Г.К.

СУРФАКТАНТНАЯ ТЕРАПИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Национальный научный центр материнства и детства, Астана

Согласно данным ВОЗ в развивающихся странах, неонатальная смертность составляет более одной трети всех смертей детей в возрасте до пяти лет [1]. Уровни смертности очень высоки в раннем неонатальном периоде, при этом 25-45% детей умирают в первые сутки жизни, а около 75% -- в первую неделю после рождения [1,2]. По данным МЗ РК в 2011 году показатель младенческой смертности в Казахстане снизился почти на 10% по сравнению с предыдущим годом. В данном обзоре представлены результаты доказательной базы врачебной практики по применению сурфактанта новорожденных.

Применение экзогенного сурфактанта в терапии синдрома дыхательных расстройств у новорожденных детей, получившее в последние годы широкое распространение, позволило существенно снизить смертность недоношенных детей при данной патологии, частоту пневмоторакса, интерстициальной эмфиземы, бронхолегочной дисплазии и ретинопатии [3,4 – 7]. В 1980 г. японские ученые Т. Fujiwara и соавторы опубликовали первые результаты успешного клинического применения экзогенного сурфактанта [8]. Именно с этого времени началась активная разработка технологий для получения как натуральных, так и искусственных экзогенных сурфактантов.

Так же, как и во всем мире, в Казахстане основным препаратом, используемым для профилактики и лечения РДС, является Куросурф (Curosurf, Порактант Альфа). Это натуральный свиной сурфактант, который был разработан профессором Tore Curstedt и профессором Bengt Robertson Каролинского университетского госпиталя Стокгольма (Швеция). Торговое название препарата произошло от первых букв фамилий разработчиков: Curstedt–Robertson Surfactant – Curosurf [9]. К 2010 г. применен в 69 странах более чем у 1 200 000 новорожденных [10].

Принципы лечения препаратом сурфактанта, основанные на современной доказательной базе, заключаются в следующем:

- Профилактическое введение Куросурфа, т.е. введение препарата до развития клинических признаков РДС, следует осуществлять новорожденным, родившимся на сроке гестации менее 27 нед. При этом в европейских рекомендациях указан срок менее 26 нед гестации. При отсутствии у матери антенатальной профилактики РДС стероидами профилактическое введение может осуществляться и у детей, родившихся на сроке гестации 27–29 нед.

- Терапевтическое введение сурфактанта в первые 20 мин жизни показано недоношенным новорожденным, родившимся на 1 сроке гестации 27–29 нед и потребовавшим интубации трахеи и проведения ИВЛ с рождения. Детям, родившимся на 30–31-й неделе беременности и потребовавшим интубации и перевода на ИВЛ в связи с тяжелыми дыхательными нарушениями, сурфактантная терапия также наиболее эффективна, если ее проводить в течение 20 мин от начала респираторной симптоматики. При доказанном РДС у новорожденных старшего гестационного возраста эффективность сурфактантной терапии будет тем выше, чем раньше начато лечение.

- При сохраняющейся зависимости от кислорода у недоношенных новорожденных на ИВЛ может быть показано 2 и 3-е введение Куросурфа.

- Лечебная доза Куросурфа составляет 200 мг/кг.

- Введение Куросурфа недоношенным новорожденным на СРАР следует осуществлять при первых признаках неэффективности СРАР – возрастании оценки по шкале Сильвермана более 3 баллов, увеличении концентрации кислорода во вдыхаемой газовой смеси более 30–40%.

- Введение Куросурфа следует осуществлять быстро, болюсно

- После введения Куросурфа требуется быстрая коррекция параметров ИВЛ в связи со стремительным изменением механических свойств легких [11].

В последнее время проведены нерандомизированные исследования по «позднему» введению сурфактантов (Infasurf 2004;

Surfaxin 2009) новорожденным, находящимся на ИВЛ более 7 сут с целью профилактики БЛД, во всех случаях препараты вводились эндотрахеально болюсно [12, 13]. Первое успешное многоцентровое пилотное исследование по аэрозольному введению синтетического сурфактанта Aegosurf недоношенным новорожденным, находящимся на оксигенотерапии, с помощью назального метода СРАР-терапии с переменным потоком с целью профилактики РДС проведено [13] с использованием нового вида небулайзера Aeroneb Pro. Успех обусловлен наличием нового генератора (OnQ). Он способствует поступлению аэрозоля с низкой скоростью, оптимальной для альвеолярного осаждения. OnQ-аэрозоли используются полностью, не нагревая лекарственный препарат и сохраняя его молекулярную целостность. OnQ-технология широко применяется в медицинской практике для доставки в альвеолы разнообразных лекарств, включая небольшие молекулы белков, пептидов и липосом.

Представляет интерес новый метод введения сурфактанта без интубации (SWI – Surfactant without Intubation) с помощью тонкого эндотрахеального катетера при проведении новорожденному дыхательной терапии с помощью назальной СРАР-терапии. Проведенные многоцентровые исследования показали, что новый метод введения сурфактанта был предложен с целью уменьшить риск повреждения легких, так как даже кратковременная ИВЛ при введении сурфактанта методом INSURE может вызвать данное осложнение. Предложенный метод – это комбинация двух эффективных методов терапии РДС: сурфактант и назальный СРАР. Полученные результаты показали снижение частоты БЛД и смертности, уменьшение частоты использования глюкокортикоидов. Для подтверждения этих данных требуется проведение контролируемых исследований [14].

Согласно данным Кохрановского обзора по исследованию синтетических и натуральных сурфактантов были представлены следующие данные. Всего в четыре исследования было включено 3459 детей (гестационный возраст от 26 до 32 недель и/или масса тела 500 и 1500 грамм). Большинство из них (n=3110) получали синтетический сурфактант, Exosurf; остальные – бычий сурфактант (n=317) или сурфактант ТА (n=32). 1726 детям сурфактант ввели рано, в течение первых двух часов жизни, и их сравнивали с 1733 детьми, у которых введение сурфактанта было отложено (ввели через два часа после рождения). [15,16]. Мета-анализ выявил, что у недоношенных детей, которые были интубированы по причине РДС или БГМ, введение сурфактанта в течение первых двух часов жизни по сравнению с теми, кто его получил по истечении двух часов, привело к снижению: пневмотораксов на 30% [относительный риск (ОР) 0.70; 95% доверительный интервал (ДИ) 0.59–0.82]; легочной интерстициальной эмфиземы

на 37% (ОР 0.63; 95% ДИ 0.43–0.93); уровня неонатальной смертности на 13% (ОР 0.87; 95% ДИ 0.77–0.99); хронического заболевания легких на 30% (ОР 0.77; 95% ДИ 0.55–0.88) и сочетанного исхода смерти и хронического заболевания легких на 16% (ОР 0.84; 95% ДИ 0.75–0.93). Раннее введение сурфактанта никак не отразилось на частоте других распространенных состояний, связанных с недоношенностью, а именно легочных кровоизлияниях, персистирующих артериальных протоках, некротических энтероколитов, ретинопатии недоношенных, внутрижелудочковых кровоизлияниях, бронхолегочной дисплазии. Не было данных о том, есть ли отличия в длительности пребывания новорожденных в отделении интенсивной терапии или применении искусственной вентиляции легких в зависимости от раннего или отсроченного введения сурфактанта. [17,18]. Было показано, что инфекции негативно отражаются на эффективности терапии сурфактантом у детей с РДС [19, 20, 21,22]. Поскольку в развивающихся странах частота случаев инфекций высока, терапия сурфактантом там может оказаться менее эффективной. Принимая во внимание ограниченные ресурсы и воздействие инфекций на эффективность сурфактантной терапии, может быть уместным ограничить раннее его применение только для тех новорожденных, кто имеет лучшие шансы выжить – т.е. детьми с массой тела от 750 до 1000 г и без явных признаков инфекции.

Раннее введение сурфактанта у глубоко недоношенных младенцев снижает потребность в искусственной вентиляции лёгких. Это было доказано в Колумбии. С 1 января 2004 г. по 31 декабря 2006 г. в 8 перинатальных центрах 3-го уровня в Колумбии было проведено рандомизированное контролируемое исследование 279 детей, родившихся в гестационном возрасте (ГВ) 27 - 3167 недели с респираторными нарушениями и нуждавшихся в дополнительном кислороде в родовой комнате. Все пациенты, включённые в исследование, были беспорядочно назначены в течение 1-го часа жизни либо на интубацию и раннее введение сурфактанта (препарат «Survanta» в дозе 100 мг/кг), экстубацию и НСРАР (группа лечения; n = 141), либо только на НСРАР (группа контроля; n = 139). Первичным результатом была потребность младенцев в последующей ИВЛ («неудачное лечение»). В течение периода изучения 805 младенцев с ГВ \geq 27 и \leq 3167 недель были рождены в центрах изучения, однако по различным причинам 526 пациентов не были включены в исследование. У новорожденных, выполнивших критерии включения, базовые характеристики были подобны между группами. Все младенцы в группе лечения были успешно экстубированы и переведены на НСРАР. БЛД чаще диагностировалась в группе лечения по сравнению с группой контроля: 49% (128) против

59% (124), но различие не было статистически существенным. Никаких осложнений от интубации не было зарегистрировано в обеих группах. Частота «неудачного лечения» была подобна между группами: 10 (7,1%) из 141 в группе лечения против 8 (5,8%) из 137 в группе контроля (относительный риск [ОР]: 1,21; 95% доверительный интервал [ДИ]: 0,49 – 2,9). Потребность во введении сурфактанта с лечебной целью была значительно ниже в группе лечения по сравнению с группой контроля: 12% (17) против 26% (35); $P = 0,039$. Сравнительный анализ между группами лечения и контроля был выполнен в 2-х страгах ГВ (27 - 29 и 30 - 31/67 недель). Авторы исследования пришли к выводу, что у недоношенных младенцев с респираторными нарушениями, пролеченных НСРАР вскоре после рождения с ранним введением сурфактанта без принуди-

тельной вентиляции, уменьшаются потребность в последующей ИВЛ (~ на 33%) и частота СУВ. [24].

В заключении остается отметить, что, открытыми вопросами для дальнейших исследований ученых на сегодняшний день являются: приводит ли раннее введение сурфактанта новорожденным с РДС на ППД к лучшим исходам по сравнению с отсроченным его введением. Так же важно определить, есть ли какой-то момент времени, после которого, введение сурфактанта уже не приносит пользы. [25] Необходимо разработать недорогой сурфактант, с использованием методов генетической инженерии. Наконец, в интересах экономии средств, было бы полезно определить, существует ли граница по весу и гестационному возрасту, после которой сурфактант автоматически назначается недоношенным детям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lawn JE, Cousens S, Zupan J, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *The Lancet* 2005;365:891-900.
2. Zupan J, Aahman E. Perinatal mortality for the year 2000: estimates developed by WHO. Geneva: World Health Organization, 2005.
3. Гребенников В.А., Миленин О.Б., Рюмина И.И. Респираторный дистресс-синдром новорожденных. Заместительная терапия синтетическим сурфактантом. *Exosurf Neonatal*. М 1995; 136.
4. Repka M., Hadak M., Parsa C. et al. Calf lung surfactant extract prophylaxis and retinopathy of prematurity. *Ophthalmology* 1992; 99: 531-536.
5. Horbar J., Wright E., Onstad L. et al. Decreasing mortality associated with the introduction of surfactant therapy: an observational study of neonates weighting 601-1300 grams at birth. *Pediatrics* 1993; 92: 2: 191-196.
6. Kresch M., Clive J. Meta-analyses of surfactant replacement therapy of infants with birth weights less than 2000 g. *J Perinatol* 1998; 18: 4: 276-283.
7. Carlo WA. Ventilatory strategies in the prevention and management of bronchopulmonary dysplasia. *Semin Perinatol* 2006; 30 (4): 192-9.
8. Fujiwara T, Maeta H, Chida S et al. *Lancet* 1980; 1: 55-9.
9. Surfactant Replacement Therapy in Preterm Infants: A European Survey Anton H. van Kaam, Anne P. De Jaegere, Dorine Borensztajn, Peter C. Rimensberger on behalf of the Neovent Study Group *Neonatology* 2011; 100: 71-7. DOI: 10.1159/000322004
10. Early CPAP versus Surfactant in Extremely Preterm Infants N. Finer, M.D., Waldemar A. Carlo, M.D., Michele C. Walsh M.D., for the NICHD Neonatal Research Network and the SUPPORT Study Group. *The New England Journal of Medicine* May 27, 2010; 362; 21.
11. Merrill JD, Ballard RA, Cnaan A et al. Dysfunction of pulmonary surfactant in chronically ventilated premature infants. *Pediatr Res* 2004; 56 (6): 918-26. [Epub: 2004 Oct 20.]
12. Laughon M, Bose C, Moya F et al. for the Surfaxin Study Group. A Pilot Randomized, Controlled Trial of Later Treatment With a Peptide-Containing, Synthetic Surfactant for the Prevention of Bronchopulmonary Dysplasia. *Pediatrics* 2009; 123 (1). 89-96. Doi:10.1542/10.1542/peds.2007-2680.
13. Sweet DG, Carnielli V, Greisen G et al. European Consensus Guidelines on the Management of Neonatal Respiratory Distress Syndrome in Preterm Infants – 2010 Update. *Neonatology* 2010; 97: 402-17.
14. Surfactant without Intubation in Preterm Infants with Respiratory Distress: First Multi-center Data Kribs A et al. *Klin Padiatr* 2010; 222: 13-7.
15. Soll R, Morley CJ. Prophylactic versus selective use of surfactant in preventing morbidity and mortality in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD000510; DOI: 10.1002/14651858.CD000510.
16. Seger N, Soll R. Animal derived surfactant extract for treatment of respiratory distress syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD007836; DOI: 10.1002/14651858.CD007836.
17. Soll RF, Merley CJ. Prophylactic versus selective administration of surfactant. *Cochrane Database sys rev*-2001.
18. Segerer H, Stevens P, Schadow B, Maier R, Kattner E, Schwarz H, Curstedt T, Robertson B, Obladen M. Surfactant substitution in ventilated very low birth weight infants: factors related to response types. *Pediatrics Research* 1991;30:591-596.
19. Fabrizio Sandri, Richard Plavka, Umberto Simeoni on behalf of the CURPAP Advisory Board. *The CURPAP Study: An International Randomized*

- Controlled Trial to Evaluate the Efficacy of Combining Prophylactic Surfactant and Early Nasal Continuous Positive Airway Pressure in Very Preterm Infants. Neonatology 2008; 94: 60–2.*
20. Herting E, Gefeller O, Land M, van Sonderen L, Harms K, Robertson B. Surfactant treatment of neonates with respiratory distress failure and group B streptococcal infection. Members of the Collaborative European Multicenter Study Group. *Pediatrics 2000; 106: 957-964.*
21. SUPPORT Study Group of the Eunice Kennedy Shriver NICHD Neonatal Research Network. Early CPAP versus surfactant in extremely preterm infants. *New England Journal of Medicine 2010; 362: 1970-1979.*
22. Morley CJ, Davis PG, Doyle LW, Brion LP, Hascoet JM, Carlin JB. Nasal CPAP or intubation at birth for very preterm infants. *New England Journal of Medicine 2008; 358: 700-708.*
23. Schulzke SM, Pillow J, Ewald B, Patole SK. Flow-cycled versus time-cycled synchronized ventilation for neonates (Review). *Cochrane Collaboration, 2010. 20.*
24. Mario Augusto Rojas et al. Very early surfactant without mandatory ventilation in premature infants treated with early continuous positive airway pressure: a randomized, controlled trial. *Pediatrics. January 2009; 123(1): 137-142.*
25. Halliday HL and for the CURPAP Study Group. Prophylactic or Early Selective Surfactant Combined With nCPAP in Very Preterm Infants. *Pediatrics 2010; 125: e1402–e9; originally published online May 3, 2010.*



Тургумбаева Г.Г.

ПАРАНЕФРИТ

ГКП на ПХВ «Первая городская больница» г.Астана

Паранефрит - гнойно-воспалительное поражение околопочечной, забрюшинной клетчатки. Впервые в 1896 году Кюстнер для характеристики воспалительных процессов околопочечной клетчатки предложил термин «паранефрит», а для воспаления собственной фиброзной капсулы почки «перинефрит». А С.П. Федоров на основании анатомических исследований Г.Г. Стромберга (1909) обозначил воспалительный процесс в паранефральной клетчатке как паранефрит. Возбудителем паранефрита в большинстве случаев является стафилококк, а с 1971 превалирует грам отрицательная флора (кишечная палочка, или ее ассоциации со стафилококком (О.Л. Тиктинский, И.Ф. Новиков). Инфекция заносится в паранефрий гематогенным путем из первичного гнойного очага (фурункул, панариций, остеомиелит) или лимфогенным путем из очага нагноения в соседних органах (аппендикулярный инфильтрат, параметрит) на фоне сниженной реактивности организма. Возникновение паранефрита может быть связано с общей инфекцией (тиф, ангина, пневмония) и кровоизлиянием в околопочечную клетчатку при ушибах поясницы. Паранефрит может быть ятрогенным заболеванием и возникает он нередко после поясничной новокаиновой блокады, а также после пункционной биопсии почки, или после перфорации лоханки или мочеточника при катетеризации мочеточника.

В перечисленных случаях паранефрит считается внепочечным, т.е. исходящим не из почки или первичным (И.П.Шевцов, Ю.Д. Глухов 1988г.), а вторичный паранефрит - почечным. Паранефрит,

если не предпринято своевременное хирургическое лечение, смертельное заболевание. Почечный паранефрит возникает вследствие прорыва гнойно-воспалительного очага из первично заболевшей почки в паранефрий, например, при калькулезном и туберкулезном пионефрозе, при карбункуле почки или апостематозном нефрите и носит вторичный характер. При апостематозном пиелонефрите и карбункуле почки паранефральные абсцессы возникают у 19,3% больных (А.М.Мухтаров, 1970). Несомненно, что часто паранефрит, клинически протекающий как внепочечный является результатом прорыва в околопочечную клетчатку бессимптомного метастатического гнойничка в корковом слое почки. Частота вторичного паранефрита составляет около 80% (Лопаткин Н. А. 1998г.) Нередко паранефральные гнойники спонтанно вскрываются в плевральную полость и возникает гнойный плеврит. Чаще паранефральные гнойники вскрываются в брюшную полость, что приводит к разлитому перитониту и смерти больного.

Острая обструкция мочеточника, которая выражается почечной коликой, может быть причиной попадания мочи в паранефрий и, если моча инфицирована, причиной паранефрита. Нормальное внутрилоханочное давление колеблется от 0 до 15 см водного столба или столба мочи. При почечной колике внутрилоханочное давление может достигать 150 см столба мочи (И. М. Деревянко, Т.И. Деревянко, Азиз Мохаммед Биши, 1999). При высоком внутрилоханочном давлении разрывается эпителий форникса и развивается форникальный

рефлюкс с поступлением мочи в синус почки и паранефральную клетчатку. При этом развивается так называемый «паранефральный отек».

Воспалительный процесс паранефральной клетчатки обычно проходит фазу инфильтративно-отечных изменений и исходом в нагноение или склероз паранефрия. Острый гнойный паранефрит может быть в виде флегмоны забрюшинной клетчатки или в виде локализованных абсцессов. В зависимости от локализации выделяют передний, задний, верхний, нижний и тотальный паранефрит. Клиника зависит от локализации воспалительного процесса и зачастую не соответствует классическому описанию в руководствах. При верхнем паранефрите преобладают симптомы поддиафрагмального абсцесса, острого холецистита, пневмонии или плеврита. При нижнем паранефрите могут появиться симптомы острого аппендицита и его осложнений (аппендикулярный инфильтрат, ретроцекальный абсцесс). При переднем могут быть симптомы, характерные для заболеваний органов живота. По данным Р.С. Шпизеля и А.Я. Яремчука (1995), больные с паранефритом ошибочно лечатся по поводу ишиаса, коксита и других заболеваний.

Так например, М. Н. Жукова, И. Ф. Новиков и соавт, О.Л. Тиктинский выявили ряд особенностей клинического течения паранефрита и др. гнойно-воспалительных заболеваний почек и околопочечной клетчатки, которое заключается в следующем: появились атипичные формы гнойного паранефрита. Трудности диагностики связаны с тем, что одновременно или еще раньше гнойного паранефрита развивается апостематозный нефрит или карбункул почки. Поэтому у ряда больных во время операции паранефральный гнойник является как бы находкой. Наконец неправильное назначение антибиотиков, недостаточный контроль по выявлению бациллоносителей в стационарах, нарушение правил асептики и антисептики явились причиной появления новых форм микробной флоры-антибиотикоустойчивых, антибиотикозависимых и антибиотикоизменчивых (L-формы, протопласты, сферопласты). Эти виды не растут на обычных питательных средах. Для их выявления требуются специальные бактериальные среды, определенные навыки и опыт работников лаборатории. Поэтому отсутствие роста микробной флоры из вскрытого гнойника еще не означает, что ее там нет. Абактериальный паранефрит следует рассматривать как воспалительное заболевание, при котором инфекционный фактор еще не выявлен.

Р.С. Шпизель, А.Я. Яремчук (1985) классифицируют все осложнения паранефрита на 2 группы:

1. Осложнения, вызванные всасыванием гноя, токсинов и продуктов распада тканей в гнойном очаге: сепсис, септикопиемия, пневмония, амилоидоз внутренних органов.

2. Осложнения, которые возникают в результате разрушительного действия гнойно-воспалительного процесса на окружающие ткани. Перфорация гнойника в плевральную полость и плеврит. Особенности клинической картины зависят от локализации процесса.

Наиболее грозным осложнением при гнойном воспалении паранефральной клетчатки является бактериемический шок и почечно-печеночный синдром. Для их профилактики важным фактором является правильная последовательность лечебных мероприятий. В первую очередь, восстановить отток мочи (катетеризация) и только затем применять большие дозы антибиотиков. Несоблюдение этого правила, когда до восстановления пассажа мочи назначаются большие дозы бактериальных препаратов, приводит к гибели микробной флоры, к освобождению и всасыванию в кровь эндотоксинов, и, как следствие, к развитию бактериотоксического шока.

В настоящее время самым точным и доказательным методом диагностики паранефрита является ультразвуковое исследование забрюшинного пространства и рентгенологический, с определением подвижности почек. Резкое ограничение или полное отсутствие подвижности почки даже при форсированном дыхании служит признаком паранефрита. Более достоверные данные можно получить при компьютерной томографии.

А.В. Люлько (1996) указывает, что при ультразвуковом обследовании в паранефрии обнаруживается полость, окруженная капсулой и содержащая жидкость (гной).

Лечение паранефрита заключается во вскрытии и дренировании гнойника и антибиотикотерапии в первые 5-7 дней после операции. При первичном паранефрите - парэнтеральное введение массивных доз антибиотиков одновременно мероприятия, направленные на дезинтоксикацию, нормализацию электролитного и белкового баланса и повышение иммунологических защитных сил организма. При вторичном гнойном паранефрите причиной которого является мочекаменная болезнь или пиелонефрит при аденоме предстательной железы, операция является надежной альтернативой консервативной терапии. Объем оперативного вмешательства зависит от состояния контралатеральной почки и общего состояния больного.

В настоящее время благодаря развитию УЗ техники стали более широко применяться перкутанные пункционные методы диагностики и лечения под УЗ-наведением (пункции кист почек, игни-пунктура, ЧПНС, чрескожное пункционное дренирование очагов как в самих почках так и в паранефральной клетчатке (А.Ф. Даренков, Н.С. Игнашин, А.А. Науменко, 1991, Б.Т. Перерва, Н.Б. Медоев, Г.Д. Дмитриенко и др., 1999; Г. А. Сартаков, Г.Д. Дмитриенко, Н.Б. Медоев, 1999)

ЛИТЕРАТУРА

1. И.М. Эпштейн, Урология. Москва. Мед.гиз. 1959. с.148-150.
2. О.Л. Тиктинский, И. Ф. Новиков, «Трудности и ошибки диагностики и лечения острого паранефрита в хирургической практике». Вестник хир. Им. И. И. Грекова «Медицина» №6. 1985, с. 82-86.
3. Вайберг З.С. Неотложная урология. М. 1997. с.48-49.
4. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. М. 1998. Т.2. с.351-355.
5. Перерва Б.Т., Медоев Н.Б., Дмитриенко Г.Д. и др. наш опыт лечения больных острым гнойным пиелонефритом //Кубанский научный медицинский вестник. Краснодар. 1999. №9-10. с.83-84.
6. И. М. Деревянко, Т. И. Деревянко «Паранефрит». С.12-19.



М.Б. Бактыбаева, Р.К.Татаева

НАПРЯЖЕННОСТЬ ТРУДА

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана

Умственный труд охватывает весьма широкий диапазон различных по характеру и содержанию видов деятельности. К ним относятся: научный труд, педагогический труд, врачебный труд, управленческий труд и др. Он объединяет работы, связанные с приемом и передачей информации, требующие активизации процессов мышления, внимания, памяти. Основным показателем умственного труда является напряженность [1].

Напряжённость труда – характеристика трудового процесса, отражающая нагрузку преимущественно на центральную нервную систему, органы чувств, эмоциональную сферу работника [2].

Для оценки напряженности труда применяют факторы напряженности, к которым относят: интеллектуальные, сенсорные, эмоциональные нагрузки, монотонность нагрузок и режим работы. Каждый из факторов имеет свою характеристику и значимость.

Интеллектуальные нагрузки рассматривают трудовой процесс с точки зрения его мыслительной деятельности. Они имеют экспертные оценки, которые исследователь устанавливает на основе изучения функциональных обязанностей работников, регламентов работы, наблюдения алгоритма деятельности и включают в себя такие критерии как: содержание работы, восприятие, сложность работы, характер работы.

Сенсорные характеристики, включают в себя: длительность сосредоточенного наблюдения, плотность сигналов за 1 час, число объектов одновременного наблюдения, напряжение зрительного анализатора, определение величины нагрузки на органы слуха, нагрузки на голосовой аппарат.

Немаловажную роль в напряженности труда имеют эмоциональные нагрузки, которые

обусловлены разнообразными причинами: ответственность различной степени за результат собственной деятельности может иметь моральный, материальный, административный, уголовный аспекты.

Наиболее существенным из всех показателей напряжённости является риск для здоровья и жизни (своей и других лиц) безотносительно к степени его вероятности[4].

Эмоциональные нагрузки часто встречаются в профессиях связанных с медициной, педагогикой, водением транспорта, сферой обслуживания, бизнесом.

При оценке напряженности труда обязательно учитываются монотонность нагрузок и режим работы. Монотонность оценивают путем определения времени активных действий и времени пассивного наблюдения, тогда как режим работы - продолжительностью рабочего дня, сменностью и регламентацией внутрисменного отдыха.

На основе полученных данных ведётся классификация условий труда по степени напряженности. Существуют 3 степени: 1-й класс - труд оптимальный, 2-й класс - труд допустимый и 3-й класс - труд вредный, который имеет 3 подкласса: 3.1. - труд средней степени напряженности; 3.2. - труд напряженный; 3.3. - труд очень напряженный[2,4].

Изучение напряженности труда имеет очень большое значение в профилактике многих патологических состояний и заболеваний, таких как «синдром эмоционального выгорания», хроническое утомление, профессиональный стресс[3] и многие психосоматические отклонения, которые в дальнейшем могут привести к серьёзным нарушениям со стороны здоровья работающего.

ЛИТЕРАТУРА

1. Н. Ф. Измеров, В. Ф. Кириллов. *Гигиена труда*. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2. «Руководство по гигиене, оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» Р2.2.2006-05-Бюллетень норм. и метод. документов ГСЭН 2005, выпуск 3 (21).
3. Боронова Г.Х., Прусова Н.В. *Психология труда*. - М.: Эксмо Год: 2008, С.160
4. Метод. реком. «Физиологические нормы напряжения организма человека при различных видах трудовой деятельности». М.-НС «Мед.-экол. проблемы здоровья работающих» - 2003 - 17 с.

М.Б. Бақтыбаева, Р.Қ. Татаева

ЕҢБЕК ҚАРБАЛАСТЫҒЫ

Бұл мақалада ой еңбегіне тән еңбек қарбаластығының жалпы сипаттамасы мен оны анықтаудың негізгі факторлары туралы жазылған және осыған байланысты қарбаластық дәрежелері бойынша еңбектің жіктелуі келтірілген.

Түйінді сөздер: ой еңбегі, қарбаластық, қарбаластықтың дәрежелері.

M.B. Baktybayeva, R.K. Tatayeva

INTENSITY OF WORK

In this article the general characteristic of intensity of brainwork is given and major factors of its definition are written, and also classification of work by intensity degree is given.

Key words: brainwork, intensity, intensity degrees.



Бегайдаров А.Д., Атетов Е.Б., Кутамеладзе Г.Д., Калин Э.А.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

*АО «Медицинский университет Астана»
«Республиканский Научный Центр
Неотложной Медицинской Помощи»*

Сохранение здоровья молодёжи является одной из основных задач современного общества [1]. Формирование здорового образа жизни должно выражаться в закреплении в молодёжной среде комплекса оптимальных навыков, умений и жизненных стереотипов, исключающих пагубные привычки [2,3].

Целью нашего исследования стало изучение отношения молодёжи к своему здоровью. В нашем исследовании принимали участие студенты 3 курсов всех факультетов нашего университета. Их вниманию была предложена анонимная анкета, состоящая из 50 вопросов, на которые предлагалось ответить в произвольной форме или выбрать один

из предложенных вариантов ответа. Проанализировав полученные данные, мы пришли к выводу, что 60% опрошенных нами юношей и девушек считают себя полностью здоровыми. Однако, 65% зная о вреде курения, продолжают курить, а 70% употребляют алкоголь, зная о том, что это вредно для здоровья (Рис.1).

Как видно из таблицы 1, курят 65% наших респондентов. Причем, 20% начали курить до 16-ти лет, 60 % курят каждый день, 45 % - курят, даже если больны. 60 % курят за компанию, чтобы быть «как все», 30 % курят, чтобы поднять себе настроение.

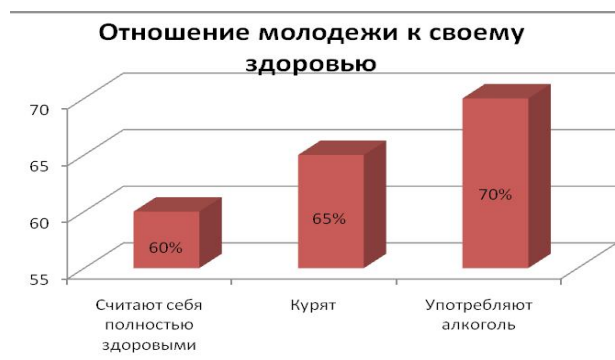


Рисунок 1. Результаты анкетирования молодежи

Только половина опрошенных считают, что курить вредно. Хотят бросить курить 45 %. Однако, никто из опрошенных не хочет, чтобы курили их дети.

Таблица 1. Отношение молодежи к курению

№	Вопросы	Ответы «да»	%
1	Есть ли у вас вредные привычки?	7	35
2	Курите ли вы?	13	65
3	Вы начали курить раньше 16-ти лет?	4	20
4	Вы курите каждый день?	12	60
5	Вам трудно удержаться от курения в местах, где курить запрещено?	7	35
6	Вы курите, даже если больны?	9	45
7	Вы курите, чтобы поднять себе настроение?	6	30
8	Вы курите «за компанию», чтобы быть «как все»?	12	60
9	Вы получаете удовольствие от сигарет?	8	40
10	Как вы считаете: курить вредно?	10	50
11	Вам нравятся курящие девушки?	4	20
12	Вы хотите бросить курить?	9	45
13	Вы сможете совсем отказаться от сигарет?	7	35
14	Вы хотели бы, чтобы ваши дети курили?	0	0

Следовательно, молодежь знает о вреде курения, но не считает, что сигареты могут принести лично им какой-либо реальный вред. 60% курят «за компанию».

По результатам нашего опроса, 70% молодежи употребляют алкоголь, 80% попробовали его до 16

лет. Причем 25 % употребляет спиртное чаще, чем раз в неделю, 85% пьют «за компанию». При этом лишь половина опрошенных считают, что алкоголь вреден для них. И только 5% боятся стать алкоголиками (таб.2).

Таблица 2. Отношение молодежи к алкоголю

№	Вопросы	Ответы «да»	%
1	Употребляете алкоголь?	14	70
2	Вы попробовали алкоголь раньше 16-ти лет?	16	80
3	Употребляете алкоголь чаще, чем раз в неделю?	5	25
4	Только по праздникам?	2	10
5	Алкоголь поднимает вам настроение?	12	60
6	Вы пьете «за компанию», чтобы быть «как все»?	17	85
7	Вы получаете удовольствие от алкоголя?	11	55
8	Вы пьете, чтобы снять стресс, расслабиться?	6	30
9	Вы считаете, пиво алкогольным напитком?	4	20
10	Вы боитесь стать алкоголиком?	1	5
11	Считаете ли вы, что алкоголь вреден для здоровья?	10	50
12	Вы сможете совсем отказаться от алкоголя?	5	25
13	Вы уважаете пьющих людей?	2	10

Итак, вред алкоголя молодежью тоже недооценивается. Преобладает мотив «за компанию».

Как видно из таблицы 3, большинство считает себя здоровыми людьми, но только 20 % ведут здоровый образ жизни, хотя 45 % уверены, что о здоровье надо заботиться уже сейчас. Вредные привычки у себя признают 35%. И при этом все опрошенные хотят иметь здоровых детей.

Итак, по результатам проведенного нами исследова-

ния, выяснилось, что большинство опрошенных нами юношей и девушек хотят иметь здоровых детей, стараются следить за своим здоровьем и считают, что у пьющих и курящих родителей не может быть здорового потомства, но несмотря на это не спешат избавляться от своих вредных привычек, употребляют алкоголь и курят «за компанию».

Таблица 3. Отношение молодежи к своему здоровью

№	Вопросы анкеты	Ответ «да», (кол-во человек)	%
1	Вы считаете себя полностью здоровым человеком?	12	60
2	Вы не совсем довольны своим здоровьем?	1	5
3	Считаете ли вы, что о здоровье надо заботиться уже сейчас?	9	45
4	Вы ведете здоровый образ жизни?	4	20
5	Вы занимаетесь спортом?	6	30
6	Есть ли у вас вредные привычки?	7	35
7	Заботитесь ли вы о своем здоровье?	9	45
8	Хотите ли иметь в будущем здоровых детей?	20	100

Сохранение здоровья молодежи является одной из основных задач современного общества. Формирование здорового образа жизни должно выражаться в закреплении в молодежной среде комплекса оптимальных навыков, умений и жизненных стереотипов, исключающих пагубные привычки.

Мы предположили, что казахстанская молодежь в силу своих возрастных особенностей не достаточно учитывает последствия вредных привычек,

влияющих на их здоровье.

По результатам проведенного нами исследования, выяснилось, что большинство опрошенных нами юношей и девушек хотят иметь здоровых детей, стараются следить за своим здоровьем и считают, что у пьющих и курящих родителей не может быть здоровья, но не смотря на это не спешат избавляться от своих вредных привычек, употребляют алкоголь и курят «за компанию».

ЛИТЕРАТУРА

1. Лоранский Д.Н., Лукьянов В.С.; *Азбука здоровья для молодежи*. М.: Профиздат. 2000. – 176 с.
2. Мартыненко А.В., Валентик Ю.В., Полесский В.А.; *Формирование здорового образа жизни молодежи*. М.: Медицина, 2003. – 192 с.
3. Пащенко С.З. *Во вред здоровью, семье, потомству*. М.: Московский рабочий, 2005. – 95с.

Бегайдаров А.Д., Атетов Е.В., Кутатанидзе Г.Г., Калин Э.А.

СТУДЕНТТІК ЖАСТАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ҚАУІП ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ӘСЕРІН ТАЛДАУ

Жастардың денсаулық күйін бақылау және нығайту мемлекетіміздің алға қойып отырған мәселелерінің бірі болып табылады.

Begaidarov A.D., Atetov E.V., Kutateladze G.D., Kalin E.A.

ANALYSIS OF INFLUENCE OF RISK FACTORS ON HEALTH OF STUDENT YOUNG PEOPLE

Maintenance of reproductive health of young people is one of basic tasks of modern society. Especially intense attention is caused by young family that is the important socially-demographic group of population.



ДЕОНТОЛОГИЯ В РАБОТЕ ИНФЕКЦИОНИСТА

ГВКГ МО РК

В каждой клинической специальности наряду с общими принципами врачебной этики существуют свои взаимоотношения между медицинским персоналом и больными. Как известно, контагиозность инфекционных заболеваний часто диктует необходимость госпитализации и изоляции больных. Осуществляя эти мероприятия, врач выполняет профессиональный долг не только перед больным, но и перед обществом в целом. К числу госпитализируемых относятся как тяжелобольные, которым стационарное лечение показано в связи с угрозой их здоровью, так и лица с легкими, стертыми и бессимптомными формами заболевания, включая здоровых бактерионосителей. Такие пациенты зачастую крайне неохотно соглашаются на стационарное лечение, и врачу приходится прилагать максимум усилий, чтобы доказать его необходимость.

В связи с этим нужно отметить, что некоторые врачи поликлинической сети предпринимают «дипломатические шаги», запугивая больных высокой контагиозностью болезни и возможностью распространения ее на родных и близких. Иные стараются объяснить госпитализацию как кратковременное мероприятие, связанное с необходимостью более глубокого и всестороннего обследования, которое якобы возможно только в условиях стационара. Такая врачебная тактика не выдерживает критики с деонтологических позиций. Внушая страх, врач не только наносит прямую психическую травму больному, но и создает соответствующий психологический фон, который может отрицательно повлиять на течение и исход заболевания. В других случаях, убедившись в относительной простоте методов обследования в стационарных условиях, больной теряет веру в целесообразность такого лечения и часто настаивает на немедленной выписке. К таким же последствиям приводит умышленно неправильное указание на более короткий, чем это необходимо, срок предполагаемого стационарного обследования и лечения. По-видимому, необходимость госпитализации следует мотивировать не столько личной заинтересованностью пациента, сколько его гражданским долгом. Спокойная и доверительная беседа приносит желаемый результат. В каждом конкретном случае отказ от госпитализации должен получать не только клиническую, но и эпидемиологическую оценку с учетом возможного образования новых очагов инфекции.

Сроки пребывания инфекционных больных на больничной койке четко регламентированы соответствующими законодательными документами, поэтому разноречивые суждения не могут быть

оправданы личной точкой зрения врача. Вместе с тем все лабораторные исследования необходимо спланировать таким образом, чтобы не допустить задержки больного в стационаре дольше положенного срока из-за отсрочки того или иного анализа.

Особо следует отметить необходимость консультативной помощи инфекциониста врачам других специальностей. Это помощь всегда носит срочный характер, так как подозрение на инфекционное заболевание может быть серьезным сигналом возникновения очага инфекции. Должна быть осуждена порочная практика некоторых инфекционистов назначать дополнительные лабораторные исследования с целью уточнения диагноза в месте первичной госпитализации. Больные с подозрением на инфекционное заболевание, за исключением нетранспортабельных из-за тяжести их состояния, подлежат немедленному переводу в диагностическую палату инфекционного отделения.

С давних времен в представлении населения инфекционная больница была связана с реальной угрозой заражения другой угрозой заражения другой болезнью. Поэтому отказ больного от госпитализации часто условен боязнью инфицирования. Вместе с тем структура современных инфекционных больниц, соблюдение в них противэпидемического режима и высокая профессиональная подготовка медицинского персонала практически исключают возможность внутрибольничного заражения. Рассеять же страх больного должны как умелая тактика персонала, так и соответствующая обстановка, подтверждающая образцовое санитарное состояние данного лечебного учреждения. Мелочей в этом важном деле быть не может.

В наше время госпитализация инфекционных больных проводится отдельно с учетом выявленного заболевания. Значительно реже ставится вопрос о психологической совместимости пациентов. Между тем хорошо известно взаимовлияние членов сообщества друг на друга. Так, например, больной с выраженным ипохондрическим синдромом и чертами эмоционального лидера может значительно ухудшить состояние здоровья у соседей по палате [3]. То же происходит в случае направления госпитализируемого в палату, где давно безуспешно лечится больной с аналогичным заболеванием или состояние последнего очень тяжелое. Напротив, явные реконвалесценты и оптимистически настроенные больные могут способствовать формированию у других больных положительного эмоционального настроения и веры в скорое выздоровление. Клинический опыт показывает, что в ходе стационарного обследования и лечения не-

обходимо следить за психологическим микроклиматом созданных групп, своевременно предупреждать, выявлять и устранять конфликтные ситуации и негативные влияния. Есть категория стационарных больных, которые сомневаются в том, что у них правильно диагностировано инфекционное заболевание, и несмотря на аргументации лечащего врача остро переживают опасность возможного заражения. Из психологических соображений в таких случаях больного целесообразно помещать в отдельную палату, хотя бы на период адаптации к новым условиям.

Особого внимания заслуживают отрицательные эмоции, связанные с пребыванием больного в условиях изоляции от родных и близких. Этот психологический фактор не всегда учитывается в достаточной мере. Между тем вовремя переданного от близких людей теплое слово может значительно приободрить страдающего и, в конечном счете, способствовать его выздоровлению. Больному, находящемуся в крайне тяжелом состоянии, нельзя отказывать в свидании с близкими.

По выражению немецкого клинициста Крихтон-Миллера, каждый больной страдает своей болезнью и страхом за утрату здоровья и жизни. Инфекционных больных часто мучает также мысль о возможности заражения родных и близких. Развеять эти мысли – профессиональная обязанность врача. Настоящий врач всегда сочетает в себе глубокие медицинские знания с большой сердечностью. Истинное врачевание, как пишет видный инфекционист А.Ф. Билибин [2], представляет собой сплав науки с гуманизмом.

Собирая эпидемиологический анамнез, врач стремится выяснить источник инфекции, пути заражения и восприимчивость организма. Опрос часто связан с оценкой личной гигиены и условий жизни заболевшего. Получение этих сведений может ранить самолюбие больного. Некоторые склонны скрыть или исказить обстоятельства заражения, боясь повредить репутации друзей. От врача требуется максимум такта, дружелюбия и доверительности, чтобы добиться правдивого рассказа. Иногда эпидемиологические данные приходится собирать повторно спустя несколько дней, когда больной достаточно освоится и проникнется доверием к врачу. Между тем хорошо собранный анамнез может оказать неоценимую помощь в постановке правильного диагноза и расшифровке эпидемического очага, в чем одинаково заинтересованы лечащий врач, эпидемиолог и больной.

При сообщении больному предварительного диагноза следует щадить его психику и учитывать состояние здоровья. Многолетний опыт подсказывает, что на первых порах целесообразно воздержаться от точной формулировки диагноза, поскольку последний может измениться. Следовало бы также не забывать, что одно произнесение названий некоторых инфекций (например, брюшной тиф, менингит, столбняк) может нанести больному моральную травму. Диагноз этих и

ряда других заболеваний лучше сообщать только тогда, когда больной к этому подготовлен или уже наступил перелом в сторону выздоровления. В то же время неточный ответ не должен вызывать у больного сомнений в том, что в данном лечебном учреждении ему будет оказана квалифицированная медицинская помощь. Диагностическими сомнениями врач может и должен делиться только с коллегами.

Инфекционный больной может вызывать у медицинского персонала чувство брезгливости не столько своим внешним видом, сколько из-за боязни заражения. Встречаются врачи смежных специальностей, которые до предела ограничиваются свой контакт с больными при оказании консультативной помощи. Такое поведение вызывает отчуждение и недоверие больных, часто служит причиной диагностической ошибки.

При лечении больных должна создаваться атмосфера уверенности в выздоровлении [4]. К важнейшим деонтологическим аспектам терапии инфекционных больных следует отнести и соблюдение таких принципов, как комплексный характер лечения, его этиологическая и патогенетическая обусловленность, учет состояния организма тяжести и периода болезни. Комплексная терапия предусматривает оценку всех трех компонентов инфекционного процесса: возбудителя, организма больного, условий среды.

Циклическое течение острых инфекционных болезней и эффективные методы современной терапии часто ведут к быстрому исчезновению клинической симптоматики. При этом клиническое выздоровление, как правило, опережает восстановление структуры пораженных органов и освобождение организма от возбудителя, что диктует необходимость более продолжительного стационарного наблюдения. Однако выздоравливающий больной склонен настаивать на преждевременной выписке. Врачу приходится приложить много сил, чтобы воспрепятствовать этому. Современный больной чаще всего достаточно образован, поэтому задержка его в стационаре должна быть убедительно аргументирована. Осознанная необходимость более продолжительного срока госпитализации, несомненно, сгладит его внешний принудительный характер.

Отдельную проблему составляют так называемые ятрогенные инфекционные заболевания. Они нередко возникают по вине медицинских работников или же частично обусловлены недостаточным развитием медицины и практического здравоохранения. Ярким примером ятрогенной инфекции нашего времени является ВИЧ, гепатиты «В» и «С», число случаев которого в последние годы увеличилось.

Качество диспансеризации реконвалесцентов во многом зависит от преемственной и согласованной работы врачей стационара и поликлиники. Между тем на практике приходится слышать нарекания инфекционистов поликлиник в связи

с несвоевременным получением выписок из историй болезни и отсутствием в них ряда важных сведений, касающихся особенностей клинического течения заболеваний и проведенного лечения. Подобная невнимательность не только осложняет взаимоотношения врачей, но и приносит определенный вред больным.

Врачебная деятельность инфекциониста жестко регламентировано многочисленными инструкциями, призванными упорядочить и внедрить

наиболее рациональные и эффективные методы диагностики и лечения. Признавая их важность и отдавая должное служебным наставлениям, не следует забывать, что они не могут предусмотреть всего многообразия клинического течения болезней [1]. Оптимальным вариантом лечебной тактики должно явиться органическое сочетание в ней обобщенного опыта с чутким повседневным отношением и заботой, которые больной должен ощущать в течение всего периода лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Билибин А.Ф. – Вести. АМН СССР, 1972, № 5, с. 35-45.
2. Билибин А.Ф. – Тер. Арх., 1981, № 5, с. 8-10.
3. Либих С.С., Михайлова Н.А., Медовникова Н.А. - В кн.: Проблемы
4. Покровский В.И., Островский Н.Н., Ницова А.М. - В кн.: Проблемы
5. медицинская деонтология. М., 1977, с 35-40.
6. медицинская деонтология. М., 1977, с 178-180.

Дегенбаева Н.К.

ИНФЕКЦИОНИСТ ДӘРІГЕР ЖҰМЫСЫНДАҒЫ ДЕОНТОЛОГИЯ

Дәрігер инфекционист қызметі көптеген құрылымдармен регламенттелген, яғни олардың жұмыстары әрбір нақты қойылған талаптарды диагностика мен емдеуде ұтымды пайдалана білу.

Degenbayeva NK.

DEONTOLOGIYA IN WORK INFECTSION

Profession of a physician of an infection it is rigidly regulated by the numerous instructions, urged to order and introduce the most rational and effective methods of diagnostics and treatment.



Есеева А.А., Кутателадзе Г.Д., Калинин А.М., Калинин Э.А.

СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ

*АО «Медицинский университет Астана»
«Республиканский Научный Центр Неотложной
Медицинской Помощи»*

Сохранение и укрепление здоровья является одной из самых актуальных в последние годы. Исследования последних лет показывают, что число студентов, отнесенных к специальной медицинской группе, составляет в среднем 40-45%; а освобожденных по состоянию здоровья от занятий физической культурой - 18-22%. Основной причиной этого является повсеместное снижение двигательной активности, усложнение содержания образовательного процесса, увеличение нервно-психического напряжения в учебной и повседневной деятельности студенческой молодежи [1]. Со-

держание и направленность плановых занятий по физическому воспитанию со студентами специальной медицинской группы преподаватель определяет самостоятельно, с учётом особенностей контингента занимающихся, что не всегда приводит к достижению максимального положительного эффекта, особенно когда речь идет о студентах с ограниченными возможностями сердечно-сосудистой системы. Вместе с тем, практика проведения плановых занятий по физической культуре свидетельствует о возможности формирования отдельных групп студентов с целью осуществления адресной

нозологической коррекции. В связи с прогрессированием нарушений сердечно-сосудистой системы в студенческой среде актуальность проблемы определяется настоятельной необходимостью разработки новых адресно направленных на конкретную нозологическую группу подходов, методик, технологий систематического применения средств оздоровительной физической культуры. При этом целесообразным представляется включение таких компонентов дыхательной тренировки как полное дыхание и интервальная гипоксия, что будет способствовать повышению функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы занимающихся; варьирование и сочетание дыхательных упражнений, выполняемых в различных режимах, что будет способствовать всестороннему корригирующему воздействию на сердечно-сосудистую систему занимающихся; систематическое применение дыхательных упражнений в комплексе с физическими упражнениями, направленными на улучшение физического развития и общей физической подготовленности, что будет способствовать повышению уровня соматического здоровья занимающихся [2].

В результате проведенного анализа среди студентов, нами доказана эффективность целенаправленного систематического применения дыхательных упражнений, включающих полное дыхание и интервальную гипоксию, для осуществления положительной коррекции состояния здоровья студентов с ограниченными возможностями сердечно-сосудистой системы; исследована эффективность применения дыхательных упражнений по методикам Стрельниковой и Бутейко со студентами с ограниченными возможностями сердечно-сосудистой системы; доказана целесообразность систематического применения специализированных комплексов дыхательных упражнений с целью коррекции состояния здоровья студентов с ограниченными возможностями сердечно-сосудистой системы; выявлено положительное влияние дыхательных упражнений, выполняемых в различных

режимах в комплексе с другими средствами физической культуры.

Полученные в результате исследований данные дополняют систему знаний об организации учебно-тренировочных занятий по физической культуре со студентами, отнесёнными по состоянию здоровья к специальной медицинской группе по причине ограниченных возможностей сердечно-сосудистой системы и о направленности, средствах и способах коррекции состояния здоровья студентов [3]. Применение разработанной методики положительно влияет на функциональные возможности занимающихся, способствует улучшению показателей здоровья, позволяет нивелировать отрицательные последствия нарушений сердечно-сосудистой системы, обуславливает улучшение самочувствия и настроения студентов. Указанные рекомендации могут применяться в учебно-тренировочных занятиях со студентами с соответствующей патологией независимо от того, по какому принципу были сформированы специальные медицинские группы, а также в самостоятельных занятиях студентов.

Таким образом, анализ результатов педагогического эксперимента по проверке эффективности разработанной методики применения дыхательных упражнений на занятиях по физической культуре со студентами с ограниченными возможностями сердечно-сосудистой системы позволил установить, что данная методика способствует положительной коррекции состояния здоровья занимающихся. У студентов в итоговом тестировании были выявлены достоверно более высокие показатели экономичности функционирования сердечно-сосудистой системы, более высокие аэробные возможности организма, более выраженная устойчивость к гипоксии, более высокая физическая работоспособность и менее заметная реакция организма на физическую нагрузку, а также более высокий уровень развития силы, гибкости, координации и, наконец, общий более высокий уровень соматического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богоева, М.Д. О содержании занятий физической культурой со студентами специального учебного отделения / *Материалы Всерос. науч.-практ. конф., 10-12 ноября 2010 г. / Тольятти, 2010. - Т. 1. - С. 267-271*

2. Казьмин В. Дыхательная гимнастика при

вашей болезни, - Бао, Баро-Пресс: Ростов-на-Дону, 2004

3. Каменев Ю. Я. Парадоксальная дыхательная гимнастика по А. Н. Стрельниковой (методические рекомендации) СПб.: «Изд-во КН», 1996. 51 с

Есеева А.А., Кутателадзе Г.Д., Калинин А.М., Калинин Э.А.

**ӘЛЕУМЕТТІК-МЕДИЦИНАЛЫҚ ТОПТАРДАҒЫ СТУДЕНТТЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН
САҚТАУ ЖӘНЕ НЫҒАЙТУ ШАРАЛАРЫ**

Денсаулықты зерттеу әдістерін қолдану және оның нәтижелерін бақылау функционалдық қызметтердің оңтайлы жұмыс жасауына дер кезінде көңіл аударуға мүмкіндік береді.

Eseeva A.A., Kutateladze G.D., Kalin A.M., Kalin E.A.

**MAINTAINING AND IMPROVING THE HEALTH OF STUDENTS OF SPECIAL MEDICAL
GROUP**

Application techniques of health beneficial effect on functionality, improved health indicators, to offset the negative consequences of violations of the cardiovascular system, hence improving the well-being and mood of the students.



Кутателадзе Г.Д., Шаканов Д.Р., Атетов Е.Б., Мораиш А.Е.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

*АО «Медицинский университет Астана»
«Республиканский Научный Центр Неотложной
Медицинской Помощи»*

Здоровье студенческой молодежи считается одной из важнейших социальных задач общества. Проблема здоровья студентов является особенно актуальной в характерных для текущего периода сложных социальных и экономических условиях.

Изучение состояния основных составляющих здорового образа жизни физической активности, а также питания у студентов показало низкую физическую активность среди студентов, а так же не сбалансированность и не рациональность питания, что требует оздоровительных рекомендаций по повышению уровня основных составляющих здорового образа жизни.

Молодежь в целом должна быть наиболее здоровой частью общества, но, к сожалению, таковой не является. Многие исследования показали ухудшение состояния здоровья студентов за период обучения и высокие темпы прироста заболеваемости и распространения негативных тенденций в студенческом образе жизни [1].

Здоровье студенческой молодежи является необходимым условием в обучении. Высокая умственная и психоэмоциональная нагрузка, вынужденные частые нарушения режима труда, отдыха и питания, кризис нравственных ценностей, неуверенность в своем будущем, смена места жительства и многие другие факторы требуют от студентов мобилизации сил для адаптации к новым условиям проживания и обучения, формирования межличностных отношений вне семьи и преодоле-

ния сложных жизненных ситуаций [2].

Здоровье студентов в значительной степени зависит от сформированности основных составляющих здорового образа жизни, физической активности и питания [3].

Нами, методом случайной выборки, были взяты для изучения 70 студентов 6 курсов педиатрического факультета.

Для проведения исследования была разработана анкета, включающая вопросы, характеризующие медико-демографические и социально-гигиенические аспекты студенческой молодежи.

При распределении по полу мы получили; девушек 91,6%, юношей 8,3%. На вопрос анкеты «Знаете ли Вы что такое здоровый образ жизни» ответы распределились; знаю, ответили – 96,3%, знаю не полностью – 3,6%. Принципа трехразового питания в сутки придерживается 31,3% респондентов. При приготовлении пищи 32% студентов придерживаются принципа вкусной пищи; 29,3% принципа дешевой пищи; 28% принципа полезной пищи; 6,3% не придерживаются ни одного из принципов; 4,3% придерживаются всех приведенных принципов при приготовлении пищи. Студенты, приехавшие из сельской местности достоверно чаще придерживаются принципа дешевой пищи (85.2±0.03%) и выбирают для питания чаще сублимированные продукты (45.4±0.05%) (P<0,001). Важно отметить, что студенты, придерживающиеся принципа вкусной пищи достоверно чаще отвечают на вопрос

анкеты «Знаете ли Вы составляющие ЗОЖ» утвердительно (86.4±0.03%), что возможно говорит о достаточных теоретических знаниях в этой области, но при этом отмечается низкий уровень практического выполнения. Важно отметить, что студенты чаще питающиеся в столовой считают свой рацион не сбалансированным (85.5±0.04%), что может говорить о качестве пищи и ее приготовлении в столовой при учебном заведении (P<0,01). Придерживаются, какой либо диеты 27,6% респондентов; 13% студентов регулярно проводят разгрузочные диетические дни; оценивают свое здоровье как хорошее 58,6%; удовлетворительным свое здоровье считает 32%; оценивают свое здоровье как плохое 9,4%. 89,3% из исследуемой группы студентов не делают гимнастику по утрам; 44.4±0.03% испытывают одышку при быстрой ходьбе; 81.2±0.06% из них легче восстанавливают силы после физической работы, 35.0±0.07% студентов не курят, что объясняет их хорошее здоровье за счет оздоровительных

процедур. Лишь 17,3% респондентов занимаются спортом, при этом студенты занимающиеся спортом значительно легче восстанавливаются после физических нагрузок (98±0.01%). Среди мероприятий улучшающих свое здоровье в свободное время 10,3% респондентов выделяют посещение бассейна; прогулки выбрали 13%; закаливанием занимается только лишь 1% студентов посредством обливания холодной водой и т.д.

Таким образом, высокая распространенность заболеваемости среди студентов, а так же низкая медицинская активность, неудовлетворительные социально-гигиенические и социально-экономические условия, в значительной степени влияют на формирование основных составляющих здорового образа жизни, физической активности и питания студентов, что требует разработки адресных мероприятий по укреплению и сохранению здоровья студентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астранд П. О., Муравов И. В. Оздоровительные эффекты физических упражнений // Валеология. - 2004. - N 2. - С. 64-70.

2. Вайнер Э. Н., Растворцева И. А. Валеологическое образование как неотъемлемая часть от-

ечественной системы формирования здоровья // Валеология. - 2004. - N 2. - С. 58-59

3. Тель Л.З., Даленов Е.Д. // Валеология. – 2005. – С.219.

Кутателадзе Г.Д., Шаканов Д.Р., Атетов Е.Б., Мораши А.Е.

СТУДЕНТТІК ЖАСТАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН ТАЛДАУ

Студенттерді тексеру барысында олардың денсаулық күйінің бұзылыстары, олардың дұрыс тамақтануымен және салауатты өмір салтын дұрыс сақтамауымен тығыз байланысты екендігі анықталды.

Kutateladze G.D., Shakanov D.R., Atetov E.B., Morash A.E.

ANALYSIS OF THE STATE OF HEALTH OF STUDENT YOUNG PEOPLE

Study of the state of basic constituents of healthy way of life of physical activity, and also feeds for students showed subzero physical activity among students, and similarly not balanced and not rationality of feed, that requires health recommendations on the increase of level of basic constituents of healthy way of life.



**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ СТУДЕНТАМ С
ОСЛАБЛЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ**

*АО «Медицинский университет Астана»
«Республиканский Научный Центр Неотложной Медицинской Помощи»*

Научно-технический прогресс приводит к ускорению темпов жизни, существенно и быстро меняет окружающую среду молодого человека. Снижение физической и повышение нервно-психической нагрузки непосредственно влияет на здоровье молодежи, возникновение и распространение в ее среде различных заболеваний. Подтверждением тому являются данные ряда обследований о неудовлетворительном состоянии здоровья значительной части молодежи [1]. Болезни, приобретенные в детском и школьном возрасте, прогрессируют в студенческие годы. Новый подход к развитию физической культуры и спорта несет кардинальные изменения в организационных структурах учебных заведений, планах и программах, обеспечивающих процесс оздоровления, особенно лиц со слабым здоровьем.

В высших учебных заведениях студенты со слабым здоровьем занимаются в специальных медицинских группах [2]. Тем не менее, студенты, имеющие нестабильную ремиссию хронических заболеваний, освобождаются от занятий физического воспитания и сдают устный зачет, который не решает проблем физического воспитания и оздоровления студентов.

Изучение и анализ работ педагогов, работающих с учащимися с ослабленным здоровьем, показывает, что, несмотря на определенную разработанность проблемы укрепления здоровья учащихся с ослабленным здоровьем, практические работники затрудняются в выборе нагрузок и определении условий физического оздоровления учащихся с ослабленным здоровьем средствами физической культуры [3].

Проблема создания эффективного комплекса социально-педагогических условий для студентов с ослабленным здоровьем заслуживает, на наш взгляд, более пристального внимания и связана с разрешением противоречия между освобождением студентов от занятий физическим воспитанием и укреплением здоровья средствами физической культуры. Исходя из этой необходимости, мы решили обосновать эффективность процесса физического воспитания студентов с ослабленным здоровьем в группах лечебной физкультуры.

Ослабленное здоровье студентов укрепляется, если создаются следующие социально-педагогические условия: организуются группы лечебной физкультуры как особая форма активных занятий со студентами с ослабленным здоровьем; разрабатывается система специальной тренировки организма, способствующая повышению ее функциональных возможностей; устанавливается особый режим

тренировок органов с применением тестирования физических нагрузок; формируются специальные умения и навыки на занятиях лечебной физкультуры (освоение физической культуры как средства коррекции образа жизни; повышение личностной самооценки, восстановление адаптационных, коммуникативных, творческих способностей; самоактуализация, самореабилитация, самоорганизация). Для реализации целей и задач исследования мы изучали медицинскую документацию; проводили педагогическое наблюдение и тестирование с целью выявления уровня здоровья, физической подготовленности, степени сформированности навыков и умений, мотивационно-ценностных установок; проводили анкетирование, индивидуальные и групповые беседы, методы математической статистики, анализ литературы по теме исследования, моделирование комплекса социально-педагогических условий реабилитации студентов с ослабленным здоровьем в группах лечебной физической культуры; изучались факторы образа жизни, влияющие на заболеваемость, физическое развитие студентов с ослабленным здоровьем; осуществлялся педагогический эксперимент, в ходе которого уточнялись методики исследования.

На основе анализа заболеваемости студентов были определены причины, влияющие на ослабление их организма; разработана система комплексной диагностики физического состояния, которая позволяет проследить физическое развитие, выделить проблемные зоны, выявить эффективность коррекционной, оздоровительной и развивающей работы со студентами с ослабленным здоровьем; обоснована теоретическая концепция эффективности вовлечения студентов с ослабленным здоровьем в систему физкультурно-оздоровительных занятий в группах лечебной физкультуры; определены новые подходы к содержанию и формам работы со студентами на основе индивидуально-дифференцированного воспитания и обучения; разработаны контроль и коррекция физической нагрузки и физического состояния организма.

Таким образом, разработанные на основе исследования научно-практические рекомендации по физическому воспитанию студентов в группах лечебной физкультуры показывают, что учащиеся с нарушением физиологических функций организма обязательно должны быть включены в посильную оздоровительно-восстановительную деятельность, что помогает приобрести им практические навыки и умения по укреплению здоровья средствами физической культуры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Золотарев К.С. Методика проведения занятий со специальной медицинской группой. Якутск, 2000. - 42 с.
2. Ковалева В.В., Осипова Г.Е. Методы самоконтроля и развитие физических качеств у студентов спецгруппы: Практические рекомендации. - Новосибирск, 2000.-30 с.
3. Сергеев Г.В. Физическая культура как средство адаптации к условиям вуза // Здоровье нации: Сборник.-М., 1997. С. 137-138.

Кутателадзе Г.Д., Калашикова А.Н., Аубакирова Т.С., Шаймерденова А.

ДЕНСАУЛЫҒЫ ТӨМЕН СТУДЕНТТЕРДІҢ ДЕНЕШЫНЫҚТЫРУМЕН АЙНАЛЫСУЫНА ҰСЫНЫСТАР

Емдік физкультура топтарындағы студенттердің дене тәрбиесі бойынша игерілген ғылыми-практикалық ұсыныстарды зерттеу негізінде организмнің физиологиялық функцияларының бұзылуы бар студенттерді міндетті түрде жүктеме түсірілетін топқа қосу жайындағы мәселе қарастырылады.

Kutateladze G.D., Kalasnikova A.N., Aubakirova T.S., Shaimerdenova A.

RECOMMENDATIONS TO STUDENTS WITH WEAK HEALTH

Based on the research of scientific and practical recommendations for physical education students in groups of medical physical training shows that students with violating physiological functions must be included in the possible rehabilitation and recovery activities.



Мендешова Н.Б.

ВОПРОСЫ КОНТРАЦЕПЦИИ В КАЗАХСТАНЕ

Городской родильный дом г. Атырау

Введение. По данным медиков, Казахстан опережает многие страны мира по количеству абортот. И если в мире ежегодно более 30 миллионов женщин прерывают беременность, то в Казахстане эта цифра достигает 300 тысяч. Для многих женщин, несмотря на большое количество контрацептивных препаратов, аборт остается единственным способом регулируемости рождаемости. Наиболее важной проблемой в акушерстве и гинекологии в мире является сохранение репродуктивного здоровья женщины. Одним из методов ее решения есть метод профилактики незапланированной беременности, снижение числа медицинских и криминальных абортов, а именно контрацепция.

Аборт – прерывание беременности до срока преждевременных родов – часто приводит к серьезным осложнениям: 1) в раннем послеоперационном периоде (кровотечение, эндометрит); 2) отдаленные последствия-бесплодие, эндометриоз, невынашивание беременности, воспалительные заболевания женских половых органов, внематочная беременность, гормональные нарушения,

истмико-цервикальной недостаточности, что приводит к осложненному течению последующей беременности, родов, послеродового периода, неблагоприятно влияет на состояние плода и новорожденного. Все это обуславливает не только медицинскую, но и социальную значимость проблемы профилактики абортов. К сожалению, в нашей стране, до настоящего времени аборт остается ведущим методом планирования семьи.

Представление о безобидности операции искусственного хирургического прерывания беременности далеки от истины. Во время проведения искусственного аборта происходит травматизация сосудов матки, вследствие чего возникает кровотечение. Наиболее тяжелое осложнение – перфорация матки - встречается в 1% случаев, которая, в свою очередь может привести к повреждению крупных сосудов матки, ранению сальника, петель кишечника, мочевого пузыря и т.д.[1]. Таким образом, будучи самой частой акушерской операцией, искусственный аборт может нанести здоровью женщины непоправимый ущерб.

Для многих женщин, несмотря на большое

количество контрацептивных препаратов, аборт остается единственным способом регулируемости рождаемости.

В нашей стране ежегодно производится большое количество аборт. За последние годы наметилась некоторая тенденция к снижению числа аборт, хотя одновременно уменьшилось и число родов, т.е. имеется склонность к снижению общей фертильности. Такую ситуацию, вероятно, можно объяснить нестабильностью в обществе, экономическими трудностями, затяжным кризисом и депрессией среди населения.

Но не только сам аборт представляет собой угрозу здоровью женщины, еще более негативным явлением следует считать повторный аборт, свидетельствующий о закреплении привычки прибегать к нему. По данным европейской клиник, повторные аборты составляют не более 9% от произведенных в течение года [4].

К немаловажным факторам, приводящим к возникновению нежелательной беременности, следует отнести медико-социальные факторы: предпочтение аборту отдают одинокие женщины, женщины, не имеющие постоянной работы, или во время зачатия, находившиеся в состоянии алкогольного опьянения, либо имеющие проявления ЗППП[1].

Классификация. Гормональная контрацепция.

В настоящее время наиболее эффективным методом предупреждения нежелательной беременности признана гормональная контрацепция, основанная на использовании синтетических аналогов женских половых гормонов.

Комбинированные оральные контрацептивы. Каждая таблетка комбинированных оральных контрацептивов (КОК) содержит эстроген и прогестаген. В качестве эстрогенного компонента КОК применяют синтетический эстроген — этинилэстрадиол, в качестве прогестагенного — различные синтетические прогестагены (синоним — прогестины).

Оральные контрацептивы, содержащие только прогестаген (минипили).

Оральные контрацептивы минипили содержат только микродозы прогестагенов (300–500 мкг), что составляет 15–30% дозы прогестагена в комбинированных эстрогенгестагенных препаратах.

Парентеральные контрацептивные препараты.

- Инъекции — медроксипрогестерон.
- Импланты — дезогестрел.
- Трансдермальная контрацептивная система.
- Внутриматочная гормональная система, выделяющая левоноргестрел (мирена©).
- Вагинальное кольцо — этоногестрел+этинилэстрадиол (НоваРинг©).

Гормонсодержащие ВМК (мирена). В настоящее время довольно широко используют гормональное внутриматочное

средство мирена©, представляющее собой левоноргестрелрилизинговую систему, сочетающую высокую контрацептивную эффективность и терапевтические свойства гормональных контрацептивов (КОК и подкожных имплантов) с удобствами и длительным действием ВМК. Срок использования мирины© составляет 5 лет, хотя контрацептивный эффект сохраняется до 7 лет.

Экстренная контрацепция — метод предупреждения беременности после незащищенного полового акта, когда требуется немедленная защита от нежелательной беременности после случайного полового акта, при разрыве презерватива, изнасиловании. Эффект возможен при применении её в течение первых 24–72 ч после незащищенного полового контакта.

В этих и подобных случаях экстренную контрацепцию можно рассматривать как реальную альтернативу аборту. Вместе с тем её нельзя рассматривать как регулярный метод предупреждения незапланированной беременности. Экстренную контрацепцию называют ещё посткоитальной, или аварийной, контрацепцией.

В настоящее время для экстренной контрацепции используют:

- КОК;
- прогестагены;
- медьсодержащие ВМК.

Внутриматочная контрацепция — один из наиболее распространённых эффективных методов предупреждения нежелательной беременности.

Классификация ВМС. Применяющиеся в настоящее время ВМК делят на две группы:

- немедикаментозные (инертные, или нейтральные), изготовленные из полиэтилена с добавлением сульфата бария;
- медикаментозные, содержащие в своем составе медь или гестагены. Контрацептивы этой группы выделяют в полость матки с постоянной скоростью химические вещества (ионы меди или гестаген). Они более эффективны, реже вызывают осложнения и побочные реакции.

КЛАССИФИКАЦИЯ БАРЬЕРНЫХ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ

Под барьерными методами контрацепции понимают способы, которые механически препятствуют попаданию спермы в цервикальный канал и/или способствуют химической инактивации спермы во влагалище.

Различают методы:

- мужской — презерватив;
- женские: диафрагма, шеечный колпачок, женский презерватив, а также применяемые в сочетании с ними или отдельно спермицидные средства в различных формах (влагалищные таблетки, капсулы, свечи, пасты, пены).

По механизму действия различают следующие методы барьерной контрацепции:

- механические: мужской и женский

презервативы, диафрагма, шеечный колпачок;

- химические: спермицидные средства, вводимые во влагалище в различных формах — влагалищные таблетки, капсулы, свечи, пасты, пены;

- методы контрацепции, сочетающие в себе механические и химические составляющие: презервативы, импрегнированные спермицидами; влагалищные тампоны и губки, пропитанные спермицидами.

Химические методы контрацепции (спермициды). Спермициды — химические агенты, инактивирующие сперму во влагалище и препятствующие прохождению её в матку.

Эффективность спермицидов при правильном и регулярном использовании достигает 82%.

Физиологические (естественные) методы контрацепции.

Эти методы предполагают последовательное ежедневное наблюдение и анализ самой женщиной следующих циклически протекающих физиологических изменений в её организме:

- изменений утренней (при пробуждении) температуры тела;
- изменений количества и свойств цервикальной (из шейки матки) слизи;
- продолжительности менструальных циклов.

Календарный (ритмический) метод контрацепции

Календарный (ритмический) метод — это метод определения фертильной фазы, основанный на особенностях менструального цикла. Наибольшую эффективность метода отмечают у женщин с регулярным менструальным циклом.

Правила расчёта фертильного периода («опасных дней»):

- необходимо проследить за продолжительностью как минимум 3–4, а иногда и 6 менструальных циклов в зависимости от регулярности менструаций;

- от числа дней в самом длинном из менструальных циклов необходимо отнять 11 (для большей эффективности 8–10) дней. Так определяют последний фертильный день цикла. Число 11 получено следующим образом: после овуляции до наступления менструации в фертильном цикле проходит 12–16 (в среднем 14) дней. В целях повышения эффективности метода к среднему числу дней добавляют ещё несколько дней;

- от количества дней в самом коротком цикле отнимают 18 (для повышения эффективности можно вычитать 19–21 день). Так устанавливают первый фертильный день цикла. Взятое число учитывает продолжительность жизнеспособности сперматозоидов в половых путях женщины (до 4–6, в среднем до 5 сут).

Очевидно, что в фертильные дни необходимо избегать половых сношений или использовать дополнительные методы контрацепции

(прерванный половой акт, барьерные методы). Согласно результатам различных исследований, эффективность календарного метода составляет 85–90%.

Температурный и симптотермальный метод контрацепции

Температурный метод контрацепции — это метод определения фертильной фазы по изменениям базальной (ректальной) температуры. В течение менструального цикла из-за изменения концентрации в крови женских половых гормонов происходят изменения и температура тела. В первой (фолликулярной) фазе менструального цикла вплоть до овуляции базальная температура невысокая, она не превышает 36,4–36,8 °С. Перед овуляцией (за 12–24 ч) базальная температура снижается, а сразу после овуляции повышается на 0,3–0,7 °С (до 37,1–37,5 °С). Такую температуру наблюдают до начала менструации. Очевидно, что если ежедневно измерять базальную температуру и строить график, то можно с определённой точностью определить день овуляции.

Использование тестов на овуляцию для контрацепции

Метод основан на определении преовуляторного пика ЛГ в моче или слюне, проводится при помощи специальных лакмусовых полосок или приборов и достаточно эффективен для определения овуляции. При положительном тесте женщине рекомендуют предохраняться барьерными методами контрацепции, поскольку овуляция происходит через 30–36 ч. Способность яйцеклетки к оплодотворению составляет примерно 24–30 ч, поэтому «опасными» для зачатия считают 4 дня после появления положительного теста. День цикла, с которого необходимо использовать тест, зависит от длительности I фазы цикла. Поскольку II фаза составляет 12–14 дней, при длительности цикла 28–30 дней тесты используют с 11–12-го дня менструального цикла, а при длительности цикла 25–27 дней — с 8–9-го дня. Под влиянием различных внешних факторов (болезни, физическое или психическое перенапряжение, смена климата) день овуляции может смещаться, поэтому данный метод контрацепции является не очень надёжным.

Женская хирургическая контрацепция

Добровольная хирургическая стерилизация (ДХС) или женская хирургическая контрацепция — необратимый и один из наиболее эффективных методов предохранения от беременности. Женская ДХС — широко распространённый метод контрацепции, востребованность в котором активно растёт в развитых странах мира. В настоящее время этим методом пользуются более 166 млн женщин.

Мужская контрацепция

Особое значение мужская контрацепция имеет в тех случаях, когда женщина не может или не готова использовать контрацептивы из-за сложившейся ситуации или по состоянию здоровья.

В настоящее время выделяют три основные

группы мужской контрацепции:

- препятствующие созреванию сперматозоидов;
- угнетающие сперматогенез;
- препятствующие попаданию сперматозоидов в женские половые пути.

Материал и методы исследования. За период 2008-2009г проинтервьюировали 400 женщин, обратившихся с целью прерывания беременности. Большинство из них были моложе 28 лет, 61% имели среднее и неполное высшее образование, только половина женщин состояли в браке, у такого же числа прерывалась их первая беременность, 42% до 18 лет имели первые половые контакты, 19% обратились повторно. Выявляя психологический статус молодых женщин, пожелавших сделать аборт, у 58% обнаруживали заниженную самооценку (пациентки считают, что они не сумеют пользоваться контрацепцией и боятся навредить себе еще больше, стыдятся предложить партнеру использовать контрацептивы).

Особое внимание, следует уделять группам риска : это молодые женщины, имеющие среднее (и ниже) образование, не состоящие в браке, предпочитающие малоэффективные методы, либо использующие высокоэффективные методы, но не имеющие навыков приема, те, кто по какой-то причине вообще не пользуется контрацепцией, и, наконец, большая группа, избравшая аборт методом своего репродуктивного выбора.

Высокая частота повторных аборт объясняется недостатком времени у врача, оперирующего женщину для беседы, объясняющего вред наносимый аборт организму женщины и методы контрацепции.

Для оценки безопасности методов контрацепции эксперты ВОЗ разработали систему классификации категорий приемлемости и применили ее к существующим методам контрацепции (1995–1996 гг., 2000 г., 2004 г.) [4].

По системе классификации ВОЗ все обстоятельства (медицинские диагнозы, факторы семейного анамнеза, наличие вредных привычек, возраст, объективные данные, в том числе в различных сочетаниях, и т.д.) могут быть отнесены к одному из четырех классов (категорий).

К классу (категории) I относятся состояния, при которых нет никаких ограничений для использования данного метода контрацепции (т.е. метод используется при любых обстоятельствах).

К классу (категории) II относятся состояния, при которых польза от использования метода обычно перевешивает теоретический или доказанный риск (метод обычно используется).

К классу (категории) III относятся состояния, при которых теоретический или доказанный риск обычно перевешивает пользу от использования метода (использование метода обычно не рекомендуется, за исключением случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы).

К классу (категории) IV относятся состояния, при которых применение контрацептива создает недопустимый риск для здоровья (метод не должен использоваться).

Состояния, относящиеся к классу IV, являются абсолютными, а к классу III – относительными противопоказаниями к использованию метода контрацепции.

На этапе первичного консультирования акушеру-гинекологу необходимо выявить наличие противопоказаний для использования методов контрацепции. В отношении обратимых методов контрацепции эта задача касается, главным образом, гормональной и внутриматочной контрацепции. Для практической деятельности акушера-гинеколога очевидно, что при наличии состояний категорий IV и III метод контрацепции не используют, а в случае состояния категорий II и I метод можно использовать[5].

Методы контрацепции, которые можно применить после аборта.

1) Первая таблетка КОК должна быть выпита не позднее первого дня после операции, ее контрацептивная защита наступает сразу же, и тогда никаких дополнительных средств не требуется. Если первая таблетка выпита не позднее 5-го дня от момента операции, контрацептивная защита появляется не сразу и женщине необходимо 7 дней предохраняться от беременности дополнительными методами (абстиненция, барьерные методы).

Если женщине после аборта рекомендован короткий (не более 7 дней) курс антибиотиков, и она решила продолжать пользоваться КОК, то она должна следовать аналогичным рекомендациям (7 дней дополнительных мер предохранения). Начинать использование КОК после 5-го дня от момента аборта нецелесообразно. В такой ситуации можно порекомендовать барьерные методы обязательно вместе со спермицидами и отложить начало приема первой таблетки до следующей менструации.

2) К гормональным методам, использование которых не связано с потребителем, относятся препараты длительного действия. Инъекцию ДМРА или NET-EN можно сделать перед выпиской после аборта не позднее 7-го дня, последующие приходы женщины в женскую консультацию или Центр планирования семьи следует сделать регулярными: инъекция 150 мг 1 раз в 3 мес (90 дней) для ДМРА или 1 инъекция 200 мг NET-EN каждые 2 мес.

3) Имплантируемая контрацепция. Имплант может быть введен в течение первой недели после аборта, контрацептивное действие его насыпает незамедлительно. В последующем (имплант рассчитан на 5 лет использования) будут необходимы регулярные визиты пациентки в Центр планирования семьи, где врач обязан проконсультировать женщину, а также уметь извлечь имплант по окончании его использования.

4) В конце 80-х годов разрекламированное послеабортное введение ВМС стало широко

ко применяться. Только теперь, по прошествии десятилетия, понятна причина и столь быстрого «заката» использования данного метода сразу после аборта. Во-первых, зачастую ВМС вводились без учета показаний, но что еще хуже - без учета противопоказаний. Осложнения не замедлили сказаться: выросло число поступающих в гинекологические отделения носительниц спиралей с тяжелыми септическими состояниями, с tuboовариальными образованиями придатков, кровотечениями, перитонитами. Теперь в числе абсолютных противопоказаний к применению ВМС находится имевшийся в анамнезе и повторившийся воспалительный процесс в органах малого таза. А к группе относительных противопоказаний относят наличие анемии, более одного сексуального партнера, отсутствие родов в анамнезе и перенесенную внематочную беременность. Не рекомендуется введение ВМС, если срок беременности был более 10 нед. Целесообразно рекомендовать однократный

прием антибиотика широкого спектра действия перорально в адекватной дозе (например, 0,2 г доксициклина) перед абортom с последующим введением ВМС.

5) Барьерные методы и спермициды можно употреблять всем в течение первого месяца после аборта, осуществляя в послеабортном периоде комплексную защиту и от беременности, и от осложнений воспалительного характера («метод-микс»).

Выводы. Необходимо следовать принципу: женщина не должна уйти без совета по контрацепции; а после аборта - без метода, который она уже начала использовать.

Целесообразно, наряду с заботой о молодежи и ее репродуктивных проблемах, разработать программы снижения числа абортов путем подбора и использования различных контрацептивных методов для тех, кто решил прервать свою нежелательную беременность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Л.В. Ерофеева, И.С. Савельева. *Практика контрацепции после аборта: важность консультирования*. С. 12-13.
2. Guillebaud J. *Contraception Today*. — London: Martin Dunitz, 2000. Novak A, de La Loge C., Abetz L., van der Meulen E.A. *The combined contraceptive vaginal ring NuvaRing: an international study of user acceptability* // *Contraception*. — 2003. — Vol. 67. — P. 187-194.
3. Petitti D.B. *Clinical practice. Combination estrogen-progestin oral contraceptives* // *Med*. — 2003. — Vol. 349. — P. 1443..
4. Hassoun D., Jourdanian A. // *Cahiers De Sociologie at De Demographie Medicales*. 1996. №6. P. 7-11.
5. Н.В. Аганезова. *Методика оценки пациенток для гормональной и внутриматочной контрацепции*. С. 34-38.

Мендешова Н.Б.

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ КОНТРАЦЕПЦИЯНЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Акушериядағы ең өзекті мәселелердің бірі репродуктивті денсаулықты сақтау. Осы мәселені шешудің сара жолы жоспарланбаған жүктілікті болдырмау, медициналық және криминалдық түсіктерді азайтып, алдын алу, яғни контрацепция мәселесін жетілдіру. Зерттеу жұмыстарының барысында 2008-2009 жылдар аралығында түсік жасағысы келген 400 жуық әйелден сұрақ-жауап жүргізілді. Бұл мақалада осы мәселенің қаншалықты өзекті екендігі жөніндегі сұрақтар қарастырылады.

Mendeshova NB.

CONTRACEPTION QUESTIONS IN KAZAKHSTAN

The most important problem in obstetrics and gynecology in the world is to preserve women's reproductive health. One of the methods of its solution is a method of preventing unintended pregnancies, reduce the number of medical and criminal abortion, namely, contraception. During the period 2008-2009, interviewed 400 women who applied to abortion. Should follow the principle: a woman should not go without advice on contraception, abortion, and then - without method, it has already started to use.



НОВЫЕ МЕТОДИКИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

ГКП на ПХВ Городская больница №1

В условиях распространенного малоподвижного образа жизни, избыточного веса, ухудшения экологии, злоупотребления высококалорийной пищей, наличия стрессовых ситуаций имеется тенденция к росту сердечно-сосудистых заболеваний, при этом отмечается их омоложение

Актуальность реабилитации на стадии выздоровления при инфаркте миокарда очень важна как в психологическом, так и на физическом уровне. В данной статье отражены новые подходы к методике подбора дозированных физических нагрузок с учетом индивидуальных параметров состояния сердечно-сосудистой системы.

Пациентов, перенесших инфаркт миокарда, на диспансерно-поликлиническом этапе целесообразно рассматривать как лица, с хронической ИБС с постинфарктным кардиосклерозом. В связи с этим лечебная физическая культура (ЛФК):

1. Восстанавливает функции кардиального и экстракардиального механизма компенсации
2. Повышает толерантность к физической нагрузке
3. Восстанавливает трудоспособность и возврат к профессиональному труду
4. Приводит к частичному и впоследствии возможно полному отказу от медикаментозного лечения при соблюдении здорового образа жизни и устранении факторов риска
5. Улучшает качество жизни пациентов

Материал и методы: Наилучшая форма физической реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда – это длительные адекватно составленные физические тренировки. Показанием к длительным физическим тренировкам был перенесенный инфаркт миокарда давностью не менее 4 месяцев. При благоприятном течении и отсутствии коронарной и сердечной недостаточности, нарушении ритма сердца до 3 месяцев. Функциональные возможности, определялись с помощью спирометрии, велоэргометрии и измерения АД, ЧСС, ПУЛЬСА. Комплексы физических упражнений составлялись для контингента лиц с перенесенным инфарктом миокарда-10 пациентов, с аорто-коронарным шунтированием 4 пациента, с диабетом 3 типа легкое течение -3 пациента, контрольная состояла из 10 человек, которым не проводились ЛФК.

Величина потребляемого организмом кислорода при возрастающих нагрузках являлась количественным показателем, который может быть использован для оценки состояния пациентов с ИБС. (Проводились пробы с дозированной

физической нагрузкой на тредмиле, велоэргометре или с использованием ступенек разной высоты. К занятиям привлекались пациенты обоего пола различного возраста, перед началом подсчитывалась индивидуальная пульсовая зона по формуле Карвонена (220-возраст-чсс покоя умножить на 0,55 + чсс покоя=минимальная зона, при подсчете максимальной зоны пульса – коэффициент 0,65)

Привлечение к тренировкам лиц старше 60 лет считалось менее целесообразным из-за малых шансов возврата их к профессиональному труду.

Включались пациенты трудоспособного возраста с наличием фактора риска в виде гипокинезии от 38 до 58 лет, из них мужчины-8 человек, женщины-2 человека.

Исключались длительные физические тренировки при:

1. Аневризме левого желудочка сердца подтвержденной ЭХОКГ, ЭКГ,
2. Частых приступах стенокардии
3. Нестабильной стенокардии
4. Нарушениях ритма (постоянная или пароксизмальная форма МА и трепетания предсердий, пароксизмальная форма мерцания и трепетания предсердий, миграция водителя ритма, частая политопная или групповая экстрасистолия желудочковая);
5. Нарушениях атриовентрикулярной проводимости высоких степеней;
6. НК кровообращения 2 степени и выше;
7. АГ со стабильно повышенным диастолическим АД выше 110мм рт. ст. и систолическим АД выше 160мм рт. ст.
8. Наклонностях к тромбоэмболическим осложнениям (тромбоэмболии в анамнезе), наличие тромбов в полостях, тромбофлебиты.

Результаты и обсуждение: Контролируемые групповые тренировки больных, перенесших ИМ, проводили в условиях спортивного зала или зала ЛФК 3 раза в неделю по 30-60 мин, оптимальное число-10 человек. В подготовительном периоде (2-3 мес.) обучали методам самоконтроля. Методологически занятие подразделялось на 3 раздела: вводный, основной и заключительный. В вводном разделе продолжительность которого постепенно сокращалась с 10 до 3 мин, больные занимались в и. п. сидя, в среднем темпе с повторами 6-8 раз. Далее стоя, чередуя разные виды ходьбы с дыхательными упражнениями. В вводном этапе занятия продолжались до 1 месяца и включали:

1. Упражнения в тренирующем режиме с

повторами до 6-8 раз;

2. Усложненная ходьба (на носках, пятках, на внутренней и внешней стороне стопы по 15-20 сек)

3. Дозированная ходьба до 100 шагов в мин;

4. Дозированный бег в темпе 100-110 шагов в мин или «лыжный шаг», ходьба с высоким подниманием колен;

5. Тренировки на велоэргометре;

6. При отсутствии велоэргометра назначалось восхождение на гимнастическую скамейку и спуск с нее;

7. Элементы спортивных игр.

Тренировочная ЧСС по отношению к пороговой, выявляемой на высоте пороговой нагрузки при велоэргометрии, составляла 55-60% у больных 3 ФК (слабая подгруппа), 65-70 % у больных 1-2 ФК (сильная подгруппа). При этом «пик» ЧСС мог достигать 125 уд/мин у больных «слабой подгруппы», а у больных «сильной подгруппы» до 135 уд. На нагрузках типа «плато» ЧСС могла достигать 100-105 уд/мин.

Основной период направлялся на максимальную стимуляцию компенсаторно-приспособительных реакций за счет интенсификации тренирующих нагрузок, стойкую стабилизацию клинического состояния, полную или частичную отмену коронароактивных препаратов. Длительность периода—5 месяцев.

Усложнение программ осуществлялось за счет дозированного бега в медленном и среднем темпе до 3 мин. нагрузок, на велоэргометре до 10 мин., игры в волейбол через сетку двумя командами по 5 человек с запрещением прыжков и одноминутным отдыхом через каждые 4 мин игры. Пик ЧСС достигал 130—140 уд/мин., причем по отношению к состоянию покоя возрастал на 80-90 %. Второй этап характеризовался удлинением нагрузок типа «плато» до 14 мин для больных «слабой группы» и 16 мин – «сильной группы».

Третий этап продолжался до 3 месяцев и характеризовался интенсификацией нагрузок не столько за счет увеличения «пиковых», сколько вследствие удлинения физических нагрузок типа «плато» (в среднем 15-20 мин). ЧСС на пике нагрузки достигала в среднем 135 уд/мин в «слабой группе» и 145 уд/мин – в «сильной группе», прирост пульса при этом составлял более 90%.

На третьем этапе пациентам назначали бег в среднем темпе (140-150 шагов в мин) по 2-3 мин, усложненную ходьбу, волейбол 15-20 мин, подвижные игры (перебрасывание баскетбольного мяча по кругу, чередование дыхательных упражнений при ходьбе).

После 1 года групповые занятия прекращались и рекомендовалось самостоятельно продолжить тренировки в домашних условиях, но под контролем врача-реабилитолога.

Предлагаю следующий примерный комплекс упражнений для поддержания физического тонуса в качестве разминки - утренней гимнастики.

1 Комплекс: исходное положение, сидя на стуле, ноги согнуты в коленях.

1. Руки к плечам - вдох, опустить руки вниз выдох (повторить 5-6 раз).

2. И.п. то же. Руки вперед, одновременно сжать пальцы - разжать (несколько раз, быстро)

3. И.п. то же. Сгибать руки поочередно в локтевых суставах (10-20) раз.

4. И.п. тоже. Руки на коленях ладонями вверх. Сгибать и разгибать кисти, напрягая мышцы предплечья. (8-10 раз).

5. И.п. то же. Ноги на ширине плеч, руки на поясе. Глубоко вздохнуть через нос и медленно, как можно полнее выдохнуть через сложенные трубочкой губы. Повторить 3-4 раза.

6. И.п. то же. Перекат стоп с пятки на носок. (15-20 раз).

7. И.п. то же. Ноги вместе, руками придерживаясь за сиденье стула, поочередно сгибать и разгибать ноги в коленях, скользя стопами по полу (5-6 раз каждой ногой).

8. И.п. то же. Руки в замок. Руки вперед, ноги выпрямить (вверх не поднимать) - вдох. Руки ниже, ноги согнуть - выдох. (4-5 раз)

9. И.п. то же. Встать со стула - вдох. Сесть-выдох. (6-8 раз).

10. На вдохе – поднять оба плеча, на выдохе – «уронить» их вниз. Не допускать резких движений.

2 Комплекс: исходное положение - стоя, ноги на ширине плеч.

1. Ноги на ширине плеч, руки согнуты в локтевых суставах. Вращение в лучезапястных суставах в одну и другую стороны. (10-15 раз)

2. Руки вдоль туловища. На счет 1-2 поднять руки вперед. Отвести правую ногу назад - вдох, на счет 3-4 руки опустить, вернуться в исходное положение, на счет 5-8 то же с левой ногой. (8-10 раз).

3. Руки на поясе. На счет 1 наклон туловища влево, на счет 2 вернуться в исходное положение, на счет 3-4 то же с наклоном туловища вправо.

4. Руки на поясе. На счет 1 поворот туловища влево с отведением прямой руки влево (медленно, осторожно) на счет 2 вернуться в исходное положение. На счет 3 поворот вправо, счет 4 вернуться в исходное положение.

5. Руки на поясе, круговые движения тазом в одну и другую сторону (8-10 раз).

6. Ноги вместе, руки на поясе. Подняться на носочки (вдох), опустится (выдох)- 6-8 раз.

7. Ноги вместе, руки на поясе. Правую ногу отвести в сторону на носок, левую руку в сторону - вдох. Легкий наклон в правую сторону - выдох. То же в другую сторону (6-8 раз).

8. Свободное отведение рук вправо - влево (6-8 раз). Дыхание произвольное.

9. Ноги вместе. Руки на поясе. Маховые движения прямой ногой вперед- назад (8-10 раз).

10. Ходьба на месте - на пальцах, на пятках, на внутренней поверхности стопы, на наружной поверхности.

11. Ноги на ширине плеч, руки на поясе. Медленные наклоны головы вправо, влево, вперед, назад.

12. Ноги на ширине плеч. Руки на животе. Диафрагмальное дыхание. Вдох - брюшная стенка поднимается. Выдох - живот втягивается.

Выводы:

1. Пациентам, перенесшим ИМ, необходима поэтапная реабилитация под контролем клинического состояния, ЧСС, АД, пульса, исключая вышеперечисленные противопоказания.

2. По сравнению с контрольной группой значительно сократились сроки пребывания в стационаре, не наблюдалось осложнений,

улучшилось самочувствие пациентов. В результате дозированных физических нагрузок снижались цифры как систолического, так и диастолического давления до «рабочих цифр», нормализовалась частота сердечных сокращений (чсс), согласно «индивидуальной пульсовой зоне», снижались показатели холестерина, в том числе липопротеиды низкой фракции, нормализовались показатели сахара крови.

Занятия под контролем врача ускорили возвращение к профессиональной деятельности, закрепили за пациентом положительные эмоции и настроили на продолжение дозированной физической нагрузки в повседневной жизни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. В.А. Епифанов *Лечебная физическая культура и спортивная медицина* г Москва, 2004 г, с-131-133

2. А.Д. Ибатов, С.В. Пушкина *г Основы реабилитологии*, г Санкт-Петербург 2010 г., С. 24-38.

3. В.А. Епифанов *Лечебная физическая культура*, г Москва, 2004 г, с-194.

4. Алперс, Сежел, Джентри. *Совершенное руководство для сильного, стройного и здорового тела*. 2007г, с-112 (перевод с английского О .А. Кораловой, Москва).

Мұқанова Г.Д.

МИОКАРД ТАЛМАСЫНА ШАЛДЫҚҚАН ЕМДЕЛУШІЛЕРДІ ОҢАЛТУДЫҢ ЖАҢА ӘДІСТЕРІ

Бұл мақалада науқастарды инфаркт алғаннан және аортокоронарлық ұштастырудан кейін тыныс алу гимнастикалары мен ЕДШ кешенін қолданып оңалту әдістемесі қарастырылған.

Бұл кешендерді қолдану пациенттердің көңіл-күйін көтереді және оңалту мерзімін жылдамдатуға септігін тигізеді.

G.Mukanova

EXERCISE THERAPY ON THE REHABILITATION OF THE PATIENTS WHO HAD MYOCARDIAL INFARCTION AND ACB (AORTO-CORONARY BYPASS SURGERY)

The purpose is to show the positive impact of graduated physical exercises with the aim of prevention of post-surgery complications and preparation for further labour activity for the patients who had myocardial infarction and ACB.



Саттыклышов Б.С., Кутателадзе Г.Д., Калинин А.М., Мораш А.Е.

ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

*АО «Медицинский университет Астана»
«Республиканский Научный Центр Неотложной
Медицинской Помощи»*

Здоровье населения Казахстана в настоящее время актуально, как никогда. В последнее время оно стало предметом обсуждения в нашем обществе [1]. Физическая культура и спорт являются мощным средством укрепления индивидуального здоровья и профилактики многих заболеваний. По данным Академии Профилактической Медицины РК и Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни РК, растет из года в год число молодых граждан нашего государства, занимающихся физической культурой и спортом. В 2007 г. оно составило 25%; 2009 - 31%; 2011 - 38,4%! Многие ученые констатируют, что для большинства населения страны оздоровление, профилактика и спорт являются главными составными частями здоровья. Несомненно, и это отмечается, что главный системообразующий фактор физической культуры - это ежедневная, или хотя бы три раза в неделю, двигательная активность людей (в течение 60-90 минут в день) в зависимости от их уровня здоровья, самочувствия, физической работоспособности и физической подготовленности в таких видах двигательной деятельности, как бег, ходьба, гимнастика, плавание, спортивные игры, велоспорт, лыжи, аэробика, фитнес, гимнастика атлетическая и дыхательная, йога, цигун, медитации, психотренинг и т.д. Основным компонентом активного двигательного режима - система целенаправленных физкультурно-оздоровительных занятий. Причем ученые констатировали, что при оптимальной двигательной активности, преимущественно аэробной направленности и здоровом образе жизни у людей, активно занимающихся физической культурой, отмечается снижение риска многих заболеваний [2]. При переходе большинства населения страны к здоровому образу жизни значительно улучшается и социальное здоровье - важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный исторически воздействием окружающей среды. Мощным механизмом защиты населения в плане укрепления здоровья и его профилактики, как считают многие ученые, являются: здравоохранение, физическая культура и массовый спорт, доступные для населения страны. И здесь следует усилить такие направления в деятельности государственных органов физической культуры и спорта, как хорошо продуманная и эффективная пропаганда здорового образа жизни, ускоренное строительство в стране новых современных спортивных залов, спортплощадок, физкультурно-

оздоровительных комплексов. Необходимо также расширение системы подготовки учителей и, особенно, тренеров-преподавателей по видам спорта, способных не только воспитывать, но и физкультурно образовывать молодежь и все слои населения страны.

Поэтому, необходимо обеспечить специалистов физической культуры достойными материальными условиями, ибо физическая культура и спорт являются мощным средством профилактики негативных социальных явлений в современном обществе [3].

С тем, чтобы здоровый образ жизни стал неотъемлемой частью повседневной жизни людей - прочно вошел в каждую казахстанскую семью, необходимо разумеется дальнейшее развитие и спортивной науки. Спорт как социальный институт предоставляет человеку множество вариантов взаимодействия между индивидуумами и социальными группами. В спорте человек, кроме возможности совершенствоваться физически, получает еще и духовные навыки мужества, терпения, преодоления себя, что так необходимо в современной и зачастую довольно жесткой жизни. Нарбатывая в процессе тренировки и соревнований опыт межличностных отношений, он вырастает постепенно в ответственную личность с психологией победителя, обладающей не только спортивной культурой, но и волей, ярко выраженными лидерскими качествами! Молодой человек, пройдя систему многолетней спортивной подготовки, при условии получения им современного качественного высшего системного образования способен в дальнейшем занять достойное место среди культурной, политической, экономической, военной, научной, дипломатической элиты страны. И тому в нашей повседневной жизни примеров предостаточно. Однако, следует заметить, что национальное воспитание в формировании казахстанской элиты с национальным самосознанием и характером возможно, прежде всего, на фундаменте культурно-исторических и духовно-нравственных традиций, присущих нашей самобытной цивилизации при условии, если спортивная подготовка волевой, решительной, идейно-творческой, государственно-мыслящей будущей элиты страны сочетается с нравственным воспитанием и образованием, с одновременным приобщением человека к науке, культуре, искусству, этике, эстетике и т.д. Только тогда нас всех ждет успех!

Таким образом, физическая культура и спорт являются органической частью здорового образа жизни и культуры общества и личности, совокупностью духовных и материальных ценностей, создаваемых и используемых обществом на фундаменте культурно - исторического опыта нашей самобытной евразийской цивилизации в целях: укрепления здоровья, физического

и нравственного развития человека с учетом его способностей; совершенствования его двигательной деятельности и социальной активности, физической подготовленности – с рациональным использованием специальных методов и средств - физических упражнений как фактора физической подготовки к жизненной практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евсеев Ю.И. Физическая культура // Ростов н/Д: Феникс, 2002.- 384 с.

2. Холодов Ж.К., Кузнецов В.С. Теория и методика физического воспитания и спорта // М.:

Академия, 2001.- 480 с.

3. Костенко С.А. Медицинское обеспечение спортсменов в современных условиях: моногр. // М., 2000. - 190 с.

Сәттіқылышов Б.С., Кутателадзе Г.Д., Калинин А.М., Мораши А.Е.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ТҮРГЫНДАРЫ АРАСЫНДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ СҰРАҚТАРЫ

Дене тәрбиесі және спорт рухани және жан дүниелік құндылықтардың салауатты өмір салты және қоғамның мәдениеті мен адамның органикалық бөлігі, жиынтығы болып табылады.

Sattyklyshov B.S., Kutateladze G.D., Kalin A.M., Morash A.E.

THE FORMATION OF THE HEALTHY WAY OF LIFE AMONG THE PEOPLE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Physical education and sport is an integral part of a healthy lifestyle and a culture of society and the individual, a collection of spiritual and material values.



Тусупова Б.К.

ПСИХОЛОГИЯ ДОНОРА

(КГКП «Центр крови г.Экибастуза»)

Одной из важных задач, стоящих перед трансфузиологической службой в современных условиях, является поиск новых форм организации работы, целью которой является повышение эффективности мероприятий по привлечению населения к участию в донорстве и повторным кроводачам компонентов, с учетом психологических и мотивационных особенностей активных и потенциальных доноров (доноров резерва и доноров-родственников).

На протяжении последних лет отмечаются постоянно возрастающие потребности в крови и ее компонентах в клинической практике [1]. Обеспеченность лечебно-профилактических учреждений компонентами и препаратами крови полностью зависит от уровня развития донорского движения [4]. Показатели донорской активности на 1000 населения в среднем по Казахстану составляет 18, при

рекомендуемом Всемирной организацией здравоохранения (далее – ВОЗ) для самообеспечения страны в 40-60 донаций на 1000 населения.

Донор – основное звено службы крови, поэтому особый интерес представляет психологический портрет современного донора, определение его мотивационных, поведенческих и когнитивных характеристик. При проведении анализа мотивационного спектра у доноров крови важен учет личностного профиля, макро- и микросоциального качества жизни их, общей жизненной ориентации. Важна оценка информированности о донорстве, анализ сдерживающих факторов и возможных иницилирующих кроводачу моментов, альтруистических установок людей [2, 3].

По данным литературы, по видам мотивации к донорству, можно выделить 5 основных групп современных доноров крови, в которых имеются

значимые для оптимизации агитационных мероприятий психологические характеристики: 1-группа: составили 26,3% доноров, которые в качестве основной причины сдачи крови отмечали альтруистические мотивы (помощь людям, чувство долга, повышение самооценки, самоуважения и т. п.). 2-группа – это 25,3% доноров с неопределенной мотивацией. На вопрос о причинах участия в донорстве, лица из этой группы либо затруднились ответить, либо указывали невразумительные причины: «интересно», «еще не знаю», «за компанию», «привычка». 3-группа: составили 21,8% доноров, которые назвали основными причинами – стимулы материального характера: денежное вознаграждение, льготы, отгулы. 4-группа: – это 6% доноров, мотивация которых – оздоровление в результате сдачи крови, обследование, определение группы крови. Их мотивы сходны с установками лиц из 3-й группы (получение личной выгоды), однако обнаруженные личностные особенности говорят об отдельной группе. 5-группа: составили 20,6% доноров, это – родственники пациентов стационара, нуждающихся в гемотрансфузии.

В 1-группе средний возраст доноров составлял $32,8 \pm 4,2$ года, у них максимально наблюдались гендерные различия: 63,2% женщин и 36,8% мужчин. Среди женщин 54,1% оценивали свое материальное положение как среднее, а жилищные условия – как удовлетворительные. Большинство имели образование выше среднего (чаще среднее специальное), социально были адаптированы, работали, имели семьи и детей. Лишь 9% женщин этой группы обладали низким уровнем микро- и макросоциального качества жизни. Женщины имели самый высокий показатель общей осмысленности жизни, представление о себе как о сильной личности, они целеустремленные, проявляли достаточную активность во многих жизненных сферах. Донорство для таких людей – один из шагов самореализации, аффективно окрашенное событие, они склонны к сопереживанию, донорство не ограничивается разовой кроводачей для большинства из них, у многих – достаточный стаж. Истероидные (демонстративные) черты наблюдались у небольшого количества лиц, чаще у женщин с неблагоприятной социальной и финансовой ситуацией. 28,6% мужчин из этой группы считали себя благополучными в финансовом отношении, работали; 8,3% описывали неблагоприятную материальную ситуацию и на 1-е место все же ставили материальный стимул донорства. Мужчины, вошедшие в данную группу, обнаружили крайне низкий показатель осмысленности жизни, не имели конкретных целей в будущем, были недовольны своей настоящей жизнью, не были уверены в возможности самостоятельно внести какие-то изменения в ход событий, спонтанны. На повторное участие в донорстве указывали 8,3% мужчин.

Сдача крови для мужчин 1-группы является таким же эмоционально значимым поступком, как и для женщин данной группы. Тем не менее,

от мужчин с меньшей вероятностью можно ждать систематического участия в донорстве, они больше ориентированы на моральное поощрение извне (женщины оказались самодостаточнее), донорство косвенно направлено на получение собственной выгоды морального характера. Основным источником информации о донорстве для 1-группы служили средства массовой информации.

Значит, для привлечения к донорству людей с альтруистическими установками необходимы доступность, широкая распространенность, эмоциональная насыщенность информации с акцентом на моральных аспектах донорства. Для увеличения вероятности повторных сдач крови среди доноров 1-группы (особенно среди мужчин) важны поощрения морального характера, получение информации о значимости поступка, повышение самооценки, так как ситуаций именно такого психологического плана многие из них ищут в жизни, донорство могло бы заполнить своеобразную нишу. Материальные стимулы способствуют угнетению установок альтруистического спектра и эффективны только среди 21,8% доноров.

Во 2-группе (доноры с неопределенной мотивацией) находились 35,2% женщин и 64,8% мужчин. Средний возраст составлял $32,3 \pm 3,9$ лет. Преобладали люди с высшим (33,6%) и средним специальным (27,3%) образованием. 72,7% доноров определяли уровень своего дохода, условия жизни – как нормальные или средние, а 27,3% – называли себя «скорее бедными» или «определенно бедными». Для доноров этой группы характерны нестабильность аффекта (циклотимия), яркая эмоциональная окраска происходящих событий (гипертимность, эмотивность), демонстративные (истероидные) черты (как и в предыдущей группе, для мужчин в большей степени, чем для женщин), все это на фоне низких показателей общей осмысленности жизни, неупорядоченности ценностных ориентаций. Склонность к спонтанным поступкам была выявлена у мужчин. Женщины представляли о себе как о слабой личности, неспособной контролировать свою жизнь, свободно принимать решения. Для большинства лиц донорство не является осознанным шагом, поступком, направленным на достижение личных целей, выгоды, это – вероятно, один из хаотичных шагов, спровоцированный эмоционально значимыми событиями, впечатлениями. Объяснить повторные донации у лиц в этой группе можно движением по инерции, определенным фатализмом. Учитывая общую неупорядоченность в принятии решений, большую ориентацию на эмоциональный компонент, чем на рациональный, для удержания в донорстве людей этой группы является важным многократное подтверждение значимости поступка, верного выбора, поощрения морального характера. Такая тактика поможет удержать в донорстве кадры с альтруистическими (26,3% доноров) и неопределенными (25,3% доноров) мотивациями.

Среди доноров 3-группы, ориентированных на

получение личной выгоды (денежное вознаграждение, льготы, отгулы), не обнаружено значимых гендерных различий (по 50% женщин и мужчин), средний возраст составлял $35 \pm 5,1$ года. 67,2% имели среднее специальное образование, остальные 16,4% – среднее и 16,4% – высшее. Преобладающее большинство доноров (96,2%) работали. У большинства доноров – 72,3% данной группы, есть стаж. Подавляющее большинство доноров данной группы (91%) убеждены, что и в дальнейшем будут участвовать в донорстве. Источником информации о донорстве для них стали объявление в газете – 62,7%, друзья или сотрудники – 19,1%, выездная бригада станции переливания крови – 11,8%, телевидение – 4,6% и интернет – 1,8% человек. Фактором, удерживающим в донорстве и привлекающим людей со сходной мотивацией, можно считать только сохранение и совершенствование системы материальных поощрений. Факторы морального характера, рассчитанные на эмоциональное включение, в этой группе будут малоэффективны.

Близки по характеру мотивации к 3-группе еще 6% доноров, выделенных в 4-группу. Для них основной причиной сдачи крови являлось улучшение собственного здоровья, «обновление», «омоложение». Эту группу составили 40% женщин и 60% мужчин, средний возраст $34,6 \pm 4,1$ год. Социальный состав группы: 10% – учащиеся, 66,7% – работающие, 23,3% – безработные. В этой группе высшее образование имели только 10%, незаконченное высшее образование – 13,3%, самое распространенное было среднее специальное – 43,3% и 33,3% – только среднее образование. Обращает на себя внимание неустроенность в семейном плане, только 26,6% человек состояли в официальном или незарегистрированном браке. Отсутствие осмысленности, направленности и временных перспектив в жизни при высокой эмоциональности не приводит к движению вперед в плане самореализации, достижения конкретных целей; вектор эмоциональной активности имеет интравертированную направленность. Большинство доноров этой группы можно назвать гедонистами, живущими сегодняшним днем. Они аспонтанны, склонны к застреванию аффекта, аутистичны, достаточно выражены эгоистичные и педантичные черты. Большинство участвуют в донорстве не впервые – 86,7%, 76,7% уверены, что будут участвовать и в будущем. В донорстве эти люди чувствуют себя достаточно комфортно (о чем свидетельствуют низкий показатель ситуационной тревожности, предыдущий опыт кроводач, высокий процент по намерениям дальнейшего участия). Многие затруднились назвать источник информации: «где-то услышал, что это полезно», поэтому традиционные способы распространения информации, ориентированные на альтруистические моменты или на заинтересованность в плане поощрений (деньги, льготы, отгулы), не окажут ожидаемого влияния на людей подобного склада. Ими выбран «нетрадиционный» способ оздоровления, а не моральные или материальные

вознаграждения, поэтому для таких доноров актуальными могут стать только послания, подтверждающие их представление о пользе, уверения в безопасности подобных мероприятий.

Особая группа доноров – родные и близкие больных, нуждающихся в переливании крови (5-группа). Их число составляло 20,6% от всех доноров, средний возраст – $26,8 \pm 3,6$ лет. В группе 47% мужчин и 53% женщин, распределение по уровню образования, социальному и материальному положению было достаточно равномерное. Данная группа представляет собой практически случайную выборку из популяции, объединяющий фактор носит характер внешней ситуации, в которой может оказаться любой (болен близкий человек). Только 20% доноров этой группы полностью осознают сложившуюся ситуацию и необходимость собственной сдачи крови как одного из шагов в лечении близкого человека, ответственны и сохраняют достаточно нейтральное отношение к самой службе крови. Большинство (80%) негативистичны, сложно адаптируются к ситуации «вынужденного донорства», воспринимают его как «непреодолимый этап», без которого невозможно оперативное лечение, выздоровление близкого. С этим сопряжены особенности поведенческих реакций: подозрительность, настороженность, высокая готовность к конфликтам либо стремление скрыть сведения о себе, которые могут помешать «прохождению» этого этапа. В рассматриваемой группе доноров отмечался самый высокий показатель ситуационно обусловленной тревоги, чаще при нормальных значениях личностной тревожности, отсутствие в структуре личности выраженных эмоционально лабильных черт. В ситуации донорства эти люди испытывают эмоциональное напряжение, присутствует чувство скрытой угрозы. Для доноров-родственников были бы важны разъяснительные беседы со стороны не только сотрудников службы крови, но и лечащих врачей для предупреждения развития негативной настроенности, снижения уровня тревоги.

Таким образом, по характеру мотиваций, всех доноров можно разделить на 5 основных групп: I – доноры с альтруистическими установками; II – доноры с неопределенными установками; III – ориентированные на получение материальной выгоды, льгот; IV – рассматривающие донорство как «оздоровительное» мероприятие; V – родственники и близкие больных.

Для I и II групп оказались значимыми гендерные различия. Для женщин с альтруистическими установками были характерны осмысленность жизни в целом и донорства в частности, активность во многих жизненных сферах, целеустремленность. Мужчины этой группы были не уверены в себе, демонстративны и нуждались в поощрительных мероприятиях морального характера. Доноры II группы проявили себя людьми с яркой эмоциональной окраской мало контролируемых событий собственной жизни, часто движущимися по инерции, с неупорядоченностью ценностных ориентаций. До-

норы III группы в выборе донорства базировались на четко осознанных, рациональных моментах, поэтому на участие в дальнейшем донорстве можно рассчитывать до тех пор, пока их будет устраивать система льгот и поощрений. Доноры IV группы достаточно стабильны, рассчитывают на получение «оздоровительного» эффекта. Сложна и неоднородна V группа – группа доноров-родственников, именно у них выявлены самые высокие значения ситуационной тревожности и признаки искажения информации о состоянии своего здоровья. Ситуацию «вынужденного» донорства в группе доноров-родственников можно перевести в ситуацию привлечения новых донорских кадров для донорства безвозмездного, путём оптимизации работы с данной группой доноров [5, 6].

Исходя из изложенного можно сделать выводы, что мотивационный спектр современных доноров достаточно разнообразен. Для привлечения

к донорству крови потенциальных доноров важны эмоциональная насыщенность, точность информации о возможных вариантах применения сданной крови, о тех, кто ждет переливания, уменьшение факторов тревоги (оповещение населения относительно безопасности донорства, описание этапов и особенностей самой процедуры кроводачи, разъяснение влияния на организм донора с обязательным указанием на позитивные моменты). Поощрения морального характера (атрибуты с донорской символикой, сообщения о донорах в СМИ) значимы для донора крови и для формирования позитивного общественного мнения. Уменьшение ситуационной тревожности, сопряжённой с процедурой кроводачи и предшествующими ей этапами, способствует повторному участию в донорстве крови. Эти данные могут быть использованы в практической работе по привлечению донорских кадров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев А.И., Гематология в борьбе за жизнь человека// Журнал «Наука и жизнь», №9, 2005г.
2. Жибурт Е.Б., Тазаева В.Н., Проблема донорских кадров: изучение и возможные пути решения//Трансфузиология. 2005. – Т.6, №4. – С.2229.
3. Селиванов Е.А., Риски, связанные с трансфузией эритроцитарных сред во время хирургических операций//Трансфузиология. 2006.-№1.-с.27-31.
4. Уразов С.Х., Афонин Н.И. Организация, проблемы и перспективы службы крови г.Москвы// Вестник службы крови России. – 2000. - №3. – С.6-18.
5. Лаврова В.А., Колосков А.В. Мотивация доноров крови// Проблемы гематологии и переливания крови. -№1., 2006.- С.44
6. Лаврова В.А., Колосков А.В. Доноры-родственники, психологическая характеристика донорской группы// Трансфузиология. - №1-2, - 2007, - С.26-27.

Түсінова Б.К.

ҚАН БЕРЕТІН АДАМНЫҢ (ДОНОРДЫҢ) ПСИХОЛОГИЯСЫ

Мотивациялық спектр талдау нәтижесінде белгіленген, қазіргі замандағы қан және оның компоненттерін беретін адамдардың бес тобының әрбіріне жүргізілетін үгіт бағдарламасын өзіндік психологиялық ерекшеліктеріне бейімдеу маңызды.

B. Tussupova

PSYCHOLOGY OF A DONOR

This article examines five types of current blood and blood components donors based on the analysis of their motivational spectrum, and suggests promotional tools for each group by considering their psychological peculiarities.



ПРИМЕНЕНИЕ РАБЕПРАЗОЛА – РАБЕМАКА В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЗАСТРАХОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

ТОО «Медикер», г.Астана

В практике врача-терапевта в условиях страховой медицины все чаще приходится обращаться к лекарствам, снижающим секрецию соляной кислоты, в частности для лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК). Поэтому практически важным является выбор лекарства, позволяющего максимально и длительно уменьшать кислотность желудочного сока. [1]

Появление в Казахстане рабепразола «Рабемака» с пролонгированным антисекреторным действием до 48 часов открывает новые возможности в лечении язвенной болезни ДПК, ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Стабильный антисекреторный эффект развивается через 3 дня лечения. Отмена рабемака не сопровождается феноменом рикошета. Препарат не только ускоряет проявление антихеликобактерной активности антибиотиков, но и сам воздействует на Нр. [2]

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности препарата Рабемак в лечении язвенной болезни ДПК.

Материалы и методы. В исследование включались застрахованные пациенты, проходившие курс амбулаторного лечения у врачей-терапевтов ТОО «Медикер», с эндоскопически подтвержденным обострением язвенной болезни и локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке, ассоциированной с Нр. Средняя продолжительность заболевания составила 3.8 ± 1.2 лет. Обследовано и пролечено в динамике 18 пациентов (15 мужчин, 3 женщины). Средний возраст пациентов составил 37.6 ± 2.7 лет. У 25% пациентов язвенная болезнь была впервые выявлена, у остальных больных течение заболевания было хроническим.

Все пациенты получали трехкомпонентную антихеликобактерную терапию первой линии

в течение 7 дней. В качестве антисекреторного препарата применяли Рабемак производства «Macleods Pharmaceuticals Limited», Индия в дозе 40 мг в сутки.

В комплекс обследования кроме общепринятых клинических исследований входили эзофагогастроуденоскопия с исследованием слизистой на Нр цитологическим методом до начала лечения и через 4-6 недель после окончания лечения.

Результаты исследования. До начала терапии болевой синдром отмечался у 96% пациентов, диспепсический синдром у 91%. Эндоскопическая картина характеризовалась наличием язвенного дефекта малых и средних размеров, расположенного в луковице ДПК. Частота обнаружения Нр составила 92%. Регресс болевого синдрома наблюдался начиная со 2-3 дня (у 74% пациентов), а полное исчезновение болей зарегистрировано на 7 день. Диспепсический синдром начал уменьшаться ко 2 дню терапии (у 48% пациентов). К контрольному сроку язвы зарубцевались у всех пациентов, что свидетельствует об эффективности схемы лечения.

Безопасность препарата Рабемак оценивалась по клиническим данным, а также с помощью динамического контроля результатов общего и биохимического анализов крови. До и после терапии достоверных различий между перечисленными показателями выявлено не было.

Таким образом, проведенное исследование демонстрирует эффективность препарата Рабемак в лечении язвенной болезни ДПК в фазе обострения, который приводит к рубцеванию язв в контрольные сроки практически у всех пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ястребкова Л.А. Сравнительная клиническая эффективность и безопасность рабепразола (париета) и эзомепразола (нексиума) – в лечении кислотозависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта // MEDGAZETA. 08.07.2009.
2. www.internist.ru/ - Ивашкин В.Т., Немытин Ю.В., Макаров Ю.С. Сравнительная оценка антисекреторной активности лосека МАПС, париета и нексиума у больных язвенной болезнью. 2011.

Абдрахманова Р.Х., Умирова Г.Б., Умурзакова Р.С. Ахметова А.Б., Асатова А.У.

САҚТАНДЫРЫЛҒАН НАУҚАСТАРДАҒЫ ОН ЕКІ ЕЛІ ІШЕКТІҢ ОЙЫҚ ЖАРАСЫ КЕЗІНДЕ РАБЕМАК РАБЕПРАЗОЛ ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ

«Рабемак» препаратымен он екі елі ішектің ойық жарасын емдеу кезінде ойық жараның жазылуына барынша жақсы әсер ететінін көрсетті.

Abdrahmanova RH., Umarova G.B., Umurzakova RS., Ahmetova AB., Asatova AU.

USE OF RABEPRAZOLE-RABEMAC IN TREATMENT OF DUODENAL ULCER OF INSURED PATIENTS

Treatment with Rabemac medicine of patients with duodenal ulcer showed high effectiveness in forming a scar of ulcer.



Айдарханов С.А.

ОСОБЕННОСТИ РОДОВ И МЕТОДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

ННЦМД, г.Астана

Проблема адекватной анестезиологической защиты в родах у женщин сегодня по праву занимает главенствующее место в акушерской практике [1,2]. Боль в родах ведет к психоэмоциональному напряжению, утомлению роженицы, нарушению сократительной активности матки и внутриутробному страданию плода [3,4]. Особенно опасны болевые реакции при наличии осложнений беременности и экстрагенитальной патологии [5,6]. В связи с этим, своевременное и адекватное обезболивание способствует бережному родоразрешению, регулирует и нормализует родовую деятельность, препятствует развитию гипоксии плода [7].

Цель нашего исследования заключалась в сравнительном изучении особенностей течения и исхода родов для матери и плода в зависимости от вида используемого анальгетического средства и метода обезболивания.

Материалы и методы исследования Нами было обследовано 92 роженицы в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст 26,9 лет) со сроком беременности 34–40 недель. Все роженицы были разделены на две группы в зависимости от вида используемого анальгетического средства и метода обезболивания. Анальгезию проводили всем роженицам, которые предъявляли жалобы на выраженные болевые ощущения при установившейся регулярной родовой деятельности при открытии маточного зева на 3–4 см.

Первую группу составили 65 рожениц (первородящих было 46 (71%), повторнородящих 19 (29%), роды наступили в срок у 54 (83%), преждевременные роды у 11 (17%)), у которых для обезболивания применялся промедол (ПП) в дозе 20 мг-1 мл в/в с премедикацией анальгетиками и

спазмолитиками. После внутривенного введения промедола действие наступало через 5–10 минут и продолжалось в течение двух часов. Во вторую группу вошли 54 рожениц (первородящих было 36 (67%), повторнородящих 18 (33%)), роды наступили в срок у 40 (74%), преждевременные роды (на сроке 35–37 недель) у 14 (26%)), обезболенных путем ЭА (ропивокаин).

Результаты. При проведении ЭА, обезболивающий эффект наступал через 15–20 минут и продолжался в течение 60–90 минут (после введения первой дозы). В связи с тем, что ЭА снимает рефлексы с тазового дна, введение анестетиков в перидуральное пространство прекращали в конце первого периода родов. С целью профилактики вторичной слабости родовой деятельности в конце первого периода родов внутривенно капельно вводили 5 ЕД окситоцина разведенного в 400 мл изотонического раствора хлорида натрия. Частота и выраженность экстрагенитальной и акушерской патологии во время беременности и в родах по группам существенно не отличалась. Несомненный интерес представляет длительность родов в зависимости от метода обезболивания. В первой группе у первородящих длительность 1 периода родов составила 7–10 часов, продолжительность 2 периода составила 25–35 мин, 3 периода — 5–15 мин. Общая длительность родов была 7 ч 30 мин-10 ч 50 мин. У повторнородящих длительность 1 периода родов в данной группе составила 5–7 часов, 2 периода — 20–30 мин, 3 периода — 5–10 мин. Общая длительность родов составила 5 ч 35 мин – 7 ч 40 мин.

Во второй группе у первородящих длительность 1 периода родов в данной группе составило 9–11

часов, 2 периода — 30–50 мин, 3 периода — 5–15 мин. Общая длительность родов составила 9 ч 35 мин-12 ч 5 мин. У повторнородящих длительность 1 периода родов в данной группе составила 8–9 часов, 2 периода — 30–40 мин, 3 период — 5–15 мин. Общая длительность родов составила 8 ч 35 мин-9 ч 55 мин. При сравнении двух групп видно, что при ЭА и у первородящих, и у повторнородящих имело место некоторое увеличение второго периода родов.

В процессе наших исследований мы пришли к выводу, что с целью профилактики слабости родовой деятельности у рожениц с ЭА необходимо более раннее применение утеротонических средств, а не в конце I периода родов. В первой группе в родах были следующие осложнения: несвоевременное излитие вод — 21 (32,3%), стойкая слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции — 2 (3,1%), клинически узкий таз — 2 (3,1%), острая гипоксия плода — 3 (4,62%), угроза разрыва промежности — 8 (12,31%), разрыв шейки матки 1–2 ст — 5 (7,7%). Роды были закончены операцией кесарево сечение у 7 (10,77%) женщин. Во второй группе были такие осложнения как: несвоевременное излитие вод — 20 (37%), дискоординация родовой деятельности — 5 (9,26%), стойкая слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции — 3 (5,56%), клинически узкий таз — 2 (3,7%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — 1 (1,85%), острая гипоксия плода — 3 (5,56%), угроза разрыва промежности — 8 (14,81%), разрыв шейки матки 1–2 ст — 6 (11,1%). Роды были закончены операцией кесарево сечение у 9 (16,67%) женщин. Показаниями к кесареву сечению в обеих группах являлись острая внутриутробная гипоксия плода, упорная слабость

родовой деятельности, клинически узкий таз, а во второй группе — также преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Обращает внимание более высокая частота кесарева сечения в группе рожениц с ЭА (16,67%). Следует отметить, что нами получен положительный эффект при развита дискоординации родовой деятельности у рожениц второй группы (с ЭА), что не потребовало пересмотра плана родоразрешения в пользу операции кесарева сечения, что является несомненным достоинством использования ЭА в родах. Необходимо подчеркнуть, что при использовании ЭА отмечается увеличение второго периода родов, что приводит к длительному стоянию головки в одной плоскости и может привести к осложнениям, как со стороны матери, так и со стороны плода. Так же необходимо отметить, что при ЭА иногда возникает орто-кавальный синдром, характеризующийся снижением АД роженицы и урежением сердцебиения плода. Следует отметить, что при использовании любого метода обезболивания в родах необходимо тщательное кардиомониторное наблюдение за состоянием плода.

Все дети родились в удовлетворительном состоянии, со средней оценкой по шкале Апгар не менее 7 баллов на 1 минуте, реанимационных мероприятий и перевода на второй этап выхаживания новорожденные ни в одной группе не потребовали. Послеродовый и послеоперационный период у родильниц обеих групп протекал без осложнений.

Выводы. По результатам нашего исследования мы полагаем, что оптимальный выбор метода обезболивания определяется конкретной акушерской ситуацией, состоянием роженицы и плода, наличием экстрагенитальной патологии и осложнений гестации, а также динамикой родового акта.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Руководство по регионарной анестезии и анальгезии в акушерстве и гинекологии.* (Семенович А. А., Ким Ен Дин). Ташкент. 2002. С.102.
2. *Brownridge P. Epidural and subarachnoid analgesia for obstetrical surgical anaesthesia. British Journal of Anaesthesia 1990: 225-33.*
3. *Glosten B., Gianas A., Chadwick H.S. et al. Practical aspects of regional anesthesia for cesarean delivery: Failure rates and anesthetic preparation times. An observational study. // Anesthesiology. - 1995. - Vol. 83. - S. 977.*
4. *Kapoz DJ, Bainton BG. Combined spinal epidural anaesthesia: a new hanging drop. Anaesth Analg. 1996; 82: 426-7.*
5. *Rawal N. Combined Spinal Epidural technique. // Highlights in Regional Anaesthesia - 1994. - ESRA. - P. 119-122.*
6. *Schneider M, Ettlin T, Kaufmann M. et al. Transient neurologic toxicity after hyperbaric subarachnoid anesthesia with 5% lidocaine. // Anesth. Analg. - 1993. - Vol. 76. - №5. - P. 1154-1157.*
7. *Stienstra R., Dahan A., Alhadi B.Z. et al. Mechanism of action of an epidural top-up in combined spinal epidural anesthesia.*

Айдарханов С.А.

БОСАНДЫРҒАНДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН ЖАНСЫЗДАНДЫРУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Жансыздандыру үшін қолданылатын дәрі-дәрмектердің ана мен балаға әсері көрсетілген. Эпидуралды жансыздандыруды қолданғанда екінші мерзімнің үзілуіне және ұрық басының ұзақ тұруына әкеледі. Дәл осылай кейде қолқа-кавалді синдромның пайда болатынын атап өту керек - босанатын әйелдің қан қысымының төмендеуі және ұрықтың жүрек соғуының сиректенуі байқалады.

FEATURES OF LABOR AND METHOD OF ANESTHESIA

Features of a current and an outcome of childbirth for mother and a fruit depending on a type of used anesthetic means and an anesthesia method are studied. when using EA the increase in the second period of childbirth that leads to long standing of a head in one plane is noted and can lead to complications, both from mother, and from a fruit. As it should be noted that at EA sometimes there is the aorto-kavalny syndrome, the HELL which was characterized by decrease in the woman in labor and an urezheniye of palpitation of a fruit. It should be noted that when using any method of anesthesia in childbirth careful kardiomonitorny supervision over a fruit condition is necessary.



Айтжанова Р.М.

ОСТЕОАРТРОЗ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Республиканский диагностический центр.

Артроз (остеоартроз) хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание суставов, характеризующееся деградацией суставного хряща с последующими изменениями в субхондральной кости и развитием краевых остеофитов, приводящее к потере хряща и сопутствующему поражению других компонентов сустава (синовиальная оболочка, связки).

Из всех заболеваний суставов артроз является самым распространенным, от которого (по статистике) страдает до 20 % населения Земного шара. Остеоартроз не приводит к смертным исходам. В основном это женщины в возрасте 45-55 лет. Одно из самых распространенных заболеваний человека, известных еще в глубокой древности. С одной стороны, облегчение физического труда уменьшило нагрузки на суставы человека, но, с другой стороны, именно появление многих технических приспособлений привело к увеличению развития артроза у людей определенных профессий: бурильщиков, шахтеров, работников на виброустановках и т.д. Развитие транспортных средств привело к снижению двигательной активности значительной части населения, возрастание материального благополучия – к увеличению массы тела выше нормы более чем у половины населения земного шара. В настоящий момент распространенность ОА неуклонно возрастает (рис. 1), как и доля лиц преклонного возраста. (1,2)

Патогенез. Основу поражения при ОА составляют изменения в хрящевой ткани, важнейшая функция которой — адаптация сустава к механической нагрузке. При ОА происходит дегенерация и гибель хондроцитов, развивается деполимеризация основного вещества, продуцируемого ими, снижается количество гликозаминогликанов. Потеря протеогликанов

ведет к уменьшению прочности хряща и его дегенерации. Ответная реакция костной ткани выражается в ее разрастании и образовании остеофитов.

Клиническая классификация: Первичный (идеопатический):

- локализованный ОА: страдают суставы кистей, стоп, коленные, тазобедренные суставы, позвоночник, другие суставы.

- Генерализованный ОА: поражение трех и более различных групп

Вторичный ОА развивается вследствие ряда причин:

- постравматический ОА.
- Врожденные, приобретенные или эндемические заболевания (Болезнь Пертеса, синдром гипермобильности и др).
- Метаболические болезни: охроноз, гемахроматоз, болезнь Уилсона – Коновалова, болезнь Гоше.

Рентгенологическая классификация. Для определения рентгенологической стадии ОА используют классификацию Келлгрена и Лауренса (1975г).

- Изменения отсутствуют.
- Сомнительные рентгенологические изменения.
 - Минимальные изменения (небольшие сужение суставной щели, множественные остеофиты).
 - Умеренные проявления (умеренное сужение суставной щели, множественные остеофиты).
 - Выраженные изменения (суставная щель почти не прослеживается, выявляются грубые остеофиты) (3).

Клиника. Начало болезни выглядит так: при резких движениях сустав хрустывает, а при сгибании возникают неприятные ощущения. В

целом для заболевания характерен механический ритм болей — возникновение боли под влиянием дневной физической нагрузки и стихание за период ночного отдыха. Возможны тупые непрерывные ночные боли, связанные с венозным застоем.

Кратковременная «стартовая» боль возникает после покоя и вскоре проходит на фоне двигательной активности. Стартовые боли при деформирующем артрозе обусловлены трением суставных поверхностей, на которых оседает детрит — фрагменты хрящевой и костной деструкции. При первых движениях в суставе детрит выталкивается в завороты суставной сумки, и боли значительно уменьшаются или прекращаются полностью.

Возможна так называемая «блокада сустава» или «застывший сустав» — резко выраженный быстро развивающийся болевой синдром вследствие появления «суставной мышцы» — костного или хрящевого фрагмента с ущемлением его между суставными поверхностями или внедрением в мягкие околоуставные ткани. Интенсивность боли при этом лишает пациента возможности сделать малейшее движение в данном суставе.

Обычно остеоартроз деформирующий развивается медленно и начинается с поражения одного сустава, но через некоторое время в процесс включаются и другие суставы, чаще всего те, которые компенсаторно брали на себя повышенную механическую нагрузку, чтобы разгрузить первоначально заболевший сустав. Если болезнь не лечить, с годами появляется боль при движении. (5)

Лечение остеоартроза. Более ста лет назад известный специалист John Kent Spender (1829–1916) писал, что ничто не может вызвать такую сонливость и отчаяние как конференция, посвященная проблеме обсуждения остеоартрита. В иностранной литературе остеоартрит выступает аналогом остеоартроза, таким образом исследователи подчеркивают роль воспалительного процесса в патогенезе заболевания. В последние годы ситуация резко изменилась. Появился новый класс лекарственных средств, модифицирующих структуру суставного хряща. В июне 2003 года в Лиссабоне состоялся очередной конгресс EULAR (Европейской антиревматической лиги), на котором были предложены новые рекомендации по лечению ОА коленных суставов.

Отличительной особенностью данных рекомендаций является то, что впервые указано модифицирующее действие на суставной хрящ таких лекарственных средств как глюкозамин и хондроитин.

Согласно современной классификации препаратов, используемых в лечении остеоартроза, их подразделяют на следующие группы.

1. Симптоматические средства быстрого действия (НПВП, ацетоминофен, опиоидные анальгетики, кортикостероиды и др.), которые оказывают влияние на клинические симптомы заболевания (боль, воспаление и др.).

2. Модифицирующие средства замедленного действия (глюкозамин, хондроитин, гиалуроновая кислота), эффект которых проявляется более медленно по сравнению с симптоматическими средствами и длится после окончания их применения. Данные фармакологические агенты обладают хондромодифицирующим действием, предупреждая деградацию суставного хряща [4].

Наиболее изученными в лечении ОА являются ХС и глюкозамин (ГА) — естественные компоненты хряща. ХС является высокомолекулярным полисахаридом их группы протеогликанов, является неотъемлемой частью агрегановой молекулы хряща. ГА является субстратом для синтеза протеогликанов, является продуктом гидролиза и деацетилиции хитина ракообразных животных. Как и ХС, так и ГА обладают собственным обезболивающим и противовоспалительным действием не за счет подавления синтеза простагландинов, а за счет подавления активности лизосомальных ферментов и ингибиции супероксидных радикалов. Положительное влияние на хрящ ХС и ГА обуславливается подавлением катаболических процессов и стимуляцией анаболических процессов в хряще. Следует отметить, что окончательно положительное влияние этих препаратов на течение ОА оценить очень сложно.

Последние годы ознаменовались появлением на фармацевтическом рынке нового препарата хондропротективного действия — Дона (Глюкозамина сульфат). Препарат прошел серьезные клинические испытания, которые доказали его клиническую эффективность и безопасность. Эффективность возрастает при использовании довольно длительных курсов лечения — 4-6 недель, которые должны повторяться 2-3 раза в год на протяжении нескольких лет. Естественно, что в большей мере это касается ранних стадий остеоартроза. Для препарата ДОНА (ГА сульфат) в длительных контролируемых исследованиях было показано замедление рентгенологического прогрессирования ОА, оцениваемое по темпам сужения суставной щели коленного сустава [3,4].

Согласно рекомендациям Европейской антиревматической лиги (EULAR) по лечению остеоартроза, эффективность применения глюкозамина сульфата (Дона) в лечении этого заболевания имеет уровень доказательности 1А (наивысший), уровень рекомендаций экспертами на основании эффективности, профиля безопасности и некоторых других факторов также отнесен к группе «А». С указанием о наивысшем уровне доказательности применение «Доны» у пациентов с остеоартрозом включено в руководство «Боль при остеоартрите, ревматоидном артрите и ювенильном хроническом артрите» Американского общества боли (Simon L.S. et al., 2002).

Эффективность применения «Доны» у пациентов с ОА для уменьшения выраженности

болевого синдрома, улучшения функции суставов, предотвращения прогрессирования заболевания была доказана в ряде клинических исследований и обобщена в метаанализах и Кокрановских обзорах (Towheed T.E. et al., 2001; Richy F. et al., 2003).

Наблюдение за пациентами, в течение 5 лет, после окончания лечения глюкозамина сульфатом позволило сделать вывод: снижение риска эндопротезирования составило 73% (Pavelka K. et al., 2004).

Важно, что доказана способность глюкозамина сульфата уменьшать выраженность симптомов и замедлять разрушение суставов у женщин постменопаузального возраста с ОА (Vuyere O. et al., 2004). Этот вывод особенно актуален из-за широкой распространенности болезни в популяции, особенно среди женщин пожилого возраста.

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

- профилактика и эффективное лечение травмы 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 конечности, лечение врожденного вывиха бедра и т. п.) [5,6].

Основной целью данного исследования была оценка эффективности и безопасности препарата «Дона» при лечении больных с ОА коленного сустава.

Материалы и методы исследования: в ис-

следовании приняло: 35 пациентов с ОА коленного сустава, возраст 47-63 лет (в среднем 55 лет). Продолжительность болезни 3-5 лет и более - у 65%. Данный диагноз подтвержден рентгенологически у всех исследуемых пациентов. Пациенты были разделены на 2 группы: основная и контрольная. Основная группа – 21 пациент, помимо НПВП, физиотерапии, ЛФК, витаминотерапии, также получали препарат «Дона» 400 мг внутримышечно (3 мл) через день – 4 недели, а затем внутрь по 1500 мг в течение 3-х месяцев. Перерыв 8 недель. Затем внутрь по 1500 мг в течение 3-х месяцев. Контрольная группа – 14 человек, тоже получали вышеуказанное лечение, но без препарата «Дона», то есть хондропротекторы у них не применялись. Эффект лечения оценивался по степени болевого синдрома, подвижности коленного сустава.

Результаты исследования: в основной группе к концу лечения у 18 человек (90%) - уменьшилась интенсивность боли, улучшилась подвижность и объем движений в коленном суставе, улучшилось самочувствие пациентов. К концу второго курса прошел болевой синдром. Побочных действий на прием препарата «Дона» у пациентов не отмечалось. В контрольной группе эффект лечения составил 57,1 % (8 человек), к концу курса лечения уменьшилась интенсивность боли, немного повысилась подвижность коленного сустава.

Вывод: применение у пациентов с ОА коленного сустава, препарата «Дона», имеет большую эффективность, так как основной его является глюкозамина сульфат - естественный компонент хрящевой ткани. Вышеуказанные результаты позволяют использовать препарат «Дона» для лечения ОА коленного сустава. Желательно в год 3 курса (один курс 3 месяца) с перерывом не более 8-ми недель.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.А. Насонова, Е.Л. Насонов. Рациональная фармакотерапия ревматологических заболеваний. Москва. Издательства «Литтерра» 2003г.
 2. Е.Л. Насонов. Ревматология. Издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА» 2010
 3. Л.И. Беневоленская, М.М. Бржезовский. Эпидемиология ревматических болезней. Москва, Медицина, 1988.
 4. Алексеева Л.И., Корякин А.Н., Смирнов А. В., Беневоленская Л.И. Применение румалона при гонартрозе. Тер. архив. 1997, N5, с. 64-66.
 5. Корж Н. А., Филиппенко В. А., Дедух Н. В.

Остеоартроз — подходы к лечению // Вісник ортопедії травматології та протезування. — 2004. — № 3. — С. 75—79. стаття розміщена в номере 83 за ноябрь 2003 года

6. Остеоартроз: современные принципы лечения В. В. Поворознюк, д. м. н., профессор, Институт геронтологии АМН Украины, г. Киев

7. Н.В. Чичасова, доктор медицинских наук, профессор, ММА им. И.М. Сеченова, Проблема боли при остеоартрозе. Москва Лечащий врач, 2007 г., № 2.

Айтжанова Р.М.

ОСТЕОАРТРОЗДЫ ЕМДЕУДІҢ ҚАЗІРГІ КҮНГІ ПРИНЦИПТЕРІ

Буын функциясын сақтау негізі болып хондромодуляциялық терапия саналады. Хондропротекторларды қолдану остеоартроздың патогенетикалық терапиясында маңызды орын алады. Хондропротекторлар әсері бірнеше жылдар бойы ұзақ қолданған ем кезінде жоғарылайды.

OSTEOART ROSES: MODERN PRINCIPLES OF TREATMENT

At the basis of maintenance joint function is hondromodulation therapy. Using hondroprotectors is an attempt to approach pathogenetic therapy of osteoarthritis. Efficacy of hondroprotectors increases, during using quite long courses of treatment.



Амангельдиев Д.М., Чернова Н.А., Хамитова И.М., Хен Л.А., Темірбаев А.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАПАННЫХ БРОНХОБЛОКАТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ БРОНХИАЛЬНЫМ СВИЩЕМ

*КГП на ПХВ «Областная клиническая больница»,
ГУ «Областной противотуберкулезный диспансер», Казахстан, Караганда*

Актуальность. Несмотря на достижения современной хирургии, внедрение в практику торакальных хирургов торакоскопических методик, появление новейших антибактериальных препаратов, проблема лечения эмпиемы плевры, летальность от которой достигает 40,7 %, остается острой. Особую группу составляют пациенты с эмпиемой плевры, осложненной бронхиальными свищами, так как наличие свища нарушает герметичность, необходимую для расправления легкого, что делает невозможной санацию эмпиемной полости. В связи с этим, раннее и надежное закрытие бронхиального свища является неременным условием для облитерации эмпиемной полости и полного расправления легкого, что снижает частоту необходимости травматичного оперативного лечения.

Цель. Целью данной работы является оценка эффективности применения клапанных бронхоблокаторов у пациентов с эмпиемой плевры, осложненной бронхоплевральным свищем.

Материалы и методы. Метод лечения пациентов с эмпиемой плевры, осложненной бронхоплевральным свищем с применением клапанного бронхоблокатора основан на создании лечебной гиповентиляции с последующим ателектазом легочной ткани при сохранении дренажной функции бронха. Бронхоблокатор вводится под местной анестезией. После санации бронхиального дерева и визуализации бронхиального свища на дистальный конец фибробронхоскопа устанавливается клапанный бронхоблокатор. Установленный в бронхе блокатор придерживается биопсийными щипцами, фибробронхоскоп удаляется, далее под контролем бронхоскопа закрываются и удаляются биопсийные щипцы. Нами использован бронхоблокатор Левина, разработанный в 2000 г. и успешно применяющийся в лечении различных форм туберкулеза легких. Данный метод лечения внедрен в практику в условиях КГП на ПХВ «Областная клиническая больница г. Караганды», а также в ГУ «Областной

противотуберкулезный диспансер». В торакальном отделении КГП на ПХВ «Областная клиническая больница г. Караганды» за период с 2010 по июнь 2012 года было пролечено 8 пациентов с эмпиемой плевры с применением клапанной бронхоблокации в возрасте от 45 до 62 лет. Из них с острой эмпиемой плевры - 6, с хронической - 2. Мужчин - 5, женщин - 3. Всем пациенты получали антибактериальную, дезинтоксикационную, симптоматическую терапию. В диагностический алгоритм помимо лабораторных тестов, эндоскопических и рентгенологических методов исследования была включена «поисковая» фибробронхоскопия, заключающаяся в ведении красителя, состоящего из 3% раствора перекиси водорода и 1% раствора бриллиантового зеленого в соотношении 10:1, через имеющийся торакальный свищ в эмпиемную полость с последующей визуализацией бронхиального свища посредством фибробронхоскопа. Далее, в зависимости от калибра пораженного бронха, производилась бронхоблокация по указанной методике obturatorом соответствующего размера.

Для оценки результатов учитывались следующие критерии: субъективные и объективные проявления интоксикационного синдрома, рентгенологическая, эндоскопическая динамика. Хорошим считался результат, при котором достигалось купирование интоксикационного синдрома, улучшение лабораторных показателей, а также полная облитерация эмпиемной полости с закрытием бронхиального свища; удовлетворительным – купирование явлений интоксикации с уменьшением эмпиемной полости и бронхиального свища; неудовлетворительным – сохранение эмпиемной полости и бронхиального свища вне зависимости от степени выраженности интоксикационного синдрома, возникновение необходимости в оперативном лечении. Таким образом, хорошие результаты получены у 5 пациентов, удовлетворительные – у 3 пациентов, неудовлетворительных результатов получено не

было.

Выводы. Клапанная бронхоблокация не предусматривает привлечения новейшего медицинского оборудования, он выполним в любом стационаре, оснащенном эндоскопическим кабинетом. Вместе с тем, повышается потребность в наличии квалифицированного врача-бронхолога. Данный метод является эффективным в закрытии бронхи-

альных свищей при эмпиемах плевры как специфической, так и неспецифической этиологии. Более активное его внедрение в лечение осложненной эмпиемы плевры позволит не только сократить длительность стационарного лечения пациентов за счет более быстрой облитерации эмпиемной полости, но и снизить количество травматичных оперативных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Левин А. А., Цеймах Е.А., Зимонин П.Е. Применение клапанной бронхоблокации при осложненном туберкулезе легких.- Барнаул, 2008. – 24 с.

2. Логинов С. Н., Баженов М. С., Семисаженков О. А. Эндоскопические технологии в лечении эмпиемы плевры. - Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных: ма-

териалы XIV межрегион. науч.-практ. конф. ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по ЗО и СР». – Пенза, 2009. – С. 180–181.

3. Никольский В. И., Логинов С. Н., Баженов М. С., Петрунин А. В. Торакальная хирургия: учеб. пособие. – Пенза, 2010. – 247 с.

Амангельдиев Д.М., Чернова Н.А., Хамитова И.М., Хен Л.А., Темирбаев А.А.

БРОНХ ЖЫЛАНКӨЗІМЕН ҚАБЫНҒАН ӨКПЕ ҚАБЫ ЭМПИЕМАСЫН ЕМДЕУДЕ ҚАҚПАЛЫ БРОНХБЛОКАТОРЛАРЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Бұл мақалада бронх жыланкөзімен қабынған өкпе қабы эмпиемасы анықталған науқастарды емдеуде қақпалы бронхоблокаторларды тәжірибе жүзінде қолданудың нәтижесі қарастырылған.

Amangeldiev DM., Chernov N.A., Hamitova IM., Hen LA., Temirbayeva AA.

FOR EXPERIENCE OF APPLICATION KLAPAN BRONKHOBLOKATOR IN EMPIYEMA'S TREATMENT OF THE PLEURA COMPLICATED BY THE BRONCHIAL WE WHISTLE

In this article data experience of application klapan bronkhoblokator are provided in emphysemas' treatment of the pleura complicated bronchial we whistle



Аскарова Д.С.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

ИП Анашбаев Е.К., стоматологическая клиника, г.Караганда

В ходе научных исследований было доказано, что достижению успеха в лечении пародонтита способствуют не только методики по оперативной ликвидации пародонтальных карманов, а вместе с тем и потенциальных очагов инфекции [1]. Решающим фактором для достижения стабильного состояния пародонта является уменьшение количества вредной микрофлоры [2].

Современная терапия пародонтита подразумевает удаление минерализованных зубных отложений и мягкого микробного налета, связанного с поверхностью корня зуба. Глубина

кармана не может быть ограничительным фактором для снятия поддесневых зубных отложений. При обработке поверхности корня с целью удаления биопленки ориентируются на состояние поверхности, которое можно проверить тактильно, путем зондирования специальным пародонтальным зондом. Лечение должно проводиться под местной анестезией. Рекомендуется методичное продвижение по зубному ряду, квадрант за квадрантом, а относительно зуба - начиная с дистальной поверхности в сторону мезиальной. Для ручного снятия (механическим способом) зубных

отложений с успехом применяются классический набор стоматологических инструментов. Сегодня для снятия зубных отложений предлагаются аппаратные средства, виброскэйлинг и ультразвуковой скэйлинг. Различные исследования показали, что терапевтические эффекты, достигнутые при использовании механического способа или же с применением аппаратных методов, принципиально не отличаются. Выигрыш во времени не столь значителен, речь идет лишь о снижении физических затрат доктора. Во многих стоматологических кабинетах механический способ по-прежнему находит успешное применение.

Принцип сопутствующей медикаментозной терапии при лечении пародонтитов заключается в уменьшении количества микрофлоры. Химические препараты (хлоргексидин, меридол и др.), назначаемые в качестве сопутствующего лечения, могут лишь в той или иной мере препятствовать связыванию микробного налета с поверхностью, но не способны устранить сам налет. Полоскание полости рта не позволяет полностью промыть межзубные промежутки, не очищенные механическим способом, а при наличии карманов оно совершенно неэффективно. Поддерживающего терапевтического эффекта можно добиться лишь целенаправленным промыванием карманов. После успешно завершенного лечения пародонтита, в стадии ремиссии, и при безупречном гигиеническом состоянии полости рта вновь отмечается кровоточивость во время зондирования, рекомендованы локальные аппликации метронидазола. После проведенной механической обработки при быстро прогрессирующем или очаговом ювенильном пародонтите, при зондировании возникает кровотечение, необходимо

провести микробиологическую диагностику и только после, по показаниям следует назначить сопутствующий курс антибиотиков местного действия. Выбор антибиотика определяется видом и количеством исследуемой микрофлоры, в нашей работе зарекомендовала себя комбинация амоксициллина с метронидазолом.

А также в ходе лечения необходимо выявлять отягощающие факторы, например, окклюзионная травма, которая подлежит обязательной коррекции. Устранение таких нарушений необходимо не только при комплексном лечении пародонтита, но и при любых реставрационных работах. Уже на подготовительной стадии нужно предупредить неправильное распределение нагрузки и, как следствие, развитие блока. Уздечка верхней губы будет выступать в качестве травмирующего фактора в том случае, если костная редукция верхней челюсти достигла места прикрепления уздечки. Поскольку уздечка анатомически состоит из периостальных волокон круговой мышцы рта, любое движение рта сказывается отрицательно. В случае, если верхние фронтальные зубы находятся в блоке, особенно часто проявляются комбинированные сопутствующие негативные воздействия (тяж уздечки и ранний окклюзионный контакт), которые следует устранять при комплексном лечении пародонтита.

Таким образом, многочисленными исследованиями доказано, что после проведенного лечения болезней пародонта для сохранения и поддержания достигнутого терапевтического эффекта необходим постоянный дальнейший контроль. Решающим фактором для достижения стабильного состояния пародонта является уменьшение количества вредной микрофлоры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грудянов А.И., Овчинникова В.В., Дмитриева Н.А. Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии. - М.: Медицинское информационное агентство, 2004. - 69с.
2. Хайдарова Н.Б. Особенности микрофлоры полости рта у больных с хроническим пародонтитом. //Проблемы стоматологии. - №4(30). - 2005. - С.36-37.

Аскарлова Д.С.

ЗАМАНУЙ КЕЗЕҢІНДЕ ПАРОДОНТИТТИ ЕМДЕУДІҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Пародонтитті емдеудің замануы терапиясының басты мақсаты тіс түбірінің беткейімен тығыз жанасқан минералданған тіс шөгінділері мен жұмсақ микробты қақтарды алу болып табылады. Пародонттың жағдайын сау қалыпта (ремиссия кезеңі) сақтау үшін ең шешуші фактор, ол жағымсыз микрофлораның мөлшерін мүлде төмендету.

Askarova D.S.

SOME ASPECTS OF THE TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASE AT THE PRESENT STAGE

Modern therapy of periodontitis involves the removal of mineralized dental plaque and soft plaque microbe associated with the surface of the tooth root. The decisive factor for achieving a stable state is the reduction of periodontal harmful microorganisms.

Г.Т. Аталыкова, Н.Д.Иванова, Ю.Г. Козинцева, Д.А.Кусепова,
Л.Т.Смагулова, С.С.Рахимжанова, Т.Б.Даулетбекова

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Кафедра общей врачебной практики №3,
АО «МУА», г. Астана

Введение: раннее выявление патологии почек диктует использования удобных в применении диагностических подходов. В рекомендациях К/ДОКИ показатель скорости клубочковой фильтрации (СКФ) является критерием функционального состояния почек у взрослых и детей. Данный показатель используется для раннего выявления хронических заболеваний почек [1,2]. Уровень СКФ зависит от возраста, пола, размеров тела ребенка.

Изучение распространенности патологии почек с использованием расчетов СКФ проводились преимущественно среди взрослого и детского населения крупных городов [3,4]. В связи с этим представляет интерес опыт изучения скорости клубочковой фильтрации у детей, проживающих в сельской местности.

Цель исследования: исследование скорости клубочковой фильтрации у детей, проживающих в сельской местности.

Материалы и методы: В группу исследования вошли дети в возрасте от 11 до 14 лет, проживающие

в п. Аксу, близ г. Степногорска; в п. Шантобе и п. Новокрондштатка Сандыктауского района; п. Астраханка и п. Первомайка Астраханского района Акмолинской области. Всего обследовано 57 учащихся. Расчет скорости клубочковой фильтрации производился по формуле Шварца (Базель), с использованием показателей креатинина крови и роста ребенка (n=57) [1]. Определение креатинина в сыворотке крови обследуемых проводилось на основе цветной реакции Яффе (метод Поппера) [5]. Длина тела измерялась с помощью деревянного станкового ростомера с точностью до 0,5 см в положении стоя. Для количественной оценки результатов использовался метод параметрической статистики.

Результаты исследования: У школьников обоего пола в возрасте от 11 до 12 лет среднее значение СКФ составило $143,2 \pm 4,8$ мл/мин/1,73м² (табл. №1). СКФ у девочек от 13 до 14 лет - $105,3 \pm 10,9$ мл/мин/1,73м². Значение СКФ у мальчиков 13-14 лет соответствовало $109,6 \pm 13,6$ мл/мин/1,73м² (табл. №1).

Таблица №3. Скорость клубочковой фильтрации

Возраст/ пол / кол-во	СКФ мл/мин/1,73м ² (M ± m)
от 11 до 12 лет (дев+мал)/(n=30)	$143,2 \pm 4,8$
от 13 - 14 лет (девочки) / (n=13)	$105,3 \pm 10,9$
от 13-14 лет (мальчики) / (n=14)	$109,6 \pm 13,6$

В целом, полученные средние значения СКФ у мальчиков и девочек, соответствовали нормативным показателям клубочковой фильтрации для детей и молодых взрослых предложенной Рекомендациями К/ДОКИ [1]. Однако, при распределении значений по степеням, СКФ ≥ 90 мл/мин/1,73м² выявлена у 59% обследуемых. У 27% СКФ располагалось в интервале от 60 до 89 мл/мин/1,73м². У 14% СКФ

была менее 60 мл/мин/1,73м² (интервал от 30 до 59 мл/мин/1,73м²), что соответствовало 3-й стадии хронических болезней почек. **Таким образом,** среди небольшого числа обследованных детей, проживающих на селе, уже выявлена группа риска по развитию хронических болезней почек. Дети с 3-й стадией ХБП нуждаются в консультации нефролога и обязательном обследовании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Земченков А.Ю., Томилина Н.А. «К/ДОКИ» обращается к истокам хронической почечной недостаточности. // Нефрология и диализ.-2004.- №3.-С.204-220.
2. K/DOKI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation Classification Stratification. AJKD 2002.-39 (2Suppl.1):S1-226.
3. Нарманова О.Ж. распространенность хронической болезни почек среди диспансерных групп населения города Астаны. // Валеология.-

2007.-№3.-С.31-33.
4. М.В. Кварацхелия, Д.В.Зверев, Е.В.Нагаева, Н.И. Багирова, В.А. Петеркова Вопросы патогенеза и лечения низкорослых детей с хронической почечной недостаточностью. Педиатрия №2, 2008.
5. Биохимические методы исследования в клинике. // Справочник. Под ред. АМН СССР проф. А.А. Покровского.-М.-1969.-С. 418-419.

*Г.Т. Аталықова, Н.Д.Иванова, Ю.Г. Козинцева, Д.А.Кусепова,
Л.Т.Смагулова, С.С.Рахимжанова, Т.Б.Даулетбекова*

АУЫЛДЫҚ ЖЕРДЕ ТҰРАТЫН БАЛАЛАРДЫҢ ШУМАҚШАЛЫ СҮЗУ ЖЫЛДАМДЫҒЫН АНЫҚТАУ

Зерттеу жұмысы барысында ауылдық жерінде тұратын балалардың шумақшалы сүзу жылдамдығы анықталды. Зерттелінген балалардың арасында бүйрек ауруы қауіпті топ болып табылады.

*Г.Т.Аталықова, Н.Д.Иванова, У.Г.Козинцева, Д.А.Кусепова,
Л.Т.Смагулова, С.С.Рахимжанова, Т.Б.Даулетбекова*

SPEED OF GLOMERULAR FILTRATION OF CHILDREN LIVING IN VILLAGE PLACE

The research object the speed of glomerular filtration of children living in village place. The risk group of nephropathy is discovered.



*Аталықова Г.Т., Скворцова Н.Л., Ергалиева Н.К., Нурасыл К.,
Ахметжанова А.С., Кокыбасова Н.И.*

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

АО «МУА», кафедра ОВП №3

Введение: Подавляющее большинство исследований возрастной физиологии связаны с изучением состояния здоровья и развития детей, проживающих в условиях города. При этом практически без внимания остаются дети, проживающие в сельской местности. Условия развития сельских детей отличаются внешне-средовыми факторами, в частности это касается образа жизни, уровня информационных нагрузок, валеологического воспитания [1]. В связи с этим целью исследования, явилось изучение показателей заболеваемости патологией опорно-двигательного аппарата и числа травм и отравлений у детей, проживающих в сельской местности.

Материалы и методы: Проанализированы годовые отчеты (форма №12), отчеты специализированной службы о числе заболеваний опорно-двигательного аппарата, количестве травм и отравлений зарегистрированных у детей, проживающих в г. Степногорске и прилегающих к нему поселках Аксу, п. Заводской, п. Кварцитка,

п. Карабулак; п. Шантобе и п. Новокрондштатка Сандыктауского района; в Астраханском районе Акмолинской области, за период с 2002 по 2006 годы. Заболеваемость рассчитывалась по общепринятой методике на 100 тыс. населения [2].

Результаты исследования: В детской популяции, проживающей в г. Степногорске и прилегающих к нему поселках, кривая первичной заболеваемости патологией опорно-двигательного аппарата волнообразно изменялась из года в год см. (табл. №1). Так, в 2002г. показатель составил 964,6 на 100. тыс. населения, а 2006 году снизился до 425,2 на 100 тыс. населения. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечены в 2004 году (3028,4 на 100 тыс. населения). В п. Шантобе и п. Новокрондштатка отмечена аналогичная картина. Максимальные показатели были выявлены в 2005году и составили 2233,9 на 100. тыс. населения. В 2006 году показатели резко снижаются до 144,3 (см. табл. №1).

Таблица №1. Заболеваемость детей от 0-14 лет патологией опорно-двигательного аппарата

Место проживания	г. Степногорск, п. Аксу, п. Заводской п. Кварцитка, п. Карабулак					п. Шантобе, п. Новокрондштатка				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
Впервые установленный диагноз	100	18	304	141	46	14	8	6	17	1
Показатель на 100.000 населения	964,6	173,6	3028,4	1356,5	425,2	1925,7	1114,2	882,3	2233,9	144,3

В Астраханском районе, резкий спад кривой заболеваемости выявлен в 2003 году. Показатель снизился почти в 5 раз, с 2910,3 на 100 тыс.

населения в 2002 г. до 543,9 в 2003 г. В последующие годы кривая располагается примерно на одинаковом уровне см. (таб. №2).

Таблица №2. Заболеваемость детей от 0-14 лет патологией опорно-двигательного аппарата

Место проживания	Астраханский район				
Годы	2002	2003	2004	2005	2006
Впервые установленный диагноз	222	40	56	46	35
Показатель на 100.000 населения	2910,3	543,9	811,9	697,3	568,8

Среди данной группы детей девочки составили 26%, мальчики 74%. В классе болезней опорно-двигательной системы наиболее часто регистрируются болезни суставов, сколиозы.

По отчетным данным в 2002г. число зарегистрированных случаев травм и отравлений среди детей г. Степногорска и прилегающих к нему поселков составило 839 случаев, в 2006г. этот показатель снизился до 709 случаев. В п. Шантобе и п. Новокрондштатка в 2002 году зарегистрировано 32 случая, в 2006 году - 23. В Астраханском районе в 2002г. 343 случая, а в 2006г.- 188. В структуре травм основное место занимают травмы шеи, головы, нижних конечностей (рис. №1). Девочки среди них составили 35%, мальчики 65%.

По отчетным данным в 2002г. число зарегистрированных случаев травм и отравлений среди детей г. Степногорска и прилегающих к нему поселков составило 839 случаев, в 2006г. этот по-

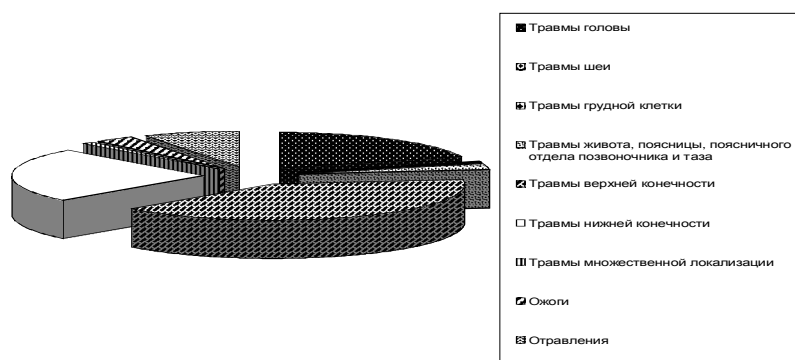


Рисунок №1
Структура травм среди детского населения в сельской местности

Анализ полученных данных выявил снижение показателей заболеваемости патологией опорно-двигательного аппарата и числа зарегистрированных случаев травм и отравлений среди детей, проживающих в сельской местности.

Снижение изучаемых показателей в некоторой степени связано с миграцией жителей из села в город, а так же улучшением качества медико-профилактической работы среди сельского населения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Сабирьянов А.Р., Сабирьянова Е.С., *Педиатрия.*–2006.-№5.-С.105-107.
Возницкая О.Э. *Современные особенности морфофункционального состояния сельских и городских детей младшего школьного возраста.*
2. Лисицин Ю.П. *Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.*-М.:ГЭОТАР-МЕД.-2002.-С.520.

*Аталықова Г.Т., Скворцова Н.Л., Ергалиева Н.К., Нурасыл К.,
Ахметжанова А.С., Коқыбасова Н.И.*

**АУЫЛДЫҚ ЖЕРДЕ ТҰРАТЫН БАЛАЛАРДЫҢ ТІРЕК-ҚИМЫЛ ЖҮЙЕСІНІҢ АУЫРУЫ
КӨРСЕТКІШТЕРІ**

Бұл мақалада Степногорск қаласындағы, Ақсу, Заводской, Кварцитка, Қарабулак; Сандықтау аймағының Шантөбе және Новокрондштатка ауылындағы; Астрахан аймағында тұратын балалардың тірек-қимыл жүйесінің ауыру көрсеткіштері зерттелінді.

*Atalykova G.T., Skvorcova N.L., Ergaliev N.K., Nurasy K.,
Akhmetganova A.S., Kokybasova N.I.*

PATHOLOGY OF BONE-JOINT SYSTEM OF CHILDREN LIVING IN VILLAGE PLACE

The research object is indexes of initial morbidity pathology of bone-joint system of children living in Stepnogorsk and bordering Aksu village, Zavodskoi village, Kvartsitka village, Karabulak village; Shantobe village and Novokrondshtadka village which belong Sandyktau region and Astrakhanka region.



Ахметова Г.У., Сарсекеева Г.Р.

ПРИМЕНЕНИЕ НАЗОНЕКСА И ЭРИУСА В ЛОР ПРАКТИКЕ

*Главная военная поликлиника Министерства Обороны РК.
Диспансерное и хирургическое отделения.*

Наиболее частая жалоба, с которой больные обращаются к отоларингологу, – заложенность носа. Вне зависимости от причины, вызвавшей это состояние, оно сопровождается целым рядом субъективных ощущений, ухудшающих качество жизни пациента: затруднением носового дыхания, нарушением сна (частые пробуждения), отсутствием аппетита. Быстрая утомляемость, частые головные боли после сна, ощущение слабости, снижение трудоспособности – все это может быть следствием недостаточного снабжения головного мозга кислородом, которое вызвано постоянным затруднением носового дыхания. 80% пациентов указывают, что ощущение заложенности носа приносит наибольший дискомфорт [1]. Причины, вызывающие заложенность носа, могут быть разнообразными: от банальной простуды до новообразований полости носа. Как правило, при острой респираторной патологии симптомы заложенности носа проходят в течение 5-7 дней без специфического лечения, что связано с жизненным циклом вируса. Однако вследствие иммуносупрессивного действия вирусов часто

присоединяется вторичная инфекция, и развивается воспалительное заболевание придаточных пазух носа – синусит, основными жалобами при котором являются заложенность носа и слизистогнойные выделения. Иногда заложенность носа может появиться без какой-либо определенной причины, однако при тщательном сборе анамнеза выясняется, что она сопровождается пароксизмами чихания, зудом кожи и слизистых оболочек; в этом случае можно заподозрить аллергическую причину ее возникновения. У женщин слизистая оболочка носа может отекает во время беременности, после родов отек исчезает. Постоянную заложенность носа могут вызывать гормональные нарушения. По данным наших исследований, у 80% женщин, страдающих полипозным риносинуситом, выявлены признаки гиперэстрогении, а включение в комплексное лечение препаратов, снижающих содержание эстрогенов, способствует продлению периода ремиссии у больных с круглогодичным аллергическим ринитом (АР) [2]. Обструкцию полости носа вызывают полипы, различные по своей гистологической структуре,

новообразования и инородные тела. Все вышеперечисленные патологические состояния, за исключением впервые выявленных полипов, не вызывающих значительного затруднения носового дыхания, требуют оперативного вмешательства. К сожалению, большая часть пациентов, занимаясь самолечением, пытается устранить заложенность носа с помощью сосудосуживающих капель. Вазоконстрикторный эффект обусловлен воздействием основного действующего вещества сосудосуживающих препаратов – местного - адреноблокатора – на мышечный слой сосудистой стенки. Это воздействие вызывает спазм сосудов, вследствие чего носовое дыхание улучшается. Действие капель ограничено во времени: как правило, эффект длится от 4 до 6 ч. Вследствие длительного и частого применения сосудосуживающих препаратов местного действия мышечная стенка сосудов «отказывается работать самостоятельно», и развивается так называемый ятрогенный ринит. Складывается, на первый взгляд, парадоксальная ситуация: после более чем 7-дневного воздействия вышеуказанных капель на слизистую носа сосуды расширяются, развивается отек, возникает затруднение носового дыхания, и пациент вынужден снова прибегать все к тем же сосудосуживающим средствам. Со временем потребность в применении капель возрастает, незаметно для себя пациент начинает использовать их все чаще и чаще, удивляясь, что не может избавиться от ощущения заложенности носа. Более того, даже если врач рекомендует проводить закапывание 2-3 раза в сутки, некоторые пациенты делают это намного чаще – каждые 2 ч, даже в ночное время, что приводит к различного рода осложнениям. Постоянное воздействие сосудосуживающих капель нарушает трофику слизистой оболочки носа. Кроме того, при передозировке - адреноблокаторов, к которым, как упоминалось выше, относятся сосудосуживающие капли, возможно развитие системного эффекта – повышение артериального давления. Как избежать такого негативного влияния? Прежде всего нужно определить причину заложенности носа и начать этиопатогенетическое лечение.

Существуют также пероральные сосудосуживающие препараты, основой которых является псевдоэфедрин. Их применение, даже кратковременное, может вызывать нервозность, бессонницу, острую задержку мочи у мужчин. Лечение такими препаратами противопоказано людям, работа которых требует концентрации внимания: водителям, диспетчерам и др.

Среди средств, применяемых для устранения заложенности носа, особое место занимают антигистаминные препараты. Блокируя гистаминовые рецепторы, они тем самым препятствуют развитию негативных проявлений: отека слизистой оболочки, зуда, пропотевания экссудата через сосудистую стенку и т.д. Однако не все антигистаминные препараты одинаково

эффективны. По данным журнала «Daly Allergy», из всех антигистаминных препаратов наиболее эффективно устраняет заложенность носа Эриус (дезлоратадин) – единственный антигистаминный препарат, деконгестивный эффект которого сопоставим с эффектом псевдоэфедрина. Это связано, во-первых, с наибольшим родством Эриуса к H₁-гистаминовым рецепторам и его мембраностабилизирующим действием, которое предотвращает высвобождение преформированных медиаторов из тучных клеток и базофилов, а во-вторых – с ингибирующим действием на целый комплекс медиаторов воспаления (цитокинов, хемокинов, молекул адгезии и т. д.) [5].

Назначая терапию пациентам с заложенностью носа, необходимо учитывать, что возможен длительный курс лечения, в течение которого они продолжают вести обычный образ жизни – учиться, работать, отдыхать. Для таких пациентов очень важна безопасность принимаемых медикаментов и отсутствие отрицательного влияния на качество жизни. Следовательно, использование антигистаминных препаратов I поколения, обладающих целым рядом системных побочных эффектов (угнетение ЦНС, нарушения со стороны пищеварительного тракта и т. д.), представляется крайне нежелательным. Представители II и III поколения антигистаминных средств обладают более приемлемым профилем безопасности, однако каждый препарат имеет свои особенности, которые необходимо учитывать при выборе терапии. Так, цетиризин и левоцетиризин могут оказывать снотворное действие уже в терапевтических дозах, в связи с чем они не рекомендованы тем, чья работа требует повышенного внимания. Фексофенадин не рекомендуется принимать с соленой пищей и соками из citrusовых, т. к. при этом значительно снижается его биодоступность. Лоратадин не следует принимать одновременно с макролидами и кетоконазолом. В связи с этим целесообразно использование препарата Эриус: он не вызывает сонливости, ослабления концентрации внимания, не взаимодействует с продуктами и медикаментами, не способствует увеличению массы тела при длительном применении и разрешен в педиатрической практике с 6-месячного возраста. Значительное уменьшение заложенности носа позволяет уменьшить дозу препарата, а впоследствии и отменить сосудосуживающие средства, что обеспечивает безопасность терапии без снижения ее эффективности. При лечении заложенности носа также широко применяются топические кортикостероиды. Особенно часто они используются при АР в соответствии с рекомендациями ARIA (АР и его влияние на бронхиальную астму), которые разработаны ведущими аллергологами Европы и являются основными при выборе тактики лечения АР [3]. Согласно этим рекомендациям, в комплекс терапии АР (за исключением легкого течения интермиттирующего АР) необходимо

включать назальные кортикостероиды. Регулярное профилактическое использование этих препаратов у взрослых и детей эффективно уменьшает заложенность носа, ринорею, чихание, зуд и предотвращает развитие приступов удушья. Топические кортикостероиды уменьшают назальную и бронхиальную гиперреактивность, активно подавляют воспаление слизистой оболочки. Эффект препаратов данной группы проявляется в различные сроки: от 6-12 ч (Назонекс) до нескольких дней. Согласно рекомендациям ARIA, специфическую иммунотерапию (СИТ) аллергенами следует проводить также на фоне приема назальных кортикостероидов, что помогает избежать обострения аллергического процесса, вызванного СИТ.

При выборе назальных кортикостероидов

необходимо руководствоваться их профилем безопасности. Наименьшей биодоступностью и, соответственно, наибольшим профилем безопасности обладает Назонекс (мометазона фураат), что позволяет использовать его у детей, начиная с 2-летнего возраста, а также в течение длительного времени при лечении полипозного риносинусита и персистирующего АР.

Выводы:

Таким образом, для успешного лечения заложенности носа необходимо, во-первых, использовать препараты, эффективно устраняющие отечность слизистой оболочки полости носа, а во-вторых – проводить этиопатогенетическую терапию патологического состояния, способствовавшего развитию данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Roper Public Affairs Group of NOP World. *Impact of nasal congestion among allergic rhinitis sufferers.* May-June 2004.
2. Яремчук С.Э. Экспериментальное обоснование использования антиэстрогеновых препаратов в лечении аллергического ринита // Журн. вушних, носових і горлових хвороб.– 2007. – № 3. – С. 28-31.
3. Bousquet et al. *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma.* *Allergy.* 2002; 57: 841. / Bousquet et al. *Allergy.* 2003; 58: 192.
4. Daly A. *Allergy.* 2001; 56 (Suppl 68): 79.
5. Meltzer et al. *Clin Drug Invest.* 2001; 21: 25.

Г.У.Ахметова, Г.Р. Сарсекеева.

ҚҰЛАҚ, МҰРЫН, ТАМАҚ АУРУЛАРЫ ДӘРІГЕРІ ТӘЖІРИБЕСІНДЕ «НАЗОНЕКС» ПЕН «ЭРИУС» ПРЕПАРАТҮН ҚОЛДАНУ

Сонымен, мұрын бітелуінің сәтті емі үшін, біріншіден, мұрын қуысының шырышты қабатының ісінуін тиімді кетіретін препаратты қолдану керек, ал екіншіден, берілген патологияның дамуына себепші болған патологиялық жағдайға этиопатогенетикалық ем жүргізу керек.

G.U. Akhmetova, G.R. Sarsekeeva.

NASONEX AND AERIUS IN OTORHINOLARYNGOLOGY (ENT) PRACTICE

In such a way for the successful treatment nasal congestion is necessary, first, to use drugs, effectively eliminating the swelling of the mucous membrane of the nasal cavity, and secondly - to conduct etiopathogenic therapy of pathological conditions that contributed to the development of this pathology.



Баешева Д.А., Кенжебаева С.К., Омарова А.К., Жумадилова С.К.,
Кузгибекова С.Б., Абдуаева А.А.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ КАШЛЯ У ДЕТЕЙ

Городская детская инфекционная больница, г. Астана

Актуальность. Высокий уровень распространенности острых респираторных инфекций (ОРИ) среди детей - важная социальная проблема, решение которой является одной из основных задач здравоохранения в педиатрии. Среди детей в возрасте до 17 лет заболеваемость гриппом и ОРВИ в сравнении со взрослыми выше в 3-4 раза, из них у 47-75% зарегистрированы ОРИ среди «часто болеющих детей», которые составляют от 20 до 80% детской популяции. Распространенность рецидивирующих респираторных инфекций у детей дошкольного и школьного возраста составляет от 20-59%. Наиболее часто болеют дети от 2 до 6 лет, из-за незрелости иммунитета и отсутствия иммунологической памяти предыдущих контактов [1,2].

При ОРИ около 55% всех детей на приеме предстают перед врачом по поводу кашля. Для воспалительных заболеваний респираторного тракта характерно изменение вязкости мокроты и снижение мукоцилиарного клиренса. Если перистальтические движения мелких бронхов и деятельность реснитчатого эпителия не обеспечивают необходимого дренажа, развивается кашель. Следовательно, кашель - это защитный рефлекс, направленный на восстановление проходимости дыхательных путей. Достигается это путем удаления секрета из верхних и нижних дыхательных путей и восстановлением мукоцилиарного транспорта бронхиального секрета. Известно, что дети, часто болеющие острыми респираторными инфекционными заболеваниями, составляют группы риска по развитию острых бронхитов, бронхолитов, формированию рецидивирующих бронхитов, включая обструктивные формы, и хронической бронхолегочной патологии. Самой распространенной формой, особенно среди детей в возрасте 1-3 лет, являются бронхиты [3,4,5]. Заболеваемость бронхитами, по данным ряда авторов, колеблется от 15% до 50%. Этот процент существенно повышается (до 50-90%) у детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями, особенно в экологически неблагоприятных регионах [6]. При этом у преобладающего большинства детей наблюдается обструктивный синдром. Важной проблемой у пациентов с обструктивными заболеваниями нижних дыхательных путей является изменение физических свойств бронхиального секрета. Секрет становится густым, вязким, закупоривает просвет бронхов, создавая идеальные условия для дальнейшего развития инфекции. Мокротанеотхаркивается, естественный

механизм самоочищения реснитчатого эпителия блокируется, снижается фагоцитарная активность альвеолярных макрофагов. Синдром бронхиальной гиперреактивности наблюдается у длительно и часто болеющих детей в связи с повышенным ответом бронхов на воздействие эндо- и экзогенных факторов. Важнейшей причиной формирования бронхиальной гиперреактивности является воспаление, развивающееся в результате действия как инфекционных, так и физико-химических агентов [3].

Аскорил экспекторант (Гленмарк) является комбинированным препаратом с бронхолитическим и отхаркивающим действием. Сальбутамол является одним из самых безопасных бронходилататоров (селективным β_2 -агонистом), он также стимулирует мукоцилиарный клиренс, тормозит выброс медиаторов из тучных клеток и базофилов, устраняет антигензависимое подавление мукоцилиарного клиренса и выделение факторов хемотаксиса нейтрофилов. Бромгексин гидрохлорид оказывает муколитическое и отхаркивающее действие посредством деполимеризации и разрушения мукопротеинов и мукополисахаридов, входящих в состав мокроты; он также стимулирует деятельность секреторных клеток слизистых оболочек бронхов, продуцирующих сурфактант. Гвайфенезин является отхаркивающим средством, стимулирует секрецию жидких частей бронхиальной слизи, повышает активность цилиарного эпителия бронхов и трахеи, уменьшает поверхностное натяжение и адгезивные свойства мокроты, что снижает ее вязкость и облегчает эвакуацию из дыхательных путей. Ментол оказывает спазмолитическое действие, мягко стимулирует секрецию бронхиальных желез, обладает антисептическими свойствами, восстанавливает функцию мерцательного эпителия слизистой оболочки бронхов, имеет анальгетическое и противовоспалительное местное действие [7,8].

Цель исследования: Целью работы являлась оценка клинической эффективности и безопасности терапии острых респираторных заболеваний, протекающих с явлениями бронхиальной обструкции и кашля, у часто болеющих детей: препаратами «Аскорил» и «Амброксол».

Материалы и методы: В городской детской инфекционной больнице (ГДИБ) г. Астана на стационарном лечении в вирусном отделении находилось 72 пациента с диагнозом: «ОРВИ. Бронхообструктивный синдром». Пациенты методом случайной выборки были распределены в

2 группы. Пациенты основной группы (42 детей) получали «Аскорил экспекторант» в возрастной дозировке, группы сравнения (30 детей) — Амброксол. Исследуемые группы сопоставимы по тяжести течения заболевания и преморбидному фону. Дети обеих групп были сопоставимы по возрасту и полу (средний возраст детей основной группы — 4,4±2,4 года (25 мальчиков (59,5%) и 17 девочек (40,5%)), во 2 группе — 4,1±1,9 лет (20 мальчиков (66,7%) и 10 девочек (33,3%)). Было проведено рандомизированное, открытое, сравнительное исследование на базе вирусного отделения городской детской инфекционной больницы г. Астана.

Результаты исследования: Проводилось изучение клинической эффективности комбинированного препарата «Аскорил» при

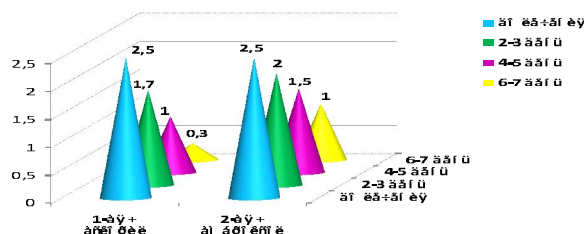
лечении острых респираторных заболеваний у 42 длительно и часто болеющих детей в возрасте от 2 до 10 лет. Детям основной группы назначался Аскорил экспекторант в возрастной дозировке (детям от 2 до 6 лет - по 5 мл (1 чайная ложка) 3 раза в сутки, детям от 6 до 12 лет - по 5-10 мл (1-2 чайные ложки) 3 раза в сутки). Группу сравнения составили 30 детей, получавших стандартную терапию ОРЗ (Амброксол). У наблюдавшихся детей острые респираторные заболевания протекали с клиникой ринита, фарингита, ларингита, ринофарингита, трахеита, бронхита. У всех детей наблюдались симптомы кашля. Эффективность лечения оценивалась по динамике клинических проявлений. Эффективность кашля оценивалась на основании тяжести симптомов кашля по шкале (таблица №1).

Таблица №1. Балльная шкала оценки степени тяжести кашля

Степени тяжести	Днем	Ночью
0	Кашель отсутствует	Кашель отсутствует
1	Кашель в течение одного короткого периода днем	В течение ночи один раз сон был нарушен кашлем
2	Более чем два периода кашля в течение дня	Просыпался в течение ночи или рано утром из-за кашля
3	Частый кашель в течение дня, не мешающий повседневной активности	Частые пробуждения ночью из-за кашля
4	Частый кашель в течение дня, мешающий повседневной активности	Частый кашель большую часть ночи
5	Изматывающий кашель большую часть дня	Изматывающий кашель большую часть ночи

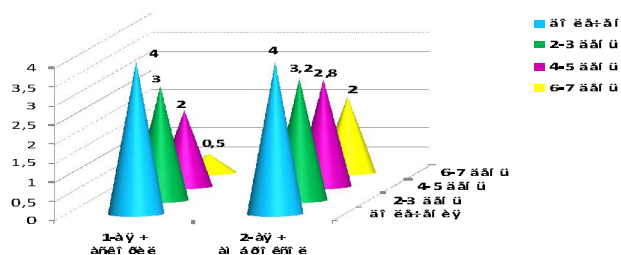
Анализ ежедневной динамики симптомов кашля показал, что на фоне приема Аскорила экспекторанта у больных наблюдалась более быстрая положительная динамика клинических симптомов, чем в группе сравнения.

На рис.1 представлена динамика симптомов дневного кашля в двух группах больных. Тяжесть симптомов дневного кашля, оцениваемая по шкале выраженности кашля, до начала терапии в обеих группах была идентичной - 2,5±0,6 балла. В 1 группе значительное уменьшение тяжести симптомов дневного кашля (до 1 балла) отмечалось уже к 3-4 дню приема Аскорила экспекторанта, а во второй группе – только к 5-6 дню лечения. Рис.1



Полное исчезновение симптомов кашля в 1 группе было значительно раньше (к 4-5 дню наблюдения), чем во второй группе – к 7-8 дню (p<0,05).

Тяжесть симптомов ночного кашля до начала терапии также изначально была одинаковой - 2,6±0,8 балла. Как видно из рисунка 2, в основной группе синдром кашля купировался на 2-3 дня раньше, чем в группе сравнения. Полное исчезновение симптомов ночного кашля в основной группе было к 6-7 дню, а в группе сравнения — к 8-9 дню наблюдения. Рис.2



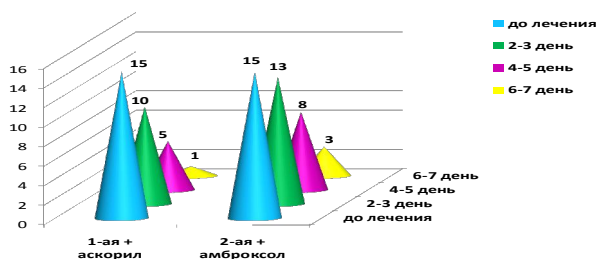
Таким образом, в группе детей, получавших «Аскорил экспекторант», исчезновение симптомов кашля наблюдалось на 3-4 дня раньше, чем у больных в группе сравнения (p<0,05).

У всех детей до начала лечения имелись затруднения при откашливании мокроты. У 94% детей основной группы уже ко 2-3 дню приема «Аскорила экспекторанта» отмечено облегчение отхождения мокроты, у 92% детей 2 группы — к

4-5 дню ($p < 0,05$).

Суммарная балльная оценка клинических симптомов на фоне лечения (рис.3) показала, что при назначении «Аскорила экспекторанта» эффективность терапии была достоверно выше ($p < 0,05$). Так, до начала лечения суммарная балльная оценка в 1 группе была $13,4 \pm 4,3$ балла, а во 2 группе — $13,1 \pm 3,1$ балла ($p > 0,05$), к 3 дню лечения показатели в 1 группе снизились до $7,2 \pm 3,1$ балла, а во 2 группе — до $9,2 \pm 4,1$ балла ($p < 0,05$), к 5 дню терапии показатели в 1 группе составили $3,2 \pm 2,0$ балла, а во 2 группе — $5,2 \pm 3,0$ балла ($p < 0,05$), к 7 дню показатели в 1 группе были $1,0 \pm 0,8$ баллов, а во 2 группе — $2,2 \pm 2,1$ баллов ($p < 0,05$) (рис.3).

Рис. 3



Мониторинг нежелательных эффектов, связанных с использованием препарата, проводился в течение всего периода наблюдения. Переносимость «Аскорила» у пациентов была хорошей. Побочных эффектов и нежелательных

реакций при назначении «Аскорила» в нашем исследовании выявлено не было. С учетом возможных побочных эффектов сальбутамола необходимо соблюдать возрастные дозировки, при этом необходимо также при назначении препарата учитывать индивидуальные особенности ребенка, его массу тела. Исследование показало, что «Аскорил экспекторант» является безопасным препаратом при лечении острых респираторных инфекций у длительно и часто болеющих детей. Результаты проведенного лечения показали, что использование исследуемого препарата сопровождалось улучшением самочувствия больных, более быстрым купированием синдрома кашля, чем в группе сравнения. Прием «Аскорила экспекторанта» в первые дни острой респираторной инфекции уменьшает длительность заболевания, проявления бронхиальной обструкции, гиперреактивности бронхов, способствует более быстрому клиническому выздоровлению.

Выводы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что, использование комбинированного препарата «Аскорил экспекторант» в лечении острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей, протекающих с явлениями бронхиальной обструкции, сопровождающихся выраженным кашлевым синдромом с трудно отделяемой мокротой сопровождается более быстрым купированием кашлевого синдрома в сравнении лечением монопрепаратами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляков В.Д., Семенов Г.А., Шрага М.К. Введение в эпидемиологию инфекционных и неинфекционных заболеваний человека. – М.: Медицина, 2001. – 262 с.
2. Учайкин В.Ф. Диагностика, лечение и профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний у детей. – Москва, 2001 г. – 16с.
3. Чучалин А.Г. Инфекционные заболевания нижнего отдела дыхательных путей.// Пульмонология-1999-№2-с.8-9.
4. Бартлетт Дж. Инфекции дыхательных путей. Пер. с англ. М.: Бином, 2000; 192.
5. Мизерницкий Ю. Л. Стандарты терапии острых респираторных инфекций у детей. Пульмонология детского возраста: проблемы и решения, М, 2006, Вып. 6. 60–65.
6. Белевский А.С. Возможности оптимизации терапии острых бронхитов на фоне ОРВИ. Лечащий врач 2001; 8: 58.
7. Зайцева О.В. Муколитики в лечении болезней органов дыхания у детей. Consilium provisorum 2005; 1: 24-26.
8. Соколова Л.В., Мизерницкий Ю.Л., Сорокина Е.В., Грязина О.В. Применение препарата аскорил у детей с заболеваниями органов дыхания. Вопросы современной педиатрии 2002; 1:45.

Баешева Д.А., Кенжебаева С.К., Омарова Э.К., Жұмадірова С.К., Күзгібекова С.Б.

БАЛАЛАРДАҒЫ ЖӨТЕЛДІ ЕМДЕУДІҢ ЖАҢА МҮМКІНДІКТЕРІ

Балалар арасындағы жіті респираторлы жұқпаның жоғары деңгейде таралуы – әлеуметтік маңызды мәселе. Ол мәселені шешу педиатрияда денсаулық сақтаудың негізгі міндеттерінің бірі болып келеді. Бұл мақалада әсіресе бронхысы гиперреактивтендірілген, жиі ауыратын балаларда болатын осы мәселенің өзектілігі және оны шешу жолдары қарастырылған. Жіті респираторлы вирусты жұқпалары бар балаларды емдеуде «Аскорила экспекторант» комбинацияланған препаратын қолдану жаңа мүмкіндік береді.

Кілтті сөздер: бронхобструктивті синдром, балалар, жөтел, аскорил, жіті респираторлы вирусты жұқпа.

NEW POSSIBILITIES OF THERAPY OF COUGH IN CHILDREN

The high prevalence of acute respiratory infections among children - an important social problem, whose solution is one of the major health problems in pediatrics. This article discusses the relevance of this problem and ways to solve it, especially the group of sickly children with bronchial hyperreactivity. Application of the combined preparation "Askorilaexpectant" provides new opportunities for the treatment of children with acute respiratory viral infections. Key words: bronchial obstruction, children, cough, askoril, acute respiratory viral infection.



Бегяхметова Г.А.

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЧАСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Городская детская поликлиника №1, г. Кокшетау

Проблема часто болеющих детей (ЧБД) является одной из наиболее актуальных в педиатрической практике, что обусловлено рядом факторов. Так, контингент часто болеющих оказывает существенное влияние на формирование уровня заболеваемости всего детского населения. Установлена отчетливая тенденция развития хронических заболеваний в данной группе больных. Частые заболевания отрицательно влияют на физическое и нервно-психическое развитие детей, их успеваемость в школе. Наконец, проблема имеет и важный социально-экономический аспект. Все это делает актуальным дальнейшее изучение эффективности различных методов реабилитации часто болеющих детей.

Цель настоящего исследования – изучение эффективности методов реабилитации часто болеющих детей.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 64 часто болеющих ребенка, относящихся территориально к городской детской поликлинике. При оценке роли различных факторов в развитии повторных заболеваний дыхательной системы обращает внимание наличие ЛОР-патологии (82%), аллергических заболеваний (44%), рецидивирующего бронхита (32%). Комплекс реабилитационных мероприятий включал следующие элементы: организационные (диспансерное наблюдение во 2 группе здоровья), эпидемиологические (направленные на уменьшение контакта ребенка с боль-

ными) мероприятия, создание оптимальных санитарно-гигиенических условий внешней среды (щадящий индивидуальный режим, рациональное питание), физическое воспитание (дыхательная гимнастика, закаливающие процедуры), общеукрепляющие и иммуномодулирующие препараты (антиоксиданты – витамины А и С, бактериальные вакцины- бронхомунал П, рибомунил, ликопид).

Эффективность реабилитационных мероприятий оценивалась по числу острых респираторных заболеваний до и после проведения курсов лечения и зависела, кроме пунктуальности родителей в выполнении рекомендованных мероприятий, также от возраста ребенка. Так, на первом году жизни на фоне реабилитационного лечения заболеваемость снизилась в 1,4 раза, на втором - в 2,1. У части детей (около 12%) отсутствовал положительный эффект от проводимых мероприятий, в связи с разными обстоятельствами (невыполнение мероприятий родителями, отказ от некоторых процедур и др.). Поэтому наиболее существенным является систематичность и комплексность проведения реабилитационных мероприятий. Эффективность реабилитации менее выражена на первом году жизни и повышается с возрастом. В формировании контингента часто болеющих детей с возрастом большую роль играет наличие хронической инфекции, что требует соответствующей реабилитационной терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Самсыгина Г.А., Коваль Г.С. Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии.- Лечащий врач.- 2009.- №1.- С.21-28
2. Кусельман А.И. Часто болеющие дети – возможно ли решение проблемы.- Приворлжье.-

2009.- №10.- С. 43-48
3. Краснов М.В., Краснов В.М. Часто болеющие дети: как защитить ребенка // Вопросы современной педиатрии.-2010.- №9 (2).- С.161-164

Бегяхметова Г.А.

ТЫНЫС ЖОЛДАРЫ АУРУЛАРЫМЕН ЖИІ АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫ ЕМДЕУДІҢ КЕЙБІР ӘДІСТЕРІ

Қалалық ауруханада емделген жиі ауыратын 64 бала бақылауға алынды. Зерттеу жұмысы барысында емнің тиімділігін арттыру мақсатында ұйымдастырушылық, эпидемиологиялық, физикалық, жалпы шынықтыруға бағытталған және иммундымодуляторлық препараттар тағайындалды. Балаларға бақылау бір жыл уақыт аралығында жүргізілді, нәтижесі оңтайлы.

Begahmetova GA.

SOME METHODS OF REHABILITATION OF CHILDREN HAVING FREQUENT DISEASES OF RESPIRATORY ORGANS

64 children from group often ill, observed in the conditions of children's city polyclinics were observed. The complex of rehabilitation actions included organizational and epidemiological actions, the physical training, all-strengthening and immunomodulating preparations. Supervision over children within a year showed efficiency of carried-out actions.



Беспалько А.Б.

ОПЫТ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ

АО «Медицинский Университет Астана»

Введение. Проблема оказания медицинской помощи недоношенным детям продолжает оставаться актуальной [1, 2]. Принятие ВОЗ критериев живорождения - важный шаг нашей страны на пути к цивилизованному миру. С 1974 г. ВОЗ предложила считать жизнеспособными детей, родившихся с массой тела более 500 г при сроке беременности не менее 22 нед.[3] Недоношенный ребенок требует пристального внимания, так как в процессе его выхаживания нередко возникает ряд проблем. Прежде всего это относится к детям, родившимся с массой тела 1500 г и меньше «глубоко недоношенные» и, особенно менее 1000 г «экстремально недоношенные».[4]

Цель работы. Определить эффективность современных методов выхаживания новорожденных в ОАРИТ

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 525 историй болезней новорожденных, пролеченных в городском родильном доме №1 в отделении реанимации г. Астана за период 2009-2011г

Результаты и их обсуждение. В условиях ОРИТ выхаживание недоношенных с тяжелой патологией и детей с экстремально низкой массой тела оказалось эффективным. Создание индивидуального инкубаторного режима, вентиляционная поддержка, стимуляция внутриклеточного дыхания и энергообмена, использование сурфактанта при РДС первого типа, парентеральное питание, медикаментозная поддержка сердечно-сосудистой системы,

круглосуточное мониторирование, активные антибиотики и пассивная иммунотерапия при заболеваниях инфекционного генеза, способствовали снижению летальности и увеличению процента выживаемости глубоконедоношенных детей. Рис1

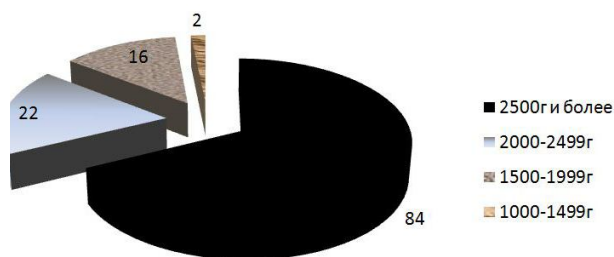


Рис.1 Структура новорожденных детей по массе тела, родившихся в 2011г

Лечебная помощь оказывалась недоношенным, родившимся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, а также детям с экстремально низкой массой тела при рождении. За 2011 год принято 6010 новорожденных, 102 из них недоношенных(1.7%). По сравнению с 2010 годом, отмечается увеличение количества родившихся новорожденных на 81 ребенок (Таблица 1).

ТӘЖІРИБЕЛІК ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Таблица 1. Динамика пролеченных новорожденных в ОРИТ за период 2009-2011г.

	2009 г	2010 г	2011 г.
всего родилось	6393	5929	6010
поступило в ОРИТ новорожденных	240 -3,75%	162 – 2,7%	123 – 2%
доношенных	97 -40,4%	82-50,6%	83 – 67,5%
недоношенных	143 -59,6%	80-49,4%	40 – 32,5%

С 2010 года вступил в силу принцип регионализации медицинской помощи, родильному дому определен второй уровень оказания перинатальной помощи. Количество недоношенных, родившихся в 2011 году, снизилось и составляет 1,7%, что так же связано с регионализацией перинатальной помощи. При рождении проводится оценка состояния, по необходимости первичная реанимационная помощь новорожденному, стабилизация состояния в родблоке. Из родившихся в 2011 году, 123 новорожденных пролечено в отделении, что составило 2,0% - индикатор не более 5%. 90 новорожденных поступили в отделение непосредственно из родблока, 33 ребенок с отделения совместного пребывания. Количество новорожденных поступающих в отделение реанимации из года в год продолжает снижаться, в связи с регионализацией перинатальной помощи, а так же более адекватным ведением родов, мониторингом состояния плода во время родов.

Структура заболеваемости выглядит следующим образом:

I место – церебральная ишемия – 84,5%

II место - врожденная пневмония – 55,3%

III место – инфекции специфичные для перинатального периода – 23,6%

Высокий процент церебральной ишемии объясняется тем, что неврологические нарушения сочетаются практически со всеми заболеваниями особенно у недоношенных и включает в себя ряд симптомов характерные для всех нозологических форм периода новорожденности. Это связано так же с незрелостью нервной системы новорожденных, срывом адаптационных механизмов, а так же фоном, на котором развивается беременность. Следует отметить, что у всех матерей имеет место наличие или экстрагенитальной патологии, или осложнение течения беременности, или же сочетание того и другого. Ведущее значение имеет хроническая внутриутробная гипоксия, острая гипоксия в родах и при рождении.

Заболеваемость врожденной пневмонией остается на высоком уровне. Это составляет 1,1%

пролеченных в ОРИТе от всех родившихся в 2011 году. 48,5% у доношенных, 51,5% недоношенных. По среднестатистическим данным врожденная пневмония развивается у 0,5-1% доношенных, в нашем случае 0,6% и 10-15% недоношенных, у нас 34,3%. 35 (52,5%) новорожденных с врожденной пневмонией родились путем операции кесарево сечения (20 недоношенных, 15 доношенных), что составило 0,6% пролеченных в ОРИТе с пневмонией от всех родившихся [5]. У 24 (35,3%) новорожденных пневмония сочеталась с дефицитом сурфактанта (РДС). 18 (26,5%) - родились при преждевременном излитии околоплодных вод (у 14 преждевременное излитие менее 18 часов, у 4 более 18 часов), что составляет 0,3% от всех родившихся в 2011 году. В 31 (45,6%) случае имело место хроническая внутриутробная гипоксия, в 15 (22%) случаях дистресс плода, 9 (13,2%) новорожденных родились в состоянии острой гипоксии (5 в состоянии кардиореспираторной депрессии; 3 в состоянии асфиксии тяжелой степени; 1 в асфиксии средней степени тяжести). 33 (48,5%) новорожденным в качестве респираторной терапии была применена искусственная вентиляция легких, в 24 (35,3%) случаях заместительная терапия сурфактантом. Эффективность заместительной терапии сурфактантом составляет 92%.

За последние три года удалось значительно снизить летальность с 13 - 2,03% в 2009г до 1 ребенка, РНС 0,16% в 2011 году. В структуре летальности недоношенных ведущее место занимают врожденные пороки развития, несовместимые с жизнью. гипоксическо-геморрагическое поражение ЦНС, респираторный дистресс синдром (РДС) первого типа, внутриутробное инфицирование (ВУИ), нередко с исходом в сепсис.

Таким образом, высокая квалификация сотрудников, использование современной диагностической аппаратуры, а также применение принципов доказательной медицины способствовало не только снижению заболеваемости и летальности, но и повышению рождаемости новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Володин Н.Н. Новые технологии в решении проблем перинатальной медицины // Педиатрия. 2004. №3.
2. Дементьева Г.Н., Рюмина И.И., Фролова М.И. Выхаживание глубоконедоношенных детей. Современное состояние проблемы // Педиатрия. 2004. №3. С. 60.
3. Язык Г.В. Алгоритмы диагностики, лечения и реабилитации перинатальной патологии маловесных детей. М., 2002.
4. Основы превентивной педиатрии / Т. А. Нагаева, Л. И. Огородова, Е. В. Кравец. – Томск:

РЕАНИМАЦИЯ БӨЛІМІНДЕ ШАЛА ТУҒАН БАЛАЛАРДЫ КҮТУДІҢ ТӘЖІРИБЕСІ

№1 қалалық перзентханада реанимация бөлімшесіндегі шала туған баланың күтуінің тәжірибесінің жиынтығы көрсетілген. Жаңа емдік технологияның енгізуі шала туған балалардың саны және тірі қалу қабілеті көбейген. Өлім-жітімнің саны маңызды төмендеді: дене салмағымен 1000- 1500 граммға дейін туған балалардың тобында өлімінің саны 2009жылда 13 бала - 2,03% болса, 2011жылда 1 балаға дейін, РНС 0,16% саны түсті.

Bespalko A.B.

EXPERIENCE OF PREMATURELY BORN CHILDREN'S CARE IN THE DEPARTMENTS

Experience of prematurely born children's care in the departments of the Republican Perinatal center is summed up. Introduction of new treatment technologies and doctors' training contributed to significant increase of cared prematurely born children, especially in the group of extremely low and low bodyweight at birth. The significant decrease of mortality rate was achieved in the group of children with weight from 1000 up to 1500 gr that is 13 - 2,03 % in 2009 to a child and in 2011year 1 child -RNS 0,16 %..



*Бисенова Н.М., Таркина Т.В., Куанова К.К., Калиева Г.Н.,
Кенетаева Ю.А., Ильясов Ж.Б.*

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАКРОЛИДОВ В СОЧЕТАНИИ С ГЛИЦИРРИЗИРОВАННОЙ КИСЛОТОЙ В ТЕ- РАПИИ АКНЕ

*АО «ННМЦ», АО «МУА», РГП «Больница УДП РК», ТОО «Legeartis», ГКП на ПВХ
«АОКВД», г. Астана, г. Кошкетаяу, Республика Казахстан*

Акне – часто встречаемый дерматоз кожи, сопровождающийся воспалением сально-волосяного комплекса различной степени тяжести и формированием стойкого косметического дефекта лица и туловища [1]. В настоящее время, поиск патогенетической обоснованной терапии обсуждаемой патологии не теряет своей актуальности. В базовой терапии воспалительных форм акне антибиотиков системного действия по-прежнему играют важную роль, однако они не назначаются в монотерапии [2]. Для лечения среднетяжелых и тяжелых форм акне требуется длительная системная антибиотикотерапия продолжительностью в среднем 4 – 12 недель [3]. При терапии свыше 12 недель ее результаты ухудшаются [4] с одновременным нарастанием риска развития побочных эффектов (дисбактериоз, кандидоз, фоточувствительность, аллергические реакции, гепатотоксичность, нарушение иммунной реактивности организма и др.). В тоже время местная антибактериальная терапия способна стать причиной формирования граммотрицательных фолликулитов, появления резистентных штаммов бактерий кожи, трудно поддающихся эрадикации. Известно, что на сегодняшний день

свыше 60% P. acnes, играющих основную роль в возникновении воспалительных форм акне, резистентны к эритромицину. Поэтому в основных мировых Консенсусах и протоколах по терапии акне [1,2,5,6] не рекомендуется топическая монотерапия с использованием антибиотиков. Она применима лишь в случаях терапии легких и средних формах тяжести акне в виде фиксированной либо последовательной комбинации с топическими ретиноидами, бензоила пероксидом либо азелаиновой кислотой, при формах средней тяжести у женщин вместе с комбинацией с систематическими гормональными антиандрогенами.

Для предотвращения передозировки различными компонентами антибактериальных препаратов Э. Дарвей и Т. Чу рекомендуют не допускать одновременное назначение разных антибиотиков внутрь и местно [7]. Что помогло бы, с точки зрения авторов, избежать не только токсичного действия препаратов, но и формирования резистентных форм бактериальной флоры, которая на основании последних исследований, стремительно возрастает.

Вместе с тем, средства, применяемые в каче-

стве базисной наружной терапии акне, такие как ретиноиды, бензоила пероксид, азелаиновая кислота, спиртсодержащие противомикробные и подсушивающие растворы вызывают раздражающие дерматиты, обезвоживая и ухудшая состояние кожи [1].

Целью нашего исследования явилось клинико-микробиологическое обоснование эффективности комплексного применения системной антибактериальной и наружной неантибактериальной, противомикробной терапии акне, позволяющей сократить ее продолжительность при сохранении высокой эффективности.

Материал и методы исследования. Нами проведено бактериологическое исследование содержимого свежих пустул кожи лица у 40 больных акне (16 мужчин, 24 женщин), в возрасте от 15 до 37 лет; из них от 15 до 20 лет – 13 пациентов (5 мужчин, 8 женщин) - 32,50%, от 20 до 30 лет - 21 пациент (9 мужчин, 12 женщин) - 52,50%, от 30 лет и старше – 6 пациентов (2 мужчин, 4 женщины) - 15%. **Таким образом,** мужчины составили 40,0%, женщины 60,0%.

Критерии включения в исследование: папулопустулезная и узловатокистозная форма акне среднетяжелого и тяжелого течения, продолжительностью заболевания от года и более, отсутствие эффекта от ранее применяемой терапии, отсутствие антибиотикотерапии последние 2 месяца.

Критерии исключения: больные с акнеформными дерматозами, розацеа, пациенты применяющие топические и системные антибиотики, пациенты с клиническими признаками гиперандрогении, больные с гиперчувствительностью к антибиотикам, беременные и лактирующие женщины.

Всем пациентам до начала терапии проводились общеклинические и биохимические исследования. Ни в одном случае отклонений лабораторных показателей от норм, нами выявлено не было.

Результаты и обсуждение. Количественное бактериологическое исследование содержимого пустул акне выявило наличие бактерий рода *Staphylococcus* в исследуемом содержимом в 100% случаях в количестве 10^5 колониеобразующих единиц. У всех выделенных микроорганизмов были определены антибиотикограммы. Анализ антибиотикограмм показал, что у 21 больного (36,20%) выделенные стафилококки были чувствительны к азитромицину - 78,2±8,6%, у 8 больных (13,79%) к

кларитромицину - 80,0±12,6%, у 6 лиц (10,34%) - к рокситромицину 50,0±17,7%, у 2 больных (3,44%) эритромицину 27,2±13,4%. У 19 больных (32,75%) изолированные бактерии имели чувствительность к доксициклину 75,0±9,02%, у 2 пациентов (3,44%) к тетрациклину 18,7±9,74%.

На основании результатов антибиотикограмм, выделенных от больных микроорганизмов, под терапевтическое наблюдение взяты пациенты, с чувствительностью к азитромицину и доксициклину. Необходимо отметить, что азитромицин обладает дополнительными преимуществами; устойчив в кислой среде, липофилен, концентрируется в очаге инфекции – на 24 – 34 % больше, чем в здоровых тканях, и потому его можно назначать однократно в сутки, кроме того, он сохраняет антибактериальное действие на протяжении 5-7 дней после последнего приема, что позволяет проводить пульс - терапию.

Общая терапия проводилась азитромицином (Сумамед) рег ос: 500мг. * 1 раз в день, до еды, далее по 250 мг в течение 6 дней, с перерывом неделю и повторной терапией по той же схеме, в сочетании с местной терапией глицирризированной кислотой (дерматологический набор «Гранекс» - тоник, спрей). Больным папулопустулезной формой тоник глицирризированной кислоты наносился на пораженные участки утром и вечером с целью очистки кожи и подготовки к последующему нанесению спрея глицирризированной кислоты, непосредственно на высыпания и дефекты кожи, избегая контакта с видимыми слизистыми оболочками 3 раза в день. Глицирризиновая кислота и алоэ вера, входящие в состав дерматологического набора «Гранекс», синергично оказывают противомикробное, себостатическое, противовоспалительное, комедонолитическое и увлажняющее действие.

В зависимости от выбора методов лечения, больные распределились на две группы: пациенты I группы 21 больных (12 женщин – 57,14%, 9 мужчин – 42,86%) получали перорально азитромицин, наружно глицирризиновую кислоту. II группа из 19 пациентов (12 женщин — 63,15%, 7 мужчин — 36,85 %), получали Юнидокс-Солютаб 100мг * 2 раза в день, 4 недели, местно традиционные средства (1% салициловый спирт, молочко Видаля).

Таблица 1 - Распределение больных по методу лечения

всего	мужчин	женщин
I группа (n=21)	42,86% (9)	57,14% (12)
II группа (n=19)	36,85% (7)	63,15% (12)

Результат терапевтического действия оценивался в динамике на 7 и 10-е сутки лечения, в последующем один раз в неделю в течение месяца.

Основным показателем эффективности, являлось сокращение количества элементов угревой сыпи – пустул, воспалительных папул, узлов, комедонов.

Таблица 2 - Средние сроки разрешения акне – элементов у больных I-ой и II-ой группы

Морфологические акне - элементы	I группа (n=21)	II группа (n=19)
Комедоны- открытые, закрытые (дни)	14,5	23,3
Папулы (дни)	5,9	9,1
Пустулы (дни)	3,6	6,7
Узлы (дни)	10,3	13,1

В I группе больных, получавших лечение азитромицином, в сочетании с наружной терапией глицирризиновой кислотой, положительная клиническая динамика наблюдалась у всех пациентов (100,0%) уже на 7-е сутки приема препарата. Объективно это выражалось в подсушивании пустул, уплощении папул, снижении интенсивности гиперемии, инфильтрации. Также отмечено снижение себореи кожи, в виде заметного сокращения салыного налета и блеска, однако, сформировавшиеся комедоны открытого и закрытого типа продолжали сохраняться в большинстве случаев. Наиболее вероятно, это свидетельствует о том, что, ожидаемое комедонолитическое действие препарата «Гранекс» наступает в среднем на 4-й неделе от начала терапии. Тем не менее, надо отметить, что препарат существенно помог в регрессе папулезно-пустулезных высыпаний.

Микробиологический анализ исследуемого материала в 91,67%, показал отсутствие роста флоры. В 8,34% снижение содержания основных возбудителей рода *Staphylococcus* до 10^2 .

Что касается антибиотика Сумамед, в 1-е сутки приема в дозе 0,5г, у 2-х пациентов наблюдалось нарушение функции ЖКТ по типу диареи, что не потребовало полной отмены препарата т.к. на снижение дозы до 0,25 г, и присоединение эубиотика, симптомы купировались самостоятельно. На 10-е сутки лечения и в последующие визиты состояние кожи у 98% больных продолжало улучшаться, вместе с тем наблюдалась оптимизация и в психоэмоциональной сфере пациентов.

Во II группе пациентов принимавших лечение традиционными средствами с учетом чувствительности флоры, в динамике выглядели следующим образом.

На 7-е сутки у пациентов, принимавших лечение препаратом Юнидокс-Солютаб, положительная динамика наблюдалась у 16 (84,21%), объективно отмечалось снижение количества папулезно-пустулезных высыпаний, уменьшение интенсив-

ности перифокальной гиперемии, однако, одновременно имело место появление единичных свежих пустул. В эти сроки, бактериологическое исследование показало снижение количества микробных единиц до 10^3 КОЕ. У 2-х больных (10,53%), на 10-й день лечения появилась положительная динамика очищения кожи, в виде разрешения воспалительных папул, пустул, со значительным регрессом гиперемии и инфильтрации кожи в области узлов, как результат снижения инфекционной нагрузки на клетки кожи. У одного пациента клиническое улучшение наметилось только на 13 день от начала лечения (5,27%).

В ходе наружной терапии спиртовыми растворами, в большинстве случаев больные предъявляли жалобы на чрезмерную сухость и повышенное шелушение кожи, субъективно пациентов беспокоил зуд и чувство стягивания кожи. Местные побочные эффекты проявлялись в виде раздражения кожи и эритемы. Данные симптомы наблюдались преимущественно у женщин. Что потребовало у трех пациенток (15,78%), отмены наружного лечения и добавления эмоллянтов с целью устранения явлений ирритантного дерматита.

Таким образом, бактериологическое исследование содержимого воспалительных акне-элементов выявило во всех случаях (100%) присутствие бактерий рода *Staphylococcus* 10^5 КОЕ с чувствительностью к антибиотикам из группы макролидов, в 78,2%±8,6 случаях с чувствительностью к азитромицину.

В бактериологическом исследовании смывов кожи на 7-е сутки лечения у больных I группы, получавших азитромицин и наружно глицирризиновую кислоту отмечалось достоверное снижение КОЕ бактерии рода *Staphylococcus* с 10^5 до 10^2 , что сопровождалось клиническим улучшением и выздоровлением у 98% пациентов. Полученные данные позволяют рекомендовать данную фармакотерапию больным акне средней и тяжелой степени тяжести.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Клинические рекомендации по ведению больных акне Российского общества дерматовенерологов под ред. Кубановой А.А., Москва, 2010, с. 25.
2. Nast A., Dreno B. et all. European evidence – based (S3) Guidelines for the treatment of acne // *JEADV* – 2012. – Vol.23 (1) P. 1 – 29.
3. Симонарт Т., Драмакс М., Де Марталер В. Эффективность тетрациклинов в лечении акне вульгарис: обзор // *J Br Dermatol* – 2008; 158 P. 208 – 16.
4. Мабакен Х. Оральный тетрациклин – ле-

чение акне. Быстрое улучшение состояния лица, но более тяжелое лечение рецидива // *Lakartidningen* - 1993 - №90 – P. 2755-7.

5. *Thiboutot D. et al. New insights into the management of acne: an update from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne group // J. Am. Acad. Dermatol* – 2009. – Vol. 60 (5). – P. 1–27.

6. *Henderson I., Bojar R., Bowser A. Management of mild and moderate acne vulgaris, GP Review,*

2008 – January – P. 1 – 11. Э.

7. *Дарвей, Т. Чу. Акне. Карманный справочник. Перевод с английского. М. «МЕДпресс-информ» 2005.*

8. *W.J.Cunliffe. Акне. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней под ред.А.Д. Кацамбаца, Т.М. Лотти., Москва, 2009, с. 19.*

Бисенова Н.М., Таркина Т.В., Куанова К.К., Калиева Г.Н., Кенетаева Ю.А., Ильясов Ж.Б.

АКНЕ ТЕРАПИЯСЫНДАҒЫ МАКРОЛИДТЕРДІ ГЛИЦИРРИЗИРЛЕНГЕН ҚЫШҚЫЛМЕН БІРГЕ ҚОЛДАНҒАНДАҒЫ КЛИНИКАЛЫҚ-МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ ТИІМДІЛІГІН НЕГІЗДЕУ

Азитромицинді және сыртқа глицирризин қышқылын қолданған I топтағы наукастарда, бактериялардың *Staphylococcus* түрлерінің КТБ 10^5 тен 10^2 дейін төмендеді. Бұның өзі пациенттердің 98% клиникасының жақсаруына және жазылып шығуына әкелді. Алынған деректер орта және ауыр дәрежелі акнесі бар наукастарға осы көрсетілген фармакотерапияны қолдануды ұсынуға мүмкіндік береді.

Bisenova NM., Tarkina TV., Kuanova KK., Kalieva GN., Kenetayeva UA., Ilyasov ZhB.

CLINICAL AND MICRO BIOLOGY EVOLUTION OF THE EFFECTIVENESS OF THE MACROLIDES IN COMBINATION WITH GLYCYRRHIZIN ACID IN THE THERAPY OF ACNE

Thus, patients in group I treated with azithromycin and externally glycyrrhizin acid significantly decreased CFU bacteria of the genus *Staphylococcus* from 10^5 to 10^2 , which was accompanied by clinical improvement and recovery in 98% of patients. The data obtained allow to recommend this drug treatment of acne patients with moderate and severe degrees of severity.



Габайдулина А.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРОПИКАМИДА И ИФРИНА ДЛЯ МИДРИАЗА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

«АО» ННЦМД, г. Астана

Недонашивание беременности и проблемы детей, родившихся недоношенными, являются важнейшим разделом в деле охраны материнства и детства. Показатели преждевременных родов колеблется в последние годы в развитых странах мира в пределах 5-12%. По данным Национального института офтальмологии США (2006г) ежегодно 12,3% новорожденных рождаются преждевременно. Исследование глазного дна у недоношенных имеет ряд сложностей в связи с трудностью применения распространённых офтальмологический методов. Обследование ребенка проводится в условиях кувеза, ограничено по времени вследствие тяжелого общего состояния. Используется непрямая обратная офтальмоскопия с помощью налобного бинокулярного офтальмоскопа, а

также ретинальная педиатрическая камера Ret-Sam. Одним из главных условий при проведении осмотра глазного дна у недоношенных детей является достижение максимального и стойкого миоза. Недостаточный миоз значительно затрудняет или даже делает невозможным осмотр 3 зоны глазного дна. При инстилляции миотиков возможны осложнения – рвота, изменение артериального давления, тахи- или брадикардия (Stannard K.P., Mushin A.S., Gamsu H.R., 1989г). Следует отметить, что атропин не рекомендуется применять детям младше 3 месяцев. У недоношенных младенцев побочное системное антихолинергическое действие атропина более пролонгированное и проявляется в виде пареза кишечника, срыгивания, метеоизма, развития

брадикардии и брадикардии, вплоть до эпизодов апноэ. Поэтому актуальным остается вопрос поиска мидриатического средства. Оно должно обеспечивать достаточный мидриаз и обладать наименьшими побочными эффектами. Для расширения зрачка применяют М-холиноблокаторы (циклоплегические мидриатики) и симпатомиметики (нециклоплегические).

Цель: сравнение эффективности местного применения тропикамида и комбинации тропикамида с ирифрином для достижения мидриаза у недоношенных детей.

Материалы и методы: Всего обследовано 100 недоношенных младенцев. Они разделены на 2 группы. Первая группа – 50 детей, которым проводились инстилляциии тропикамидом 0,5% по 2 капли. Вторая группа – 50 детей, которым проводились инстилляциии тропикамида 0,5% и через 15 минут ирифрин 2,5%. Группы были идентичны по половому составу, гестационному и постконцептуальному возрасту. В обеих группах во время закапывания препарата придавливались слезные каналы, чтобы ограничить чрезмерное всасывание и предотвратить системное антихолинергическое действие препаратов.

Результаты: В первой группе по истечении 30 минут мидриаз был не полный, что значительно затрудняло обследование глазного дна. Кроме того при обследовании под световым воздействием зрачок становился еще уже. Поэтому приходилось повторно закапывать тропикамид, после чего

вновь проводить исследование. Во второй группе мидриаз был достаточный для проведения обследования. При применении тропикамида и ирифрина побочных эффектов не наблюдалось. Следует отметить, что в обеих группах были случаи регидности зрачков у детей с пороговыми стадиями ретинопатии недоношенных. Этим младенцам удалось обследовать глазное дно только после того, как был закапан атропин 0,1%. Однако у одного ребенка возник эпизод апноэ.

Выводы:

1. У недоношенных детей для проведения офтальмоскопии следует использовать комбинации тропикамида с ирифрином.

2. Однократное применение тропикамида недостаточно для достижения достаточного мидриаза.

3. В случаях стойкой регидности зрачка на фоне применения мидриатиков короткого действия для достижения максимального мидриаза рекомендуется применять лишь закапывание Sol. Atropini Sulfatis 0,1%, так как применение других препаратов не эффективно. Использовать атропин следует осторожно.

4. Во время закапывания препаратов следует слегка нажать на слезные каналы, чтобы ограничить чрезмерное всасывание и предотвратить системное антихолинергическое действие препаратов.

5. Проводить осмотр следует в присутствии неонатолога. В помещении для обследования должен быть проведен кислород.

Габайдулина А.Н.

ШАЛА ТУЫЛҒАН БАЛАЛАРҒА МИДРИАЗДЫ ЕМДЕУ ҮШІН «ТРОПИКАМИД» ЖӘНЕ «ИФРИН» ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ

Бұл мақалада 100 нәресте балаға жүргізілген зерттеу жұмысының нәтижелері келтірілген. Бұл балалардың көзін толық тексеру тек 0,1% атропин препаратын тамызғаннан кейін ғана мүмкін болды.

A.N.Gabaidulina

APPLICATION TROPICAMYDI AND IRIFRINI FOR MYDRIASIS AT PREMATURE CHILDREN

The oftalmoskopiya to 100 premature children is carried out. Inspection is possible only in the conditions of sufficient mydriasis, reached by a combination Tropicamydi and Irifrini . In cases of a regidnost of a pupil it is necessary to use atropine of 0,1 % with care.



А.Н.Габайдулина

**ПРИМЕНЕНИЕ ТОБРЕКСА И ФЛОКСАЛА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ
ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

«АО» ННЦМД, г. Астана

Воспалительные заболевания переднего отрезка глаз в настоящее время не потеряли своей актуальности и, согласно медицинской статистике, являются самой распространенной офтальмопатологией. Новорожденные более склонны к конъюнктивитам и их чаще встречаются осложнения. Это связано с особенностью строения глазной щели. Воспалительные заболевания глаз встречаются примерно у 6% новорожденных. Конъюнктивиты составляют наибольшую часть среди воспалительных заболеваний. Врожденный дакриоцистит наблюдается в 0,9-7,3 случаев среди детей до 1 года с заболеваниями глаз.

По мнению многих авторов, преобладающим видом микрофлоры урогенитального тракта женщин являются стафилококки, устойчивые к антибиотикам и сульфаниламидам. (А.И. Аккерман с соавт., 1998г) Поведены исследования показывающие идентичность микрофлоры генитального тракта женщин и конъюнктивальной полости рожденных ими младенцев. Первое место по частоте принадлежит условно патогенным стафилококкам, затем кишечной палочки и грибок. Возросла роль условно-патогенной флоры.

Цель: исследования: изучение эффективности антибактериальных капель в лечение конъюнктивитов и дакриоциститов у новорожденных детей.

Материалы и методы: Всего под наблюдением находилось 60 детей с инфекцией слезных путей и конъюнктивы. Все пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу (20 детей) вошли дети, которым проводили инстилляцию капель тобрекс 0,3% 6-8 раз в день. Тобромицин антибиотик из группы аминогликозидов, активен в отношении грамположительных и грамотрицательных штаммов. Во 2 группе (20 детей) применялся

препарат флоксал 0,3% 6-8 раз в день. Офлоксацин антибактериальное средство широкого спектра действия (группа фторхинолонов). Обладает бактерицидным действием по отношению к стафилококкам, кишечной палочке, сальмонеллам, возбудителям чумы, гонококкам, спирохетам, клебсиеллам, хламидиям, легионеллам, микоплазмам, стрептококкам, включая антибиоткоустойчивые штаммы. В 3 группе (20 детей) использовали левомецетин 0,5% 6-8 раз в день - антибиотик широкого спектра действия. Препарат активен в отношении многих бактерий, как грамположительных, так и грамотрицательных, микоплазм и риккетсий.

Всем пациентам проводили исследование – бактериологический посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

Результаты: Патогенная флора чаще была представлена условно-патогенной флорой *Staphylococcus epidermidis* у 50%, патогенная флора (*Staphylococcus aureus*, *pneumonia*) были выделены в 12,5% и 18,5% случаев, *Escherichia coli* в 14%, в 5% патогенная флора не была выделена.

Уже на 2-3 сутки в первой и во второй группах отмечалась положительная динамика - уменьшение отделяемого из глаз, на 5 -6 сутки симптомы полностью купировались. При контрольном осмотре количество инстилляций было уменьшено до 4 раз в день. В 3 группе выздоровление наступало позже к концу 2 недели. В повторных анализах на бактериологический посев микрофлора не была выделена.

Выводы: таким образом можно сделать вывод, что тобрекс и флоксал являются эффективными, безопасными и удобными в применении лекарственными препаратами в лечении воспалительных заболеваний у детей.

Габайдулина А.Н.

**«ТОБРЕКС» ЖӘНЕ «ФЛОКСАЛ» ПРЕПАРАТЫН ПЕДИАТРИЯДА ОФТАЛЬМОЛОГИЯ
ТӘЖІРИБЕСІНДЕ ҚОЛДАНУ**

Көз жас жолы мен көз қарашығының жұқпалы аурулары бар 60 бала бақылауда болды. Барлық науқастар негізгі 3 топқа бөлініп, зерттелді. Зерттеуге алынған науқастардың 14% *Escherichia coli* анықталды. «Тобрекс» және «Флоксал» препаратын қабылдаған балаларда оң нәтиже анықталды.

A.N.Gabaidulina.

APPLICATION TOBREX AND FLOXAL IN PEDIATRIC OPHTHALMOLOGIC PRACTICE

There were 60 children with ophtalmia of newborn under the observation. Cocce's floure was found in 81% of cases, in the rest cases was of E.Coli – 14%. These patogennies starms are very sensieble to Tobramiciny and Ofloxaciny. Tobrex and Floxal eye's drops are very effective during the of newborns conjunctivitis.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУРФАКТАНТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

АО «Медицинский Университет Астана»

ГККП «Перинатальный центр» г. Астана

ГККП «Городской родильный дом №1»

Национальный научный центр материнства и детства, г. Астана,

ГУ «Специализированный Дом ребенка» г. Астана

Актуальность проблемы. Дефицит легочного сурфактанта, независимо от причины возникновения, приводит к тяжелой легочной недостаточности, известной под названием респираторный дистресс-синдром (РДС) или болезнь гиалиновых мембран (БГМ). [1,2,3] Работы, посвященные оценке применения сурфактанта у новорожденных с РДС в Республике Казахстан, представлены единичными публикациями. [4]. Мы представили свой опыт применения сурфактанта у новорожденных.

Целью настоящей работы явилось определить степень эффективности лечения препаратом «Куросурф» патологии легких у новорожденных детей 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 ГККП «Городской родильный дом №1» Астаны, ГККП «Перинатальный Центр». Соответственно проведен анализ заболеваемости и летальности новорожденных ретроспективно по 279 историям болезней за 2008 – 2011 гг. Состояние всех больных при поступлении расценено как крайне тяжелое. У всех новорожденных ведущими в клинической картине были симптомы дыхательной недостаточности. Основной патологией был СДР (108 детей). Согласно индикатора №3, всем детям с СДР выше 700 грамм был введен курсурф. Для установления непосредственного эффекта эндотрахеального введения курсурфа показатели КОС и данные рентгенограмм оценивали перед введением препарата и через 30 минут – 1 час после введения. Контрольной группой явились новорожденные, не получавшие сурфактант.

Результаты и их обсуждение. В связи с тем, что с 2010 года вступил в силу принцип регионализации медицинской помощи, родильные дома приобрели второй уровень оказания перинатальной помощи. [5]. Количество недоношенных, родившихся в 2011 году, уменьшилось и составило 1,7%, что так же связано с регионализацией перинатальной помощи. У 35,3% новорожденных пневмония сочеталась с дефицитом сурфактанта (РДС). В 31 (45,6%) случае имело место хроническая внутриутробная гипоксия, в 15 (22%) случаях дистресс плода, 9 (13,2%) новорожденных родились в состоянии острой гипоксии (5 в состоянии кардиореспираторной депрессии; 3 в состоянии

асфиксии тяжелой степени; 1 в асфиксии средней степени тяжести). 33 (48,5%) новорожденным в качестве респираторной терапии была применена искусственная вентиляция легких, в 24 (35,3%) случаях заместительная терапия сурфактантом.

Из поступивших в ОАРИТ 37,8% недоношенным и 1 доношенному новорожденному вводился курсурф. Два ребенка умерли. Недоношенный с весом при рождении 1193 грамм при сроке гестации 27-28 недель ДЗ: Нетравматическое кровоизлияние в мозг. Отек и набухание вещества головного мозга. СДР 2ст. Ребенку трехкратно был введен курсурф, но первая доза составила 100 мг/кг из-за отсутствия препарата на тот момент в роддоме. 2случай: Переношенный ребенок с весом при рождении 3788 грамм с ДЗ: Неонатальная аспирация меконием.

Эффект курсурфа прежде всего проявился в изменении параметров вентиляции: снижение концентрации кислорода, по сравнению с исходной, на 30.1%, произошло через 3,8 часа после введения препарата, а не получавших сурфактант на 3-7 сутки. Ни у одного из детей, на фоне проводимой терапии курсурфом не отмечено случаев легочного кровотечения, что подтверждает отсутствие перегрузки малого круга кровообращения. Кратность введения курсурфа в 2011г: 1-кратно – 18 новорожденным, 2-х кратно – 5 новорожденным, 3-х кратно - 1. При анализе динамики кратности применения сурфактанта, обращает на себя внимание, что большинство детей (89,9%), кроме недоношенных с экстремально низкой массой тела, для снижения параметров ИВЛ и улучшения клинико-рентгенологической картины достаточно одного-двухкратного введения препарата, что представляется экономически очень выгодным. Отмечено более значимое и быстрое снижение среднего давления в дыхательных путях и частоты дыханий, в среднем на 17 дыханий в минуту, за счет увеличения времени вдоха после введения курсурфа. Среди новорожденных, родившихся с массой тела с 1500 до 2499 грамм и получивших курсурф, выживаемость составила 99,25%.

Так же можно отметить, что заместительную терапию сурфактантом в течение 3-х последних лет применяем и доношенным новорожденным. Показанием к применению являются вторичная недостаточность эндогенного сурфактанта на фоне аспирации меконием, воспалительных процессов в легких. Эффективность заместительной терапии

сурфактантом составляет 92%.

Таким образом, “Куросурф” является эффективным препаратом при лечении не только недоношенных, но и отличной заместительной

терапией у доношенных новорожденных. Отсутствие побочных осложнений создает возможности для более широкого применения препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Susannah K. Leaver, Timothy W. Evans. Respiratory distress syndrome. *BMJ.* – 2007; 335:389-394 (25 August).
2. Sweet D.G., Halliday H.L. The use of surfactants in 2009. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2009; 3: 78-83
3. Принципы ведения новорожденных с респираторным дистресс-синдромом / Методические рекомендации под ред. Н.Н. Володина. — М., 2009. — 32 с.
4. Нарымбиева Д.Т. Современные варианты терапии респираторного дистресс-синдрома у новорожденных *Педиатрия и детская хирургия* 1(59) 2010г, С. 7-9.
5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года № 746 «О регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан». www.mz.gov.kz

Гатауова М.Р., Беспалько А.Б., Тукуева Г.К., Нурманова К.М., Смагулова А.Н.

ЖАҢА ТУЫЛҒАН НӘРЕСТЕЛЕРГЕ СУРФАКТАНТТЫ ҚОЛДАНУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ

2008 - 2011 жж. аралығында реанимация және жаңа туған нәрестелердің қарқынды терапия бөлімшесінде жатқан 279 шала туған нәрестелер зерттелген. Клиника суреттің параметрін жақсарту үшін 89,9% оқиғада сурфактантты бір рет енгізудің қажеттілігі бар.

Gatauova M.R, Bepalko A.B, Tukueva G.K, Nurmanova K.M., Смагулова А.Н.

EFFICIENCY OF APPLICATION OF SURFACTANT AT NEW-BORN

We are inspect 279 prematurely born new-born, entering separation of reanimation and intensive therapy of new-born 2008 – 2011. In(89,9%) cases of single enough introduction of surfactant for the improvement of parameters of artificial ventilation of lungs and improvements of clinical picture



Гребнев В.М.¹, Кусаинова С.П.², Мингазова Г.В., Барлубаева К.С.³

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АМПИСИД В ЛЕЧЕНИИ СИНУСИТОВ

Больница УДП РК.¹, ГККП№6², ГКП на ПВХ «Городская поликлиника»№2³

Применение препарата амписид, как стартовой антибактериальной терапии диагностированных воспалительных заболеваний околоносовых пазух носа опирается на оценку степени остроты и тяжести процесса.

На основании мирового клинко-бактериологического опыта определения наиболее вероятного этиопатогенетического агента, учет неудач при проведении предшествующих курсов антибактериальной терапии, избранная лечебная тактика корректировалась на основании результатов бактериологического исследования и определения чувствительности микрофлоры у пациентов проводивших лечение.

В последние годы у всех микроорганизмов резко снизилась чувствительность к антибактериаль-

ным средствам, увеличилось бактерионосительство среди больных, длительное, в ряде случаев необоснованное применение антибиотиков, угнетает иммунитет и нередко вызывает аллергизацию организма.

Целью исследования явилось изучить микробиологическую картину околоносовых пазух при синуситах, изучить возможности использования препарата АМПИСИД и проанализировать резистентность патологических микроорганизмов к антибиотикотерапии.

Актуальной задачей оториноларингологии является выбор оптимальных лекарственных средств для лечения гнойно-воспалительных заболеваний околоносовых пазух.

Часто неправильно подобранная, неэффектив-

ная терапия патологии ЛОР органов ведет к увеличению сроков лечения, к хронизации процесса и тяжелым осложнениям.

Одними из основных возбудителей острой воспалительной патологии ЛОР органов являются бактерии, поэтому антибактериальные препараты относятся к основным при терапии этих заболеваний.

Воспалительные заболевания составляют не менее 87% от общего числа заболеваний уха, горла, носа. До 30 % составляют острые риносинуситы.

Одним из антибиотиков, обладающих широким антимикробным спектром является препарат амписид.

Цель программы: определение эффективности и безопасности, а так же обоснованности применения препарата амписид 375 3 раза в день, в течении 5 – 7 дней.

Исследование микробной флоры проведено у 60 больных. Полностью проведенные бактериологические исследования показали, что выделены тот или иной вид микроорганизмов в 78 % случаев, а в 22 % случаев посева оказались стерильны. Наиболее частой культурой, выделяемой, являлись стафилококки, которые обнаружены у 33 % обследованных больных.

Большой практический интерес представляет анализ определения чувствительности выделенной микрофлоры к различным антибиотикам. Чувствительность микрофлоры к антибиотикам определялась стандартными дисками.

Данные оценки антибиотикорезистентности микрофлоры на примере четырех микроорганизмов (*Str. Pyogenes*, *Str. Haemolyticus*, *St. Epidermidis*, *St. aureus*) выявил ряд общих тенденций. Любое проведенное лечение способствует росту доли антибиотикорезистентных микроорганизмов. Наиболее четко это видно на примере всей пенициллиновой группы, левомецетина, макролидов и аминогликозидов. В меньшей степени это коснулось цефалоспоринов, к которым чаще всего были чувствительны *St. aureus* до лечения.

Str. pyogenes, выделенный из очагов воспаления, был чувствителен к антибиотикам пенициллинового ряда и к цефалоспорином, слабочувствителен к макролидам, малочувствителен к аминогликозидам, фторхинолонам и другим синтетическим антибиотикам. Что касается тетрациклинов, то вероятность чувствительности и резистентности к этим антибиотикам примерно одинакова.

Гемолитический стрептококк был малочувствителен к пенициллину и большинству цефалоспоринов, а в отношении макролидов, аминогликозидов, тетрациклинов и других синтетических антибиотиков этот патоген был относительно резистентен.

St. Epidermidis был стабильно чувствителен к цефалоспорином, резистентен к пенициллином, макролидам и тетрациклином и имел разную степень чувствительности к аминогликозидам, фторхинолонам и синтетическим антибиотикам.

Что касается *St. aureus*, то он был высокорезистентен к большинству тестируемых препаратов, особенно после проведенного лечения с использованием антибиотиков. Этот возбудитель был чувствителен лишь к некоторым антибиотикам цефалоспоринового ряда, что еще раз указывает на необходимость предварительной оценки антибиотико-резистентности микрофлоры и применения иммуномодулирующих препаратов в лечении заболеваний, вызванных этим микроорганизмом.

Из проведенного анализа антибиотикорезистентности следует, что в большинстве случаев в терапии синуситов представляется целесообразным использование антибиотиков цефалоспоринового ряда, либо фторхинолонов в виде монотерапии, либо в комбинации между собой или с антибиотиками пенициллинового ряда.

Последний вариант антибиотикотерапии представляется самым адекватным, принимая во внимание изменение антибиотикорезистентности микроорганизмов в ходе и после лечения и длительный характер патологического процесса, в терапии которого разные группы антибактериальных препаратов уже использовались неоднократно.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Практическое руководство по антимикробной химиотерапии. Под редакцией Л.С. Страчунского. М2002.*

2. *Гуцин И.С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. М.: Фармарус принт, 1998.*

3. *Козлов В.С. Местная антимикробная и противовоспалительная терапия риносинуситов. Мат. Международного конгресса « Инфекция и аллергия носа». Ярославль 2001. –С. 37–39.*

4. *Лопатин А.С. Острый риносинусит: нужна ли системная антибактериальная терапия. Мат. Международного конгресса «Инфекция и аллергия носа». Ярославль 2001. С –23.*

5. *Ильина Н.И., Козлов В.С., Павлова К.С. и др.*

Флутиказона пропионат (Назарел) – новый топический назальный глюкокортикостероид. Рос. аллерголог. журн. 2009; 1: 85–9.

6. *Карпова Е.П. Лечение аллергического ринита у детей. М.: Гэотар-Медиа, 2007.*

7. *Карпова Е.П., Соколова М.В., Антонова Н.В. Особенности терапии аллергического ринита у детей. Вестн. оториноларингол. 2009; 2: 36–9.*

8. *Карпова Е.П. Рациональная местная антибактериальная терапия при синуситах у детей. Ж. «Российская оториноларингология» №2 (15) 2005 – 7с.*

9. *Лопатин А.С. Кортикостероидная терапия в ринологии. Рос. ринолог. 2001; 2: 138–42.*

10. *Петров В.И., Смоленов И.В., Лопатин А.С. и др. Оптимизация фармакотерапии сезон-*

ного аллергического ринита у детей с позиции затрат/эффективность. Рос. ринол. 2002; 4: 11. Хаитов Р.М., Ильина Н.И., Латышева Т.В. Рациональная фармакотерапия аллергических заболеваний. М., 2007.

Гребнев В.М., Кусаинова С.П., Мингазова Г.В., Барлубаева К.С.

СИНУСИТТИ ЕМДЕУДЕ АМПИСИД ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Антибиотиктерге резистенттілікті анықтауға арналған талдаудың барысында, синуситтердің емінің көпшілігінде цефалоспорин қатарын қолдану немесе монотерапияның түріндегі фторхинолондардың немесе пенициллин қатарына жататын антибиотиктердің бір-бірімен араласуынан емнің жағымды нәтижесі көрінетіндігіне көз жеткізуге болады.

Антибиотиктердің соңғы қатары өте қолайлы болып есептеледі, себебі, микроорганизмдерге резистенттілікті емнің алдында және емнен кейін бақылап, түрлі патологияларда қолдану тәжірибеде қолға алынып отыр.

Grebnev VM., Kusainova SP., Mingazova G.V., Barlubayeva K.S.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF THE PREPARATION AMPISID IN TREATMENT OF SINUSITIS

From having been made antibiotic resistant analysis follows that in many cases in sinusoid therapy it is suitable using antibiotics or phtorhinol in monotherapy treatment or using them in combination between them or with penicillin antibiotics.

The last variant of antibiotic treatment seems to be the most adequate, taking into account the antibiotic resistant changing of microorganisms during and after the treatment and the long way of pathological process, in the therapy of which the different groups of antibacterial preparations were used many times.



Гурулева Л.И.

НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

АО «Республиканский диагностический центр»

Нарушение ритма сердца и проводимости - это большая гетерогенная группа заболеваний сердца, в основе которых лежит изменение нормальной скорости сердечных сокращений, их очередности, а также модуляция временных соотношений работы различных камер сердца. [1]

Значение аритмий обусловлено их распространённостью, склонностью к хроническому течению, высоким риском внезапной смерти.

Выявление патогенетических основ аритмий потребовало расширения наших знаний в области электрофизиологии сердца, особенностей вегетативной регуляции сердечного ритма, состояния экстра- и интракардиальных сенсорных рецепторов, роли циркулирующих медиаторов вегетативной нервной системы, клеточного метаболизма, аутоиммунных механизмов.

Такое комплексное понимание проблемы

привело к значительному прогрессу в области лечения и профилактики нарушений сердечного ритма и внезапной сердечной смерти. [4]

Основные электрофизиологические механизмы нарушений ритма в детском возрасте - аномальный автоматизм, механизм re-entry с участием дополнительных путей проведения импульса или триггерные механизмы.

Генетические механизмы играют особо важную роль в развитии ряда угрожающих жизни аритмий - синдрома удлинённого интервала Q-T, полиморфной желудочковой тахикардии, синдрома Бругада. [3]

Изменению нейровегетативной регуляции сердца придают также большое значение, особенно в случаях развития нарушений ритма у детей без признаков органического поражения сердца.

Все вышеперечисленные механизмы бывают специфическими для каждого вида нарушения

сердечного ритма, они не изолированы друг от друга, а находятся во взаимодействии.

Так, для возникновения и поддержания электрофизиологического субстрата аритмии имеют значение сохранение эмбриональных зачатков проводящей системы, нарушение нервно-вегетативной регуляции ритма, в части случаев основную роль могут играть анатомические условия, например операционные вмешательства. Нервно-вегетативная основа аритмий обусловлена в детском возрасте нарушениями или особенностями созревания вегетативных центров регуляции ритма, определённую роль может играть наследственная предрасположенность.

Однако, как правило, основной причиной нарушений сердечного ритма у детей, выявляемых на электрокардиограмме обычно служат нарушения вегетативной регуляции и незрелость проводящей системы сердца.

В анамнезе у детей с нарушениями ритма часто выявляют неблагоприятное течение перинатального периода, семейную отягощённость по сердечно-сосудистой патологии, повторные острые инфекционные заболевания и очаги хронической инфекции. [2]

Актуальна проблема дифференциальной диагностики синкопальных состояний в детском возрасте, которые нередко обусловлены нарушениями сердечного ритма, наиболее часто - желудочковыми тахикардиями, синдромом слабости синусового узла и высокими степенями АВ-блокада.

Цель исследования: обследование детей с нарушением ритма и проводимости, для изучения причины заболевания, распространённости, предупреждения осложнений в данной группе.

Материалы и методы. Было обследовано 68 детей с нарушением сердечного ритма в возрасте от 8 до 17 лет (средний возраст 16,2 лет). В обследуемой группе было 72,8% мальчиков и 27,2% девочек.

Среди больных с нарушением ритма и проводимости были выделены подгруппы в зависимости от наличия или отсутствия жалоб, наличия кардиальной или экстракардиальной патологии.

Всем детям проводилось клиническое обследование, включавшее электрокардиографию, суточное холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиографию по общепринятой методике в одно- и двухмерном режимах, консультацию эндокринолога, невропатолога с дополнительным обследованием по назначению данных специалистов.

Результаты и обсуждения. Нарушения ритма у детей нередко протекают бессимптомно, что не позволяет точно установить время их появления.

Дети значительно реже взрослых жалуются на сердцебиение, ощущение перебоев в деятельности сердца, его замирание, даже при тяжёлых формах аритмии.

В 34% случаев аритмии на электрокардиограмме были выявлены случайно:

- 36,1% случаев при прохождении профилактического осмотра в военкомате, в том числе среди детей, которые в течение нескольких лет занимались спортом, имели спортивные разряды;

- 40% при обследовании по поводу обмороков, по направлению на консультацию врача педиатра или невропатолога;

- 15,7% при обследовании в связи с перенесённой респираторной инфекцией;

- 8,2% при обследовании перед проведением каких-либо оперативных вмешательств (внесердечных).

Тем не менее, 37,2% детей с преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы (ваготония), предъявляли жалобы, имеющие яркую эмоциональную окраску, обусловленную психовегетативными расстройствами, проявляющиеся болями в области сердца, сердцебиением, повышенной возбудимостью, нарушениями сна, метеочувствительностью.

В основе причин нарушений ритма сердца и проводимости часто лежат органические поражения самого сердца врожденного и приобретенного генеза: врожденные и приобретенные пороки сердца, воспалительные изменения оболочек сердца, дегенеративно-дистрофические изменения. (Мстр 12)

У 46,4% детей выявлен пролапс передней створки митрального клапана 1 степени.

- 10% детей имели врожденный порок сердца - дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, стеноз легочной артерии;

- 1,8% приобретенный порок сердца - стеноз митрального клапана;

У большинства детей нарушения сердечного ритма обусловлены экстракардиальными факторами и определяются нарушением иннервации сердца:

- при болезнях эндокринной системы - феохромоцитоме, тиреотоксикозе, сахарный диабет;

- повреждениях ЦНС и вегетативной нервной системы;

- гуморальных воздействиях при наследственных заболеваниях, патологии пищеварительной, дыхательной систем;

- электролитных нарушениях;

- токсических влияниях - инфекциях, очагах хронической инфекции, употреблении лекарств.

У 58,5% детей выявлен отягощенный акушерский анамнез, перинатальное поражение центральной нервной системы, гипертензионно-гидроцефальный синдром в раннем возрасте.

В 35,8% случаев отмечались синкопальные приступы на фоне вегето-сосудистой дистонии.

У 66,8% детей выявлена патология эндокринной системы:

- эндемический зоб 1 степени - 42,6%;

- экзогенно-конституциональное ожирение 1-2 степени - 23,7%;

- аутоиммунный тиреоидит - 5,4%;

- сахарный диабет - 2,1%.

14,5% детей имели патологию желудочно-кишечного тракта:

- язву желудка и двенадцатиперстной кишки - 2,6%;

-хронический гастродуоденит- 38,4%;

- дискинезию желчевыводящих путей - 26,3%;

В зависимости от механизма возникновения выделяют следующие нарушения сердечного ритма и проведения:

1) Нарушения автоматизма (нотопные - синусовая аритмия, тахикардия и брадикардия, гетеротопные - экстрасистолия, пароксизмальная и непароксизмальная тахикардии, трепетание и мерцание предсердий и желудочков).

У 54,6% детей выявлена суправентрикулярная экстрасистолия от нескольких десятков до восьми тысяч за сутки, в том числе в 23% случаев с куплетами;

18,4% детей имели желудочковую экстрасистолию, как правило, преобладала мономорфная экстрасистолия.

В 34,7% случаев отмечалось сочетание суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии.

67,2% детей имеют синусовую аритмию, выраженную брадикардию, сочетание брадикардии и тахикардии в течение суток.

2)Нарушения проводимости(синоаурикулярная, внутрипредсердная, атриовентрикулярная, внутрижелудочковая блокады).

У 21,3% детей отмечалась атриовентрикулярная блокада, в том числе I степени- 15,4%, II степени -5,9%.

8,2% имели синоаурикулярную блокаду I степени.

3) Комбинированные аритмии (синдром слабости синусового узла, атриовентрикулярная диссоциация, синдром преждевременного возбуждения желудочков).

У 47,4% детей отмечалась миграция водителя ритма по предсердиям.

В 6,3% случаев выявлен синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта.

1,4% - синдром слабости синусового узла.

1,4% - атриовентрикулярная диссоциация.

Таким образом, в обследованной мною группе детей с нарушением ритма сердца и проводимости преобладает экстракардиальная патология - 73,6%. На долю кардиальной патологии приходится 26,4%.

В экстракардиальной патологии преобладают заболевания эндокринной и нервной систем.

Ведущим нарушением сердечного ритма и проведения у детей является экстрасистолия.

Преобладающее число детей имеют тахибрадиаритмии.

Основной причиной нарушений сердечного ритма у детей является нарушения вегетативной регуляции ритма и незрелость проводящей системы сердца и имеют благоприятный прогноз.

Однако, учитывая, что некоторые формы нарушений сердечного ритма, особенно стойкие, могут ухудшить состояние больного, вызвать снижение сердечного выброса и нарушение коронарного кровообращения и в результате привести к неблагоприятному исходу, необходимо проводить комплексное обследование детей для своевременного лечения заболевания и профилактики жизнеугрожающих состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белозеров Ю.М. *Нарушения ритма сердца.* МЕДпресс-информ, 2009 год, стр.12-28.

2. Мутафьян О.А. *Аритмии сердца у детей и подростков. Невский диалект*, 2003 год, стр. 11-124.

3. Мендел В.Дж. *Аритмии сердца.* Москва, Медицина, 1996 год, стр. 32-48.

4. Школьникова М.А., Макаров Л.М., Березницкая В.В. и др. *Жизнеугрожающие аритмии и внезапная сердечная смерть у детей. Вестник аритмологии №18*, 2000 год, стр. 57-58.

Гурулева Л.И.

БАЛАЛАРДЫҢ ЖҮРЕК ҮРҒАҒЫ ЖӘНЕ ӨТКІЗГІШТІГІ БҰЗЫЛУЫНЫҢ САЛДАРЫНАН БОЛАТЫН АУРУЛАР

8 жастан 17 жасқа дейінгі 68 бала жүрек ырғағы бұзылуымен және жүрек өткізгіштігі бұзылуымен жүрек дәрігерінің қарауында болды.

Қыз баланың жүрек ырғағы бұзылуымен және жүрек өткізгіштігі ұл балдарға қарағанда екі есе көп кездеседі.

Экстракардиалдық ауруы балалар арасында өте көп кездеседі.

Guruleva LI

HEART RHYTHM DISTURBANCE IN CHILDREN

I examined 68 children with impaired heart rate from 8 to 17 years.

Cardiac rhythm and conduction is more common in boys. The main cause of cardiac arrhythmias in children is extracardiac pathology. Some of the cardiac rhythm and conduction can threaten patients' lives.



Ш.А Ельчибаева

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРАКСОНОМ И АКТОВЕГИНОМ СИНДРОМА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

ГККП «Городская поликлиника №8», врач-невропатолог

Синдром позвоночной артерии очень часто встречается в практике врача –невропатолога поликлиники(3,5,14,16).

В зависимости от того, происходит ли спазм артерии вследствие раздражения эфферентных волокон позвоночного нерва (сплетения) или вследствие рефлекторного ответа на раздражение афферентных структур, позвоночная артерия может проявить свою клиническую нестабильность в 2 формах(2,4,11):

* в форме компрессионно-ирритационного синдрома позвоночной артерии.

Компрессионно-ирритативная форма синдрома возникает вследствие механической компрессии позвоночной артерии. В результате имеет место раздражение ее эфферентных симпатических образований с нарушением вертебробазиллярного кровотока и ишемией мозговых структур.

* в форме рефлекторного ангиоспастического синдрома.

Рефлекторный ангиоспастический синдром позвоночной артерии возникает в связи с общностью иннервации самой артерии, межпозвонковых дисков и межпозвонковых суставов. При дистрофических процессах в диске происходит раздражение симпатических и других рецепторных образований, поток патологических импульсов достигает симпатической сети

позвоночной артерии. В ответ на раздражение этих эфферентных симпатических образований позвоночная артерия реагирует спазмом.

При синдроме позвоночной артерии нейропротекция может быть одним из наиболее эффективных методов профилактики хронической ишемии мозга, проявляющейся в виде вертебробазиллярной недостаточности. Назначение нейропротекторов способствует предотвращению развития нарушений церебрального метаболизма у больных с повышенным риском ишемии мозга, в частности при снижении цереброваскулярного резерва(9,10,11).

Особое значение нейропротективная терапия приобретает у пациентов с органическими стадиями СПА — транзиторными ишемическими атаками, синкопальным вертебральным синдромом, приступами дроп-атаки, патогенетически представляющими собой варианты преходящей ишемии мозга(7,8,10). В данных случаях именно нейропротекция является основным фактором, предотвращающим трансформацию преходящей ишемии в стойкий неврологический дефицит. В клинической практике наиболее эффективной схемой нейропротекции является применение цераксона (цитиколина) и актовегина.

Исходя из вышеизложенного, целью настоящей работы была оценка возможностей применения

Цераксона и Актовегина в комплексном лечении больных с синдромом позвоночной артерии.

Материалы и методы

В настоящей работе анализируются результаты комплексного лечения с применением Цераксона и Актовегина, которое было проведено 30 больным с синдромом позвоночной артерии в условиях дневного стационара ГККП «Городская поликлиника №8». Возраст больных составил от 24 до 60 лет. Из них мужчин 14, женщин 16. С целью контроля взята группа из 35 больных, у которых применялась стандартная терапия. Диагностические методы, применяемые в исследовании (рентгенография шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях, МРТ шейного отдела позвоночника, УЗДГ брахиоцефального ствола), позволяли выявить степень компрессии ПА, гемодинамические нарушения в вертебро-базиллярном и каротидном бассейнах.

Помимо традиционной терапии, лечение Цераксоном и Актовегином начинали с первого дня после установления диагноза.

Больные контрольной группы в качестве препарата сравнения в комплексном лечении получали кавинтон.

В неврологическом плане в основной группе в начале лечения отмечены у 18 больных головная боль в шейно-затылочной области с иррадиацией в передние отделы головы; у 5 больных вестибуло-атактический синдром; у 3 больных кохлео-вестибулярный синдром, у 3 больных транзиторно-ишемические атаки в вертебро-базиллярном бассейне, у 1 больного- синкопальный вертебральный синдром.

Больные в ходе лечения получали раствор Цераксона 1000мг на 200,0 мл физ.раствора внутривенно капельно и раствор Актовегина 200 мг внутривенно струйно в течение 10 суток.

В контрольной группе больных отмечались аналогичные по частоте и выраженности

неврологические синдромы.

Фармакотерапевтический эффект и переносимость препаратов Цераксон и Актовегин оценивали на основании данных клиники (динамики общего состояния больных и неврологической симптоматики), инструментальных методов исследования (УЗДГ брахиоцефального ствола).

Обследование каждого больного проводилось в динамике. Исход лечения оценивался тремя обозначениями: улучшение, отсутствие эффекта, ухудшение.

Результаты исследования

У 27 наблюдаемых основной группы отмечено улучшение состояния на фоне применения препаратов к концу первой недели. Оно было значительным у 17, умеренным – у 7, незначительным – у 3 пациентов. В 3 случаях эффекта от введения Цераксона и Актовегина не отмечалось.

Улучшение обозначалось уже после 3-4-го введения. Особенно часто оно выражалось в уменьшении общемозговой симптоматики, регресса очаговой симптоматики при транзиторно-ишемических атаках, улучшалось состояние эмоциональной сферы.

Динамика головных болей: из 18 больных значительное улучшение отмечено у 12 пациентов, умеренное - у 5, в одном случае регресса симптоматики не отмечалось.

Вестибуло-атактический синдром: у 3 пациентов – значительное улучшение, у 2- умеренное.

Кохлео-вестибулярный синдром: у 1 пациента – значительное улучшение, умеренное – у 1 пациента, в одном случае эффекта не отмечалось.

Транзиторно-ишемические атаки: значительное улучшение у 3 пациентов.

Синкопальный вертебральный синдром - значительное улучшение у 1 пациента.

Таблица № 1. Показатели УЗДГ брахиоцефального ствола

	Линейная скорость кровотока См/сек	Периферическое сопротивление Ri	Венозный отток	Ассиметрия кровотока %
Основная группа (Актовегин + Цераксон)				
До лечения	100-130	Снижение до 48	Затруднен	Выше 40%
После лечения	60-80	Повышение до 50-55	Улучшение	20-30%
Контрольная группа				
До лечения	100-130	Снижение до 48	Затруднен	Выше 40%
После лечения	90-100	Не изменено	Улучшение	Не изменено

Данные УЗДГ брахиоцефального ствола подтверждали положительный эффект применения Цераксона и Актовегина (нормализация объемного кровотока, устранение ангиоспазма, улучшение венозного оттока, уменьшение асимметрии кровотока, уменьшение степени выраженности гемодинамических нарушений).

Видимо, цитколин улучшает метаболизм мозга, стимулируя биосинтез лецитина в головном мозге, восстанавливая обмен фосфолипидов, повышая активность восходящей ретикулярной формации, улучшая выработку допамина в головном мозге, активируя допаминовые рецепторы, восстанавливая баланс допаминергических и холинергических нейронов, улучшая кровообращение в области ствола мозга и процессы утилизации кислорода и глюкозы в тканях

головного мозга(13,17,18). Актовегин, являясь антигипоксантом, активно влияет на уровень циклических нуклеотидов, поддерживающих окислительно-восстановительные процессы, адекватный церебральный метаболизм, процессы внутриклеточного метаболизма(13,18). Актовегин улучшает микроциркуляцию и трофику тканей организма, под его влиянием повышается устойчивость мозговой ткани к гипоксии.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно говорить о перспективности применения Актовегина и Цераксона у больных с синдромом позвоночной артерии. За счет нормализации гемодинамических показателей использование комплекса данных препаратов дает возможность предупредить развитие осложнений в виде стойкой ишемии головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев Р.Я., Марченко В.Г., Кадилова Л.А. Допплерография в неврологической практике. — Харьков: Право, 2003. — 108 с.

2. Абдуллаев Р.Я., Марченко В.Г., Калашиников В.И. Клиника и доплерография при синдроме позвоночной артерии // *Международный медицинский журнал*. — 2006. — Т. 12, № 3. — С. 139-142.

3. Верещагин Н.В. Патология вертебробазилярной системы и нарушения мозгового кровообращения. — М.: Медицина, 1980. — 420 с.

4. Кадырова Л.А., Марченко В.Г., Абдуллаев Р.Я., Артеменко И.П. Учет морфофункциональных особенностей краниовертебрального перехода в вопросах клиники и реабилитации // *Проблемы медицинской науки та освіти*. — 2002. — № 1. — С. 45-48.

5. Калашиников В.И. Синдром позвоночной артерии // *Theapia*. — 2007. — № 10. — С. 31-33.

6. Калашиников В.И. Церебральная венозная гемодинамика при различных вариантах цефалгического синдрома // *Труды XV Международной конференции «Современное состояние методов неинвазивной диагностики в медицине»*. — Сочи. — 2008. — С. 49-51.

7. Камчатнов П.Р., Гордеева Т.Н., Кабанов А.А. Кровоток в системах сонных и позвоночных артерий у больных с синдромом вертебробазилярной недостаточности // *Труды Междунар. конф. «Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний»*. — СПб.: РосВМедА. — 2000. — С. 300.

8. Петрянина Е.Л., Исмаилов М.Ф. Синдром позвоночной артерии, обусловленный аномальным строением шейного отдела позвоночника // *Неврологический вестник*. — 1994. — Т. XXVI, вып. 3-4. — С. 58-59.

9. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: Руководство для врачей. — М.:

Медицина, 1989. — 463 с.

10. Пышкина Л.И., Федин А.И., Бесаев Р.К. Церебральный кровоток при синдроме позвоночной артерии // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2000. — № 5. — С. 45-49.

11. Ратнер А.Ю. Шейный остеохондроз и церебральные нарушения. — Казань.: Изд-во Казанского университета, 1970. — 231 с.

12. *Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы* / Под. ред. В.Н. Штока, О.С. Левина. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — С. 416-421.

13. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии: Практическое руководство. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. — 301 с.

14. Berguer R., Flynn L.M., Kline R.A., Caplan L. Surgical reconstruction on the extracranial vertebral artery: management and outcome // *J. Vasc. Surg.* — 2000. — V. 31. — P. 9-18.

15. Dubenco A.Ye., Kalashnikov V.I., Tyagniryadko A.K. Brain venous hemodynamic in patients with various pathologies of the cervical spine // *European Journal of Neurology*. — 2005. — Vol. 12 (suppl. 2). — P. 253.

16. Kalashnikov V.I. Transcranial Doppler sonography with functional tests for diagnosis of TIA in the vertebro-basilar system // *Cerebrovascular Diseases*. — 2000. — Vol. 10 (suppl. 1). — P. 27.

17. Powers S.R., Drislane T.M., Nevins S. Intermittent vertebral artery compression. A new syndrome // *Surgery*. — 1961. — V. 49. — P. 257-264.

18. Zweifler R.M. Membrane stabilizer: Citicoline // *Current Medical Research and Opinions*. — 2002. — Vol. 18 (suppl. 2). — P. 14-17

Ш.А. Елшібаева

ОМЫРТҚА АРТЕРИЯСЫ СИНДРОМЫНДА АКТОВЕГИН МЕН ЦЕРАКСОНДЫ КЕШЕНДІ ЕМДЕУДІҢ ТЕРАПИЯЛЫҚ ТИІМДІЛІГІ

Омыртқа критеріі бар сырқаттарға актовегин мен цераксонды қолдану қанайналым көрсеткіштерін ретке келтіреді және мидың ишемиясының дамуын ескертуге мүмкіндік береді.

SH.A.Elchibaeva

THERAPEUTIC EFFECTIVENESS OF COMBINED TREATMENT BY ACTOVEGIN'S AND TSERAKSONOM'S TO SPINAL ARTERY SYNDROME

The use of Actovegin and Ceracsons patients with vertebral artery syndrome normalize hemodynamic data and allows to prevent the development of brain ischemia.



Ш.А. Ельчибаева

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КСЕФОКАМА ПРИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СИНДРОМАХ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

ГККП «Городская поликлиника №8», врач-невропатолог

Общеизвестно, что около 20% -взрослого населения страдает от периодически повторяющихся болей в спине, длительностью от 3-х дней и более, однако у 4% больных они принимают хроническое течение и трудно поддаются терапии (1,3). В повседневной практике врача проблема болей в спине является одной из частых причин временной нетрудоспособности и инвалидизации людей. Поэтому проблема поиска адекватного и эффективного лечения актуальна как с медицинской, так и с социально-экономической точек зрения.

Спондилогенные боли возникают не только вследствие дистрофических изменений позвоночного столба. Не меньшую роль в развитии болевого синдрома играют изменения в мышцах, связочном аппарате, связанные с этим нарушение кровообращения. Под действием повреждающего фактора (физические нагрузки, переохлаждения, стресса, длительной неудобной позы) формируются источники ноцицепции в структурах костно-мышечной системы (2,5). Их наличие сопровождается обязательным рефлекторным ответом в виде мышечного спазма и местной сосудистой реакции. Избыточная и длительная механическая компрессия корешка приводит к его повышенной сенситизации, что активизирует ноцицептивную систему на периферии и на уровне спинного мозга (1,2). Важно отметить, что в патологических условиях от активности антиноцицептивной системы во многом зависит выраженность, длительность и, в целом, тяжесть болевого синдрома. Следует подчеркнуть, что продолжающееся периферическое раздражение

может привести к дисфункции центральных ноцицептивных и антиноцицептивных систем на спинальном и церебральном уровнях, что обуславливает необходимость максимально быстрого и эффективного устранения периферической боли (1,2,5).

Таким образом, своевременный блок потока болевой импульсации позволяет прервать цепочку патологических изменений, приводящих к хронизации процесса и необратимым изменениям в спинномозговых корешках. В связи с этим необходим поиск наиболее эффективного и безопасного препарата, позволяющего разорвать «порочный круг» как при острой, так и хронической боли в спине.

Целью настоящей работы является оценка возможностей применения Ксефокама в лечении больных с острой и хронической болью в спине.

Препарат является наиболее мощным ингибитором ЦОГ-1 и ЦОГ-2. Эта способность Ксефокама в 100-200 раз превышает таковую у эталонных НПВП, например у диклофенака и пироксикама (4,6).

Ксефокам угнетает высвобождение свободных радикалов кислорода из активированных лейкоцитов, что усиливает его анальгетическую и противовоспалительную активность (5,6).

В настоящей работе анализируются результаты лечения Ксефокамом, которое было проведено 44 больным с острым и хроническим болевым синдромом (длительность более месяца) в условиях дневного стационара ГККП «Городская поликлиника №8». Возраст больных от 25-65 лет с вертеброгенной люмбалгией (рефлекторным

болевым синдромом), люмбоишиалгией, дискогенной радикулопатией, которые по степени выраженности болевого синдрома были разделены на 3 группы.

В первой группе - 17 больным с острым болевым синдромом, обусловленным вертеброгенным рефлекторным болевым синдромом (люмбалгией) в течение 5 дней вводили препарат ксефокам в дозе 8 мг 2 раза в сутки внутримышечно капельно. По мере стихания боли постепенно переходили она однократное внутримышечное введение препарата в дозе 8мг в сутки, затем на пероральный прием по 8 мг 2 раза в день.

Во второй группе – 15 больным с хроническим болевым синдромом длительностью более месяца, обусловленным люмбоишиалгией, дискогенной радикулопатией в течение 10 дней вводили ксефокам в дозе 8мг раз в сутки внутримышечно, последующие 10 дней переходили на пероральный прием по 4 мг 2 раза в сутки.

Помимо этого, все больные получали общепринятую терапию (вазоактивные препараты, витамины группы В, физиолечение).

В контрольную группу вошли 12 больных, сопоставимых по этиологии, возрасту и выраженности болевого синдрома, получавших общепринятую терапию, но без применения ксефокама.

Эффективность проводимого лечения оценивалась по следующим критериям: степень выраженности болевого синдрома по шкалам интенсивности (от 0 до 10баллов); анализ субъективных ощущений пациентов в ходе повседневной двигательной активности оценивалось по десятибалльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ); степень выраженности симптомов натяжения, в частности, симптом Ласега (от 0 до 4 баллов); степень выраженности мышечно-тонических проявлений (0-4 баллов); степень выраженности нейроцифического синдрома (0- 4 баллов); степень выраженности корешкового синдрома (0- 4 баллов).

В результате проведенного лечения в 1 группе у 94 % и 2 группе у 83% пациентов отмечалось

уменьшение болевого синдрома в среднем на 6 баллов по шкалам интенсивности ВАШ и полностью купирован болевой синдром.

В группе сравнения выраженность болевого синдрома уменьшилась в среднем на 3 балла. Лишь у 3 пациентов была купирована боль.

Важнейшей частью осмотра до лечения являлось определение состояния мышечного корсета, включающее степень выраженности мышечно-тонических проявлений, болезненности мышечных уплотнений, болезненности триггерных точек. После лечения при объективном исследовании наблюдалось уменьшение защитного мышечного спазма, болезненности при пальпации мышц.

До лечения, показатели нарушения объема движений в поясничном отделе у всех больных составила 4 балла. После лечения показатель степени выраженности симптомов натяжения, в частности симптома Ласега, в 1 группе у 12, во 2 группе у 10 больных составил 1 балл, и у 4 больных в двух группах -2 балла. В группе сравнения этот показатель держался в пределах 3 баллов. В итоге в 1-й и 2-й группах после лечения наблюдалось уменьшение этого показателя на 3 балла.

Помимо этого, у 11 (60%) больных с хроническим болевым синдромом после лечения уменьшилась степень выраженности защитного мышечного спазма и увеличился объем движений в поясничном отделе позвоночника также на 3 балла.

Показатели степени выраженности корешкового синдрома и нейроцифических нарушений в исследуемых группах оставались практически без изменений, как до лечения, так и после него.

Прием ксефокама способствовал существенному снижению интенсивности боли, улучшению количества и качества ежедневной двигательной активности пациента, улучшению клинических характеристик - уменьшению степени выраженности мышечно-тонического синдрома и симптомов натяжения, что характеризует ксефокам весьма перспективным препаратом при вертеброгенных заболеваниях (3,4,5).

ЛИТЕРАТУРА

1. Шухов В.С. Боль. Клинические рекомендации по ведению больных с различными болевыми синдромами <http://www.paininfo>
2. Shipton E.A. Pain acute and chronic. Oxford Univ Press 1999; 378.
- 3.Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты: проблемы безопасности лечения. Cons.med, 1999; 1(5): 207-11.
- 4.Астахова А.В. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС): спектр побочных реакций. Безопасность лекарств. 2000;1:26-30.
- 5.Каратеев А.Е., Яхно Н.Н., Лазебник Л.Б. и др. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. М.:ИМА Пресс.2009.
- 6.Лорноксикам (ксефокам) - новый нестероидный противовоспалительный препарат с интенсивным и пролонгированным анальгетическим эффектом.<http://neurology.mif-ua.com/archive/issue-2706/article-2714/>

Ш.А. Елшібаева

СОЗЫЛМАЛЫ ОМЫРТҚА ОСТЕОХОНДРОЗЫ БЕЛГІСІНДЕ КСЕФОКАМДЫ ҚОЛДАНУ

Ксефокамды жіті және созылмалы омыртқа остеохондрозымен ауыратын сырқаттардың ауруды ауырсыну қарқындылығын төмендетуде қолдану.

SH.A.Elchibaeva

KSEFOKAMA USE IN ACUTE AND CHRONIC SYMPTOMS SPINAL OSTEOCHONDROSIS

The use of ksefokama contributes significant reduction pain intensity in patients with acute and chronic pain in spinal osteochondrosis.



Ескожина А. С.

ПРИМЕНЕНИЕ ХОЛУДЕКСАНА ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМ И АЛКОГОЛЬНОМ СТЕАТОГЕПАТИТЕ

КГП на ПХВ « Областная больница» Северо-казахстанская обл., г. Петропавловск

Распространенность стеатоза печени как патоморфологического субстрата различных болезней этого органа довольно широка, однако особое внимание уделяется пациентам с признаками воспаления и фиброза, т.е. с подтвержденным алкогольным и неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ). Как известно, у здорового человека содержание жира в печени не превышает 1,5% от ее массы. Если количество липидов возрастает до 2-3%, мелкие капли жира в гепатоцитах выявляются при световой микроскопии, что расценивается как патологическое состояние – жировая инфильтрация (стеатоз) печени. Основной состав жиров печени представлен триглицеридами (ТГ), синтезирующимися из жирных кислот и глицерофосфата.

Обмен липидов, в том числе холестерина, в организме человека тесно связан с участием желчных кислот. Холестерин высокой плотности, богатый аполипопротеином (А-I), синтезируется печенкой или слизистой оболочкой тонкой кишки и высвобождается в системный кровоток. Там он способствует переносу избытка свободного (неэстерифицированного) холестерина от макрофагов к А-1 путем взаимодействия с транспортной системой макрофагов артериальной стенки.

Плазменная лецитин-холестеринацилатрансфераза конвертирует свободный холестерин в α -липопротеины высокой плотности (ЛПВП), далее они транспортируются в печень прямым и непрямой путем. Прямой путь представляет собой селективный захват эстеров холестерина гепатоцитами с участием рецепторов-скэвенджеров класса В типа 1 (SR-B1). Непрямой путь – холестерин высокой плотности меняется на триглицериды в частицах, обогащенных аполипопротеином-В,

липопротеины низкой и очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП) через белок-переносчик эфиров холестерина (СЕТР), который захватывает эстеры холестерина печень через рецепторы липопротеинов низкой плотности (LDLR). Холестерин, который возвращается в печень, секретируется в виде желчных кислот и холестерина. Триглицериды в модифицированных частицах ЛПВП подвергаются гидролизу печеночной липазой, вновь образуются маленькие частицы холестерина и прехолестерина высокой плотности для участия в обратном транспорте.

Желчные кислоты – первичные (хенодезоксихолевые и холевые) образуются в клетках печени из холестерина, после выделения в кишечник под влиянием бактерий они преобразуются во вторичные (литохолевую и дезоксихолевую). В кишечник желчные кислоты поступают в составе желчи в виде конъюгатов с глицином и таурином. После переваривания и всасывания они возвращаются через воротную вену в печень, совершают такой цикл до 10 раз в сутки, что называется кишечно-печеночной циркуляцией. Удаление холестерина в свободном виде или в виде желчных кислот служит единственным способом освобождения организма от него.

При прогрессировании стеатоза печени и появлении признаков воспаления и фиброза развивается стеатогепатит. По сведениям литературы, основным причинным фактором его развития служит алкоголь (более 65% случаев), частота верификации неалкогольного стеатогепатита, по данным биопсии печени в США и странах Западной Европы, составляет 7-9%. Включение в исследованиях больших групп больных с криптогенным циррозом

печени позволяет предполагать, что в 60-80% наблюдений причиной заболевания является нераспознанный НАСГ.

Механизм трансформации жирового гепатоза в стеатогепатит включает ряд патогенетических звеньев, которые имеют много общего как при алкогольном, так и неалкогольном поражении. Механизм прогрессирования алкогольной болезни печени (АБП) и НАСГ описывается моделью «двойного удара».

«Первый удар» - формирование стеатоза при ожирении, особенно висцеральном, а также в результате токсического действия этанола – приводит к тому, что в печени нарушается обмен липидов, что сопровождается увеличением содержания свободных жирных кислот (СЖК), снижением скорости β -окисления последних в митохондриях, повышением продукции ТГ, холестерина. По мере накопления жира печеночная клетка становится все более уязвимой и чувствительной к токсическим влияниям. Алкоголь и другие токсины, включая кишечную эндотоксемию, в реакциях окисления индуцируют избыточную продукцию и накопление в гепатоците свободных радикалов и других токсических метаболитов.

В процессе оксидантного стресса – «второй удар» - отмечается чрезмерная мобилизация свободных ионов железа из ферритина, что увеличивает содержание гидроксильных радикалов. Свободные радикалы запускают реакции перекисного окисления липидов, а также продукцию провоспалительных цитокинов, включая фактор некроза опухоли α (TNF- α), интерлейкин-6 и интерлейкин-8. Эти патологические реакции приводят к некрозу гепатоцитов и развитию воспалительной клеточной инфильтрации как в портальных трактах, так и в дольках.

Так, при алкогольных поражениях печени расстройства метаболизма витаминов (снижение содержания жирорастворимых витаминов, группы В), нарушения состава микроэлементов и увеличение перекисидации липидов, сопровождающееся накоплением продуктов перекисного окисления липидов и снижением синтеза глутатиона, приводят к преобладанию процессов свободнорадикального окисления над активностью антиоксидантных систем. У пациентов, длительно принимающих алкоголь, повышается проницаемость кишечной стенки, что сопровождается транслокацией бактериальных продуктов в мезентериальный кровоток и вызывает региональную и системную выработку TNF- α , и других провоспалительных цитокинов. Сывороточная концентрация NNF- α и солубилизованных TNF-рецепторов коррелирует со степенью эндотоксемии, стадией АБП и внутригоспитальной смертностью. Следовательно, кроме прямого гепатотоксического воздействия этанола на печень, имеют место токсическое действие ацетальдегида, задержка

белков и воды в гепатоцитах, иммунное поражение печени и нарушение кишечно-портального барьера - бактериальная транслокация [11].

При неалкогольном стеатогепатите возникает аналогичная картина: последовательно или одновременно с «первым ударом» развивается оксидативный стресс («второй удар»), что стимулирует избыточную продукцию провоспалительных цитокинов, особенно TNF- α , клетками Купфера [2, 10]. Оксидативный стресс, в свою очередь, активирует TF- κ B, который индуцирует воспаление через синтез молекул клеточной адгезии, цитокинов и хемокинов. Происходит выделение реактивной формы кислорода, NO, цитокинов и эйкозаноидов. Гепатоциты с признаками стеатоза самостоятельно могут продуцировать также прооксиданты, что обусловлено активацией CYP2E1- и CYP4A-зависимого окисления избытка жирных кислот, сопровождающегося повышенным образованием реактивных форм кислорода и формированием пула дикарбоксильных кислот, служащих субстратом для β -окисления [8].

Таким образом, воспаление становится дополнительным источником прооксидантов в печени, что активирует каскад реакций, приводящих к формированию стеатогепатита. Взаимодействие окислительного стресса и цитокинов влечет за собой нарушение функционирования звездчатых клеток, изменение матрикса приводит к нарушению равновесия фиброгенез-фибролиз с активацией фиброгенеза [7, 12].

Из сказанного следует, что продукты перекисного окисления липидов, некроз гепатоцитов, провоспалительные цитокины TNF- α , интерлейкин-6 служат активаторами stellatных клеток. Их стимуляция сопровождается избыточной продукцией компонентов соединительной ткани с развитием перисинусоидального фиброза, а при длительно текущем процессе – цирроза печени.

Принципы лечения стеатогепатита

При определении тактики ведения пациентов со стеатогепатитом учитываются основные этиологические факторы и фоновые заболевания. При алкогольной этиологии стеатогепатита безусловно соблюдение абстиненции. В случае имеющегося собственно неалкогольного стеатогепатита, развившегося на фоне ожирения, сахарного диабета, эффективно соблюдение диеты с комбинации с адекватными физическими нагрузками, приводящими к постепенной нормализации массы тела. При отсутствии желаемых результатов от указанных мер целесообразно назначение ингибиторов кишечной триглицеридлипазы или анорексигенных средств. Нарушения углеводного обмена (инсулинорезистентность в том числе) служат показанием к назначению препаратов, повышающих чувствительность к инсулину.

В настоящее время на фармацевтическом рынке не представлены медикаменты, обладающие

научно доказанным действием на метаболизм и выведение липидов из печеночных клеток. Однако медикаментозная терапия может снизить уровень перекисного окисления липидов, связать и инактивировать токсические субстанции в клетках печени и замедлить прогрессирование фиброза [4].

В частности, урсодезоксихолевая кислота, относящаяся к группе гидрофильных желчных кислот, эффективно применяется при лечении стеатогепатита, поскольку обладает антиапоптотическим, цитопротективным, иммуномодулирующим и противовоспалительным эффектами. Цитопротективное действие УДХК на клетки билиарного эпителия связано с предотвращением выхода цитохрома С из митохондрий, что приводит к уменьшению апоптоза

холагниоцитов и каспаз. Иммуномодулирующий эффект УДХК ассоциирован с уменьшением экспрессии молекул HLA (Human Leucocyte

Antigen) I и II классов на клетках билиарного эпителия и снижением выброса провоспалительных цитокинов (интерлейкинов-1, -2, -6, TNF- α , интерлейкина- γ). УДХК обладает также литолитическим, холеритическим действием. Кроме того, в исследовании J. Holoman и соавт. [6] продемонстрировано, что на фоне применения УДХК снижалась сывороточная концентрация N-терминального пептида коллагена III типа и матриксных металлопротеиназ и одновременно повышался уровень их тканевых ингибиторов, что клинически выражается в замедлении развития фиброза.

Некоторые эффекты действия УДХК

Эффект	Механизм
Антиапоптотический	Снижение концентрации ионизированного Са в клетках, ведущее к блокаде выхода цитохрома С из митохондрий, блокирующее, в свою очередь, активацию каспаз и соответственно апоптоз гепатоцитов.
Цитопротективный	Улучшение текучести фосфолипидного слоя мембраны гепатоцитов, что приводит к ее стабилизации и повышению устойчивости к повреждающим факторам.
Иммуномодулирующий	Уменьшение экспрессии антигенов гистосовместимости на гепатоцитах и холангиоцитах, что предотвращает активацию цитотоксических Т-лимфоцитов. Уменьшение продукции аутоантител и снижение иммунопатологических реакции.
Антиоксидантный	Изменение метаболизма простагландинов и жирных кислот.

По последним данным [9], прием УДХС с больших дозах значительно снижает концентрацию сывороточных маркеров фиброза у больных неалкогольными стеатогепатитом. В рандомизированное двойное слепое исследование 2009г было включено 126 пациентов с НАСГ (АЛТ >50МЕ/л), которые в течение 12мес получали высокие дозы УДХК (30мг/кг/сут) либо плацебо. Целью исследования было оценить эффективность высоких доз УДХК. Через 12мес уровень АЛТ снизился в группе принимающей УДХС (p<0,001), каких-либо значительных побочных эффектов не отмечено.

Что касается алкогольной болезни печени, то, исходя из патогенетических механизмов развития этого заболевания, H.Tilg и A. Diehl [11] предложили методы лечения алкогольного гепатита, потенциально успешные в соответствии с результатами клинических и экспериментальных исследований. Пациентам с АБП необходимо отказаться от употребления алкоголя, а в схемы терапии алкогольного гепатита включать антибиотики, лактулозу, которые препятствуют транслокации эндотоксинов через кишечную стенку. Препаратами выбора при тяжелых декомпенсированных формах АБП остаются кортикостероиды, снижающие уровень циркулирующих провоспалительных

цитокинов и проводящие к гистологическому улучшению за короткий период. Назначение глюкокортикостероидов (ГКС) позволяет в 2 раза повысить выживаемость этой группы больных в период текущей госпитализаций, однако необходим мониторинг инфекционных осложнений, желудочно-кишечных кровотечений, гипергликемии и почечной недостаточности.

Способность УДХК вытеснять токсические жирные кислоты позволяет рассматривать ее применение как перспективное направление в лечении алкогольного гепатита. Продолжает изучаться также возможность комбинирования ГКС с препаратами, обладающими антиоксидантной активностью, в том числе УДХК, что представляется особенно многообещающим для клинической практики.

Многообразие биохимических и иммунологических эффектов УДХК определяет возможность ее назначения практически при любой клинической форме АБП. УДХК, бесспорно, показана при холестатическом варианте острого алкогольного гепатита для существенного уменьшения зуда и улучшения биохимических параметров. Цитопротективный эффект позволяет применять ее при выраженном стеатозе в отсутствие воспаления, особенно если пациент продолжает употреблять алкоголь.

Эффективность использования УДХК при алкогольном гепатите демонстрирует следующее клиническое наблюдение. Пациентка К., 43 лет, злоупотребляла алкоголем на протяжении 5 лет после развода с мужем. В последние 3 мес, принимала стакан водки в день (64г этанола). В июле 2012 года появилась общая слабость, кожный зуд, сонливость. Коллеги по работе отметили желтушность склер. В течение 2 недель состояние ухудшалось, присоединилось ощущение тяжести в правом подреберье, интенсивность желтухи нарастала, температура тела поднялась до 39,3⁰С. После посещения врача больная госпитализирована. При поступлении в больницу состояние удовлетворительное, обращали внимание желтушность кожи и видимых слизистых, пальмарная эритема, следы расчесов. Тоны сердца ритмичные, 73 в минуту. АД 120/80мм.рт.ст. Печень увеличена, плотноэластичной консистенции с гладкой поверхностью, нижний край на уровне пупка, болезненна при пальпации. Селезенка не пальпировалась. Периферических отеков нет.

Из лабораторных данных следует отметить гиперхромную макроцитарную анемию (гемоглобин 110г/л), нейтрофильный лейкоцитоз (лейкоциты 13,8тыс., нейтрофилы 80%), повышение СОЭ. В биохимическом анализе крови – активность АСТ превышает 5 норм, при этом АЛТ в пределах нормы. Гаммаглутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза выше нормы почти в 4 раза. Уровень билирубина повышен в 7 раз. Все эти показатели свидетельствуют о присутствии холестаза. Уменьшение концентрации сывороточного альбумина, удлинение протробинового времени указывают на нарушение белково-синтетической функций печени. По результатам ультразвукового исследования органов брюшной полости - увеличение печени с признаками жировой инфильтрации, селезенка нормальных размеров, воротная и селезеночная вены не

расширены. На основании полученных данных выставлен клинический диагноз: токсический гепатит алкогольной этиологии, печеночная недостаточность, холестатический синдром.

С учетом выраженного холестатического компонента заболевания, а также в качестве антиапоптического и антиоксидантного средства больной назначено УДХК (Холудексан) в дозе 900мг/сут в 3 приема (из расчета 15мг на 1 кг массы тела в сутки), для уменьшения степени бактериальной транслокации и продукции эндотоксинов в кишечнике канамицин 1500мг в сут в течение 10дней, лактулоза 30мл ежедневно утром. Учитывая снижение белково-синтетической функции печени, вводился 10%-ный раствор альбумина в дозе 200мл ежедневно в течение 5 дней. Гиперхромная анемия потребовала назначения виаминов группы В и фолиевой кислоты. На фоне проведенного лечения и абстиненции отмечалось постепенное улучшение состояния с полной компенсацией функции печени и разрешением желтухи через 2мес от момента манифестации заболевания.

Заключение. УДХК (Холудексан) – препарат, обладающий антиапоптическим и противовоспалительным действием, а также хорошим профилем безопасности. Применение его можно рекомендовать пациентам, страдающими стеатогепатитом различной этиологии. При алкогольном поражении печени необходимо полное воздержание от приема алкоголя. Продолжает изучаться комбинация кортикостероидов с препаратами, обладающими антиоксидантной активностью, в том числе УДХК, что представляется наиболее перспективным для клинической практики. В случае имеющегося собственно НАСК на фоне ожирения УДХК может назначаться в качестве цитопротективного, антиапоптического и замедляющего фиброз препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей./ Под редакцией В.Т.Ивашкина. – М.: изд.дом «М-Вести», 2002. – 545с.*
2. *Буеверов А. О., Богомолов П. О., Маевская М.В. Патогенетическое лечение неалкогольного стеатогепатита: обоснование, эффективность, безопасность// Тер.арх. – 2007г. - № 8. – с.88-92.*
3. *Буеверов А.О., Маевская М.В., Ивашкин В.Т. Дифференциальный подход к лечению алкогольных поражений печени//Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – Т.15, № 5. – с.4-10.*
4. *Ивашкин В. Т., Маевская М.В. Алкогольно-вирусные заболевания печени. – М.: Литтера, 2007. – 160 с.*
5. *Федосьина Е.А., Маевская М.В. Лечение неалкогольного и алкогольного стеатогепатита.// Рос.журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2010. – Т.15, № 3. – с.4-11.*
6. *Holoman J. et al. serum markers of liver fibrosis in patients with non-alcoholic steatohepatitis (NASH). Correlation to morphology and effects of therapy // J. Hepatol. – 2000. – N32. – P. 210.*
7. *Medina J. et al. approach to the pathogenesis and treatment of non- alcoholic steatohepatitis // Diabetes Care. – 2004. – N 27. – P. 2057-2066.*
8. *Oneta CM., Dufour J.F. Non-alcoholic fatty liver disease: treatment options based on pathogenic considerations // Swiss Med. Wkly. – 2002. – Vol. 132. – P. 493-505.*
9. *Ratziu V. Presentation title: A multicentric, double-blind, randomized placebo-controlled trial of high dose ursodeoxycholic acid in patients with non-alcoholic steatohepatitis. Abstract T 1013.*
10. *Solga S.F., Diehl A. Non-alcoholic fatty liver disease: lumen-liver interactions and possible role for probiotics // J. Hepatol. – 2003. – N 38. – P.681-687.*

11. Tilg H., Diehl A. Cytokines in alcoholic and non-alcoholic steatohepatitis // *N. Engl. J. Med.* – 2000. Vol. 343, N 20. – P. 1467-1476.
12. Wu W.C., Zhao W., Li S. Small intestinal bacteria over-growth decreases small intestinal motility in the NASH rats // *World J. gastroenterol.* – 2008. – Vol. 14, N 2. – P. 313-317.

Есқожина А. С.

АЛКОГОЛДІ ЖӘНЕ АЛКОГОЛДІ ЕМЕС СТЕАТОГЕПАТИТ КЕЗІНДЕ «ХОЛУДЕКСАН» ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ

Бұл мақалада алкогольді және алкогольді емес стеатогепатит кезінде «Холудексан» препаратын қолданудың тиімді әдістері мен тәсілдері қарастырылған.

Eskozhina AS.

HOLUDEKSAN'S APPLICATION AT NOT THE ALCOHOLIC AND ALCOHOLIC STEATOGEPTIS

Holudeksan – the preparation possessing antiapoptic and anti-inflammatory, and also a good profile of safety. It is possible to recommend application to the patients, suffering steatogepatis to a various etiology.



Жукабаева С.С.

АНАЛИЗ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ

АО «Медицинский университет Астана»

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) - недостаточность кровоснабжения мозга вследствие поражения сосудов мозга или крупных магистральных сосудов, а также в результате патологических изменений состава крови. **Актуальность** проблемы острых нарушений мозгового кровообращения у детей обусловлена высоким уровнем смертности при данной патологии, частой инвалидизацией пациентов [1,2]. Наиболее частыми формами нарушения мозгового кровообращения у детей раннего возраста являются субарахноидальное кровоизлияние и множественные диапедезные кровоизлияния в вещество мозга. У детей первых трех лет жизни на их долю приходится около 80% всех случаев расстройств мозгового кровообращения. Тромбозы и эмболии встречаются редко и составляют 8,7% среди сосудистых поражений мозга, причем в 80% случаев они обусловлены врожденными пороками сердца и крупных сосудов [3,4]. Заболеваемость инсультом у детей составляет 2,5 случая на 100 000 детей в год. В молодом возрасте (16-45 лет) и у детей соотношение геморрагического и ишемического инсульта достигает от 1:1 до 1,5:1, что указывает на более высокую частоту геморрагического инсульта, чем в старших возрастных группах [5].

Цель исследования – провести анализ ОНМК у

детей г. Астана за 2010-2011 годы.

Материал и методы исследования: материал собран на основе анализа историй болезни пациентов детского нейрохирургического и реанимационного отделений ГДБ №2 за 2010-2011 годы. Диагнозы верифицированы на основе данных объективного исследования с использованием лабораторных методов исследования спинномозговой жидкости, инструментальных методов исследования - нейросонографии, компьютерной томографии мозга, электроэнцефалографии, исследования глазного дна.

Результат и обсуждение: Был проведен анализ историй болезни 19 детей с ОНМК в возрасте от 1 месяца до 13 лет, среди которых мальчиков – 14 (74%), девочек – 5 (26%). Возраст пациентов варьировал от 1 месяца до 13 лет. До 1 месяца жизни перенесли ОНМК -1 пациент (5%), от 1-6 месяцев - 8 (42%), 6-12 месяцев – 2 (10%), 1-2 года – 6 (33%) и в возрасте 13 лет - 2 (10%). Наибольшее число ОНМК регистрировалось в возрасте 1-6 мес, с преобладанием до 2 месяцев жизни.

По характеру инсульта геморрагический инсульт наблюдался у 18 пациентов (95%), ишемический инсульт составил 1 случай. Кровоизлияния в большие полушария мозга регистрировались у 14 (78%) пациентов, субдуральные у 3 (17%)

пациентов, субарахноидальные кровоизлияния 1 случай. В большинстве случаев первыми признаками заболевания явились беспокойство (89%), нарушение сна (84%), отказ от груди (58%), рвота (11%), наличие очаговой симптоматики в виде глазодвигательных нарушений (16%), пареза лицевого нерва (1 случай), афазии (1 случай), судорог (26%), нарушения сознания (74%).

Анализы на внутриутробную инфекцию (вирус простого герпеса, цитомегаловирус, токсоплазмоз, хламидии, микоплазма) были положительными у 11(58%) больных с ОНМК. ДВС синдром отмечался в 7 (37%) случаях, аномалия сосудов головного мозга в 1 случае, геморрагическая болезнь новорожденных в 2 случаях, ОНМК в сочетании с бронхопневмонией отмечалось в 10 случаях (53%).

Анализ перинатального периода выявил, что все пациенты по сроку гестации доношенные (38-40 недель), с массой тела при рождении 2800-3900 граммов. Угроза прерывания беременности наблюдалась у 11 (58%) пациентов, анемия - 9 (47%), токсикоз - 15 (79%), ОРВИ - 12 (63%). Всем пациентам с полушарными кровоизлияниями и дислокацией срединных структур мозга проведено оперативное удаление внутримозговых гематом 14 (78%), в остром периоде ОНМК.

Таким образом, ОНМК у детей чаще наблюдаются в возрасте 1-2 месяца, преобладают геморрагические инсульты с кровоизлиянием в большие полушария. Основной причиной ОНМК у детей является внутриутробная инфекция.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С. *Неврология и нейрохирургия. М.: Медицина, 2000.*
2. Бабин В.Г., Атаманчук И.Н., Давиденко Г.М. и др. Множественные аномально расположенные хорды на верхушке левого желудочка – этиологический и патогенетический факторы ишемического инсульта у лиц молодого возраста. *Лікарська справа. 2004; 5–6: 62–4.*
3. *Stroke in childhood. Clinical guidelines for diagnosis, management, and rehabilitation. Prepared by the Pediatric Stroke Working Group. Royal College of Physicians. London, 2004.*
4. *Диагностика и лечение инсульта у детей: учебное пособие/авторский коллектив. – Москва, 2008. – 61С.*
5. Зыков В.П., Черкесов В.Г., Степанищев И.Л., Комаров И.Б., Семенова О.И. Популяционное исследование церебрального инсульта у детей в Москве.// *Альманах клинической медицины. Том VIII. Часть 3. Москва, 2005. С.5-9.*

С.С. Жұқабаева

БАЛАЛАРДАҒЫ МИ ҚАНАЙНАЛЫМЫНЫҢ ЖЕДЕЛ БҰЗЫЛЫСТАРЫН ТАЛДАУ

Ми қанайналымының жедел бұзылыстарымен 19 бала зерттелді. 1-2 айлық балаларда ми қанайналымының жедел бұзылыстар жиі кездесетіні анықталды, үлкен жарты шардың геморрагиялық инсульты қан кұйылулар басым болады. Балаларда МҚЖБ-ның негізгі себебі жатыр ішілік инфекция болып табылады.

S.S. Zhukabaeva

ANALYSIS OF ACUTE ISCHEMIC STROKE IN CHILDREN

We studied 19 children with acute stroke. It is established that acute ischemic attacks are more common in children aged 1-2 months, is dominated by hemorrhagic stroke with hemorrhage in the cerebral hemispheres. The main cause of stroke in children is intrauterine infection.



*Б.З. Жусупов, Р.Ж. Лакпаева, В.Н. Ким, С.З. Кузбаева,
Н.В.Иванова, Ю.В. Альбрехт.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СИНУПРЕТА-СИРОПА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ АДЕНОИДИТОВ

*АО «Медицинский университет Астана», каф. оториноларингологии,
Железнодорожная больница г. Караганда.*

Результаты многолетнего изучения распространенности патологии носоглоточной миндалины и вопросы рационального щадящего и оперативного лечения аденоидитов и по сей день остаются актуальными [1, 5].

При возникновении и развитии острого аденоидита происходит повреждение мерцательного эпителия верхних дыхательных путей (весь объем и площадь, занимаемая мерцательным эпителием считается по последним данным как «орган» от которого зависит нормальная физиология носа и околоносовых пазух) [3, 6]. Развивается отек, утолщение слизистой полости носа, носоглоточной миндалины экссудативного или продуктивного характера с обструкцией естественных выводных соустьев остиомеатильного комплекса, наблюдается увеличение вязкости секрета, замедление мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки носа [2, 4]. Это создает застой секрета, нарушение газообмена слизистой и условия для вторичного бактериального воспаления. В связи с вышесказанным, острый аденоидит является промежуточным звеном в формировании патологических острых и хронических процессов полости носа, в придаточных пазухах носа.

Развитие новых аспектов лечебного, технологического процессов в оториноларингологии предполагают новую оценку вопросов лечения острого аденоидита.

Под нашим наблюдением находилось 230 больных детей с острым аденоидитом в возрасте от 5 до 15 лет. Причиной острого аденоидита была ОРВИ.

В методику исследования входило: оценка жалоб, риноскопическое обследование, констатация и клиническая интерпретация особенностей течения острого аденоидита в процессе проводимого лечения под контролем эндоскопа в 0⁰ фирмы «Storz» в сроки на 3,6,9 сутки.

Для лечения больных детей использовали синупрет-сироп компании Бионорика АГ, Германия, который обладает противовоспалительным, противоотечным, секретолитическим эффектом.

Синупрет-сироп хорошо переносится детьми, имеет приятный вишневый вкус, содержание этилового спирта снижено в 2,5 раза.

Синупрет – это растительный комплекс в состав которого входят активные компоненты: корень генцианы, обладающий секретолитическим действием, цветки первоцвета – секретолитическим, противовоспалительным, иммуномодулирующим

действием. Щавель – противовоспалительным, секретолитическим, антивирусным, цветки бузины – противовоспалительным, спазмолитическим, вербены – секретолитическим, противовоспалительным, жаропонижающим действием.

Синупрет-сироп назначался: детям от 5 до 6 лет – по 2,1 мм – 3 раза в день, детям от 6 до 12 лет – по 3,5 мм – 3 раза в день, детям от 12 до 15 лет – по 7 мм – 3 раза в день. Курс лечения составляет 9 дней.

Оценка эффективности препарата синупрет-сироп производилась во время контрольных осмотров на 3, 6 и 9 сутки проводимого лечения. Оценивались следующие симптомы: головная боль, температура, кашель, затруднение носового дыхания, динамика стекания слизи по задней стенке глотки при фарингоскопии, состояние слизистой носовой полости, носовых раковин. Состояние носовой полости, носоглотки и клиническую картину течения острого аденоидита определялось проведением эндоскопического исследования при помощи эндоскопа 0⁰ фирмы «Storz».

После проведенного лечения синупрет-сиропом на 3 сутки отмечен положительный эффект у 180 больных с острым аденоидитом, которые отмечали исчезновение головных болей, нормализацию температуры, уменьшение кашля, значительное улучшение носового дыхания, уменьшение отделяемого из носа и затекания слизи по задней стенке глотки.

У 50 детей носовое дыхание оставалось затрудненным, отделяемое из носа было слизистым с примесью гноя с умеренной вязкостью, с затеканием слизи по задней стенке глотки.

При эндоскопическом исследовании у них отмечалось уменьшение гиперемии и отека слизистой оболочки полости носа, сокращение в объеме нижних носовых раковин, уменьшение количества слизи и её консистенции, слизь стала светлее и менее вязкой. Отмечалось уменьшение отека и инфильтрации носоглоточной миндалины, скудные гнойно-слизистые выделения на поверхности долек аденоидных вегетаций.

При осмотре больных детей с острым аденоидитом на 6 сутки клинически отмечалось улучшение носового дыхания у 84 детей с обеих сторон, выделения из носа стали умеренными, светлыми. Головные боли отсутствовали, кашель стал реже. При риноскопии у детей отмечен значительный спад отека слизистой носа, значительное уменьшение в объеме носовых

раковин, слизистые выделения стали прозрачными с единичными прожилками желтой слизи, иногда по утрам оставалась заложенность носа, которая исчезала после промывания носа физиологическим раствором.

У 116 детей носовое дыхание нормализовалось, слизистая носовой полости, носовых раковин стала розовой, выделения из носа стали прозрачными, незначительными. При эндоскопическом исследовании слизистая носоглотки розового цвета, аденоидные вегетации определены I степени, отмечены слизистые выделения в незначительном количестве, прозрачные. У этих детей состояние определялось как клиническое выздоровление.

У 25 детей при эндоскопическом исследовании носоглотки определялось уменьшение отека и объема носоглоточной миндалины до I степени, отсутствие гнойных выделений и отмечалось улучшение носового дыхания.

У 5 детей носовое дыхание оставалось умеренно затрудненным, выделения уменьшились, стали более светлыми, но остались густыми, вязкими. Оставался редкий кашель, незначительные головные боли. Носовые раковины умеренно гиперемированы, отечность их стала меньше чем при первом осмотре. При анемизации слизистой их, носовые раковины сокращались по типу ложной гипертрофии. При эндоскопии эндоскопом 0° фирмы «Storz» носоглотка осматривалась с затруднением из-за большого скопления густой слизи. Носоглоточная миндалина оставалась отечной, увеличенной до II степени, определялась отечность, незначительная инфильтрация долек, гиперемия с очаговым скоплением густой слизи серо-желтого цвета.

При клинической оценке 114 больных детей на 9 сутки определялось исчезновение кашля, отсутствие головных болей, удовлетворительное носовое дыхание, выделения из носа стали незначительными и прозрачными, слизистая носовой полости приобрела розовую окраску, сократились в объеме носовые раковины и носовые ходы стали шире. При эндоскопическом исследовании у всех детей отмечено сокращение

аденоидной ткани (носоглоточной миндалины) до I степени, исчезновение её отечности, определялись скудные слизистые прозрачные выделения. У этих больных определено клиническое выздоровление.

При осмотре и клинической оценке 5 детей носовое дыхание улучшилось, в сравнении с осмотром на 3 и 6 сутки, но оставалось умеренно затрудненным, выделения сократились, но оставались в виде отдельных сгустков, носовые раковины уменьшились в объеме, но наблюдалась умеренная застойная гиперемия слизистой носа.

При эндоскопии носоглотки отмечено увеличенная носоглоточная миндалина до III степени, рыхлой консистенции, гиперемированными отечными долями. Этим больным было рекомендовано в целях дальнейшей реабилитации проводимого лечения операция – аденотомия.

Таким образом, при лечении 230 больных детей с острым аденоидитом с использованием синупрета-сиропа в течение 9 дней клиническое выздоровление отмечено у 225 детей (83 %) причем у 114 детей (17 %) клиническое выздоровление наступило на 6-ой день проводимого лечения.

У 5 больных детей (17 %) в результате монотерапии синупретом-сиропом наступило незначительное улучшение. При эндоскопическом исследовании носоглотки определены аденоидные вегетации III степени, что позволило рекомендовать для дальнейшей реабилитации состояния основных физиологических функций носа операцию – аденотомию.

Данными исследованиями подтверждено, что синупрет-сироп высокоэффективен в виде монотерапии при лечении острых аденоидитов. Сочетание противовоспалительного, противовирусного, противоотечного и секретолитического действия препарата приводит к нормализации мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки носа, вязкости ее, облегчения носового дыхания, восстановления дренажа носовой полости, что является основой базисной терапии острых аденоидитов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопатин А.С. Фармакотерапия воспалительных заболеваний околоносовых пазух. *Русский медицинский журнал*. – М., 2000. – Т. 8 № 5. – С. 223-226.
2. Рязанцев С.В., Захарова Г.П., Дроздова М.В. Синупрет в оториноларингологии. *Русский медицинский журнал* – 2001г.
3. Гаращенко Т.И., Богомилский М.Р., Радциг Е.Ю. Синупрет в лечении заболеваний носа, околоносовых пазух и среднего уха. *Российская ринология* – М., 2002. – №3. – С. 38-42.
4. Бибах К., Крамер А. Эффективное лечение детей с риносинуситом. *Ринология*. – М., 2005. – №1. – С. 55-60.
5. Кривоустов С.П. Насморк у детей. *Природная медицина*. – 2010, №2.
6. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. М.И.А. – Москва, 2006г.
7. Рымиша М.А., Чаукина В.А. Хронические воспалительные заболевания глотки у детей. // *Болезни уха, горла и носа в детском возрасте*. /Национальное руководство/ под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. М., ГЭОТАР-Медиа. 2008, с. 336-356.
8. Карпова Е.П., Тулупов Д.А и соавт. Профилактика хронического аденоидита у детей с кислотозависимой патологией желудка. *Вестник оториноларингологии*. 2009 г., №5, с. 55-58.

9. *Modrzynski M., Zawisza E. Frequency of adenoid hypertrophy in children with allergic diseases. Przeg Lek. 2003. Vol.60. №5. P.322-324.*
10. *Melzer J., Sailer R., Schapowal A., Briqnoli R. Systematic review of clinical data with BNO-101 (Sinupret) in the treatment of sinusitis. Fosch Kompletimed 2006; 13:78-87.*
11. *Bharqave G., Woodworth B.A. et al. Transient receptor potential vanilloid type 4 channel expression in chronic rhinosinusitis. Am J Rhinol 2008; 22:7-12.*
12. *Pintucci J.P., Corno S., Garotta M. Biofilms and infections of the upper respiratory tract. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2010. Vol.14. №8. P.683-690.*

*Б.З. Жүсінов, Р.Ж. Лақпаева, В.Н. Ким, С.З. Күзбаева,
Н.В. Иванова, Ю.В. Альбрехт*

ЖЕДЕЛ АДЕНОИДИТТІК АУРУЛАРДЫ ЕМДЕУДЕ СИНУПРЕТ- СИРОПТЫ ҚОЛДАНУ ТИІМДІЛІГІ

230 жедел аденоидиттік аурулары бар балаларда иммуномодулятордың клиникалық сапасы зерттелді. Емдеудің нәтижесін сараптағанда синупрет - сироптың қолдану нәтижесінің ең тиімді екені анықталды.

*B.Z.Zhussupov, R.Zh. Lakpaeva, V.N. Kim, S.Z. Kuzbaeva,
N.V. Ivanova, U.V. Albreht*

EFFECTIVENESS OF THE SINUPRET SYRUP IN THE TREATMENT OF ACUTE ADENOIDITIS

In 230 children with adenoiditis studied the clinical efficacy of immunomodulator. This research confirmed that Sinupret syrup, highly effective as monotherapy in the treatment of acute adenoiditis.



Б. М. Ибраева

МИЛДРОНАТ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ

Главный военный клинический госпиталь МО РК г. Астана

Введение. Все более широкое применение в офтальмологии находят препараты, улучшающие метаболизм. Экспериментально установлено, что милдронат восстанавливает равновесие между доставкой и потребностью клеток в кислороде, устраняет накопление токсических продуктов обмена в клетках, защищая их от повреждения. Милдронат является структурным аналогом гамма-бутиробетаина, вещества, которое находится в каждой клетке организма человека. В результате снижения концентрации карнитина усиленно синтезируется гамма-бутиробетаин, обладающий вазодилатирующими свойствами. При острых и хронических ишемических нарушениях улучшает циркуляцию крови в очагах ишемии, способствует перераспределению крови в пользу ишемизированных участков.

Цель. Показать на клинических примерах эффективность применения препарата милдроната для лечения пациентов с первичной стабилизированной глаукомой.

Материал и методы. Проведено клиническое обследование 32 пациентов первичной глаукомой

(открытоугольной-22, закрытоугольной-10) в возрасте от 58 до 76 лет. Все пациенты разделены на три группы. 1-я группа (10 человек 20 глаз) наряду с традиционным лечением получала милдронат в виде парабульбарных ежедневных инъекций по 0,5 мл (50 мг). 10% раствора в течение 10 дней на фоне базисной терапии. 2-я группа (11 человек, 22 глаза) получала милдронат внутривенно по 5 мл (500 мг) 10% раствора ежедневно в течение 10 дней на фоне базисной терапии. 3-я группа (11 человека, 22 глаза) получала терапию, включающую милдронат парабульбарно по 0,5 (50 мг), внутривенно 5 мл (500мг) 10% раствора ежедневно в течение 10 дней на фоне базисной терапии.

Все обследуемые группы были сопоставлены по возрасту и соматическому статусу. Во всех случаях компенсация внутриглазного давления достигнута путем назначения местных гипотензивных препаратов или в результате ранее произведенной операции.

Эффективность лечения оценивала путем определения остроты зрения, полей зрения методом стандартной автоматизированной периметрии в

динамике.

Результаты. В ранее проведенных исследованиях было доказано, что у пациентов с глаукомой возникает диффузная или фокальная ишемия. Она может быть обусловлена изменениями в микрососудах и реологии крови, снижением перфузионного давления крови из-за повышения ВГД, дисфункцией сосудистого эндотелия и нарушением ауторегуляции кровообращения в головке зрительного нерва. В связи с этим мной использован милдронат - препарат, оказывающий вазодилатирующий эффект. В результате комплексного лечения, включающего парабульбарное введение милдроната, острота зрения повысилась в 10 из 20 глаз. В остальных случаях центральное зрение осталось на прежней уровне, границы периферического поля зрения расширились в 9 глазах, не изменилось в 10 глазах, в одном случае отмечалось сужение периферического поля зрения, что, вероятно, было связано с отсутствием стабилизации глаукомного процесса вследствие низкого толерантного давления. В результате лечения, включающего внутривенное введение милдроната, острота зрения повысилась в 10 случаях (из них в 3 глазах с развитой и далекозашедшей глаукомой), в 13 глазах осталась без динамики, в 2-х случаях с далекозашедшей глаукомой было отмечено снижение центрального

зрения вследствие прогрессирования возрастной катаракты. Границы периферического поля зрения расширились в 6 глазах, остались прежними в 14 глаза, сужение поля зрения в 2-х глазах связано с прогрессированием возрастной катаракты. Сочетанное применение милдроната парабульбарно и внутривенно позволило повысить остроту зрения в 14 глазах (5 случаев с развитой и 7 далекозашедшей стадиями глаукомы). В 21 случаях острота зрения осталась прежней. В 1 глазу с далекозашедшей стадией процесса острота зрения снизилась на 0,2-0,3. Границы периферического поля зрения расширились в 11 из 22 случаев.

Заключение. Сравнительный анализ показал, что зрительные функции в целом по группам при различных способах применения милдроната улучшились при парабульбарном введении на 56,7 %, при внутривенном - на 66,8% в сочетании - на 80 %, в большей степени способствуя расширению периферического поля зрения. Результаты, полученные при использовании милдроната парабульбарно, внутривенно или в сочетании, выше, чем у больных, получавших только общепринятую терапию.

Таким образом, включение в комплекс лечения глаукомы милдроната (парабульбарно и внутривенно) способствует стабилизации и в ряде случаев повышает зрительные функции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Видаль специалист Справочник «Офтальмология» М.: АстраФармСервис, 2007 г. с. 179-180.
2. Волков В.В., Сухина Л.Б., Устинова Е.И. Глаукома, преглаукома, офтальмогипертензия. Ленинград «Медицина» Ленинградское отделение 1985 г. с. 12.

3. James F. Vender, Jennis A. Golt Секреты офтальмологии Москва МЕДпресс-информ 2005г. с. 166.
4. Joseph Flammer. Глаукома World Wide Printing 2003г. с. 98-99.
5. Нестеров А.П. Первичная глаукома. Москва «Медицина» 1973 г. с. 52-54.

Б.М.Ибраева

БІРІНШЛІКТІ ГЛАУКОМА ЕМІНДЕ МИЛДРОНАТ ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ

Зерттеуге алынған 32 науқасқа, милдронатты 3 түрде (парабульбарлы, тамыр ішіне, аралас) қолдануды тағайындау нәтижесінде науқастар 3 топқа бөлінген, сонымен қатар, науқастарға қосымша басқа да дәрілік терапиясы тағайындалған. Нәтижесінде көру функциясын жақсартады, кейбір жағдайда тұрақтандырады.

В. Ibrayeva

MILDRONAT IN A PRIMARY GLAUCOMA TREATMENT

32 patients taken under the observation were divided in 3 groups as a result of instructed usage of Mildronat in 3 different ways (parabulbaris, intravenous, both of them) and additionally other medicine therapy which was given to them. As a result a visual function was improved.



КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

РГП «Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан», г. Астана

Актуальность менопаузы обусловлена стремительным ростом числа людей старших возрастных групп и преобладанием среди них женщин. Поэтому большое внимание в последние годы уделяется вопросам здоровья женщины в менопаузе. Следует отметить, что менопаузальный период сопровождается значительным снижением качества жизни за счет развития симптомов климактерического синдрома. Зачастую женщины в этом периоде не получают адекватного лечения, к гинекологу они часто не обращаются, а терапевт, к которому больные идут со своими разнообразными жалобами, не всегда связывает возникшие нарушения с наступлением менопаузы, поэтому не всегда назначает патогенетическую терапию [1,4].

Врачу общей практики важно определить терапевтические аспекты менопаузы, выделить наиболее частые проблемы этого периода, рассказать о существующих подходах в лечении этих состояний. Лечение этих заболеваний проводят специалисты, однако связь заболеваний с изменениями гормонального статуса побуждает искать другие подходы к их коррекции.

Цель исследования – изучение клинической эффективности альтернативной заместительной терапии фито – СЭРМ Климадиноном у женщин с климактерическим синдромом для оптимизации программ долговременной медицинской и психологической реабилитации в условиях поликлиники [3].

Материалы и методы. Было обследовано 28 женщин в возрасте от 48 до 58 лет, с давностью диагноза менопаузальный синдром от 1 до 4 лет (все были осмотрены гинекологом и терапевтом). Испытуемые отвечали на вопросы стандартизированной анкеты. Оценка степени тяжести менопаузального синдрома проводилась согласно величине модифицированного менопаузального индекса (ММИ) который включает в себя три субшкалы: нейровегетативных, обменно-эндокринных и психоэмоциональных нарушений [3]. Согласно результатам исследований легкая и средняя степень тяжести менопаузального синдрома встречалась с одинаковой частотой. Но при характеристике шкал, составляющих ММИ, выявлено, что средняя степень тяжести нейровегетативных нарушений встречается в 3 раза чаще, чем средняя степень тяжести метаболических и психо-эмоциональных нарушений. По шкале нейровегетативных нарушений всех женщин беспокоит повышение артериального давления, отёчность лица или век, головные боли, непереносимость жары, онемение

и судороги нижних конечностей. 83% отмечали головокружения, 67% сердцебиение в покое. Кроме того, 50% женщин жаловались на приливы жара до 10 и более приступов в день. Анализ шкалы метаболических нарушений показал, что всех женщин в 100% беспокоят мышечно-суставные боли, в 47% случаев диагностировано ожирение, причём в 40% это ожирение 2 ой степени. Изучение шкалы психо-эмоциональных нарушений свидетельствует, что в 83% случаях женщин беспокоило нарушение памяти и лабильность настроения, утомляемость - в 67%, повышение аппетита - в 50%.

Патогенетическая терапия КС, как правило, проводится с использованием традиционного подхода – заместительной гормональной терапии (ЗГТ) (эстрогенами или эстрогенами в комбинации с прогестинами в определенных режимах), но назначение ЗГТ имеет ограничения. Проблематичность подобного терапевтического подхода заключается в повышении риска развития рака молочных желез, несмотря на то, что до недавнего времени считалось, что данная патология возникает значительно чаще после лечения, превышающего 10 лет [1,3,5].

При наличии ограничений для ЗГТ альтернативой могут стать фитозэстрогены, обладающие различными механизмами действия.

Наилучшим фитопрепаратом с изученным механизмом действия, с установленным стандартом состава и качества, является специальный экстракт корневища Цимицифуги кистевидной ВНО 1055, разработанный немецкой компанией «Бионорика АГ» Препарат представлен под торговым названием Климадинон. Он обладает эстрогенным действием по отношению к костной ткани, печени и ЦНС, не оказывая воздействия на эстрогеномодулируемые гены матки, устраняя при этом такие расстройства климактерического периода, как приливы, потливость и эмоциональную лабильность.

Наши пациентки принимали Климадинон по 1 таблетке 2 раза в день с небольшим количеством жидкости, не разжевывая; либо по 30 капель 2 раза в день, предварительного разбавляя их в жидкости. Приём препарата был длительный (до 2-х 3-х месяцев) [1,5].

Результаты и обсуждение. Терапевтическая эффективность препарата Климадинон пациентками была оценена как отличная в 68% (в 19 случаях), хорошая в 22,8% (6 человек) и удовлетворительная в 9,2% (3 случая). По данным ММИ отмечено достоверное уменьшение клинических проявлений КС под влиянием лечения

препаратом Климадинон с $40,72 \pm 2,52$ до $24,34 \pm 2,11$ ($p < 0,05$), в основном за счет регрессии нейровегетативных и психоэмоциональных симптомов [3,6].

Выводы:

Климадинон, являясь альтернативой ЗГТ, оказывает положительное влияние на вегетативные и эмоциональные симптомы, метаболизм костной ткани, не прекращает менструации у женщин с сохраненным циклом и не имеет побочных эффектов, присущих ЗГТ [1,3]. Нет сведений об отрицательном влиянии препарата на сердечно-сосудистую смертность, возникновение рака

молочной железы, его можно назначать для лечения климактерических расстройств пациенткам с ИБС, АГ [2,3]. Кроме того, назначение Климадинона, имеющего растительную основу, предусматривает хороший комплайенс, так как пациентам не нужно преодолевать страх, который возникает при использовании гормональных препаратов [1,5]. Климадинон так же эффективен для уменьшения основных симптомов климактерического периода, определенных по шкале менопаузы, оказывает легкое эстрогеноподобное действие на вагинальную цитологию без параллельного утолщения эндометрия [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Балан В.Е., Зайдиева Я.З. Применение фитозэстрогенов для лечения гипозэстрогенных состояний// Русский медицинский журнал, 2005, т. 8, №3, стр. 56-61
 2. Барт Б.Я., Бороненков Г.М., Беневская В.Ф. Артериальная гипертензия у женщин в постменопаузе: современные возможности медикаментозной терапии в поликлинических

условиях // Российский кардиологический журнал, 2004, №5, с. 69-70.
 3. Безус Е.В., Ламакина В.Г., Дробот Е.В. Менопаузальный синдром в терапевтической практике// Современные наукоемкие технологии. – 2010. – № 2 – С. 73-74
 4. Сметник В.П. Кулакова В.И. Руководство по климактерии. М., 2006, с. 328.

Бдырысова Б.А.

ТЕРАПЕВТ ТӘЖІРИБЕСІНДЕ КЛИМАКТЕРИЯЛЫҚ СИНДРОМНЫҢ КЕЗДЕСУІ

Климадинон ГТА-ға (гормонды терапияны алмастырушы) балама болып табылады, ол вегетативті және эмоциялық белгілерге, сүйек тінінің метаболизміне оң әсерін тигізеді, әйелдердің етеккірін тоқтатпайды және ГТА-ға тән қарсы әсерлері жоқ. Препараттың жүрек-қан өлім-жітіміне, сүт безінің обырының пайда болуына жағымсыз әсері туралы мәліметтер жоқ, оны жүректің сырқаты, қан қысымы бар науқас әйелдерге климактериялық белгілерді емдеу үшін тағайындауға болады. Бұдан басқа, өсімдік негізінде жасалған Климадинон пациенттерде гормонды препараттарды қолданғандағыдай үрей болмайды. Климадинонның менопауза шкаласында айқындалған климактериялық кезеңнің негізгі белгілерін азайту үшін де әсері бар, ол эндометрияны қоса қалыңдатпай, қынап цитологиясына жеңіл эстроген тәрізді әсер етеді.

Idrisova B.A.

CLIMACTERIC SYNDROME IN MEDICAL THERAPY

Klimadinon, as a alternative to hormone replacement therapy, has a positive effect on autonomic and emotional symptoms, bone metabolism, does not stop menstruation in women in intact cycle and has no side effects, inherent in HRT. There is no information about the negative effects of the drug on cardiovascular mortality, the occurrence of breast cancer, it can be assigned for the treatment of menopausal disorders in patients with coronary heart disease, hypertension. In addition, the appointment of plant-based Klimadinon, provides a good compliance, as patients do not need to overcome the fear, that arises when using hormones. Klimadinon is also effective for reducing the core symptoms of menopause, defined on a scale of menopause, has a slight estrogenic effect on vaginal cytology without a parallel thickening of the endometrium.



ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

РГП «Больница Управления делами Президента Республики Казахстан», г. Астана

В настоящее время острый бронхит (ОБ) является одной из наиболее частых причин обращения пациентов за медицинской помощью на амбулаторном этапе. Заболеваемость ОБ колеблется в очень широких пределах в зависимости от времени года (пик приходится на конец декабря и начало марта) и эпидемиологической ситуации в обследуемой популяции (среди школьников, военнослужащих, обитателей домов престарелых и др.). Однако истинные масштабы распространенности ОБ у взрослых оценить крайне сложно, так как большинство оценок базируется на анализе обращаемости населения за медицинской помощью и зачастую нетяжелые клинические формы заболевания просто не регистрируются. ОБ чаще всего скрывается под маской ОРВИ или ОРЗ, и единственным симптомом заболевания будет являться остро возникший кашель. В такой ситуации больные предпочитают лечиться самостоятельно, и только каждый третий обращается за медицинской помощью. На сегодняшний день специальных исследований по эпидемиологии ОБ в нашей стране проведено не было, что можно объяснить отсутствием стандарта диагностики внебольничных инфекций нижних дыхательных путей (ИНДП), в число которых в качестве нозологической формы входит ОБ.

Диагноз «острый бронхит»; (J20 по рубрике МКБ–10) выставляется при наличии остро возникшего кашля, продолжающегося не более 3х недель (вне зависимости от наличия мокроты) при отсутствии патологии носоглотки, признаков пневмонии и хронических заболеваний легких, которые могут быть причиной кашля. Рекомендации Австралийского общества врачей общей практики предлагают также при диагностике ОБ учитывать такие симптомы, как отделение мокроты, одышку, свистящие хрипы в легких или дискомфорт в груди. Необходимо отметить, что все вышеуказанные симптомы, составляющие клиническую картину ОБ, не являются строго специфичными для этого заболевания. Поэтому в ряде случаев диагноз устанавливается *ex juvantibus*.

Диагностика острого бронхита в амбулаторной практике обязательно предполагает дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, для которых кашель является одним из ведущих симптомов. На первом этапе лечащему врачу необходимо решить, с каким заболеванием вероятнее всего связан остро возникший кашель – с инфекционным поражением нижних дыхательных путей или с неинфекционной патологией, такой как бронхиальная астма, сердечная недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии и др.

После исключения неинфекционной патологии,

на втором этапе, необходимо решить, на каком уровне локализуется инфекционный процесс – на уровне трахеи и бронхов или легочной паренхимы (пневмония). Таким образом, врачу общей практики, прежде всего, необходимо провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, для которых кашель является одним из ведущих симптомов. Один из таких заболеваний - хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).

На заключительном этапе ведения больного с ОБ, должно быть принято непростое решение о потенциальной возможности проведения специфической этиотропной терапии с учетом наиболее вероятного возбудителя. К сожалению, в большинстве случаев установление диагноза ОБ ассоциируется у врача с необходимостью назначения антибактериальной терапии. По различным оценкам, после посещения поликлиники пациенту практически всегда рекомендуется прием антибиотиков. Напомним, что в современных руководствах по терапии инфекционных заболеваний нижних дыхательных путей приняты четыре уровня доказательности: А, В, С, D. Причем наибольший вес при принятии решений в клинической практике должны иметь рекомендации с уровнем доказательности А и В. Согласно этому назначение антибиотиков при ОБ, вызванном вирусами, не только нецелесообразно, но и отрицательно влияет на исход заболевания, так как они способствуют алергизации организма и развитию бронхообструкции (уровень А). Эмпирическая противовирусная терапия у больных с ОБ обычно не проводится. В настоящее время отсутствуют веские доказательства целесообразности применения антибиотиков у больных ОБ. Считается, что эти препараты можно назначать только в том случае, если кашель и мокрота сохраняются длительное время (уровень С), если заболевание протекает тяжело и требует госпитализации (уровень В) и при выделении гнойной мокроты (уровень В). Использовать антибактериальные средства рекомендовано не ранее чем через 2–3 дня от начала заболевания при неэффективности симптоматического лечения.

Медикаментозное лечение ОБ наряду с приемом противовирусных и антибактериальных средств также включает в себя применение противокашлевых препаратов (кодеин), в ситуации, когда кашель малопродуктивен и причиняет больному большие неприятности, особенно в ночное время (уровень С). На современном фармацевтическом рынке существует огромное множество легкодоступных безрецептурных препаратов, позиционирующих себя как средства лечения бронхита. Зачастую

эти лекарства относятся к отхаркивающим, мукорегуляторным, антигистаминным средствам и их различным комбинациям. Их использование наряду с бронхолитиками при лечении ОБ следует исключить (уровень А).

Не утратили своей актуальности хорошо проверенные временем немедикаментозные способы лечения ОБ, которые полезно применять как при наличии назначенного врачом медикаментозного лечения, так и в его отсутствие. Прогноз при остром бронхите положительный.

Как правило, заболевание заканчивается полным выздоровлением и восстановлением функции и структуры бронхов в течение 10 дней.

Европейское респираторное общество рекомендует пациенту с ОБ вторично обратиться к своему врачу на 3-й день после первого визита, если он пожилого возраста с сопутствующей хронической патологией, у него сохраняется затрудненное дыхание и высокая температура, несмотря на проводимое лечение антибиотиками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Синопальников А.И. Внебольничные инфекции дыхательных путей // Здоров'я України – 2008. №21. – стр. 37–38.

2. Barben J, Kuehni CE, Trachsel D, Hammer J; Management of acute bronchiolitis: can evidence based guidelines alter clinical practice? // Thorax. 2008. vol. 63. №12 – pp. 1103–1109.

3. Briel M, Christ-Crain M, Young J et al. Procalcitonin – guided antibiotic use versus a standard approach for acute respiratory tract infections in primary care: study protocol for a randomised controlled trial and baseline characteristics of participating general practitioners // BMC Fam Pract. – 2005. – vol. 18. – № 6, p. 34.

4. Huang SS, Rifas-Shiman SL, Kleinman K et al. Parental knowledge about antibiotic use: results of a cluster-randomized, multicommunity intervention. // Pediatrics. – 2007. – vol. 119. – №.4. – pp. 698–706.

5. Johnson AL, Hampson DF, Hampson NB. Sputum

color: potential implications for clinical practice. *Respir Care*. 2008. vol.53. – № 4. – pp. 450–454.

6. Ladd E. The use of antibiotics for viral upper respiratory tract infections: an analysis of nurse practitioner and physician prescribing practices in ambulatory care, 1997–2001 // *J Am Acad Nurse Pract*. – 2005. – vol.17. – № 10. – pp. 416–424.

7. Prod'hom G, Bille J. Use of POCT (point of care tests) in the diagnosis of infectious diseases // *Rev Med Suisse*. – 2008. – vol. 4. – № 152. – pp. 908–13.

8. Rutschmann OT, Domino ME. Antibiotics for upper respiratory tract infections in ambulatory practice in the United States, 1997–1999: does physician specialty matter? // *J Am Board Fam Pract*. – 2004. – vol.17. – № 3. – pp.196–200.

9. Woodhead M, Blasi F, Ewig Setal. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections // *Eur Respir J*. – 2005. – № 26. – pp. 1138–1180.

Бдырысова Б.А.

ЖЕДЕЛ БРОНХИТКЕ ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРДЫ АМБУЛАТОРЛЫҚ ТЕКСЕРУ ТӘЖІРИБЕСІ

Қазіргі уақытта жедел бронхит (ЖБ) амбулаторлық кезеңінде дәрігерге келудің жиі кездесетін себептерінің бірі болып отыр. ЖБ диагностикасында міндетті түрде белгі көрінісі жөтел болатын дерттердің басқа да түрлерімен дифференциалды диагноз жүргізеді. Емдеуші дәрігер біріншіден жөтел себебі төменгі тыныс жолдарының жұқпалы инфекцияға байланыстылығын және тыныс жолының қай дәрежесінде (трахея, бронх, өкпе паренхимасы) зақымдануын шешу керек. Бірақ, трахеитпен бронхит арасында дифференциация жүргізу қажет емес, ал өкпе қабынуымен дифференциация жүргізу міндетті.

Idrisova B.A.

CONDUCTING OF THE PATIENTS WITH AN ACUTE BRONCHITIS IN OUT-PATIENT PRACTICE

Now the acute bronchitis is one of the most frequent reasons of the reference of patients for medical aid at an out-patient stage. Acute bronchitis diagnostics in out-patient practice necessarily supposes differential diagnostics with other diseases for which cough is one of leading symptoms. At the first stage it is necessary for attending physician to decide with what disease acutely appeared cough is most likely connected - with an infectious lesion of the lower respiratory tracts or with an infectious pathology, at what level an infectious process is localized - at level of a trachea and bronchi or pulmonary parenchyma (pneumonia) and others. Differentiation between a tracheitis and bronchitis doesn't represent clinical interest, however differential diagnostics of an acute bronchitis and community-acquired pneumonia has special clinical and prognostic value.

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

НЦСМП, г.Астана

Хронический эндометрит приводит не только к выраженным структурным и функциональным изменениям в ткани эндометрия, но и вызывает нарушение процессов пролиферации и секреторной трансформации эндометрия [1,2,3]. В этой связи, именно хронический воспалительный процесс может создавать оптимальные предпосылки не только для формирования пролиферативных процессов в эндометрии, но и для дальнейшей их атипической трансформации [4,5,6].

Целью настоящего исследования является определение частоты сочетания ГПЭ и хронического эндометрита и изучение пролиферативной активности клеток эндометрия при данных патологических состояниях на основании данных клинического, гистологического и иммуноморфологического методов исследования.

Материалы и методы исследования: В группу исследования вошли 32 пациенток, у которых по данным гистологического исследования ткани эндометрия, полученной при раздельном диагностическом выскабливании матки, был диагностирован гиперпластический процесс эндометрия.

Показаниями для госпитализации женщин в гинекологическое отделение явились: наличие эхографических признаков гиперплазии эндометрия (20,6%) и/или нарушение менструального цикла различного характера (79,4%). Критериями включения женщин в исследование послужили: перименопаузальный период (средний возраст $48 \pm 2,9$ г.), наличие гиперпластического процесса эндометрия без атипии, отсутствие онкологических заболеваний в анамнезе.

На основании результатов гистологического исследования материала из цервикального канала и эндометрия были отобраны пациентки и сформированы группы.

I группа – 20 женщины с простой гиперплазией эндометрия без атипии, II группа – 5 пациенток со сложной гиперплазией эндометрия без атипии, III группа – 7 женщин, у которых, по данным гистологического исследования, помимо гиперплазии эндометрия был диагностирован хронический эндометрит. Комплексное обследование женщин включало сбор анамнеза, оценку соматического статуса, менструальной и репродуктивной функции, а также гистологические заключения о состоянии эндометрия (при наличии указаний в анамнезе о перенесенных ранее выскабливаниях матки).

Результаты исследования и обсуждение:

Анализируя гинекологическую заболеваемость, мы отметили, что у всех обследуемых пациенток в анамнезе имелись различные гинекологические заболевания. Наиболее распространенной гинекологической патологией были: доброкачественные процессы шейки матки, воспалительные заболевания нижних отделов половой системы (урогенитальная инфекция, вагинальный кандидоз, бактериальный вагиноз), хронический сальпингоофорит. У 27,5% женщин отмечено сочетание двух и более гинекологических заболеваний.

Обращает на себя внимание, что в III группе достоверно чаще встречались такие гинекологические заболевания как уrogenитальная инфекция, хронический эндометрит, гиперпластические процессы эндометрия, бесплодие. Кроме того, более чем в половине наблюдений в III группе (63,6%) в анамнезе имелись указания на нарушения менструального цикла длительностью более 1 года (меноррагия, менометроррагия, ациклические маточные кровотечения). Изучение анамнеза репродуктивной функции показало, что у подавляющего большинства обследуемых женщин имело место большое количество беременностей. Родами завершились беременности у 85% пациенток I группы, у 96% II группы и у 93,9% женщин III группы. Особо следует обратить внимание на большое число искусственных абортов, самопроизвольных выкидышей и неразвивающейся беременности у всех обследуемых женщин. Среднее число искусственных абортов у пациенток III группы составило 2,2 на одну женщину, самопроизвольных выкидышей – 1,7, неразвивающейся беременности – 0,8. В I и II группах количество выполненных искусственных абортов было также высокое, но все же несколько ниже, чем в III группе (2,0 и 1,9 соответственно). Среднее число самопроизвольных выкидышей – 1,4 и 1,6 соответственно, среднее число неразвивающейся беременности – 0,6 и 0,6, соответственно. На основании данных морфологического исследования во всех случаях была диагностирована простая или сложная форма гиперплазии эндометрия без атипии. Обращает на себя внимание, что у 8 пациенток (25%) наряду с гиперплазией эндометрия был диагностирован хронический эндометрит.

Выводы: Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о высокой частоте сочетания гиперпластических процессов эндометрия и хронического эндометрита – 25,6%,

т.е. каждый четвертый случай. В наблюдениях с хроническим эндометритом пролиферация эпителия желез эндометрия ниже, чем при гиперплазии без хронического эндометрита. А для клеток стромы, выше при хроническом эндометрите. Острый очаговый или диффузный эндометрит может развиваться как осложнение

гиперплазии с очагами некроза.

Таким образом, именно хронический воспалительный процесс усиливает межклеточные и стромально-паренхиматозные нарушения, уже имеющиеся при гиперпластических процессах эндометрия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузнецова И.В. Гиперпластические процессы эндометрия. – М., 2009. – 48с
2. Сухих Г.Т., Шуришалина А.В.. Хронический эндометрит, М., 2010, 64 с
3. Ferquhar C.M, Lethaby A, Sowter M et al. An evaluation of risk factors for endometrial hyperplasia in premenopausal women with abnormal menstrual bleeding // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1999. – Vol. 181, N 3. – P. 525-529.
4. Horn L.C., Schnurbusch U, Risk of progression in complex and atypical endometrial hyperplasia: *Gynecol. Cancer.* – 2004. – Vol. 14, N 2. – P. 348-353.
5. Kinsel L., Greene G., et al. // *Cancer Res.* – 1989. – V. 49. – P.1052-1056
6. 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

Лясова А.Е.

СОЗЫЛМАЛЫ ЭНДОМЕТРИТ ПЕН ЭНДОМЕТРИЙДІҢ ГИПЕРПЛАСТИКАЛЫҚ ОПЕРАЦИЯЛАРДАҒЫ ҮРДІСІ

Мақалада ГПЭ тіркесі созылмалы эндометритпен қосарлануы көрсетілген. Эндометрия торшаларының белсенділігін зерттеу негізінде клиникалық, гистология әдістерінің патологиялық күйлердің мәліметтері көрсетілген. Алған мәліметтер эндометрий гиперпластикалық процесстермен созылмалы эндометрит жоғарғы жиілігі тіркесін дәлелдей түседі.

Лясова А.Е.

HYPERPLASIC PROCESS OF ENDOMETRIUM: FEATURES OF PROLIFERATIVE ACTIVITY WHEN COMBINED WITH CHRONIC ENDOMETRITIS

Abstract: a comprehensive pathomorphological and immunohistochemical study of the scales of endometrium is carried out. With hyperplastic the process of endometrium and chronic endometritis are noted the high proliferating activity of the stroma of glands (Ki-67), the high expression of TFR-β and SEFR, which indicates the actively going processes of neoangiogenезes and disturbance in the extracellular matrix. Inflammation raises to a higher power the proliferating activity of epithelium and stroma of the hyperplasiized endometrium, and it means, creates favorable conditions for the atypical transformation of cells.



ОПЫТ МАКРО- И МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Национальный научный центр материнства и детства, г. Астана

Актуальность. В стандарты хирургического лечения злокачественных опухолей различных органов входит обязательное удаление всех лимфатических коллекторов. Вместе с тем, по мере накопления результатов многолетнего изучения биопсии сигнальных (sentinel) лимфатических узлов (ЛУ) при многих опухолях множатся доказательства нецелесообразности такого «радикального» подхода у всех без исключения больных. Лимфатическое картографирование с последующей биопсией сигнальных ЛУ становится стандартным компонентом в комплексном обследовании и лечении больных раком молочной железы (РМЖ) [1]. Показанием для биопсии сигнальных лимфоузлов является определение состояния подмышечно-подключичного коллектора (наличие или отсутствие метастазов опухоли) при инвазивном РМЖ [1]. Удаление подмышечных лимфатических узлов показано когда сигнальные лимфатические узлы содержат опухолевые клетки [2]. В этих случаях полная подмышечная диссекция считается обязательным стандартом лечения. А лучевая терапия как альтернативный метод, может рассматриваться только как экспериментальный подход, проверяемый в клинических испытаниях (Newman, 2004) [2].

Цель: внедрение гистологического исследования сторожевых лимфатических узлов для выявления наличия или отсутствия метастазов рака молочной железы.

Материал и методы: Нами было проведено гистологическое исследование одного сторожевого лимфатического узла размерами 0,9 x 0,8см. На 1 этапе проводилась экспресс-диагностика на свежемороженых срезах одной половины лимфоузла для интраоперационного выявления метастазов рака молочной железы,

вторая половина была зафиксирована в забуференном растворе формалина при pH 6,8-7,0, и была направлена на дальнейшее гистологическое исследование (стандартная проводка). На первом этапе (экспресс-биопсия) проводили гистологическое исследование замороженных срезов ЛУ: материал подвергался замораживанию с последующим изготовлением срезов из разных участков, после чего окрашивались гематоксилином и эозином.

Для создания условий качества исследования, формирования единых диагностических критериев приготовление микропрепаратов проводилась согласно стандартным технологическим процедурам [3]. При стандартном исследовании

лимфатического узла возможен «пропуск» очагов при метастазировании, во избежание этого нами изготовлены парафиновые срезы ротационным микротомом НМ340Е, с величиной ретракции образца 200мкм., что в 4000 раз превышает наиболее часто используемую толщину срезов и более чем в 3 раза максимально возможную толщину среза [2,3].

Дальнейшее гистологическое исследование производилось стандартным методом. Проводка материала проводилась на автомате для гистологической обработки тканей STP 120. Заливка в парафин и изготовление парафиновых блоков осуществлена с помощью заливочной станции ЕС 350-1. Было проведено серийное исследование узла, с частотой «шага» микротомом 200 мкм. С этой целью изготовлены парафиновые срезы ротационным микротомом НМ 340Е, с величиной ретракции образца 200мкм. После этого была проведена автоматическая окраска срезов гематоксилином и эозином на автостейнере НМС70. При микроскопии подсчет клеток и размеры метастазов проводили на световом микроскопе OLYMPUS CX31 при увеличениих 10X20объектив и 40X20объектив. Микрофотографирование произведено с помощью сканера Pannoramic 250-Automatic Brightfield Scan.

Результаты и их обсуждение. Гистологическое исследование сторожевого ЛУ методом экспресс-биопсии с дальнейшей стандартной проводкой препарата выявило, что в данном случае имел место микрометастаз рака молочной железы в сторожевой ЛУ с одним наибольшим размером 1,0мм. Патогистологическое заключение: сторожевой лимфатический узел с микрометастазами рака молочной железы с одним размером 1,0мм в наибольшем измерении, pN1mi (1/1; sn).

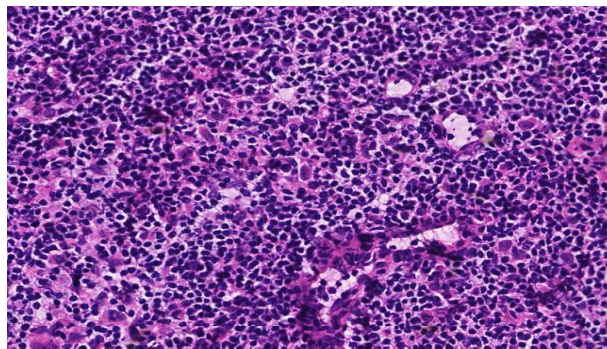


Рисунок 1. Сторожевой лимфатический узел с микрометастазом (экспресс-биопсия). Окраска гематоксилин и эозином, х400.

Порядок микроскопического описания и формулировка заключения кроме предусмотренных стандартами описаний характеристик патологического процесса, проводилась в соответствии с международной классификацией опухолей согласно Гистологической классификации опухолей молочной железы ВОЗ [4,5]. По данным классификации ВОЗ 2008 года микрометастазом является размер опухоли от 0,2мм до 2,0мм. При этом учитывается наибольший размер одного метастаза, а не совокупность их

[6,7].

ВЫВОДЫ: Результаты морфологического исследования сторожевых лимфатических узлов позволяют повысить качество диагностики реальной распространенности опухолевого процесса, оптимизировать показания для удаления ЛУ следующего порядка и имеет большое значение при проведенной поли-химиотерапии и лучевой терапии в послеоперационном периоде у больных раком молочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Семиглазов В.Ф. Роль биопсии сигнальных («сторожевых») лимфатических узлов в определении состояния регионарных лимфатических коллекторов у больных раком молочной железы // *Вопр.онкологии*. -2002. –Т.48, № 1. –С. 106-109.
2. Хамидуллина Г.А., Нургазиев К.Ш., Талаева Ш.Ж., Жусупова А.К. Руководство по постоперационной макроскопической диагностике рака молочной железы. -2009. –С.54.
3. Пальцев М.А., Франк Г.А., Мальков П.Г. Стандартные технологические процедуры при морфологическом исследовании биопсийного и

операционного материала // *Архив патологии: Приложение* -2011.

4. Харченко В.П., Рожкова В.И. Маммология. Национальное руководство. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. –С. 324.

5. Eusebi V. Duct carcinoma in situ of the breast: an overview // *Arkhiv patologii*. -2011. –Vol.73. – P. 26-29.

6. Pathology and Genetics Tumors of the Breast and Female Genital Organs. IARC-Press, Lyon, 2008.

7. Protocol applies to all invasive carcinomas of the breast, 2005 Based on AJCC/UICC TNM, 6th edition.

Карибаева Б.Т.

СҮТ БЕЗІНІҢ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІ КЕЗІНДЕГІ КҮЗЕТТІК ЛИМФА ТҮЙІНДЕРІН МАКРО- ЖӘНЕ МИКРОСКОПИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

Сүт безінің инвазивті қатерлі ісіктері кезіндегі күзеттік лимфа түйіндерін морфологиялық зерттеу жүргізілді. Жедел биопсия және материалдың стандартты зерттеуі арқылы күзеттік лимфалық түйінінде метастаздың бары айқындалды. Күзеттік лимфалық түйіннің гистологиялық зерттеуі сүт безінің қатерлі ісік үрдістерінің таралуын анықтау сапасын жоғарылатады, келесі тәртіптің лимфа түйіндерін операциялық жолмен алып тастаудың көрсетімі бола алады және операциядан кейінгі кезеңде ем шарасын жүргізу үшін маңызы зор.

Karibayeva B.T.

EXPERIENCE IN MACRO- AND MICROSCOPIC EXAMINATION OF SENTINEL LYMPH NODE IN BREAST CANCER

Morphological study was conducted sentinel lymph node with breast cancer. Express by biopsy and wiring material revealed the presence of micro-metastases in sentinel lymph cancer site. Histological examination of sentinel lymph nodes in breast cancer can improve the quality of diagnosis of tumor process, is an indication for removal of lymph nodes, and the next order of therapy in the postoperative period.



О СОСТОЯНИИ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА
ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

АО «Медицинский университет Астана»

По данным ВОЗ инфекции дыхательных путей представляют собой одну из самых главных причин заболеваемости и смертности в детском возрасте – около 70% этих инфекций поражает верхние дыхательные пути и область среднего уха. Лечение и профилактика респираторных инфекций у детей по-прежнему остаются в центре внимания педиатров хотя бы потому, что на их долю, особенно в осенне-зимний период, приходится более 90% всех обращений за амбулаторной помощью [1].

Многочисленные эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что каждый ребенок, в среднем переносит в течение года от 3-х до 5-ти эпизодов острых респираторных заболеваний (ОРЗ). При этом наиболее часто острые респираторные инфекции (ОРИ) встречаются у детей раннего возраста, дошкольников и младших школьников. В этом возрасте организм ребенка повышено чувствителен к респираторным инфекциям. Из-за частых заболеваний респираторного тракта этих детей принято объединять в группу часто болеющих детей (ЧБД) [2, 3].

В условиях крупного промышленного города 67% детей, посещающих детские дошкольные коллективы, относятся к категории часто болеющих. На примере г. Семей показано, что распространенность ЧБД в возрасте 5-14 лет составляет 357,9 на 1000 детей [4].

Частые и особенно тяжело протекающие острые респираторные заболевания могут приводить к нарушению физического и нервно-психического развития детей, способствуют снижению функциональной активности иммунитета и срыву компенсаторно-адаптационных механизмов организма. Все это может способствовать раннему формированию хронических воспалительных процессов в органах дыхания [2]. В связи с чем важной проблемой современной педиатрической службы является выявление факторов риска, способствующих возникновению частых респираторных заболеваний у детей [4].

На фоне действия причин, приводящих к развитию частых респираторных заболеваний у детей, все большее значение приобретают экологическое неблагополучие, возрастание стрессовых воздействий, повышенный радиационный фон, неполноценность питания – характерный набор причин, вызывающих также и динамическое нарушение микробиоценоза кишечника [2].

Полученные в последние десятилетия научные сведения позволяют считать, что

нормальная микрофлора организма человека является особым экстракорпоральным органом, принимающим активное участие в поддержании гомеостаза макроорганизма. Нарушение состава микробиоценозов приводит к развитию разнообразных по проявлению и локализации патологических процессов, что существенно отражается на показателях здоровья и продолжительности жизни населения [5].

Согласно существующим представлениям, симбиотическая микрофлора определяет ряд важных параметров организма хозяина – физиологических, биохимических, иммунологических и служит чувствительным индикатором здоровья [6].

По данным ряда авторов, у детей с частыми ОРЗ дисбактериоз кишечника I-II степени выявляется в 50-90% случаев (Николаева И.В., 2000; Феклисова Л.В., 2002; Перковская А.Ф., 2004). При этом наблюдается повышенная колонизация слизистой кишечника условно-патогенными микроорганизмами [4].

В работе Шишкиной Т.А. показано, что в крупных промышленных городах выявляются нарушения количественного и качественного состава микробной флоры кишечника ЧБД: достоверное снижение среднего уровня Ig концентрации *Lactobacillus* (при $p < 0,001$), повышение – *E. coli* со сниженными ферментативными свойствами (при $p < 0,01$), среди условно-патогенных микроорганизмов – увеличение *Proteus* (при $p < 0,01$) относительно нормативных показателей здоровых детей. Также зарегистрированы нарушения иммунологического ответа: достоверное увеличение уровня CD3 (при $p < 0,01$), CD8 (при $p < 0,001$) и снижение IgA в сыворотке крови (при $p < 0,001$) [7].

Известно, что дисбактериоз сопряжен с нарушениями в состоянии иммунной системы. При этом возникает вопрос, что является первичным: либо процесс начинается с дисбактериоза и ведет к развитию иммунодефицитов, отражаясь на течении основной болезни, либо дисбактериоз является следствием неблагоприятных воздействий на организм и его микрофлору существующего патологического состояния – в результате чего снижаются функции иммунной системы. По-видимому, нарушение микрофлоры, состояние иммунного статуса и проявление болезни более правильным следует рассматривать в единстве, причем роль пускового механизма может принадлежать любому из этих компонентов триады: дисбактериоз – иммунный статус –

патологический процесс [8, 9].

Кишечная микрофлора оказывает влияние на иммунные механизмы и формирование иммунной системы. Дисбактериоз кишечника приводит к иммунологической дезадаптации, учитывая, что почти 60% ресурсов иммунитета располагается в пищеварительной системе. Иммунная функция микрофлоры включает синтез факторов иммунной защиты – лизоцима, пропердина, комплемента, IgA, активацию фагоцитоза, стимуляцию системы цитокинов и интерферонов. В связи с чем вторичные иммунодефициты и дисбиозы стали не только общемедицинской, но и социальной проблемой из-за значительной распространенности [8,10].

Исследования Султановой О.Д. показали, что большинство ЧБД имеют дисбактериоз кишечника с преобладанием нарушений, соответствующих 2-й степени, характеризующийся снижением содержания лактобактерий, бифидобактерий, появлением лактозонегативных и гемолитических кишечных палочек. При этом было отмечено, что использование жидких (Нормофлорины L и B) и сухих (Линекс) штаммов пробиотиков для коррекции дисбактериоза кишечника у детей оказывает микробиологический и иммуномодулирующий эффекты [2, 11].

В последние годы значительно возрос интерес к использованию пробиотиков для профилактики и лечения некоторых болезней и сохранения здоровья детей. Отмечается благоприятное влияние пробиотиков на организм человека, что связано с улучшением состава кишечной микрофлоры [12].

Коррекция микрофлоры кишечника с помощью пробиотиков у часто болеющих детей имеет перспективы в плане повышения общей сопротивляемости к инфекциям [13]. Это связано с тем, что именно бактерии, являющиеся представителями нормальной микрофлоры и попадающие разными путями в организм извне, а также продукты их жизнедеятельности и распада, являются естественными стимуляторами и регуляторами иммунной реактивности человека. Наиболее часто используют пробиотики, содержащие бифидобактерии, лактобактерии, энтерококки, кишечную палочку. При введении в организм бактериальные препараты имитируют естественный ход активации иммунной системы, при этом усиливается не только антибактериальный

иммунитет, но и противовирусные, противогрибковые и противоопухолевые защитные механизмы организма [14, 15].

По результатам многоцентрового исследования Феклисовой Л.В. и соавт. по применению комбинированного препарата-пробиотика Флорин форте у больных респираторными инфекционными заболеваниями у пациентов основной группы с ОРИ достоверно быстрее купировались катаральные явления (ринит, кашель) и бледность кожных покровов.

После лечения у больных, получавших Флорин форте, отмечалась тенденция к восстановлению количественно-качественного состава облигатных представителей: увеличилось число детей с нормальным содержанием бифидобактерий (26,4% до лечения против 45,3% после лечения, $p<0,05$) и лактобактерий (7,5 против 16,9%), в меньшем проценте случаев высевалась гемолизирующая кишечная палочка (22,6 против 32,1%). При сравнении показателей микрофлоры содержимого толстой кишки после лечения у больных, получавших и не получавших Флорин форте, была выявлена достоверная разница в отношении высева грибов рода *Candida* (18,9 против 53,3%, $p<0,01$).

С учетом клинической эффективности Флорин форте пациенты реже нуждались в антибактериальной терапии (70,3 против 83,3%), отмечено достоверное сокращение сроков стационарного лечения – $4,43\pm 0,19$ против $6,03\pm 0,25$ дней ($p<0,001$) [16].

Таким образом, исходя из вышеизложенного, актуальной на сегодняшний день остается проблема улучшения качества жизни, а также изучения состояния микробиоценоза кишечника ЧБД. Вместе с тем, в доступной нам литературе практически отсутствует информация об исследованиях, в которых дисбиотическим нарушениям в составе микробиоты кишечника отводилась бы роль фактора, определяющего формирование контингента ЧБД.

В нашей работе мы проведем оценку количественного и качественного состава микрофлоры кишечника и сравнительный анализ корректирующего действия различных эубиотиков при дисбиотических нарушениях кишечника у часто болеющих детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шамшева О.В., Учайкин В.Ф. Лечение и профилактика рецидивирующих инфекций респираторного тракта у детей. *Детские инфекции*, 2008, №3. С. 49-52.
2. Султанова О.Д. Состояние микробиологии кишечника у часто и длительно болеющих детей: Дисс. на соиск. ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2005.
3. Романцов М.Г., Еришов Ф.И.. *Часто болеющие дети: современная фармакотерапия, Руководство для врачей.* Москва, 2006

4. Захарова Е.А., *Микробиологические подходы в формировании концептуальной шкалы риска респираторных заболеваний у детей: Автореферат дисс. на соиск. уч. степени к.м.н.* Караганда, 2010.
5. Гапон М.Н., Терновская Л.Н. Показатели местной неспецифической резистентности при дисбактериозе толстой кишки *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии* Москва, 2010, №5. С. 53-57.
6. Вальшева И.В., Сычева М.В., Сулева

Л.Ф. и др. Особенности микробиоценоза толстой кишки при дисбиотических нарушениях. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. Москва, 2011, №1. С. 67-70.

7. Шишкина Т.А. Состояние микробиоценоза желудочно-кишечного тракта и его коррекция у часто болеющих детей в условиях крупного промышленного города: Дисс. на соиск. ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2005.

8. Мазанкова Л.Н., Новокионов А.А., Майкова И.Д. Микробиоценоз кишечника и иммунитет. Детские инфекции, 2007, №1. С. 9-12.

9. Микрофлора кишечника и механизмы иммунорегуляции. С.С. Хромова и др. // Вопросы детской диетологии.-2005.-т.3(1).-с.92-96.

10. Омаров Т.Р., Бисенова Н.М. Состояние гуморального иммунитета у больных хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Клиническая медицина Казахстана, 2006, №2(6). С. 209-212.

11. Котова А.Л. Клиническая микробиология: Методические указания. Алматы, 2004.

12. Щеплягина Л.А., Болотова Н.В., Римарчук Г.В. и др. Витаминно-минеральные комплексы с

пробиотиками у часто болеющих детей. Русский Медицинский Журнал. Мать и дитя. Педиатрия, 2006 г, № 19, статья № 1364. http://www.rmj.ru/articles_3521.htm

13. 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

14. 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.

15. Барановский А.Ю., Кондрашина Э.А. Дисбактериоз кишечника. 3-е издание. Санкт-Петербург, 2007.

16. 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.

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

ЖИІ АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫҢ ІШЕК МИКРОФЛОРАСЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫ ТУРАЛЫ

Бүгінгі уақытта жиі ауыратын балалардың ішек микробиоценозының жағдайын зерттеу – көкейкесті мәселе. Осындай балалардың контингентін қалыптастыруын белгілейтін факторлардың біреуі ретінде ішек микробиоты құрамындағы дисбиотикалық бұзылым жөнінде әдеби шолу өткізілді.

М. В. Karimova, М. U.Dusmagambetov, А.М. Dusmagambetova

ABOUT THE CONDITION OF INTESTINAL MICROFLORA OF COMMONLY ILL CHILDREN

Today the actual problem is the study of intestinal microbiota of commonly ill children. The literature review is done on dysbiotic abnormalities in the intestinal microbiota as one of the factors determining the contingent formation of such children.



ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АДЕНОМИОЗА

ГУ РД №1, г.Астана

Эндометриоз является одной из актуальных проблем современной медицины, оставаясь в ряду самых загадочных и труднообъяснимых заболеваний, приносящих значительный ущерб здоровью женщин. Частота эндометриоза, по данным разных исследователей, варьирует от 12 до 50% у женщин репродуктивного возраста [1,2,3].

В структуре генитального эндометриоза наиболее часто встречается эндометриозное поражение тела матки (аденомиоз). [4,5,6]

Цель исследования. Сравнить методы лечения в зависимости от активности аденомиоза.

Материалы и методы. В исследование были включены 29 больные женщины. Критерием отбора пациенток был установленный клинический диагноз аденомиоза. В связи с выявленными различиями в клиническом течении и морфологической структуре мы использовали термины «активный» и «неактивный» аденомиоз, отражающие степень клинической и (или) морфологической активности эндометриозного процесса.

В зависимости от выраженности основных клинических проявлений, характерных для аденомиоза, обследованные женщины были разделены на 2 группы: 1-ю составили 18 пациенток с клинически активным аденомиозом, 2-ю — 11 больных с клинически неактивным аденомиозом.

Поскольку аденомиоз часто сопровождается маточными кровотечениями, нередко вызывающими анемию, мы различали гипер и (или) полименорею без анемии и с анемией. По степени тяжести выделяли легкую (Hb 90-110 г/л), среднюю (Hb 70-90 г/л) и тяжелую (Hb < 70 г/л) анемию.

Пациенток с умеренной и сильной болью и с гиперполименореей в сочетании с анемией средней и тяжелой степени относили к 1-й группе (с клинически активным аденомиозом); со слабой болью, отсутствием анемии или гиперполименореей в сочетании с анемией легкой степени — ко 2-й группе (с клинически неактивным аденомиозом).

Результаты и обсуждение. В 1-й группе гистерэктомию подверглись 18 пациенток, тогда как во 2-й — 11. Из общего числа больных, подвергшихся гистерэктомию, 9 (31%) находились в репродуктивном возрасте, 2 (7%) в пременопаузальном, а 7 (24%) в постменопаузальном периоде. При проведении лечения у пациенток в репродуктивном периоде с нереализованной репродуктивной функцией сохраняли матку. Основным оперативным вмешательством у этих

больных явилось раздельное выскабливание матки под контролем гистероскопии. Затем, в зависимости от полученных результатов гистологического исследования соскоба, с учетом активности аденомиоза для восстановления репродуктивной функции, проводили консервативную терапию.

Неэффективность консервативной терапии аденомиоза (некупируемые анемия и/или болевой синдром) отмечалась у 9 (50%) больных 1-й группы.

Аденомиоз в сочетании с миомой матки (быстрый рост и/или большие размеры миомы матки) обусловил оперативное вмешательство у 2 (11%) больных 1-й группы. Аденомиоз в сочетании с миомой матки («ложный» рост миомы и/или большие размеры миомы матки) явился показанием для операции у 5 (28%) больных 1-й группы и 3 (27%) пациенток из 2-й группы.

Основной метод лечения активного аденомиоза хирургический. Однако при настойчивом желании пациентки сохранить матку и отказе от операции, а также в зависимости от возраста больных, общего состояния, наличия сопутствующей аденомиозу патологии, в ряде случаев применяется гормональное лечение. При этом у части пациенток удается уменьшить выраженность клинических проявлений заболевания, а также вызвать торможение роста и развития эндометриозных гетеротопий. Одной из целей проводимой нами гормональной терапии является приближение периода менопаузы, во время которого, как правило, происходит инактивация эндометриозных гетеротопий.

Вид гормональной терапии, дозировка, продолжительность, длительность интервалов между курсами определяются индивидуально в зависимости от клинической симптоматики, возраста, эффективности ранее проведенной терапии, переносимости препарата, общего состояния.

В собственных исследованиях в 1-й группе больных терапию гормональными препаратами осуществляли у 9 (50%) женщин с отрицательным эффектом, которых в дальнейшем подвергли гистерэктомию, и у 6 (33%) пациенток с положительным эффектом от проводимой терапии.

Во 2-й группе пациенток консервативную терапию (с положительным эффектом, без последующей гистерэктомию) осуществляли у 10 (91%) женщин, из них у 3 (27%) имело место сочетание неактивного аденомиоза с гиперпластическими процессами эндометрия, у 6 (55%) — с гиперпластическими процессами

эндометрия и миомой матки небольших размеров, у 2 (18%) — с обострением хронического воспалительного процесса матки и/или придатков, у 2 (18%) — с патологией шейки матки, у 1 (9%) — с патологией шейки матки и миомой матки. В этой группе больных консервативная терапия привела к стойкому положительному эффекту у 10 (90%) больных. Причем 4 (36%) из них подвергались терапии гормональными препаратами, а у 5 (45%) женщин с неактивным аденомиозом и без сочетания с гиперпластическими процессами эндометрия воздержались от применения гормональных средств лечения.

Для оценки состояния гениталий до гормонотерапии и ежемесячно в период лечения, затем через 8 и 12 месяцев от начала терапии производили влагалищное исследование, трансабдоминальное и трансвагинальное УЗИ (размеры матки, величина, расположение структуры миоматозных узлов, характера аденомиоза, состояние шейки матки, яичников, влагалища).

При длительном применении КОК железистый эпителий эндометрия вначале подвергается инволюции, а затем атрофии. При этом строма подвергается децидуоподобной трансформации (состояние псевдобеременности), степень выраженности которой во многом зависит от используемого гестагенного компонента. При длительном назначении гормональных препаратов

в гетеротопических очагах прекращаются циклические процессы, подавляются процессы пролиферации и возникает своеобразное состояние псевдобеременности с децидуализацией эндометрия, с последующей атрофией в очагах эндометриоза. Для достижения терапевтического эффекта в пораженном органе необходим прием гормональных препаратов в непрерывном режиме в течение не менее 5–6 мес. Длительность приема определяется возрастом больной, выраженностью клинических симптомов, заинтересованностью в деторождении. Продолжительность курса может быть уменьшена в зависимости от переносимости препаратов и сопутствующей соматической патологии. Вначале интервал между курсами лечения составляет 3–6 мес. (в зависимости от степени достигнутого эффекта), по мере достижения положительных результатов его можно увеличивать.

Выводы. С учетом системного характера аденомиоза к его терапии необходимо проявлять комплексный подход, принимая во внимание индивидуальные особенности организма, а также клиническую активность эндометриозного процесса. Данный подход является высокоэффективным и во многом позволяет реализовать органосберегающую тактику лечения при аденомиозе, что особенно важно в репродуктивном возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н., Эндометриозы. //М., Медицина. Издание 2-е — 2006. — С.416.
2. Куценко И. И. Морфологическая диагностика различных по активности форм эндометриоза матки с применением количественных методов //Арх. патологии., 1997. — Т.59. №5. С. 36-39.
3. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты. М., Медицина, 1996, 330 с.
4. Сухих Г.Т., Сотникова Н.Ю., Анциферова Ю.С., Посисеева Л.В., Верясов В.Н., Ванько Л.В. Особенности продукции цитокинов иммунокомпетентными клетками перитонеальной жидкости у женщин с наружным генитальным эндометриозом / Бюллетень экспериментальной биологии и медицины / 2004 г., Том 137, № 6 , — С. 646.
5. MacLavery CM, Shaw RW: Pelvic pain and endometriosis; in Shaw RW (ed): Endometriosis. Oxford, Blackwell Science, 1995, pp 112-146.
6. Schweppe K.W. // VI World Congress on Endometriosis, 1998.-P. 76.

Касимова А.К.

АДЕНОМИОЗДЫ ЕМДЕУДЕГІ ТАҢДАМАЛЫ ҰСТАНЫМ

Аденомиоздың белсенділікке байланысты емдеудің әдістеріне салыстыру жүргізілген. Емделуші әйелдердің жатырларын сақтауға талпыну қажет. Емінде аденомиоздың белсенділіктеріне қарай есепке алу, гистология зерттеуі нәтижесінде алынған мәліметтерді қолдану жүргізіледі.

Kasimova A.K.

A DIFFERENTIATED APPROACH TO THE TREATMENT OF ADENOMYOSIS

Comparison of methods of treatment depending on activity adenomyosis is carried out. At carrying out treatment at patients with unrealized reproductive function kept a uterus. The main operative intervention at these patients was the separate scraping of a uterus under hysteroscopy control. Then, depending on the received results of histologic research, taking into account activity adenomyosis for restoration of reproductive function, carried out conservative therapy.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

НЦСМП, г.Астана

Проблема лечения больных эндометриозом, по мнению большинства исследователей, продолжает оставаться актуальной в современной гинекологии ввиду высокой частоты этой патологии, а также отрицательного ее влияния на репродуктивную систему и общее состояние здоровья женщины [1,2]. Эндометриоидное поражение яичников является одним из наиболее часто встречающихся форм генитального эндометриоза [3,4,5].

Многочисленные данные литературы убеждают, что хирургическое вмешательство является наиболее главным этапом в комплексе лечебных мероприятий при поражении наружным эндометриозом. Однако оперативный метод лечения эндометриоза, несмотря на совершенствование техники, не обеспечивает полной ликвидации эндометриоидных очагов и не предотвращает рецидивирования заболевания [6,7,8]. Нерадикальное удаление очагов эндометриоза, наоборот, может способствовать прогрессированию эндометриоза.

Целью было изучения особенностей эндометриоидного поражения яичников.

Материалы и методы. Нами проведен анализ клинических особенностей заболевания в двух сравниваемых группах. 1-ю группу (11 женщин) составили пациентки, повторно госпитализированные в гинекологический стационар в связи с рецидивами эндометриоидных кист (на фоне проведенной противорецидивной терапии). Во 2-ю группу вошли 18 больных, госпитализированных в стационар с впервые диагностированной эндометриоидной кистой, у которых после проведенного нами оперативного лечения (на фоне послеоперационной противорецидивной терапии) в дальнейшем, в течение 2-3 лет после операции, рецидивов не наблюдалось. Средний возраст пациенток с эндометриоидными кистами составил 32,6±3,2 года.

Хирургическое лечение произведено всем 139 пациенткам с диагнозом эндометриоидная киста яичников. Операционный материал верифицирован гистологически. Хирургическое вмешательство у всех пациенток выполнено лапароскопическим доступом.

Результаты и обсуждение. Объем операции определяли характером и степенью распространения эндометриоза. После обнаружения очагов эндометриоза, установления их размеров, степени инвазии в окружающие ткани создавали оптимальные условия для ликвидации патологических очагов. После диагностического этапа производили разделение спаек для выделения пораженного

яичника. Обнаруженные в процессе ревизии эндометриоидные очаги брюшины подвергались тщательной коагуляции. Операцию осуществляли по следующей методике. Проводили разрез у нижнего края капсулы эндометриоидной кисты, далее проникали в слой между стенкой кисты и корковым слоем яичника, в основном отслаивая механическим путем. Тем самым, отграничивая стенку эндометриоидной кисты от здоровой ткани яичника, проводили непосредственно энуклеацию кисты, частично фиксируя ее щипцами и вылушивая тянущими движениями. В ряде случаев, особенно при рецидивирующих кистах, не удалось осуществить энуклеацию вследствие интимного сращения ткани капсулы кисты с тканью яичника, тогда производили резекцию яичника в пределах видимой здоровой ткани. В случаях разрыва капсулы кисты и попадания ее содержимого в брюшную полость осуществляли тщательное промывание как полости кисты, так и полости малого таза изотоническим раствором хлорида натрия.

С целью оценки состояния внутренней стенки эндометриоидных образований у 7 обследуемых произведена цистоскопия. После резекции и энуклеации проводили обязательную дополнительную обработку ложа эндометриоидной кисты биполярным коагулятором, с целью не только надежного гемостаза, но и коагуляции возможных оставшихся эндометриоидных гетеротопий. Удаление капсулы кисты из брюшной полости осуществляли, предварительно поместив ее в полиэтиленовый резервуар, и выводили через 12 миллиметровый троакар. На последнем этапе проводили тщательное промывание брюшной полости изотоническим раствором хлорида натрия и ревизию органов брюшной полости. При операции полностью удаляли капсулу, так как оставшаяся ткань способна вызвать рецидивирование процесса в связи с нерадикальностью удаления эндометриоидного очага.

В 11 случаях у пациенток позднего репродуктивного возраста и пременопаузального периода при больших размерах эндометриоидной кисты и при рецидивирующих эндометриоидных кистах, операцию производили в объеме аднексэктомии.

Для уменьшения эндометриоидных образований и облегчения техники операции в предоперационном периоде терапия гормональными препаратами не применялась. Данной тактики мы придерживались ввиду того, что гормональная терапия приводит к маскировке имеющихся небольших эндометриоидных гетеротопий, вследствие чего они остаются незамеченными в процессе операции

и впоследствии прогрессируют.

Противорецидивную терапию осуществляли с применения комбинированных оральных контрацептивов в непрерывном режиме.

Выводы. Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают, что изучение индивидуального прогнозирования

рецидивирования у больных с эндометриодными кистами яичников на современном этапе приобретает все большее значение в силу необходимости на базе научно обоснованного прогноза составить рациональный план дифференцированного подхода к лечению больных в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н., Эндометриозы. //М., Медицина. Издание 2-е – 2006. - С.416.
2. Давыдов А.И., Стрижаков М.А., Орлов О.Н. Клиническая экспрессия интерлейкина-6 при эндометриозе яичников. // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии / 2004, т. 4, № 2, стр. 40-46
3. Пересада О.А. Клиника и лечение эндометриоза).- Минск, 2001.- 274 с.
4. Савельева Г. М., Соломатина А. А., Еще раз о терминологии эндометриодных образований яичника//Акушерствои гинекология.-№6.-2005,с.33
5. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты. М., Медицина, 1996, 330 с.
6. Унанян А.Л. Эндометриоз тела матки и яичников // Автореферат диссертации на соискание ученой степени д.м.н. //, М. 2007. – 50 с.
7. Shaw R.W. Endometriosis. -The Parthenon Publishing Group. -New York. -1995.
8. Wheeler J.M. Issues of study design and statistical analysis in endometriosis research. Endometriosis (edit. Shaw R.W.), New jersey, 1990, 141-146

Керимбаева А.А.

АНАЛЫҚ БЕЗДІҢ ЭНДОМЕТРИОИДТІ КИСТАЛАРЫН ЕМДЕУДІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Бұл мақалада аналық бездердің эндометриодпен өзгеріс ерекшеліктерінің зерттеуінің нәтижелері суреттелген. Операция техникасының жеңілдігіне, эндометриозды кішірейту үшін, мерзімінің алдын ала гормондық емдеуі қолданылмайды.

Kerimbayeva A.A.

FEATURES OF ENDOMETRIOTIC OVARIAN CYSTS TREATMENT

Results of research of features of endometrioidny defeat of yaichnik are displayed. In the preoperative period therapy by hormonal preparations wasn't applied to reduction of endometrioidny educations and simplification of equipment of operation. It is necessary to adhere to this tactics in view of that hormonal therapy leads to masking of available small endometrioidny geterotopiya owing to what they remain unnoticed in the course of operation and subsequently progress.



РЕЦИДИВ МИОМЫ МАТКИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

НЦСМП, г.Астана

Миома матки – это распространенное заболевание, занимает второе место в структуре гинекологической заболеваемости и поражает по данным разных авторов от 25 до 40% женщин с сохраненной менструальной функцией, приводя к функциональным расстройствам и структурным изменениям в репродуктивной системе, нередко отрицательно влияя на психоэмоциональное состояние женщины. Ослобления в родах и во время беременности у женщин с миомой матки наблюдаются в 60-80% случаев [1,2]. Широко используются лапароскопические методы, гистерорезектоскопия, расширяются показания к ЭМА, внедряется в практику метод фокусной УЗ МРТ, чрезкожная лазерная абляция миомы под контролем МРТ [3,4]. Но все же основным методом лечения миомы матки у женщин, планирующих беременность и роды, остается энуклеация миоматозного узла после лапаротомного доступа, что связано с необходимостью создания полноценного рубца на матке [5]. Наиболее частыми осложнениями консервативной миомэктомии является интраоперационное кровотечение из ложа узла, формирование полостей в миометрии, что может свести на нет проведенную операцию [6].

Цель. Оценить клиническую эффективность различных способов миомэктомии, применения ранней физио-терапии в послеоперационном периоде в восстановлении фертильности у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования: было пролечено 160 пациенток. Из них 97 операций лапаротомным доступом, 63 лапароскопических операций, причем энуклеации узлов производилась как дополнительная манипуляция при других операциях (по поводу внутриматочной, сальпингоооариолитисе, кистах яичника и пр.).

Из пациенток оперированных лапаротомным доступом было сформировано две группы. 1 группа 43 пациентки, оперированных способом постепенной энуклеации, с одновременным двухсторонним, пошаговым наложением мышечно-мышечных швов на ложе удаляемого узла. Серозный покров матки восстанавливался непрерывным серозно-серозным швом. 2 группа и 54 пациенток, оперированных по методике одномоментной полной энуклеации узла с последующим ушиванием ложа, при этом часто не происходило четкого сопоставления краев раны, и образовывался избыток мышечной ткани с одной стороны, особенно при величине узла более 5 см.

Ретроспективное исследование проводилось

в группе женщин, перенесших миомэктомию лапаротомным доступом. Все женщины планировали реализовать репродуктивную функцию. Все женщины, которым производилась миомэктомия в послеоперационном периоде проводилось обследование: ОАК, ОАМ, БХ, коагулограмма, обследование на ВИЧ, гепатиты В и С, ЭКГ, кольпоскопия, УЗИ органов малого таза, раздельное диагностическое выскабливание.

При лапароскопическом доступе все энуклеации произведены без вхождения в полость матки, при лапаротомии вхождение в полость матки имело место в 3 случаях.

Исследуемый способ постепенной энуклеации узла осуществлялся следующим образом. После вскрытия брюшной полости разрезом по Пфаненштилю, в проекции узлов, расположенных в толще миометрия или субсерозно, производился разрез стенки матки над миоматозным узлом в месте наибольшего истончения соответственно направлению мышечных волокон до фиброзной ткани. Узел тупо отделялся от окружающей ткани миометрия. по мере выделения узла до нижнего полюса, не отсекая от ложа, восстанавливалась рана, одновременно пошаговыми узловыми мышечно-мышечными швами через 3мм друг от друга. При отдаленном расположении узлов друг от друга производились разрезы в проекции каждого узла. Ушивание производилось викрилом при узлах до 4см в диаметре двухрядным, при большей величине – трехрядным, серозный покров восстанавливался серозно-серозными швами, с целью гемостаза П-образные швы по показаниям.

Полная одномоментная энуклеация узла производилась после разреза стенки матки над миоматозным узлом независимо от его локализации, с последующим ушиванием в 2-3 ряда. Серозный покров матки восстанавливался отдельными серозно-серозными швами викриловой нитью.

В послеоперационном периоде пациентки первой группы получали антибактериальную, противовоспалительную терапию, ДЭНАС-терапию (электростимуляционная терапия на аппарате ДЭНАС + в стабильном и лабильном режиме), а также супрессивную терапию аналогом гонадотропин релизинг – гормона в течение 3 месяцев после операции с последующим назначением КОК (жанин) в непрерывном режиме в течение 2-3 месяцев в зависимости от величины и локализации удаленных узлов. Пациентки второй группы получали аналогичное лечение с разницей в ФТЛ: магнито-терапия на область швов. Оценка миометрия проводилась УЗС.

Результаты и обсуждение. Длительность заболевания в обеих группах была 1,5 года, со средней продолжительностью клинических проявлений 6 месяцев. Характерные симптомы включали: тянущие боли внизу живота до 60%, учащенное мочеиспускание 40%, НМЦ: меноррагии, дисменореи, альгоменореи до 70%. Анемия в послеоперационном периоде была у 40%. По результатам предоперационной кольпоскопии выявлено у 36% эпителий шейки матки многослойный плоский без особенностей; у 48% выявлены различные кольпоскопические признаки хронического цервицита (цилиндрический эпителий, открытые железы, закрытые железы); у 14% - картина дискератоза (ацето-белый эпителий, мозаика, пунктация), у 7 из них выполнены биопсии с соответствующим лечением.

В возрасте 21-25 лет миомэктомия проведена у 8% больных, в 26-30 лет у 22%, в 31-35 лет – 26%, в 36-40 лет у 42%.

Сопутствующая гинекологическая патология имела место у 52%. У 23% эндометриозная болезнь различной локализации, у 34% вторичное бесплодие, у 26% первичное бесплодие, у 10% функциональные кисты яичников и у 10% хронический сальпингоофарит.

Единичные миоматозные узлы выявлены у 40%, множественные узлы у 60%. Размеры узлов варьировали от 3 до 16 см. 3-6 см были у 21%, 7-9 см у 34%, 10-12 у 25 см, узлы более 13 см у 18% больных. Дегенеративные изменения в узлах, диаметром более 8 см, были в 100% случаев. Наиболее часто рост узлов имел интерстициально – субсерозный характер – у 57%, изолированный субсерозный узел был у 16%, только интерстициальные узлы у 26% пациенток. Оперативное вмешательство производилось в 1 фазу менструального цикла на 8-9 день менструации, под СМА. Во время операции производилась визуализация маточных труб, оценка их проходимости. У двоих из первой группы и у 3 из второй группы выявлена непроходимость маточных труб, произведен сальпингоовариолизис, восстановлена проходимость маточных труб. Послеоперационный период протекал благоприятно у 93 пациенток (93%).

УЗИ производилось на 3,7 сутки послеоперационного периода, через 6 и 12 месяцев. Оценивалась толщина мышечной стенки в месте энуклеации, формирование новых сосудов (индекс резистентности), состояние рубца (наличие бессосудистых зон и ниш), рецидив миоматозных узлов в месте энуклеации и появлении вновь образующихся узлов.

У 4 пациенток 1 группы индекс резистентности

был снижен, что коррелировало с большими размерами узлов (9-16 см) и локализацией узлов в шеечно-перешеечной области и по задней стенке. Во второй группе отмечалось достоверное снижение индекса резистентности по сравнению с 1 группой.

Планирование беременности разрешалось через 6-9 месяцев, что зависело от величины раневой поверхности, количества узлов, травмы эндометрия.

Восстановление фертильности оценивали через 9- 12-16 месяцев после оперативного вмешательства. В первой группе беременность наступила у 4 пациенток, во второй группе у 12, причем у 2 после ЭКО.

Самостоятельными родами беременности закончились у 3 пациенток из первой группы и у одной из 2 группы. 6 пациенток первой группы и 5 из второй родоразрешены операцией кесарева сечения. У 2 из первой группы и у 5 из второй беременность прервалась самопроизвольными выкидышами и замершими в первой половине беременности.

Таким образом, при наступлении беременности у исследуемых женщин с миомой матки, осложнение беременности и родов отмечались в 79%. Частота бесплодия составила 32%, отсюда возникли показания к предгравидарной подготовке (проведение миомэктомии с последующей оценкой эндометрия и функции желтого тела), гормональной поддержке во время беременности, мониторингу швов на матке в течение всей беременности;

Выводы. Способ постепенной энуклеации узлов с одновременным пошаговым ушиванием ложа узла позволило снизить интраоперационную кровопотерю, отказаться от использования травмирующих матку, гемостатических зажимов, избежать формирования избытка ткани, сохранить архитектуру матки и получить состоятельный рубец на матке, что в последующем снизило вероятность потерь беременности и нарушений репродуктивной функции. Методика является предпочтительной по сравнению с методикой одновременной полной энуклеации узла. Восстановление фертильной функции произошло в среднем у 33% прооперированных методом постепенной энуклеации с одновременным ушиванием ложа. При одновременной полной энуклеации узла фертильность восстановлена в 24%. Реабилитационный период должен занимать не менее 6-9 месяцев послеоперационного периода, длительность его зависит от травмы миометрия, количества и локализации миоматозных узлов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. MacLavery CM, Shaw RW: Pelvic pain and endometriosis; in Shaw RW (ed): Endometriosis. Oxford, Blackwell Science, 1995, pp 112-146.
2. Schweppe K.W. // VI World Congress on Endometriosis, 1998.-P. 76.

Ferquhar C.M, Lethaby A, Sowter M et al. An evaluation of risk factors for endometrial hyperplasia in premenopausal women with abnormal menstrual bleeding II Am. J. Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 181, N 3. – P. 525-529.

3 Horn L.C., Schnurbusch U, Hentschel B, Eienkel J
Risk of progression in complex and atypical endometrial hyperplasia: clinicopathologic analysis in cases with and without progestogen treatment II Int. J. Gynecol. Cancer. – 2004. – Vol. 14, N 2. – P. 348-353.
 4. Kinsel L., Szabo E., Greene G., et al. // *Cancer Res.* – 1989. – V. 49. – P.1052-1056

5. Montgomery B.E., Damm G.S., Dunton C.J. et al. *Endometrial hyperplasia: a review // Obstetrical J.*
 6. Куценко И. И. *Морфологическая диагностика различных форм эндометриоза матки // Арх. патологии., 1997. — Т.59. №5. С. 36-39.*

Kim P.L.

ЖАТЫР МИОМАСЫНЫҢ МИОМЭКТОМИЯДАН КЕЙІН ҚАЙТАЛАНУЫ

Мақалада миомэктомия клиникалық әдістерінің әр түрлері, операциядан кейінгі кезеңдегі ерте физиотерапиясын қолдану тиімділігі - әйелдер фертильдігін қалпына келтіреді. Түйіндердің энуклеациясының біртіндеп бір уақыттағы қадам сайын тарылту әдісі бар. Осы әдіс қан жоғалтуды азайтуға мүмкіндік береді.

Kim R.L.

RECURRENCE OF UTERINE FIBROIDS AFTER MYOMECTOMY

Clinical efficiency of various ways of a miomektomiya, application early fizio-therapies in the postoperative period in fertilst restoration at women of reproductive age is studied. The way of a gradual enukleatsiya of knots with a simultaneous step-by-step ushivaniye of a bed of knot allows to lower intraoperatsionnyu кровопотерю, to refuse use, injuring a uterus, haemo static clips, to avoid formation of surplus of a fabric, to keep very tectonics of a uterus and to receive a well-founded hem on a uterus that in the subsequent reduced probability of losses of pregnancy and violations of reproductive function.



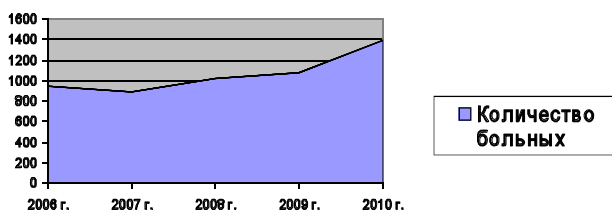
Куандыков Н.К., Палехин Н.М., Муздыбаев Р.М., Сейлханов А.Е.

МЕТАФИЛАКТИКА МКБ ПРЕПАРАТОМ КАНЕФРОН Н, У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ДУВЛ

КГП на ПХВ «Усть-Каменогорская городская больница №1» урологическое отделение

В Восточном Казахстане удельный вес МКБ в структуре урологических заболеваний составляет 40 и более %. Нами оказывается весь спектр урологических операций и пособий, применяемых при лечении МКБ. В области проводятся различные виды интракорпоральной литотрипсии, так же работает два аппарата для дистанционной литотрипсии.

Количество больных МКБ пролеченных стационарно



Мы имеем успешный опыт дистанционной литотрипсии неосложненных камней различных локализаций, нередко приходится проводить более одного сеанса ДУВЛ. И из-за больших размеров и (или) высокой плотности приходится производить 2й или 3й сеанс ДУВЛ. В связи с этим особую актуальность приобретает профилактика рецидивов камнеобразования.

По литературным данным рецидивирование нефролитиаза составляет (11-28,5%). К сожалению, наш опыт показывает, что у нас есть больные, которые в различные сроки имели рецидивы. Особенно они проявляются у тех больных, которые не проводили никаких профилактических мероприятий.

Для профилактики рецидивов камнеобразования после выписки больным рекомендуется: соблюдение диеты, режим питья,

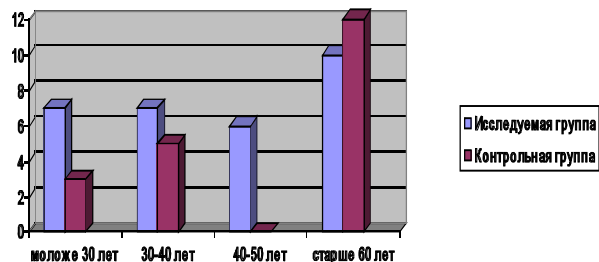
назначение фитотерапии. Одним из препаратов нового поколения, широко применяемым в нашей практике, является Канефрон Н (Bionorica SE, Германия). Канефрон Н - комбинированный препарат, в состав которого входят золототысячник (*Centarium umbellatum*), любисток (*Levisticum officinale*) и розмарин (*Rosmarinus officinale*). Входящие в состав препарат компоненты оказывают антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие на органы мочевой системы, уменьшают проницаемость капилляров почек, обладают диуретическим эффектом, улучшают функцию почек, усиливают эффект антибактериальной терапии.

Новшеством нашей работы является то, что нами назначался препарат Канефрон Н в виде монотерапии, в рекомендуемых дозировках по 2 драже (50 кап) х 3 раза в день, лицам перенесших дистанционную ударно-волновую литотрипсию (ДУВЛ), на протяжении минимум 6 мес.

В нашем открытом исследовании принимали участие 50 пациентов.

Исследуемая группа составила 30 человек, контрольная 20 человек. Исследование проводилось в течение девяти месяцев (с 1 января 2011г. – по 30 сентября 2011г). Пациентов для исследования отбирали с января по март 2011г. Период наблюдения - 6 мес.

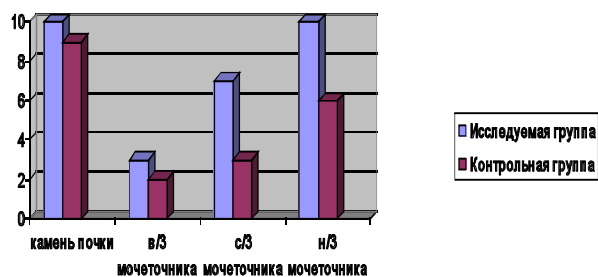
Исследовалась возрастная группа от 19 до 80 лет. Исследуемая группа: моложе 30 лет - 7 чел, 30 – 40 лет 7 чел, 40 – 50лет – 6 чел, старше 60 лет - 10 чел. Контрольная группа: моложе 30 лет - 3 чел, 30 – 40 лет 5 чел, 40 – 50лет – 0 чел, старше 60 лет - 12 чел.



Из методов диагностики применялись: ОАМ, БХАК, УЗИ почек, обзорная и экскреторная урография.

В ОАМ учитывались такие показатели как, лейко- и эритроцитурия, кристаллурия.

По локализации конкрементов - пациентов разделили на четыре группы: почка – 19 чел; верхняя треть мочеточника – 5 чел.; средняя треть мочеточника – 10 чел.; нижняя треть мочеточника – 16 чел. Из них, в исследуемой группе: почка – 10 чел; верхняя треть мочеточника – 3 чел.; средняя треть мочеточника – 7 чел.; нижняя треть мочеточника – 10 чел, в контрольной группе: почка – 9 чел; верхняя треть мочеточника – 2 чел.; средняя треть мочеточника – 3 чел.; нижняя треть мочеточника – 6 чел.

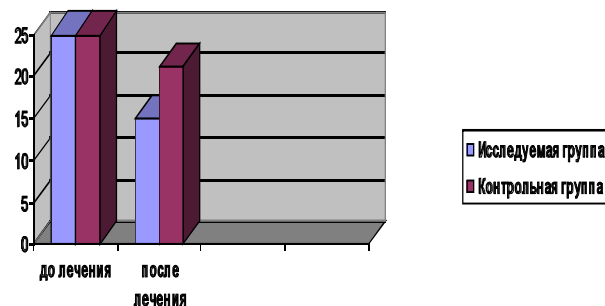


В контрольной группе лица с целью профилактики принимали настои почечных трав, периодически принимали комплексные фитопрепараты в малых дозировках и нерегулярно. К концу исследования двое пациентов из контрольной группы выбыли из исследования - не явились в назначенное время.

По результатам исследования в исследуемой группе у двоих пациентов (6,6%) выявлен рецидив МКБ по УЗИ в виде конкрементов диаметром до 5 мм (у одного 4мм, у второго 5мм). Уровень лейкоцитурии в исследуемой группе снизился на 40%.

В контрольной группе у 8 (40%) пациентов выявлен рецидив: у 6 в виде конкрементов диаметром до 5 мм; у 2 в виде конкрементов диаметром 5-10 мм. Уровень лейкоцитурии в исследуемой группе снизился на 15%.

Уровень лейкоцитурии



Выводы:

- Активное внедрение ДУВЛ как альтернативного метода оперативного лечения МКБ приводит к уменьшению сроков реабилитации в послеоперационном периоде.

- применение препарата Канефрон Н в виде монотерапии в течение 6 мес. у пациентов перенесших ДУВЛ является эффективным методом метафилактики рецидива нефролитиаза.

- препарат Канефрон Н сочетает в себе хорошую переносимость, отсутствие противопоказаний, простоту применения, хорошую клиническую эффективность, делает возможным назначение препарата широкому кругу пациентов в комплексную терапию, на длительное время больным разных возрастных групп, в том числе и беременным.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Тиктинский О.П., Александров В.П., Лопаткина Н.Л. – в 3х томах. 1998г. Мочекаменная болезнь – С-Пб 2000г.
2. Татевосян А.С. Диагностика и лечение местных факторов риска почечно-каменной болезни – Автореферат докторской диссертации – Москва 2000г.
3. Руководство по урологии. Под ред. Куандыков Н.К., Палехин Н.М., Муздыбаев Р.М., Сейлханов А.Е.
4. Перепанова Т.С., Дзеранов Н.К. Принципы противовоспалительной терапии при мочекаменной болезни. Пленум правления Российского общества урологов. Материалы, Сочи 28-30 апреля 2003г.

Куандыков Н.К., Палехин Н.М., Муздыбаев Р.М., Сейлханов А.Е.

ДИСТАНЦИОНДЫ СОҚҚЫ-ТОЛҚЫНДЫ ЛИТОТРЕПСИЯ ЖАСАЛҒАН НАУҚАСТАРДЫ «КАНЕФРОН-Н» ДӘРІСІМЕН МЕТАФИЛАКТИКА

Дистанционды соққы-толқынды литотрепсия жасалған, ЗТА (зәр тас аурулары)-мен ауыратын емделушілердегі Канефрон Н дәрмегінің клиникалық тиімділігі зерттелген. Канефрон Н-ды пайдалану дистанционды соққы-толқынды литотрепсия жасалған емделушілердің ҚТА рецидивтері пайызын төмендетуге мүмкіндік береді.

Kuandikov NK., Palehin N.M., Muzdibayev RM., Seilhanov AE.

METAFYLAXIS OF UROLITHIASIS BY MEANS OF CANEFRON N IN PATIENTS UNDERGOING ESWL

Verified the clinical efficacy of Canephron N in patients with urolithiasis underwent remotely shock wave lithotripsy (ESWL). Application Canephron N reduces relapse rate of urolithiasis in patients undergoing ESWL



Кусаинова М.С

МЕГАКАРИОЦИТОПОЭЗ

ГККП на ПХВ «Городская поликлиника», г.Кокшетау

Мегакариоцитопоз (рис.№1) (megacaryocytopoiesis; Мегакариоцит + греч. poiesis выработка, образование) стадия тромбоцитопоза, включающая процесс образования и развития мегакариобластов, промегакариоцитов и мегакариоцитов.[1]

Дифференцировка и созревание клеток мегакариоцитопоза происходит в костном мозге, где из коммитированных морфологически неидентифицируемых клеток-предшественников

КОЕ-мгкц(колониеобразующая единица мегакариоцитарная) формируются колонии мегакариоцитарных клеточных элементов.[2] (Рисунок №2)

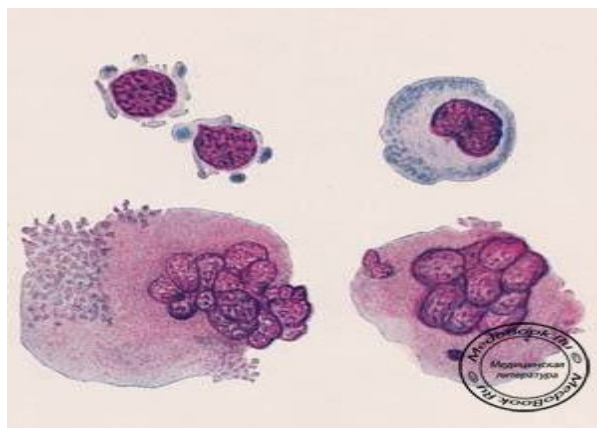


Рисунок №1. Мегакариоцит

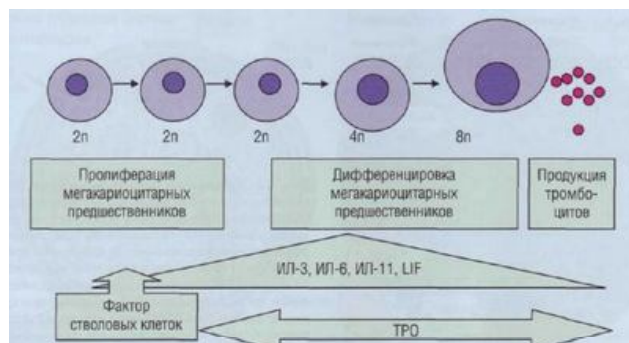


Рис.№2. Схема регуляции мегакариоцитопоэза. Внизу рисунка показаны периоды стимулирующего действия на мегакариоцитоз основных стимуляторов. LIF – лейкоз-ингибирующий фактор, ТРО – тромбопоэтин.

При созревании клетки проходят три морфологически дифференцируемые стадии: мегакариобласт, не превышающий 10% всей популяции, промегакариоцит (около 15%) и мегакариоцит, на его долю приходится от 75 до 85%. Процесс преобразования мегакариобластов в мегакариоциты продолжается около 25 часов. Время созревания мегакариоцита составляет примерно 25 часов, а жизненный цикл - около 10 суток. Отличительной чертой клеточных элементов мегакариоцитопоэза является их способность к эндомитозу (полиплоидизации) делению ядра без разделения цитоплазмы, что приводит к появлению гигантского размера клеток (мегакариоцитов). В процессе мегакариоцитопоэза клетки прodelывают от 3 до 6 эндомитозов, что соответствует плоидности мегакариоцита от 8 п. до 64 п.[4,6] (Рисунок №3)

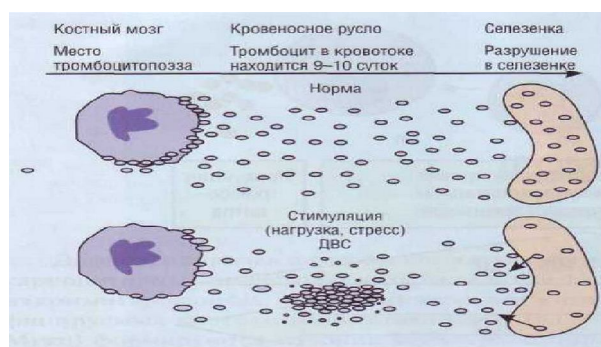


Рис. № 3

Созревание мегакариоцитарных элементов сопровождается накоплением в цитоплазме гранул. Способность зрелых мегакариоцитов к эндомитозу проявляется в явлении эмпириоплезиса, суть которого заключается в захвате гемопоэтических клеток. Частота его возрастает при злокачественных новообразованиях. В альфа-гранулах мегакариоцитов содержится значительное количество белков: фактор Виллебранда, тромбоцитарный фактор 4, тромбоспондин, фибриноген, фибронектин,

тромбоцитарный ростовой фактор, трансформирующий ростовой фактор бета, тромбоцитарный ингибитор коллагеназы. Тромбоцитарная пероксидаза присутствует на всех стадиях созревания клеток мегакариоцитарной линии, включая тромбоциты.[3]

Основная функция мегакариоцитопоэза – образование тромбоцитов, поддержание их количества в кровотоке на постоянном уровне. Мегакариоциты располагаются в костном мозге вблизи костномозговых синусов, цитоплазматические опоры через миграционные поры проникают в синусы костного мозга, где и происходит отшнуровка тромбоцитов. Основными регуляторами, стимулирующими мегакариоцитопоэз являются ИЛ-1, ИЛ-3, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-11(интерлейкины), фактор стволовых клеток, лейкоз-ингибирующий фактор, ГМ-КСФ(гранулоцитарно-макрофагальный колонистимулирующий фактор), Г-КСФ(гранулоцитарно колонистимулирующий фактор), эритропоэтин, тромбопоэтин. К факторам, ингибирующим тромбоцитопоэз, относят тромбоцитарный фактор 4, трансформирующий фактор роста бета1-, альфа- и гамма-интерфероны и другие ингибиторы.[9,10]

Тромбоцит – безъядерная клетка диаметром 2-4 мкм, средний объем 7,5 куб.мкм (от 3 до 10 куб. мкм). Популяция тромбоцитов неоднородна. Различают зрелые тромбоциты (87%), юные (незрелые – 3.2%), старые (4.5%), формы раздразения (2,5%). Микроформы тромбоцитов имеют диаметр менее 1.5 мкм, макроформы могут достигать 5 мкм и мегалоформы до 6-10 мкм. В центре зрелого тромбоцита содержится обильная азурофильная зернистость. Форма тромбоцитов – овальная, круглая, сферическая или дискоидная. Период созревания тромбоцитов в среднем составляет 8 дней, продолжительность пребывания в кровотоке от 9 до 11 дней. В тромбоците выделяют гель-зону и зону органелл. **Гель-зона** представляет собой матрикс цитоплазмы. В ней расположены микротрубочки, микрофиламенты и другие структуры, обеспечивающие образование псевдоподии, внутреннюю контракцию и секрецию. **Зона органелл** тромбоцитов состоит из беспорядочно расположенных по цитоплазме митохондрий, пероксисом (содержат каталазу) и гранул хранения. В тромбоцитах выделяют 3 вида органелл хранения: альфа-гранулы, электронно-плотные тельца (бета-гранулы) и лизосомы (гамма-гранулы). В альфа-гранулах хранится до 30 различных белков, большинство из которых синтезируются в мегакариоцитах: фибриноген, фактор Виллебранда, V-фактор, фактор роста тромбоцитов (PDGF Platelet-derived growth factor), фактор 4 тромбоцитов бета-тромбоглобулин, тромбоспондин, фибронектин. P-селектин, альфа-макроглобулин, альфа-антплазмин, альфа1-антитрипсин, протеин S, лейкоцитарный хемотаксический фактор, высокомолекулярный кининоген и другие.

Участие белков альфа-гранул в физиологических и патологических процессах многостороннее:

- митогенный и хемотаксический эффект;
- адгезивное действие, участие в агрегации тромбоцитов;
- в плазменном гемостазе;
- вазоактивное действие;
- иммунные и другие эффекты.

В плотных тельцах (дельта-гранулы) хранятся субстанции, вызывающие прежде всего сосудистые реакции, адениловые нуклеотиды (АТФ(аденозинтрифосфат), А Д Ф (а д е н о з и н д и ф о с ф а т) , АМФ(аденозинмонофосфат), цАМФ(циклический аденозинмонофосфат), ГДФ(гуанозиндифосфат)), серотонин, адреналин, норадреналин, ДОФАмин, гистамин и другие. Высвобождающиеся из пула хранения АТФ и АДФ быстро метаболизируются в плазме до АМФ и аденозина. АДФ является важнейшим физиологическим метаболитом, обеспечивающим первичный гемостаз.[5] В лизосомах (гамма-гранулы) находятся гидролитические ферменты пероксидаза, глюкозидазы, галактозидаза или бета-глицерофосфатаза. Лизосомы секретируют хранящийся в них секрет только при воздействии сильных стимуляторов,

таких, как коллаген и тромбин, что сопровождается необратимыми изменениями тромбоцитов. Тромбоциты способны секретировать содержимое гранул частично при обратимой адгезии и в процессе взаимодействия с капиллярной сетью сосудов и полностью при реакции освобождения, связанной с необратимой адгезией на поврежденной сосудистой стенке. После секреции наблюдается дегрануляция, большинство гранулярных мембран деградирует, гранулы практически не восстанавливаются и тромбоциты во многом теряют свою физиологическую активность. Основные функции тромбоцитов: ангиотрофическая, адгезивно-агрегационная, сорбционно-транспортная, активация плазменного гемостаза, ретракция кровяного сгустка, фиксация и транспорт циркулирующих иммунных комплексов. [7,8]

Заключение. В статье представлены из системы кроветворения процесс мегакариопоэза, включая процесс образования и развития мегакариобластов, промегакариоцитов и мегакариоцитов до образования в конечном этапе в кровеносном русле – тромбоцитов. Представлена схема образования, их описания, функции, основные регуляторы процессов.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамов М.Г. - Гематологический атлас, г.Москва, «Медицина», 1985г, Том 1, С. 9-10.
2. Воробьев А.И. - Руководство по гематологии, г.Москва, «Медицина», 1985г, Том 1, С. 20-22.
3. Кассирский И.А. - Клиническая гематология, г.Москва, «МЕДГИЗ»1955г.С 54-56.
4. Козинец Г.И. - Атлас клеток крови и костного мозга, г.Москва, «Триада-Х»1998г.,С 17-18.
5. Луговская С.А., Почтарь М.Е. - Гематологический атлас, г.Москва, «Триада-Х»,2002г.С 12-14.
6. Радченко В.Г. - Основы клинической гематологии, г. Санкт-Петербург, «Диалект»,2003г.С 30-31.
7. Соболева Т.Н., Владимирская Е.Б. - Морфология клеток крови в нормальном кроветворении, г.Москва, «ЮНИМЕД – пресс», С32.
8. Третьяк Н.М. – Гематология, г. Киев, «Внешняя торговля», 2005г.С 40.
9. Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону. Книга 2. Медицинская генетика. Фармакология. Питание. Онкология и гематология, г.Москва, «Практика»,2005г.С 120-122.
10. Абдулкадыров К.М. Гематология. Новейший справочник, Москва, «Эксмо», 2004г.С.25-26.

Құсаинова М.С

МЕГАКАРИОЦИТОПОЭЗ

Мақалада қан жүйесінен мегакариоцитоз үдерісі ұсынылады, соның ішінде мегакариобласт, промегакариоцит және мегакариоцит құру үдерісі олардың ақырғы кезеңде қан жүретін арнасында – тромбоциттар құрылу кезі көрсетіледі.

Husainova MS.

MEGACARYOCYTOPOESIS

In the article from the hematopoietic system the process of megakaryocytopoiesis, including the process of formation and development of megakaryoblasts, promegakaryocyte, megakaryocyte till forming on final phase in blood channels – platelet are presented. There is the scheme of formation, their description, functions, process basic control are presented.

ДИАГНОСТИКА КАНДИДОЗА ПИЩЕВОДА

ГККП на ПХВ «Городская поликлиника», г.Кокшетау.

Оппортунистические инфекции представляют собой актуальную проблему в современной гастроэнтерологии. Микозы органов пищеварения могут быть вызваны различными микроскопическими грибами, однако ведущее по частоте микотическое поражение пищеварительного тракта, безусловно, кандидоз. Диагностика и лечение кандидоза пищевода в ряде случаев сопряжена с определенными трудностями. [1]

Дрожжеподобные грибы рода *Candida* – это одноклеточные микроорганизмы размерами 6-10 мкм. Эти микромицеты диморфны: в различных условиях они образуют бластомицеты (клетки-почки) и псевдомицелий (нити удлинённых клеток).

Группы риска по развитию кандидоза пищеварительного тракта представлены ниже. [2]

Группы риска по кандидозу пищеварительного тракта.

- Физиологические иммунодефициты (ранний детский период, старческий возраст, беременность)
- Генетически детерминированные (первичные) иммунодефициты
- СПИД
- Онкологические заболевания, особенно на фоне лучевой и химиотерапии
- Аллергические и аутоиммунные болезни, особенно на фоне лечения глюкокортикостероидами.
- Заболевания эндокринной системы, в первую очередь сахарный диабет, аутоиммунный полиэндокринный синдром, гипотиреоз, ожирение и др.
- Дисбиоз слизистых оболочек на фоне антибиотикотерапии
- Хронические «истощающие» заболевания
- Нарушения нутритивного статуса
- Трансплантация органов и тканей

В указанных группах кандидоз выявляют чаще обычного. Отметим, что иногда причину нарушения антифунгальной резистентности определить не удается.

Патогенез кандидоза пищеварительного тракта характеризуется последовательным прохождением грибами следующих этапов – адгезии, инвазии, кандидемии и висцеральных поражений. На первом этапе микромицеты адгезируются к эпителиоцитам какого-либо участка слизистой оболочки. В дальнейшем, дефекты в системе резистентности позволяют микромицетам через трансформацию в псевдомицелий внедряться (инвазироваться) в слизистую оболочку и подлежащие ткани. Цитопения – решающий

фактор, который позволяет инвазирующим грибам достигать стенки сосудов, разрушать ее и циркулировать в сосудистом русле. Такой этап называют кандидемией. В отсутствие адекватной терапии кандидемия приводит к образованию очагов инвазивного кандидоза в висцеральных органах, например, печени, легких, центральной нервной системе и др. [6]

Парадоксально, но инвазия грибов рода *Candida* чаще наблюдается в участках, представленных многослойным эпителием (полость рта, пищевод) и значительно реже в однослойный эпителий (желудок, кишечник).

На практике клиницисту приходится сталкиваться преимущественно с кандидоносительством, частота которого у здоровых лиц достигает в полости рта 25% , а в кишечнике - 80%. В то же время тревогу вызывает рост числа случаев кандидоза.

Объем обследования при кандидозе органов пищеварения включает изучение анамнеза и клинической картины, оценку рутинных клинических тестов, эндоскопические исследования, микологические (культуральные, морфологические и серологические) и иммунологические тесты. [3]

Кандидоз пищевода встречается у больных общего профиля в 1-2% случаев, у больных сахарным диабетом I типа - в 5-10% случаев, у больных СПИД - в 15-30% случаев. Среди местных факторов риска называют ожог, ахалазию, дивертикулез, полипоз пищевода и др. Характерными жалобами являются дисфагия, одинофагия, ретростернальный дискомфорт, однако встречается и латентное течение. Симптомы кандидоза пищевода могут нарушить акт глотания что в свою очередь приведет к нарушению питания и значительному снижению качества жизни. [4]

Показаниями для эндоскопического исследования с целью исключения кандидоза пищевода является: группа риска, клинические признаки эзофагита и верифицированный кандидоз других локализаций (напр., орофарингеальный, кандидоз урогенитальной системы, диссеминированный кандидоз).

Эндоскопические признаки кандидоза пищевода – гиперемия и контактная ранимость слизистой оболочки, а так же фибриновые налеты различной локализации, конфигурации и размеров. Среди всего разнообразия визуальных признаков кандидоза пищевода можно выделить три группы типичных изменений:

1. Катаральный эзофагит. Наблюдают диффузную гиперемию различной степени (от слабых-

раженной до яркой) и умеренный отек слизистой оболочки. Характерным эндоскопическим признаком является контактная кровоточивость слизистой оболочки, иногда - с образованием нежного, белесоватого («паутинообразного») налета на слизистой оболочке. Эрозивных изменений не отмечают.

2. Фибринозный (псевдомембранозный) эзофагит. Наблюдают бело-серые или бело-желтые рыхлые налеты в виде округлых бляшек диаметром от 1 до 5 мм, выступающие над ярко гиперемированной и отечной слизистой оболочкой. Контактная ранимость и гиперемия слизистой оболочки заметно выражены.

3. Фибринозно-эрозивный эзофагит. Характерно наличие грязно-серых «бахромчатых» налетов в виде «лент», расположенных на гребне продольных складок пищевода. При инструментальном отделении таких налетов обнажается эрозированная слизистая оболочка. Эрозии могут быть округлой или линейной формы, размерами чаще от 0,1 до 0,4 см в диаметре.

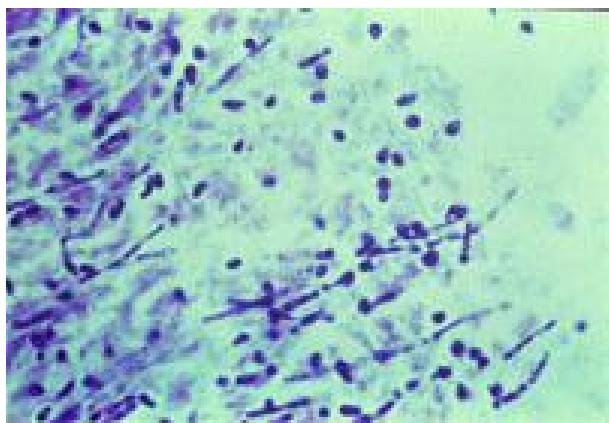


Фото 1. Кандидозный эзофагит. Почкующиеся клетки и псевдогифы грибов *Candida albicans* на эзофагеальной язве

С целью обнаружения псевдомицелия используют морфологические микологические методы: цитологический - с окраской мазков по Романовскому-Гимза, и гистологический - с окраской биоптатов ШИК - реакцией. **Таким образом**, учет диморфности микромицетов *Candida spp.* является ключом к дифференциальному диагнозу между кандидозом и кандидоносительством. В современных условиях клиницист должен требовать от морфолога точного описания морфологических структур гриба, ведь обнаружение бластомицетов, как правило, свидетельствует о кандидоносительстве, а обнаружение псевдомицелия позволяет подтвердить диагноз кандидоза.

К недостатку морфологических методов можно отнести их ограниченную чувствительность при эндоскопической биопсии. Хорошо известно, что биопсионные щипцы позволяют получить

Слизистая оболочка пищевода крайне ранима, отечна и гиперемирована. Выраженные изменения слизистой оболочки иногда препятствуют полноценному эндоскопическому осмотру пищевода (кровотечение, боль и беспокойство пациента, стеноз пищевода, вызванный отеком). [5,9]

Напомним, что схожие эндоскопические изменения могут наблюдаться при рефлюкс-эзофагите, пищеводе Барретта, герпес-эзофагите, плоских лейкоплакиях, красном плоском лишае, ожоге или опухоли пищевода. Поэтому, диагностика кандидоза пищевода основана на эндоскопическом исследовании и лабораторном изучении биопсийных материалов из пораженных участков. Необходимо учитывать, что при однократной биопсии чувствительность лабораторных методов недостаточна.

«Золотой стандарт» диагностики кандидоза слизистых оболочек - обнаружение псевдомицелия *Candida spp.* при морфологическом исследовании (см. фото 1,2).

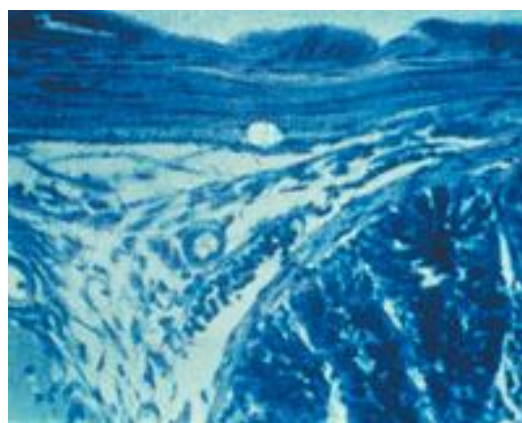


Фото 2. Кандидозный энтерит. Утолщенные ворсинки и дефект слизистой тонкой кишки; псевдогифы грибов *Candida*

для изучения миниатюрный фрагмент ткани, и вероятность обнаружения информативного признака при однократной биопсии недостаточна.

Кандидоз пищевода, даже протекающий субклинически, опасен своими осложнениями - стриктурой, кровотечением, перфорацией и диссеминацией микотического поражения.

Рентгенографический метод при кандидозе органов пищеварения малоинформативен, так как не уточняет этиологии процесса, но при развитии осложнений (напр., стриктура, язва, перфорация) приобретает решающее значение. [5,8]

Развитие стриктуры пищевода отмечают у 8-9% пациентов с кандидозным эзофагитом. Чаще они локализованы в верхней или средней трети грудного отдела пищевода и вызывают перманентную дисфагию. Другим частым осложнением кандидоза верхних отделов органов пищеварения является кровотечение, вызванное

контактной ранимостью слизистой оболочки. Такое хроническое малоинтенсивное кровотечение приводит к анемии, а у пациентов с цитопенией кровотечение может развиваться стремительно (нередко наблюдается рвота алой кровью и псевдомембранозными массами) и приводит вследствие кровопотери к шоку. Клиническая картина перфорации пищевода характеризуется, кроме интенсивного болевого синдрома, развитием пневмомедиастинума и подкожной эмфиземы в области шеи.

В план ведения пациентов с кандидозом пищевода необходимо включить диагностику и коррекцию фоновых заболеваний, других

очагов кандидозной инфекции, рациональную антифунгальную терапию и иммунокоррекцию.

Поскольку кандидоз пищевода может быть маркером онкологических заболеваний, в план обследования включают рентгенологическое исследование органов грудной клетки и фибросигмоскопию, а также дополнительно - для мужчин УЗИ предстательной железы, для женщин – УЗИ молочных желез и органов малого таза с консультацией гинеколога.[7]

В клинико-диагностической лаборатории ГККП на ПХВ «Городская поликлиника» обследованы с диагнозом кандидомикоз (кандидоз) пищевода (таблица №1):

Таблица №1. Цитологически выявленных с диагнозом кандидомикоз пищевода в ҚДЛ

	Всего больных	Выявлены	Не выявлены
2010	40	32	8
2011	27	21	6

І полугодие 2012	13	Candida при морфологическом исследовании биоматериалов слизистой оболочки пищевода. Культуральное исследование биоптатов пищевода с определением вида возбудителя становится обязательным при ведении толерантного к стандартной терапии или рецидивирующего кандидоза пищевода.	
------------------	----	--	--

Закключение. В статье представлены современные принципы диагностики кандидоза пищевода, описаны факторы риска, клиническая картина и осложнения заболевания. Стандартом диагностики является обнаружение нитевидной формы (псевдомицелия) микромицетов рода

ЛИТЕРАТУРА

1. Шевяков М.А. Кандидоз слизистых оболочек пищеварительного тракта (лекция) // Проблемы медицинской микологии. - 2000. - Т.2, N2. - С.6-10.
2. Шевяков М.А. Кандидоз органов пищеварения: клиника, диагностика и лечение. Автореф. дисс. докт. мед. наук. СПб, 2000 г.С.5-6
3. Шевяков М.А., Климко Н.Н., Антонов В.Б., Иншаков Л.Н., Колб З.К. Диагностика кандидоза пищевода // Проблемы медицинской микологии. - 1999.- Т.1, N4.- С. 14-18.
4. Kalogeropoulos N.K., Whitehead R. *Campylobacter-like organisms and Candida in peptic ulcers and similar lesions of the upper gastrointestinal tract: a study of 247 cases*// J. Clin. Pathol.- 1988.- Vol. 41, №10.- P. 1093-1098.
5. Климко Н.Н и др. Перечень основных методов и критериев диагностики микозов (методические рекомендации). СП б МАПО, Санкт-Петербург, 2001, 24 с.
6. В.Г. Кубась. « Этиология, патогенез и лабораторная диагностика кандидоза» З.М.А.Шевяков. Антибиотик-ассоциированная диарея и кандидоз кишечника: возможности лечения и профилактики. Ж.Антибиотики и химиотерапия, 2004, Том 49, С.26-29.
7. Yoo S.S., Lee W.H., Ha J., Choi S., Kim H.J., Kim T.H., Lee O.J. Prevalence of esophageal disorders in the subjects examined for health screening // Korean J. Gastroenterol. 2007, Nov. 50 (5): 306–312.
8. Хмельницкий О.К., Шевяков М.А., Саранцев Б.В.. О цитологических и иммуноморфологических исследованиях в диагностике кандидоза толстого кишечника. Новости клинической цитологии России 1998, Том 2, N2, С.59-62.
9. ВОЗ, Женева, 1995 г, Том 1, С.156.

Құсаинова М.С.

ӨНЕШ КАНДИДОЗЫНЫҢ ТАЛДАУЫ

Мақалада өнештің кандидозының қазіргі қағидалары көрсетілген, қауіп белгісі, клиникалық суреті және аурудың шиеленісі сипатталған. Диагностиканың стандартын морфологиялық зерттеу кезінде өнештің шырышты қабығының биоматериалдарында Candida тегінің микромицеттерінің (псевдомицелийдің) жіп тәрізді формасының табылуы болып табылады. Өнештің биоптаттарының мәдениетті зерттелуі қоздырушы түрінің анықталуымен бірге заңды түрде жүргізілгенде үйреншікті терапияға толерантты және өнештің қайталанатын кандидозы болып қалыптасады.

DIAGNOSTICS OF A CANDIDIASIS OF A GULLET

In article modern principles of diagnostics of a candidiasis of a gullet are presented, risk factors, a clinical picture and disease complications are described. Diagnostics standard is detection of the threadlike form (pseudomycelium) micromycet sorts Candida at morphological research of biomaterials of a mucous membrane of a gullet. Kulturalnoe research bioplat a gullet with definition of a kind of the activator becomes obligatory at conducting tolerant to standard therapy or repossessed a gullet candidiasis.



Мажитова Р.Т.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК С НАРУШЕНИЕМ ИХ ФУНКЦИИ ПРЕПАРАТАМИ НЕФРОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ

АО «РДЦ» консультативное отделение

Врожденные и приобретенные заболевания почек в детском возрасте встречаются часто. Около 10% девочек и 5% мальчиков до 18 лет переносят одно или несколько заболеваний почек, имеющих различную нозологию. Исходом хронических болезней почек является терминальная почечная недостаточность (ТПН), представляющая большую, экономическую и социальную проблему (А.Е. Наушанбаева, К.А. Кабулбаев и др 2009 г).

Таблица 1 Частота заболеваний почек в детском возрасте

Заболевания	частота
Врожденные аномалии почек и мочевых путей	около 1% всех новорожденных
Бактериальные инфекции мочевых путей	7,8% девочек и 2,% мальчиков до 7 лет
Врожденные и приобретенные гломерулярные заболевания	Частота нефротического синдрома 16 на 100 000 детей. Нефритический синдром или изолированная гематурия и протеинурия встречаются чаще, чем нефротический синдром.
Тубулопатии	Редко
Реноваскулярные заболевания	Редко
Острая почечная недостаточность	15-20 случаев на 1 млн детей в год
Терминальная почечная недостаточность	7-9 случаев на 1 млн детей в год.

Прогресс современных методов диагностики и лечения в детской нефрологии позволяет усовершенствовать нефрологическую помощь детям. Оказание полноценной нефрологической помощи детям возможно при применении стандартизированных методов лабораторной диагностики и лечения, что и проводится в лаборатории АО «РДЦ».

Помимо этиотропной терапии хронического тубулоинтерстициального нефрита у детей, лечебный комплекс должен предусматривать лечебно-охранительный режим, диетотерапию, восстановление почечной гемо- и уродинамики, уменьшение склеротических изменений в интерстиции почек. Одним из препаратов улучшающих гемодинамику, уменьшение склеротических изменений почек, является курантил. Препарат относится к нефропротективной

терапии, антиагрегантного действия и назначается в дозе 3-4 мг/кг/сут в течении месяца и более от 3-х до 6-ти месяцев по достижению нормальных показателей удельного веса мочи в пробе по Зимницкому в модификации – свободный сбор мочи.

Под наблюдением находились дети больные хроническим тубулоинтерстициальным нефритом на фоне хронического цистита, без обструктивного синдрома с нарушением функции концентрирования и без нарушения функций почек в течении 3-х лет, всего 341 ребенок. Из них с диагнозом хронический тубулоинтерстициальный нефрит на фоне цистита без обструктивного синдрома, с нарушением функции концентрирования 114 детей и без нарушения функции почек 270 детей. Всего 255 девочек и 86 мальчиков. Возраст детей от 2-х до 15 лет.

ТӘЖІРИБЕЛІК ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Таблица 2 Структура и удельный вес больных детей с хронической болезнью почек за 3 года.

Нозологии	2009		2010		2011		Всего	
Хронический тубулоинтерстициальный нефрит с обструктивным синдромом	45	37,8%	174	24,7%	184	80,6%	403	19%
Хронический тубулоинтерстициальный нефрит без обструктивного синдрома	6	5%	119	16,9%	216	19,3%	341	16,1%
Хронический тубулоинтерстициальный нефрит без нарушения функции почек	18	15,1%	121	17,2%	131	10,1%	270	12,7%
Хронический тубулоинтерстициальный нефрит со снижением функции концентрирования	5	4,2%	49	%	60	4,6%	114	5,4%

Результаты терапии хронического тубулоинтерстициального нефрита на фоне хронического цистита, без обструктивного синдрома со снижением функции концентрирования препаратами нефропротективного действия положительные. Применение нефропротективной терапии при хроническом тубулоинтерстициальном нефрите на фоне хронического цистита с нарушением функции осмотического концентрирования мочи у детей способствует сокращению продолжительности активного периода заболевания снижению риска рецидивов пиелонефрита, повторных ОРВИ и ОРЗ у больных.

Мажитова Р.Т.

БҮЙРЕКТІҢ ҚЫЗМЕТІНІҢ БҰЗЫЛУЫМЕН КӨРІНЕТІН БҮЙРЕКТІҢ СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЛАРЫН НЕФРОПРОТЕКТИВТІ ӘСЕРІ БАР ДӘРІЛЕРМЕН ЕМДЕУДІҢ НӘТИЖЕСІ

Тумыстан бар және балалық кезеңде қосымша болған бүйректердің аурулармен жиі кездеседі. Бүйректің үйреншікті аурулары экономикалық және әлеуметтік мәселе, себебі терминал бүйрек жеткіліксіздігі өршіп отыр. Бала нефрологиясындағы диагностика және емдеудің қазіргі әдістерінің өрлеуі балаларға нефрологиялық көмекті жетілдірілуге мүмкіндік береді.

Mazhitova R. T.

OF THE EFFECTIVENESS OF THERAPY OF CHRONIC KIDNEY DISEASE WITH CHRONIC CYSTITIS WITH IMPAIRED FUNCTION OF CONCENTRATION DRUGS NEFROPROTEGUOGO ACTION

Efficiency of results of therapy chronic a disease of kidneys against chronic cystitis with violation of concentration function by preparations of nefroprotektivny action.

Congenital and acquired diseases of kidneys at children's age meet often. An outcome of chronic diseases of kidneys is the terminal nephritic insufficiency (TPN) representing a big, economic and social problem. Progress of modern methods of diagnostics and treatment in children's nephrology allows to improve the nephrological help to children. Application of nefroprotektivny therapy at chronic tubulointerstitsialny nephrite against chronic cystitis with violation of function of an osmotic kontsentrirovaniye of urine at children promotes reduction of duration of the active period of a disease to decrease in risk of recurrence of pyelonephritis, repeated ORVI and ORZ at patients.



САНАЦИЯ РОДОВЫХ ПУТЕЙ НАКАНУНЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

«Городской родильный дом» г Атырау

Введение. В последнее десятилетие у женщин многих стран мира отмечен рост инфекций влагалища, которые прочно занимают первое место в структуре акушерско-гинекологических заболеваний. Такие социальные процессы, как урбанизация общества, ухудшение экологической обстановки, а также последствия бесконтрольного применения лекарств (в первую очередь антибиотиков), оказывают отрицательное влияние на здоровье человека. На общем фоне увеличения частоты хламидиоза, трихомониаза, гонореи и других сексуально-трансмиссионных заболеваний (СТЗ), наблюдается увеличение частоты инфекций влагалища, протекающих с участием микроорганизмов, входящих в состав нормальной микрофлоры влагалища. Стало очевидным, что нормальная флора половых путей при определенных условиях приобретает патогенные свойства, а ее представители становятся возбудителями целого ряда болезней. Это побуждает более пристально исследовать состояние микроценоза влагалища как потенциального резервуара микробов-возбудителей, которые могут вызывать патологический процесс[3].

Наблюдается увеличение числа родильниц с гнойно-септическими заболеваниями (ГСЗ) половых органов. По данным В.Н.Серова (1998 г), сепсис занимает первое место среди всех причин материнской смертности. Поэтому профилактика этих заболеваний имеет особенно важное значение для практического родовспоможения[1].

Первичный очаг инфекции в подавляющем большинстве (90% и более) случаев локализуется в гениталиях (В.Н.Серов, 1998 г). Чаще всего это кольпиты, эндоцервициты, хорионантиты у беременных женщин, лечение которых до настоящего времени представляет большие трудности.

Наличие инфекции половых путей у беременных существенно отягощает течение и исход беременности. Это приводит к росту послеродовых гнойно-септических заболеваний и неонатальных инфекций, одной из причин которых является прохождение плода через пораженные родовые пути. В послеродовом периоде нарушения в балансе микрофлоры влагалища могут стать причиной серьезных инфекционных осложнений у родильниц: метроэндометрита, перитонита, сепсиса. Кроме того, микроорганизмы родовых путей рожениц являются одним из главных факторов колонизации организма новорожденных [3].

Современный методический уровень клинической микробиологии позволил в

значительной степени расширить наши представления о состоянии микробиоценоза половых путей женщины и показать, что подавление нормальной микрофлоры влагалища ведет к разнообразной патологии. Увеличивается частота бактериального вагиноза (БВ) и урогенитального кандидоза (УГК), неспецифических вагинитов (НВ)[2].

Цель настоящего исследования показать необходимость санации родовых путей у беременных с нарушением микроценоза влагалища.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено у 55 женщин, с доношенным сроком беременности, поступивших в отделение с наличием акушерской патологии или экстрагенитальных заболеваний для лечения и подготовки к родоразрешению. Возраст беременных колебался в пределах от 18 до 39 лет. Первородящих было 32 (60%), повторнородящих - 23 (40%).

Критерием отбора беременных для исследования явились данные лабораторных исследований: наличие дрожжеподобных грибов в мазках и посевах из влагалища, а также лейкоцитоз во влагалищных мазках. Субъективных жалоб и клинических признаков кольпита не отмечалось.

Санацию проводили препаратом тержинал по 1 вагинальной таблетке во влагалище в течение 8-10 дней, при непереносимости препарата применяли препарат неопенотран форте.

Лабораторные исследования влагалищных мазков, посевов со слизистой влагалища у беременных, проводились в динамике: до начала лечения и через 8-10 дней после начала лечения.

Исследования влагалищных мазков до начала лечения у беременных выявили: выраженный лейкоцитоз (25-40 лейкоцитов в поле зрения), обильную палочковую флору, слущенный эпителий в большом количестве. В посевах из влагалища во всех случаях были обнаружены возбудители кольпита - дрожжеподобные грибы рода *Candida*.

Группа была разделена на две подгруппы. В первую подгруппу вошли женщины, прошедшие неполную санацию влагалища, у которых роды произошли на 3-6 день от начала лечения (n30). Вторая подгруппа беременных, у которых роды произошли после проведенной подготовки родовых путей (n 25).

Первая подгруппа: у 30 беременных срочные роды произошли через 3-6 дней от начала санации, в связи, с чем оценка эффективности действия применяемых препаратов проведена на основании клинических данных. При осмотре родовых путей после родов у 8 беременных обнаружены разрывы

стенек влагалища. Целостность слизистой влагалища восстановлена. У 6 беременных также имела место травма родовых путей: разрыв промежности I степени, разрыв стенки влагалища и разрыв шейки матки II степени. При зашивании разрывов обращало на себя внимание, что ткани родовых путей дряблы, легко ранимы, кровоточат при касании. Роды у всех обследованных протекали через естественные родовые пути. Дети родились в удовлетворительном состоянии, без признаков внутриутробного инфицирования при рождении, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов.

На 3 сутки раннего неонатального периода у 3 детей, выявлены конъюнктивиты. Дети переведены в детскую инфекционную больницу. У 2 матерей послеродовой период осложнился расхождением швов на промежности с последующим заживлением вторичным натяжением.

У второй группы беременных, n 25, которые получили полный курс санации влагалища, при исследовании влагалищных мазков была отмечена положительная динамика и они были практически

здоровы: количество лейкоцитов во влагалищных мазках уменьшилось до 1-6 в поле зрения, в посевах из влагалища обнаружены палочки Додерлейна в 60% наблюдений, эпидермальный стафилококк - в 19,5% наблюдений, дрожжеподобные грибы не обнаружены ни у одной из пациенток.

В этой группе роды через естественные родовые пути произошли у 24 женщин, у 1 плановое оперативное родоразрешение по поводу рубца на матке. У двух женщин в родах была произведена перинеотомия, по поводу тазового предлежания плода. У двух женщин обнаружены разрывы стенок влагалища. В послеродовом периоде ни у одной роженицы не отмечалось осложнений. Дети родились в удовлетворительном состоянии, без признаков внутриутробного инфицирования при рождении, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. В раннем неонатальном периоде осложнений у детей выявлено не было.

Результаты исследования представлены в таблице №1.

	Разрывы стенок влагалища	Разрыв промежности	Разрыв шейки матки	Конъюнктивиты у детей	Расхождение швов
1 подгруппа n30	8	6	6	3	2
2 подгруппа n25	2	Перинеотомия-2	0	-	-

Как видно из результатов исследования при отсутствии адекватной подготовки родовых путей, а именно санации влагалища при ее необходимости, высока вероятность травматичности родовых путей и возникновение ранних неонатальных инфекций.

Выводы: Микрофлора влагалища в период беременности претерпевает существенные

изменения. Естественно, это требует ее коррекции. В настоящее время существует множество препаратов, их комбинаций и схем лечения. Санация родовых путей перед родами снижает риск послеродовых гнойно-септических осложнений и неонатальных инфекций.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Профилактика послеродовых инфекционных осложнений тержсином. Методические рекомендации проф. Вдовин С.В.*
- 2. Выбор метода санации родовых путей накануне родоразрешения*
С.В. Новикова, И.И. Левашова, Л.С. Логутова
- 3. Бактериальный вагиноз и урогенитальный кандидоз у беременных. Лечение тержсином. проф. Е.Ф. Кира, И.А. Симчера*
- 4. Кира Е.Ф. Тержсиан в лечении бактериального вагиноза и урогенитального кандидоза. /Журнал акушерства и женских болезней/ вып.2. - с. 27-30.*

Мендешова Н.Б.

БОСАНУ ҚАРСАҢЫНДА ТУУ ЖОЛЫН ТАЗАРТУ

Жүктілік кезінде анықталған жыныс жолдарының жұқпалы аурулары жүктіліктің ағымын айтарлықтай созады. Зерттеу жұмысының мақсаты жатыр микроценозы бұзылған жүктілердің туу жолын тазартудың тиімділігі болып отыр. Зерттеу уақытымен жетіліп жүкті болған, бірақ акушерлік анамнезі бойынша акушерлік патологиясы мен экстрагениталды аурулары бар 55 әйелге жүргізілді.

SANITATION OF PATRIMONIAL WAYS ON THE EVE OF PERMISSION SORT

The presence of genital tract infection in pregnant women significantly aggravates the course and outcome of pregnancy. This leads to an increase in postpartum purulent-septic diseases and neonatal infections. The purpose of this study show the need for readjustment of the birth canal of pregnant women with vaginal micro enosis violation. The study was conducted in 55 women with full-term gestation admitted to the obstetric department with the presence of disease or extra genital diseases for the treatment and preparation for delivery. Remediation of the birth canal before delivery reduces the risk of postpartum purulent-septic complications and neonatal infections



Миронюк И.Н.

КАНЕФРОН И В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОДВЕРГНУТЫХ, ИЗЛУЧЕНИЮ ГОЛЬМИЕВОГО ЛАЗЕРА ПРИ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ

АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи»

Актуальность. На сегодняшний день мочекаменная болезнь (МКБ) является одной из наиболее распространенных патологий мочевыводящей системы. Мочекаменная болезнь занимает одно из первых мест среди урологических заболеваний. Больные с камнями мочевыводящей системы составляют 30-40% всего контингента урологических стационаров, поражая 2-3% населения нашей планеты. МКБ наиболее часто встречается у людей в трудоспособном возрасте – 20-40 лет, при этом мужчины болеют в 3 раза чаще, чем женщины. Вероятность возникновения к 70 годам составляет 12,5%. Последние данные исследований свидетельствуют, что заболеваемость МКБ за последние годы увеличилась. Так, только за последние 4 года среди младшей детской возрастной группы увеличилась с 17,8 до 19,9 на 100 000 населения, в подростковой - с 68,9 до 81,7, а во взрослой - с 405,2 до 460,3 больных на 100 000 населения. Многолетними наблюдениями доказана эндемичность регионов не только по частоте, но и по виду образуемых мочевых камней. Несмотря на многочисленность предложенных методов лечения, заболеваемость МКБ не только не снижается, но имеет явную тенденцию к росту. Уролитиаз по-прежнему остается одним из наиболее частых урологических заболеваний. Все эти данные настораживают и выдвигают на первый план необходимость продолжить поиск мер по ранней диагностике МКБ и разработке мероприятий, направленных на лечение и метафилактику заболевания.

Несмотря на рост заболеваемости, смертность при МКБ (в отличие от многих других урологических заболеваний) за последние десятилетия существенно снизилась, с 3,3% в 1992 году до 1,3% в 2000 году. И в этом немалая заслуга внедрения малоинвазивных хирургических методов и появ-

ления эффективных и безопасных лекарственных средств, при которых летальность сегодня сведена к нулю.

Цель исследования. Эта работа посвящена анализу первичных результатов клинического использования комбинированного растительного лекарственного средства Канефрон Н в лечении больных, подвергнутых излучению гольмиевого лазера при контактной литотрипсии.

Развитие техники деструкции камня в эндоскопической урологии привело к широкому использованию малоинвазивных методов лечения уролитиаза. В настоящее время хирургические методы, направленные на деструкцию и элиминацию конкремента, являются ведущими в лечении мочекаменной болезни. Консервативная терапия, направленная на попытку химического растворения камня и предупреждения его дальнейшего роста, малоэффективна и используется в случаях, когда оперативное лечение по тем или иным причинам не может быть выполнено или не достигнута полная дезинтеграция камня после контактной лазерной литотрипсии. Но не стоит забывать, что ни один из хирургических методов не способен обойтись без консервативной «сопровождающей» терапии.

Хотелось бы остановиться на терминологии, которую мы нередко с легкостью видоизменяем, не задумываясь о правовых и юридических последствиях этих изменений. Принятое нами название контактной литотрипсии гольмиевым лазером (КЛТ), наиболее полно отражающее суть метода.

Используемые названия при мочекаменной болезни:

- «Уролитиаз», или мочекаменная болезнь. Должен использоваться при общей характеристике и обсуждении заболевания.

- «Нефролитиаз», или камни почки. Локализация камней в чашечно-лоханочной системе почки.

- «Коралловидный нефролитиаз» - выделенная форма камня почки.

- «Уретеролитиаз», или камень мочеточника. С возможным указанием его места локализации в мочеточнике (в/з, ср/з, н/з).

- «Цистолитиаз» - камень мочевого пузыря.

- «Уретролитиаз» - камни уретры.

Это позволит и название КЛТ конкретизировать – контактная уретеролитотрипсия, что более точно определяет место приложения излучения лазера, чем контактная литотрипсия камня мочеточника, что, по сути, неверно, поскольку в слове «литотрипсия» заложено слово «камень».

За истекшее время в урологической практике метод контактной литотрипсии (КЛТ) в силу своей минимальной инвазивности и малой травматичности вошел в повседневную практику не только всех крупных клиник, но и ведомственных, областных и городских урологических отделений. Не секрет, что популяризация метода привела к тому, что оборудование для КЛТ приобретаются и во вновь образуемых частных лечебно-диагностических клиниках. Использование гольмиевого лазера в урологической практике позволило значительно расширить возможности трансуретральных методов лечения МКБ.

Что же изменилось, и как повлияло внедрение метода КЛТ на результаты лечения мочекаменной болезни в целом? Какие единые рекомендации мы должны выработать по комплексному лечению больных мочекаменной болезнью, и какое место в этом комплексе должна занимать КЛТ во всех лечебно - профилактических учреждениях независимо от их форм собственности? Вот вопросы, которые сегодня актуальны для урологической практики и для больных мочекаменной болезнью.

В последнее время на первое место вышел альтернативный метод удаления конкрементов мочевыводящей системы – уретероскопия с контактной литотрипсией. Уретероскопия является относительно новой урологической операцией. Данное вмешательство было впервые проведено в 1912 г., Hugh Hampton Young. Но только в конце 1970-х гг. уретероскопия вошла в практику уролога. Эта методика в настоящее время занимает одно из ведущих мест в лечении конкрементов мочевыводящих путей. Дальнейшее усовершенствование этой методики позволило выполнять КЛТ на всех уровнях мочевыводящих путей, сократить длительность оперативного вмешательства и уменьшить количество послеоперационных осложнений. Помимо лечения камней почек и мочеточников уретероскопия используется в диагностике и лечении других заболеваний верхних мочевых путей. Использование уретеропиелоскопов небольшого диаметра способствовало достижению конкрементов в полостной системе почек и мочеточников от 90% (средняя треть и верхняя треть) до 97 – 98% (нижняя треть)

и их фрагментации с уменьшением осложнений, а также снижением стоимости операции.

Параллельно с развитием и усовершенствованием дизайна инструмента произошло естественное расширение показаний к выполнению уретероскопии с КЛТ.

Показанием для КЛТ гольмиевым лазером является:

1. наличие конкрементов полостной системы почки, мочеточников;

2. наличие конкрементов, которые из-за длительного пребывания в мочевыводящих путях обросли уротелием, что нарушило уродинамику и привело к ухудшению функции почек;

3. противопоказания для дистанционной литотрипсии, её неэффективность и наличие «каменных дорожек» после её использования;

4. нефролитиаз у беременных;

5. стриктуры на всех уровнях мочеточников, которые привели к образованию вторичных конкрементов;

6. извлечение инородного тела (внутренний стент, отломки струн, дренажей и др.);

Помимо усовершенствования эндоскопического оборудования возрос клинический опыт урологов, что позволило выполнять ряд трансуретральных оперативных вмешательств на верхних мочевых путях в условиях дневного стационара. Вместе с расширением показаний к применению и увеличением клинического опыта данной операции ряд авторов выделяет отдельные категории больных, у которых выполнение КЛТ имеет свои особенности, и применение последней возможно только урологами, имеющими большой клинический опыт:

- Дети;

- беременные;

- пациенты с наличием аномалий верхних мочевых путей;

- больные с заболеваниями ВМП трансплантированной почки;

- больные с заболеваниями ВМП после кишечной пластики мочевого пузыря.

Развитие техники деструкции камня в эндоскопической хирургии привело к широкому использованию малоинвазивных методов лечения уролитиаза. В настоящее время хирургические методы, направленные на деструкцию и элиминацию конкремента, являются ведущими в лечении мочекаменной болезни.

В настоящее время отмечен явный рост интереса к проблемам фитотерапии, то есть лечению лекарственными средствами растительного происхождения. На сегодняшний день эффективность применения лекарственных растений доказана не только практически, но и с помощью научно обоснованных методов: биохимических, биологических (на молекулярном и клеточном уровнях), а также структурно-аналитических. Важное место в лечении, профилактике и метафилактике МКБ заняли лекарственные растения, которые имеют ряд

несомненных преимуществ, таких как отсутствие побочных эффектов (осложнений), возможность периодизации назначений. Одним из наиболее эффективных фитотерапевтических препаратов, недавно вошедших в клиническую практику уролога, является Канефрон® Н. Именно это лекарственное средство решено применять в нашей работе.

Канефрон®Н – комбинированный препарат, в состав которого входят золототысячник (*Centaureum umbellatum*), любисток (*Levisticum officinale*) и розмарин (*Rosmarinus officinale*). Входящие в состав препарата вещества оказывают антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие на органы мочевыделительной системы, уменьшают проницаемость капилляров почек, улучшают их функцию, обладают диуретическим эффектом, усиливают эффект антибактериальной терапии. Различные виды действия Канефрона®Н обусловлены входящими в его состав эфирными маслами, фенолкарболовыми кислотами, фталидами, горечами. Например, диуретическое действие препарата обусловлено сочетанием различных точек приложения его компонентов. Эфирные масла расширяют сосуды почек, что способствует улучшению кровоснабжения почечного эпителия, а также оказывают влияние на процессы обратного всасывания клетками почечных канальцев, что проявляется главным образом в уменьшении реабсорбции ионов Na⁺ и соответствующего количества воды. Диуретическое действие фенолкарболовых кислот объясняется осмотическим эффектом:

при попадании в просвет почечных канальцев они создают высокое осмотическое давление (обратному всасыванию эти вещества не подвергаются); при этом значительно снижается реабсорбция воды и ионов натрия. Таким образом, увеличение выведения воды происходит без нарушения ионного баланса (калийсберегающий эффект). Спазмолитический эффект обусловлен флавоноидной составляющей препарата. Спазмолитическими свойствами обладают фенолкарболовые кислоты.

Достоинством Канефрона®Н является также сочетание противомикробного и противовоспалительного эффектов, что особенно ценно при хронических процессах в мочевыводящих путях. Кроме того, выделение органических фенолкарболовых кислот и их глюкуронидированных и сульфатированных метаболитов с мочой приводит к изменению ее кислотности, что противодействует росту бактерий.

Материалы и методы. С февраля 2010 года по сентябрь 2011 года в урологическом отделении АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи» с начала использования КЛТ гольмиевым лазером было произведено 246 операций (151 мужчин и 95 женщин) в возрасте от 17 до 72 лет. В первую группу вошли 145 пациентов (92 мужчины и 53 женщины) которым выполнялась КЛТ по стандартной схеме лечения. Во вторую группу вошли 101 пациент (59 мужчин и 42 женщины) подвергнутые излучению гольмиевого лазера при КЛТ принимавшие в раннем послеоперационном периоде Канефрон® Н. (таб.1).

Таб.1 Схема лечения МКБ излучением гольмиевого лазера при КЛТ

Первая группа	Вторая группа
Стандартная медикаментозная терапия	Стандартная медикаментозная терапия +Канефрон® Н

Всем пациентам была выполнена КЛТ гольмиевым лазером. Пациентам первой группы проводилась спазмолитическая, антибактериальная и противовоспалительная терапия без назначения Канефрон®Н. Пациентам второй группы в составе медикаментозной терапии назначался Канефрон® Н по 2 драже 3 раза в сутки с первого дня госпитализации на срок 2 месяца.

Критериями оценки эффективности препарата Канефрон®Н послужили: сроки отхождения дезинтегрированных мелких конкрементов «песка» после КЛТ, снижение лейкоцитурии, увеличение суточного диуреза, нормализация рН мочи, субъективная оценка общего самочувствия как удовлетворительное.

Оценка эффективности проводилась при выписке пациента из стационара, оценивалось течение заболевания и течение раннего послеоперационного периода на госпитальном этапе (таб.2).

По данным обследований правосторонняя патология была в 75 случаях, левосторонняя – в 68, двусторонняя – 2 случаях в первой группе; во второй группе правосторонняя патология установлена в 50 случаях, левосторонняя – в 49, двусторонняя

– 2 случаях.

В 2 случаях была выполнена двусторонняя контактная уретеролитотрипсия гольмиевым лазером и в 2 – двусторонняя контактная пиелолитотрипсия гольмиевым лазером с дренированием почек внутренними стентами (ургентно).

В 20 случаях первой группы и 15 случаев пациентов второй группы выполнялась пиелокаликотрипсия гольмиевым лазером, при этом почка дренировалась внутренним стентом во всех случаях.

В 125 случаях первой группы и в 86 случаях второй использовалась контактная уретеролитотрипсия гольмиевым лазером (в верхней трети – 15 и 16, средней трети – 42 и 23, нижней трети – 68 и 47 соответственно).

Во всех случаях операция закончена дренированием почки внутренним стентом либо мочеточниковым катетером. Дренирование внутренним стентом проводилось в сроки от 3 дней до 5 недель в зависимости от показаний.

Как правило, после операции пациенты были выписаны на амбулаторное лечение через 5 – 7 дней, за редким исключением.

ТӘЖІРИБЕЛІК ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Таб.2 Оценка эффективности применения препарата Канефрон®Н больным подвергнутым излучению гольмиевого лазера при КЛТ

Показатели	Первая группа	Вторая группа
снижение лейкоцитурии	На 7 день	На 5 день
увеличение суточного диуреза	На 2 день	На 1 день
нормализация рН мочи	На 4 день	На 3 день
субъективная оценка общего самочувствия как «удовлетворительное»	На 5-6 день	На 4-5 день

Были отмечены следующие технические особенности и осложнения операций:

1. 4 (0,7%) случаев миграции конкрементов в нижнюю чашку.

2. 12 (2,2%) случаев – умеренная гематурия, которая была купирована консервативно (не рассматривается как осложнение).

3. 10 (1,8%) случаев обострения пиелонефрита, которые были купированы консервативно.

Результаты.

1. Контактная литотрипсия гольмиевым лазером была успешно проведена 246 пациентам.

2. Благодаря доказанному в других исследованиях «антиадгезивному» действию препарата Канефрон® Н на дренаж, «катетер ассоциированной» инфекции в нашем наблюдении не выявлено.

3. У пациентов принимавших Канефрон®Н наблюдалось более быстрое восстановление общего самочувствия, более благоприятное течение раннего послеоперационного периода, выражающееся в более быстром снижении до нормального уровня лейкоцитурии; быстрая нормализация рН мочи и купировании интоксикационного синдрома.

Выводы. Использование комбинированного растительного лекарственного средства Канефрон®Н в лечении пациентов подвергнутых излучению гольмиевого лазера при КЛТ позволяет

значительно улучшить эффективность эндоурологических вмешательств, качество госпитального этапа лечения, качество и сроки послеоперационной реабилитации пациента, сократить сроки лечения и социальной реабилитации. Это позволяет значительно повысить качество оказываемой высокоспециализированной урологической помощи, снизить стоимость лечения и имеет высокую социально-экономическую эффективность.

Несомненные преимущества препарата — редкие побочные эффекты, достаточно хорошая переносимость. Все вышесказанное обуславливает целесообразность его применения в урологии в качестве базисной терапии в составе комплексного лечения на госпитальном этапе у пациентов, подвергнутых излучению гольмиевого лазера при КЛТ.

В целом вышеперечисленные эффекты лекарственного средства Канефрон®Н позволяют расценивать этот комбинированный фитопрепарат и рекомендовать к применению как универсальное средство для сокращения сроков лечения пациентов перенесших эндоурологические операции и улучшения результатов лечения пациентов с obstructивными воспалительных заболеваний почек и мочевых путей в комплексной терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Parks J.H. An increasing number of calcium oxalate stone events worsens treatment outcome/J.H. Parks, F.L. Coe // *Kidney. Int.* – 1994. – Vol.45, №6. – P.1722-1730
2. Guidelines on urolithiasis / H. – G. Tiselius, D. Ackermann, P. Alken et al. // *Eur. Assoc. Urol.* – 2002. - №1. – P. 45-58/
3. Аверьянова Н.И., Козлова В.В., Косарева П.В., Одинцова О.В., Маслов Ю.Н. Исследование антибактериального действия Канефрона Н // *Здоровье мужчины.* — 2008. — № 3. — С. 166-168.
4. Амосов А.В. Растительный препарат Канефрон в урологической практике // *Врач.* – 2000. - №6. – С.36;
5. Пытель Ю.А., Амосов А.В. Растительный препарат Канефрон в урологической практике // *Лечащий врач.* – 1999. - №6. – С.38-39.
6. Акоюн Г.Н., Аляев Ю.Г., Амосов А.В., Григорян В.А., Крушинов Г.Е., Султанова Е.А.. Канефрон Н для лечения мочекаменной болезни // *Здоровье Украины.* — 2008. — № 6. — С. 2-3.
7. Мазо Е.Б., Попов С.В. Канефрон Н в комплексной противовоспалительной терапии больных с циститомическим дренажом // *Здоровье мужчины.* — 2007. — № 4. — С. 50-53.
7. Пасечников С.П., Никитин О.Д. Фитопрепарат Канефрон Н в урологической практике: гармония растительной терапии // *Здоровье мужчины.* — 2005. — № 2. — С. 74-78.
8. Лісовий В.М., Андоньєва Н.М., Гуц О.А. Застосування Канефрону Н у хворих з подагричною нефропатією на ранніх стадіях хронічної ниркової недостатності // *Здоровье Украины.* — 2006. — № 17. — С. 2.
9. Юрьев К.Л. Канефрон Н при нефрологической патологии у пациентов с сахарным диабетом и метаболическим синдромом // *Укр. мед. часопис.* — 2008. — 4(66), VII/VIII. — С. 1-6.
10. Образцов И.Г., Антонов С.М., Бердова Т.Л., Гамзин С.Ю., Решетникова Т.Н., Левчик Л.С. Опыт клинического применения препарата Канефрон Н для профилактики ранних лучевых циститов у больных со злокачественными новообразованиями органов малого таза // *Здоровье Украины.* — 2005. — № 6(115). — С. 1-2.
11. Сенчук А.Я., Заболотна А.В. Кане фрон Н у комплексному лікуванні вагітних групи високого ризику розвитку плацентарної недостатності // *Здоровье женщины.* — 2005. — № 1(21). — С. 1-4.

Миронюк И.Н.

**КОНТАКТІЛІ ЛИТОТРИПСИЯДА ГОЛЬМИЙ ЛАЗЕРІМЕН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ
КЕЗІНДЕ КАНЕФРОНДЫ ПАЙДАЛАНУ**

Қазіргі уақытта қуықтың тас ауруы (ҚТА) несеп шығару жүйесіндегі ең кең тараған аурулардың бірі болып табылады. Соңғы уақытта несеп шығару жүйесінің конкременттерін кетірудің талғаулы әдісі – контактілі литотрипсиялы уретероскопия алдыңғы орынға шықты. Бұл жұмыс контактілі литотрипсияда пациенттерді гольмий лазерімен емдеу кезінде құрамалы өсімдік дәрмегі Канефрон®Н-ды клиникалық пайдаланудың алғашқы нәтижелерін талдауға арналған. КЛТ кезінде пациенттерді гольмий лазерімен емдеуде Канефрон®Н –ды пайдалану эндоурологиялық жолмен емдеудің тиімділігін, госпитальдық емдеу кезеңінің сапасын, пациентті операциядан кейінгі оңалтудың сапасын және мерзімін едәуір жақсартуға, емдеудің және әлеуметтік сауықтырудың мерзімін қысқартуға мүмкіндік жасайды.

Жалпы алғанда Канефрон®Н дәрілік құралының әсері осы құрамалы фитопрепаратты бағалауға және эндоурологиялық операция жасалған науқастарды емдеудің мерзімін қысқарту үшін және кешенді терапияда бүйрек пен несеп жолының обструкциялық қабынуы кезінде пациенттерді емдеудің әмбебап құралы ретінде қолдану үшін ұсынуға мүмкіндік береді.

Meronuk I.N.

**THE USAGE OF CANEPHRON N IN TREATMENT OF THE PATIENTS SUBJECTED TO
RADIATION OF HOLMIUM LASER AT CONTACT LITHOTRIPSY**

For today urolithiasis is one of the most widespread urological pathology. Recently on the first place become an alternative method of removal stones – ureteroscopy with a contact lithotripsy. This work is devoted the analysis of primary results of clinical use of the combined herbal medical product of Canephron in treatment of the patients subjected to radiation of holmium laser at a contact lithotripsy. Use of Canephron in treatment of patients subjected to radiation of holmium laser at CLT allows to improve considerably efficiency endourological procedure, quality of a hospital stage of treatment, quality and terms postoperative patient’s rehabilitation, to reduce terms of treatment and social rehabilitation. As a whole effects of Canephron allow to regard this combined herbal medical product and recommend to use as a universal remedy for reduction of terms of treatment of patients after endourological operations and improvements of results of treatment of patients with obstructive inflammatory diseases of kidneys and uric ways in complex therapy.



Мунько Н.В.

СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕВОЧЕК г. АСТАНА

ГККП ГДБ№2 ҚДП

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 [1-5].

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 [4,5].

Цель исследования определить структуру гинекологической заболеваемости у девочек-подростков г. Астана.

Материал и методы исследования: Были проанализированы амбулаторные карты больных,

обратившихся за консультацией к детскому гинекологу в консультативно-диагностической поликлинике ГДБ №2 г. Астана за 2011 год в возрасте 1-15 лет. Диагнозы поставлены на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных.

Результат и обсуждение. В структуре гинекологических заболеваний у девочек на первое место выходит воспаление наружных половых органов в сочетании с воспалением влагалища (вульвовагинит) - 2998 (73,7%) случаев. Это согласуется с литературными данными о преобладании воспалительных заболеваний в структуре гинекологической заболеваемости девочек. По данным разных авторов, частота вульвовагинитов колеблется от 35 до 93% [6-9]. В возрастном аспекте преобладали дети «нейтрального» периода, у которых реакция влагалищной среды является щелочной или нейтральной, в мазке обнаруживали преимущественно кокковую флору. Анализ случаев вульвовагинитов выявил прямую зависимость их от экстрагенитальных заболеваний, в первую очередь, от так называемых «простудных», а именно использования антибиотиков, часто назначаемых при этих заболеваниях. У 292 (7,14%) девочек вульвовагиниты были грибковой этиологии. Явно имел место дисбиоз влагалища, обусловленный возрастными аспектами, несоблюдением гигиены и необоснованно длительным или частым применением антибиотиков, неправильным питанием. Не меньшую роль в возникновении вульвовагинитов играли гельминтозы, диагностика которых затруднена. Об этом косвенно могут свидетельствовать участвовавшие случаи атопических вульвовагинитов - 98(2,4%).

Наиболее показательной характеристикой морфо-функционального становления репродуктивной системы является возраст наступления менархе и характер становления менструального цикла в течение пубертатного периода. Нарушения менструального цикла установлены у 524(12,8%) девочек. У всех девочек имело место нарушение по типу гиперэстрогении.

Средний возраст наступления менархе составил $13,1 \pm 0,04$ лет. Менструальный цикл установился сразу или в течение первых 6 месяцев менее чем у каждой второй девочки. Наряду с тем, что у каждой четвертой девочки регулярные менструации устанавливались в течение года, еще у каждой четвертой менструации оставались нерегулярными или отсутствовали. Альгодисменорея диагностирована у 34 (0,83%) девочек, аменорея – у 8 девочек.

Синехии (сращение) малых половых губ установлены у 247(6,1%) девочек. Киста яичника диагностирована у 169 (4,2%). Заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), установлены у 61 (1,5%) девочек. Из них уреаплазмоз диагностирован у 10 (16,6%), трихомоноз – у 15 (24,5%), гарднереллез – у 8 (13,1%), хламидиоз – у 11 (18%), микоплазмоз – у 17 (27,8%) девочек.

Пороки полового развития выявлены у 54(1,32%) девочек, из них преждевременное телархе у 47 (87%), атрезия девственной плевы у 7 девочек. Эндометрит отмечался у 7 (0,17%) девочек, киста паховой области у 3 (0,07%), гипоталамический синдром у 1(0,02%), детский онанизм у 6 (0,14%), мастопатия у 1(0,02%), задержка полового развития у 6 (0,14%), ювенильные кровотечения у 7 (0,17%), сальпингоофорит у 14(0,34%), фурункул наружных половых органов у 6 (0,14%), синдром Шерешевского-Тернера у 6 (0,14%), эрозия шейки матки у 1 (0,02%), влагалищно-кишечный свищ у 1 (0,02%), гормональный криз у 1(0,02%), бартолинит у 4 (0,08%), гипертрофия клитора у 1 (0,02%), кондиломатоз у 1(0,02%) девочек.

Таким образом, в структуре гинекологической заболеваемости девочек по данным профилактических осмотров и обращаемости преобладают острые воспалительные заболевания (73,7%), нарушения менструального цикла (12,8%), синехии (6,1%), киста яичника (4,2%), ЗППП (1,5%). Среди ЗППП преобладают микоплазмоз (27,8%), трихомоноз (24,5%), хламидиоз (18%), уреаплазмоз (16,6%), гарднереллез (13,1%).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баласанян В.Г. *Медико-социальные и этические проблемы лечебно-профилактической помощи девочкам с патологией репродуктивной системы* // СПб., 2000. - 168 с.
2. Безнощенко Г.Б. *Избранные лекции по гинекологии* // Омск, 1999.-392с.
3. Гуркин Ю.А. *Гинекология подростков* // СПб., 1998. -560 с.
4. Коколина, В.Ф. *Гинекология детского возраста* //М.: ИД Медпрактика, 2003. - 268 с.
5. Богданова Е.А. *Гинекология детей и подростков* // Медицинское информационное агентство, 2000.- 332 с.
6. Богданова Е.А. *Воспалительные*

заболевания вульвы и влагалища у девочек // *Гинекология*. 1999. № 3. С. 86–89.

7. Гуркин Ю.А., Михайлова Л.Е. *Вульвовагиниты у девочек: этиология, клиника, лечение* // СПбГПМА. 1998. 64 с.

8. Зубакова О.В. *Диагностика и лечение неспецифического бактериального вульвовагинита: Автореф дис. канд. мед. наук. М., 2001, 26 с.*

9. Гоман Д.Н., Коновалов С.А., Замалова В.А. *Вульвовагиниты у детей* // *Актуальные проблемы детской и подростковой гинекологии и эндокринологии: Материалы 2-й Респ. научно-практич. конференци. Уфа, 1996. С. 41–43.*

Мунько Н.В.

АСТАНА КАЛАСЫНДАҒЫ ҚЫЗДАРДЫҢ ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРЫНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ

Гинекологиялық аурулардың арасында вульвовагиниттер (73,7%), менструальді циклдың бұзылыстары (12,8%), синехийлер (6,1%), яичниктің кистасы (4,2%), жыныстық қатынас арқылы жұғатын аурулар (1,5%) жиі кездеседі. Жыныстық қатынас арқылы жұғатын аурулардың арасында микоплазмоз (27,8%), трихомониаз (24,5%), хламидиоз (18%), уреоплазмоз (16,6%), гарднереллез (13,1%) жиі болады.

Munko N.V.

STRUCTURE OF GYNECOLOGICAL MORBIDITY AMONG GIRLS ASTANA

In the structure of gynecological morbidity for girls according to routine inspections and uptake is dominated by acute inflammatory diseases (73,7%), menstrual irregularities (12,8%), synechiae (6,1%), ovarian cyst (4,2%), sexually transmitted diseases (1,5%). Among sexually transmitted diseases predominate mycoplasmosis (27.8%), trichomoniasis (24.5%), chlamydia (18%), ureaplasmosis (16.6%), gardnerellez (13.1%).



Мухсенова А.К.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

НЦСМП, г.Астана

Наружный генитальный эндометриоз является одной из наиболее загадочных и нерешенных проблем современной гинекологии [1,2,3]. Заболевание прочно удерживает одно из лидирующих мест как в структуре гинекологической патологии, так и в структуре женского бесплодия [4,5,6].

Целью нашего исследования явилось изучение клинических особенностей наружного генитального эндометриоза различной степени активности.

Методы обследования. Нами проведен сравнительный анализ клинического течения, длительности заболевания, состояния репродуктивной системы, возраста больных у 35 женщин с наружным генитальным эндометриозом различной степени (I-IV) тяжести. В контрольную группу вошли 20 здоровых женщин репродуктивного возраста. Полное клинико-лабораторное обследование больных включало клинико-anamnestическое, гормональное, ультразвуковое, рентгенологическое, эндоскопическое обследование.

Результаты исследования. Полученные данные показали, что возраст больных колебался от 22 до 56 лет; средний возраст составил 37±2 лет.

Наиболее частой жалобой были боли при менструации – у 30 (86 %) женщин. Также частыми жалобами больных были меноррагия – у 15 женщин (43%) и болевой синдром постоянного характера – у 16 женщин (46%). Практически все больные отмечали усиление болевого синдрома с течением времени. Боли постоянного характера

отмечали 16(46%) женщин, а периодического 14 (40%) женщин. Более половины женщин 19 (54%) женщина) – отмечали болевой синдром при менструации, причем каждая третья женщина 12(34%) женщин) жаловалась на боли сильной степени, каждая пятая 7 (20%) женщина) – умеренной степени. И только 5 (14%) женщин отмечали незначительную болезненность при менструации. Почти каждая вторая женщина 17(48%) женщин страдала бесплодием, из них 12 (34%) женщины страдали первичным и 9 женщин (26%) – вторичным бесплодием. Каждая пятая пациентка жаловалась на короткий цикл 7 (20%) женщина), а также на нарушения менструального цикла – менометроррагию 10 (28%) женщин) и на выделения из половых путей до и после менструации 10 (28%) женщин). Средний возраст наступления менархе составил 13,2±0,26 года. Раннее становление менструальной функции выявлено у 11 (31%) женщин, позднее наступление менархе наблюдалось у 12 (34%) пациенток. Менструации установились сразу только у 15% женщин, у 65% женщин отмечено позднее установление менструального цикла с момента менархе (1,5-2 года), что может свидетельствовать о функциональной неполноценности механизмов регуляции менструального цикла, прежде всего в системе гипоталамус-гипофиз-яичники уже в период становления и созревания репродуктивной системы.

На момент обследования у 11 (31%) участвующ-

ших в исследовании характеризовали менструальный цикл как регулярный длительностью 27,6±0,83 дня с колебаниями от 21 до 35 дней. Нарушение менструального цикла по типу олигоменореи имело место у 5 (14%) больных. Длительность менструального кровотечения не превышала 7 дней у всех обследованных женщин и оставалась в среднем 5,12±0,27 дня.

Среднее количество беременностей на одну женщину составило 3,0±1,1; физиологические роды имели 12 (34%) женщин. Медицинские аборт в анамнезе отмечали 18 (51%) женщин. Среднее количество абортов составило 3,16±0,5, самопроизвольные выкидыши наблюдались у 11 (31%) женщин. Бесплодием страдали 17 (49%) женщин, причем первичным бесплодием 15 (43%), вторичным 11 (31%) пациенток. У 8 (23%) больных наружным эндометриозом бесплодие наступило после искусственного прерывания беременности, которое осложнилось воспалением матки или придатков, или после родов, осложнившихся кровотечением с последующим ручным обследованием полости матки. Также выявлен высокий уровень патологии шейки матки – у каждой третьей больной у 11 (31%) женщины наблюдались цервициты и полипы, деформации – у 12 (34%) женщин и эрозии шейки матки – у 14 (40%) пациенток. И каждая третья женщина 11 (31%) женщин страда-

ла мастопатией, Это еще раз доказывает мнение об измененном гормональном и иммунном статусе у женщин с НГЭ и согласуется с данными литературы В анамнезе у 13 (37%) больных были отмечены резекция или удаление яичника по поводу эндометриозной кисты, у 10 (29%), женщин – апоплексии или перекрута ножки кисты. До поступления на оперативное лечение 28 (80%) пациенток получали длительно гормональную терапию, однако это не избавило их от последующего оперативного лечения.

Выводы: При наружном генитальном эндометриозе имеют место заболевания многих систем органов и низкий индекс здоровья обследуемых женщин, что является неблагоприятным фоном, на котором развивается патологический процесс или заболевание. У большинства женщин, страдающих наружным генитальным эндометриозом, выражен воспалительный процесс в матке или придатках, что создает дополнительный «благоприятный» фон для развития наружного эндометриоза. У обследованных женщин часто встречаются нарушения менструального цикла как в период его становления, так и в момент обследования; снижение генеративной функции; имеют место бесплодие и специфические, характерные для наружного эндометриоза клинические проявления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Гаспарян С.А. Генитальный эндометриоз. Современный взгляд на проблему. Монография. Ставрополь. СГМА. 2004. – С. 228.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. // Москва. «Медицина». – 1998. – с.365.
3. Адамян Л.В., Кулаков И.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы: Руководство для врачей. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 416с.: ил.
4. Андреева Е.Н. Распространенные формы генитального эндометриоза: медико-ге-

- нетические аспекты, диагностика, клиника, лечение и мониторинг больных. // Дисс. ... докт.мед.наук. – М., 1997. – 333с.
5. Бобкова М.В. Клинико-морфологические особенности наружного генитального эндометриоза: Дис. ... канд. мед. Наук. – М., 1995. – 174с.
6. Гаспарян С.А. Инфильтративная форма генитального эндометриоза: патогенез, диагностика, лечение, методы реабилитации, отдаленные результаты: Дис...д.м.н.– Москва. – 2002.

Мухсенова А.К.

СЫРТҚЫ ЭНДОМЕТРИОЗДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Мақалада сыртқы эндометриозының белсенділік клиникалық ерекшеліктері дәрежесінің әр түрлері көрсетілген. Сыртқы эндометриозі бар әйелдердің көпшіліктерінде, эндометриозды қолайлы құратын немесе дамыту үшін қосымша созылмалы процесс бейнеленген.

Mukhsenova A.K.

CLINICAL FEATURES OF EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

Clinical features of external genitalny endometriosis of various degree of activity are shown. At the majority of the women having external genitalny endometriosis, inflammatory process in a uterus or appendages that creates an additional «favorable» background for development of external endometriosis is expressed.



Нарузбаева О.М.

БРУЦЕЛЛЕЗ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ТЕРАПИЯ

Акмолинская область Жаркинский район, Нахимовская врачебная амбулатория

Несмотря на проводимые противоэпидемические и противоэпизоотические, санитарно-гигиенические профилактические мероприятия заболеваемость бруцеллезом в РК сохраняется на высоком уровне от 11,3 в 1990 году до 13,3 на 100 тыс. населения в 2010 г. Самые высокие показатели заболеваемости отмечались в 2004 (23,9), 2003 (21,5), в 2005 (20,1) годах. В 2010 году в Казахстане сообщалось о 2153 случаях заболевания людей, из них 306 детей. Так, к примеру, только в Южно-Казахстанской области за 2009 год число больных бруцеллезом составило 462 человека, за 2010 год - 525 человек, за 2011 года число больных - 542 человек. В сравнении: в 2011 году в Российской Федерации, где население в 10 раз больше населения нашей страны, зарегистрировано всего 487 больных бруцеллезом людей, это на 11,4% больше, чем в 2010 году. В данном обзоре рассматриваются основные проблемы эпизоотии бруцеллеза, современные способы диагностики и терапия с доказательных позиций.

Превалирующее существование эпизоотических очагов бруцеллеза на территории Республики Казахстан и других регионах Центрально-Азиатского региона при низком уровне профилактических мероприятий в них создаёт реальные условия многократного заражения населения не только бруцеллезом, вызывая тяжелые клинические проявления, при этом инфекционный процесс часто переходит в хроническую форму с выраженной сенсibilизацией организма и формированием инвалидизирующих последствий. [1] Следует отметить, что официальной регистрации подлежат случаи впервые выявленного острого бруцеллеза, в то время как вторично-хронические формы заболевания, супер- и реинфекция не учитываются. Этиология и эпидемиология возбудителя. Возбудители бруцеллеза относятся к бактериям рода *Brucella*, естественным природным резервуаром которых являются различные виды животных (см. таблицу 1).

Таблица 1. Краткая характеристика представителей рода *Brucella* (по [2] с дополнениями и изменениями)

Виды бруцелл	Биотипы	Основной естественный резервуар	Патогенность для человека
<i>B. abortus</i>	1-6, 9	Крупный рогатый скот, верблюды, буйволы, бизоны, яки, лошади	Средняя
<i>B. melitensis</i>	1-3	Козы, овцы, верблюды, крупный рогатый скот, антилопы	Высокая
<i>B. suis</i>	1, 3	Свиньи	Высокая
	2	Свиньи	Низкая Средняя
	4	Олени	Высокая
	5	Мелкие грызуны	
<i>B. canis</i>	Нет	Собаки	Низкая
<i>B. ovis</i>	Нет	Овцы	Нет
<i>B. neotomae</i>	Нет	Грызуны	Нет

По классическим представлениям [3], передача бруцелл от человека к человеку редка, но возможна. В специальной литературе имеются клинические наблюдения с описанием передачи возбудителя трансплацентарно, во время родов, при кормлении новорожденных грудью [4-6], при переливании крови [7], трансплантации кост-

ного мозга [8], половым путем [9] и нозокомиальное заражение медицинского персонала [10]. Проблема бруцеллеза, как правило, ассоциируется с сельскохозяйственными животными, но наблюдения показывают, что естественным резервуаром бруцелл, в т. ч. патогенных для людей, могут быть и дикие животные [11]. В литературе

имеются указания на возможность инфицирования бруцеллами даже морских млекопитающих. Заболевают в основном люди, работающие с животными: чабаны, пастухи, доярки, ветеринарные и зоотехнические работники, сотрудники бактериологических лабораторий, рабочие мясокомбинатов, боен, шерстеперерабатывающих фабрик. [12] Заражение может произойти при переработке мясного сырья, кожи, шерсти животных, больных бруцеллёзом. В таких случаях проникновение бруцелл в организм человека происходит через кожные покровы, слизистые оболочки глаза, носа, ротовой полости. Основным занятием населения Республики Казахстан является животноводство с преимущественным разведением овец и коз – основного резервуара эпидемического бруцеллёза, *Brucella melitensis*. [13] Это находит своё отражение в структуре источников заражения людей бруцеллёзом в 2011г: в 77% случаев заражение произошло от мелкого рогатого скота, в 23% - от крупного рогатого скота и в 1% - от других животных. В качестве источника возбудителя инфекции также выступают продукты питания животного происхождения, купленные с рук (преимущественно молочные). [14,15]

Клинические особенности течения заболевания на современном этапе: Инкубационный период длится 1—2 недели. Как правило, заболевание развивается постепенно и специфических черт не имеет. Но для бруцеллеза характерны так называемые «терапевтические маски» [16,17,18]

- лихорадочная реакция неправильного типа чаще ограничивается субфебрилитетом; усиленная испарина, потливость, иногда ночная потливость; упадок сил и резкая слабость.

- поражения опорно-двигательного аппарата проявляются в первую очередь болевыми реакциями, реже - очаговыми воспалительными процессами; боль в суставах перемежающаяся, преимущественно в нижних конечностях, порой мучительная и сильная.

- лимфаденопатия и увеличение селезёнки развиваются не более чем в 25% случаев;

- очаговые поражения различных органов развиваются раньше, в 12-15% случаев уже в период острого бруцеллёза:

- Сердце: миокардит, абсцесс корня аорты, эндокардит, миокардит, тромбофлебит, причём и на неизменённых ранее клапанах может развиваться эндокардит.

- Дыхательная система: пневмония и бронхит.

- Пищеварительная система: анорексия и потеря веса, безжелтушный гепатит.

- Мочеполовая система: острый пиелонефрит, орхит, эпидидимит, тубоовариальный абсцесс, простатит, цервицит, сальпингит.

- Центральная нервная система: церебральные абсцессы, энцефалит, менингит, миелит, менингоэнцефалит, атрофия зрительного нерва, синдром Гийена –Барре.

- Глаза: язвы роговицы, кератит, эндофтальмит, увеит.

Диагностика бруцеллеза является весьма сложной задачей в связи с выраженным клиническим полиморфизмом заболевания, системностью и полиочаговостью, развитием микст-инфекций, эволюцией клиники под воздействием факторов внутренней и внешней среды, частыми отрицательными результатами рутинных серологических реакций, предшествующим неадекватным лечением, развитием сенсбилизации к бруцеллезному антигену и др. [19,20,21]. В последнее время в практику внедряют реакцию агрегатгемагглютинации, РКА и РЛА, ИФА, ПЦР, обнаруживающие антигены бруцелл в биологических средах (в первую очередь в крови). [21]

Ценность серологических реакций, (РА Райта, РСК, РНГА, РИФ), выявляющих нарастание титров специфических антител в парных сыворотках, повышается при наличии клинических признаков бруцеллёза. При хроническом бруцеллёзе выявляют неполные антитела в реакции Кумбса. Реакция Райта наиболее информативна при остром бруцеллёзе. В последнее время с успехом применяют реакцию лизиса бруцелл под воздействием сыворотки крови больного.

Для получения адекватных результатов рекомендовано одновременное применение 3-4 серологических методов исследования (комплексная серодиагностика). Несмотря на достижения в повышении чувствительности новейших полуавтоматических культиваторов, у 20–30 % диагноз “бруцеллез” бактериологически не подтверждается. Число таких пациентов существенно повышается за счет больных, до начала обследования получавших антибактериальную терапию [22]. Пункция и посев костного мозга, как показывают исследования, являются более чувствительными методами бактериологического исследования, при котором результативность метода достигает 92 % (против 70 % при исследовании культуры крови). Данный метод целесообразно использовать у пациентов с лихорадками неясного генеза, имеющих отрицательные результаты серологических методов исследования, при подозрении на хроническую форму бруцеллеза [23]. Чувствительность серологических методов варьируется в диапазоне от 65 до 95 %, но специфичность, особенно в эндемичных регионах, из-за частого обнаружения антител невысока. Более того, следует помнить, что серологические методы диагностики могут давать перекрестные реакции с другими возбудителями (наиболее часто с *Yersinia enterocolitica*).

Большой проблемой является диагностика и лечение инфекционных заболеваний у беременных, у которых нередко наблюдаются ложно положительные результаты серологических реакций в связи с развитием антифосфолипидного синдрома. Использование метода выявления

антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) бруцеллезной специфичности в диагностическом комплексе позволяет подтвердить или исключить диагноз бруцеллеза при ложноотрицательных или ложноположительных результатах серологических реакций агглютинационного типа. Необходимо использовать комплекс диагностических лабораторных тестов.

Лечение. Режим амбулаторный в лёгких и стационарный в тяжёлых случаях заболевания. Этиотропная терапия эффективна при остром бруцеллёзе; меньший эффект наблюдают при активации процесса у больных подострыми и хроническими формами. Оптимальным считают назначение двух антибиотиков, один из которых должен проникать через клеточную мембрану [24-27]. Применяют одно из следующих сочетаний с учётом противопоказаний (дети до 15 лет, беременность, лактация, эпилепсия).

- Рифампицин (по 600-900 мг/сут) и доксициклин (по 200 мг/сут) внутрь непрерывным курсом, длительностью не менее 6 нед. При рецидивах курс лечения повторяют.

- Доксициклин (по 100 мг 2 раза в сутки) курсом на 3-6 нед и стрептомицин (по 1 г внутримышечно 2 раза в сутки) в течение 2 нед. Это сочетание эффективнее предыдущего, особенно при спондилите, но применяемые препараты проявляют высокую токсичность. [28]

- Офлоксацин (по 200-300 мг 2 раза в сутки) внутрь и рифампицин в вышеуказанных дозах.

Длительность применения препаратов объясняет целесообразность контроля над их приёмом больными.

Лечение детей до 8 лет осложняется тем, что им нельзя назначать тетрациклины. Американская академия педиатрии рекомендует для лечения детей этого возраста триметоприм/сульфаметоксазол в сочетании с рифампицином течение 8-12 нед .

В тяжёлых случаях и при появлении осложнений триметоприм/сульфаметоксазол или рифампицин сочетают с гентамицином в течение 7—14 сут. Детям старше 7 лет назначают те же препараты, что и взрослым: Доксициклин , 100 мг/сут внутрь; аминогликозиды ; рифампицин , 15 мг/кг/сут внутрь или путем в/в инфузии. Триметоприм/сульфаметоксазол назначают внутрь 2 раза в сутки, разовая доза препарата зависит от возраста: детям младше 6 мес - 20/100 мг, от 6 мес до 6 лет 40/200 мг.

При нейробруцеллезе , абсцессе корня аорты и бруцеллезном эндокардите назначают комбинацию из трех препаратов: доксициклин , аминогликозид и рифампицин . При эндокардите и абсцессе корня аорты наряду с антибиотиками может понадобиться хирургическое вмешательство. При почечной недостаточности доксициклин безопасен, а аминогликозиды можно применять только при условии мониторинга их сывороточной концентрации. Если это невозможно, используют доксициклин с рифампицином в течение 8-12 нед.

Через 4-14 сут после начала антибактериальной терапии исчезает лихорадка и нормализуется общее состояние, через 2-4 нед исчезает гепатоспленомегалия . В начале антибактериальной терапии, особенно если используется тетрациклин , возможно усиление симптоматики. Это - преходящая реакция, не требующая отмены лечения.

Диспансерное наблюдение за переболевшим производят в течение 2 лет после клинического выздоровления. Лица, соприкасавшиеся с больными животными, подлежат клинико-лабораторному обследованию, повторяемому через 3 мес. В качестве экстренной профилактики назначают внутрь в течение 10 дней рифампицин (по 0,3 г 2 раза в день), доксициклин (по 0,2 г 1 раз в день), тетрациклин (по 0,5 г 3 раза в день).

ЛИТЕРАТУРА

1. Белозеров, Е.С. Бруцеллез / Е.С. Белозеров. JL: Медицина, 1985. -184 с.
2. Young EJ. An Overview of Human Brucellosis. *Clin. Infect Dis* 1995;21:283-90.
3. Brucellosis as occupational disease: study of an outbreak of air-born transmission at a slaughter house / M.E. Rodriguez Valin et al. // *Rev. Esp. Salud. Publica.* -2001. Vol. 75. - № 2. - P. 159 - 169.
4. Vierucci A, Varone D. Brucellar infection in an infant from maternal contagion. *Riv Clin Pediatr* 1963; 71:235-41.
5. Lubani M, Sharda D, Helin I. Probable transmission of brucellosis from breast milk to a newborn. *Trop Geogr. Med* 1988;40:151-52.
6. Varon E, Cohen R, Bouhanna CA, et al. Brucellosis in a month-old infant. *Arch Fr Pediatr* 1990; 47:587-90.
7. Akcakus M, Esel D, Cetin N, et al. Brucella melitensis in blood cultures of two newborns due to exchange transfusion. *Turk J Pediatr* 2005;47:272-74.
8. Ertem M, Kurekci AE, Aysev D, et al. Brucellosis transmitted by bone marrow transplantation. *Bone Marrow Transplant* 2000; 26:225-26.
9. Meltzer E, Sidi Y, Smolen G, et al. Sexually Transmitted Brucellosis in Humans. *Clin Infect Dis* 2010;51:12-5.
10. Mesner O, Riesenber K, Biliar N, et al. The Many Faces of Human-to-Human Transmission of Brucellosis: Congenital Infection and Outbreak of Nosocomial Disease Related to an Unrecognized Clinical Case. *Clin Infect Dis*.2007;45:135-40.
11. Robson JM. Brucellosis: re-emergence

and changing epidemiology in Queensland. *Med JAust* 1993;159:153-58.

12. Бекзатов, К.Н. Пути оптимизации эпидемиологического надзора за бруцеллезом на современном этапе: Автореф. дис. канд. мед. наук / К.Н. Бекзатов. Алматы, 1995. - 26 с.

13. Сапаров, Х.Б. Совершенствование эпизоотолого-эпидемиологического надзора за бруцеллезом в каракулево-производстве: Автореф. дис. канд. мед. наук / Х.Б. Сапаров. — Алматы, 1994.-25 с.

14. *Correlation between animal and human brucellosis in Italy during the period 1997-2002* / F. De Massis et al. // *Clinical Microbiology and Infection*. - 2005. - Vol. 11. - № 8. - P. 632 - 636.

15. Eissa, Y.A. Probable breast-milk borne brucellosis in young infant / Y.A. Eissa // *Ann. Trop. Paediatr.* 1990. - Vol.10. - № 3. - P. 305 - 307.

16. Лобзин Ю.В., Финогеев Ю. П., Винакмен Ю.А. и др. Маски инфекционных болезней. М., 2002. С. 208.

17. Чистякова Н.В. Трудности диагностики бруцеллеза в клинике внутренних болезней // *Клиническая медицина* 2004. №6. С.67-8.

18. Mesner O, Riesenberг K, Biliar N, et al. The Many Faces of Human-to-Human Transmission of Brucellosis: Congenital Infection and Outbreak of Nosocomial Disease Related to an Unrecognized Clinical Case. *Clin Infect Dis* 2007;45:135-40.

19. Queipo-Ortuno MI, Colmenero JD. Comparison between Light Cycler Real-Time Polymerase Chain Reaction (PCR) Assay with Serum and PCR Enzyme-Linked Immunosorbent Assay with Whole Blood Samples for the Diagnosis of Human Brucellosis. *Clin Infect Dis*, 2005;40:260-64.

20. Corbel MJ. Brucellosis: a n Overview. *Emer Infect Dis* 1997;3:213-21.

21. Высококочувствительная иммуноферментная тест-система на основе моноклональных антител для выявления антигенов бруцелл / А.А. Фельдшерова и др. // *Журнал микробиол.* 2007. - № 1. - С. 52 -56.

22. Delgado S, Bravo F, Gotuzzo E. Mixed Cryoglobulinemia due to Brucellosis. *Clin Infect Dis* 2008;47:435-36.

23. Хандрик В., Менцель Г. Лихорадка неясного генеза. Определение, рекомендации, диагностические подходы / Под ред. Л.И. Дворецкого. М., 2008. С.144.

24. Pappas G., Papadimitriou P., Akritidis N. et al. The new global map of human brucellosis // *Lancet Infect. Dis.* - 2006. - V. 6. - P. 91-99

25. Joint Food and Agriculture Organization / World Health Organization. FAO-WHO Expert Committee on Brucellosis (sixth report). WHO technical report series №740. - Geneva: WHO, 1986. - P. 56-57

26. Baykam N., Esener H., Ergonul O. et al. In vitro antimicrobial susceptibility of Brucella species // *Intern. J. Antimicrob. Agents.* - 2004. - V. 23. - P. 405-407

27. Lopez-Merino A., Contreras-Rodriguez A., Migranas-Ortiz R. et al. Susceptibility of Mexican brucella isolates to moxifloxacin, ciprofloxacin and other antimicrobials used in the treatment of human brucellosis // *Scand. J. Infect. Dis.* - 2004. - V. 36. - P. 636-638

28. De Rautlin de la Roy Y.M., Grignon B., Grollier G., Coindreau MFBecq-Giraudon B. Rifampicin resistance in a strain of Brucella melitensis after treatment with doxycycline and rifampicin // *J. Antimicrob. Chemother.* - 1986. - V. 18. - P. 648-649

Нарузбаева О.М.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ БРУЦЕЛЛЕЗ МӘСЕЛЕСІ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ, КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ, ЕМІ

Бұл мақалада Қазақстанда бруцеллездің таралауы және оның алдын алудың мәселелері қарастырылады.

Naruzbayeva O. M.

BRUCELOSIS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN: EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL ASPECTS, THERAPY

In this article, it is considered the questions Brucellosis in the Republic of Kazakhstan: epidemiological, clinical aspects, therapy.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В АКУШЕРСТВЕ

НЦСМП, г.Астана

Итак, борьба между сторонниками общей и региональной анестезии в акушерстве закончена за явным преимуществом последних. В настоящее время по данным статистики соотношение между этими видами анестезий составляет примерно 30 на 70 %. Всем ясно, что региональная анестезия (РА) безопасней для матери, меньше влияет на состояние плода как во время операции, так и в ближайшем послеоперационном периоде, экономичней и, по сравнению с общей анестезией (ОА), дает дополнительные возможности хорошего послеоперационного обезболивания [1,2]. Вместе с тем даже самые ярые сторонники РА не могут отрицать и многие негативные ее стороны, что в большей степени относится к наиболее популярной у нас в стране эпидуральной анестезии (ЭА) [3]. Это - техническая трудность пункции и идентификации эпидурального пространства, продолжительное время наступления анестезии и ее негарантированность (односторонняя и мозаичная анестезия - по данным статистики процент неудачных анестезий составляет от 1,5% до 25%), опасность развития эпидуральной гематомы и внутривенного введения местного анестетика (МА), токсичность больших количеств МА для матери и плода, относительная дороговизна [3,4]. Эти недостатки не дают возможности сделать победу РА полной и абсолютной, а ОА при операции кесарево сечение (КС) использовать как исключение, нежели правило. Существуют два пути решения данных проблем. Первый путь - это совершенствование методики ЭА: введение в эпидуральное пространство альфа-2-агониста клофелина, либо наркотических анальгетиков (НА), что укорачивает время начала анестезии, удлиняет ее продолжительность и усиливает анальгезию, но, в свою очередь, не решает других проблем [5]. Второй путь - это использование спинальной анестезии (СА) [5,6], что основной массой анестезиологов в акушерстве воспринимается с осторожным скепсисом из-за боязни резких гемодинамических сдвигов в ходе анестезии, а также развития высокого спинального блока.

Цель. Сравнить ЭПА и СМА при КС.

Материалы и методы исследования: Мы проанализировали 93 случая СА проведенных на операции КС в нашем стационаре. Возраст женщин колебался от 17 до 43 лет, средний возраст 24 ± 3 года. В экстренном порядке прооперировано (49%), в плановом - (51%). Показаниями к операции являлись: острая внутриутробная гипоксия плода, дискоординация и слабость родовой деятельности, рубец на матке, преэклампсия, возрастная первородящая с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом, клинически и анатомически узкий таз, ягодичное предлежание плода, различная экстраге-

нитальная патология.

При проведении анализа нас интересовали следующие вопросы: влияние различных МА на гемодинамику, уровень и продолжительность анестезии; влияние общего объема и качественного состава преинфузии на состояние гемодинамики женщины; влияние интратекального введенного морфина на показатели вентиляции женщины и КОС крови; влияние СА на плод; процент осложнений и их исход.

Параметры гемодинамики, дыхания и КЩС регистрировали на трех этапах операции и анестезии: исходные показатели в положении женщины на левом боку (1-й), на высоте анестезии до извлечения плода (2-й), через 6-8 часов по окончании операции.

В 26 случаях на операции КС контролировалось КЩС новорожденного по крови из взятой из пупочной вены сразу после рождения. Мы сравнили между собой две группы: первая - контрольная группа новорожденных после родоразрешения через естественные родовые пути (35 наблюдений), вторая - группа с родоразрешением путем кесарева сечения под спинальной анестезией.

В ходе исследования исходные показатели АД составили $124,5 \pm 2,03 / 72,6 \pm 1,76$ мм рт. ст., на втором и третьем этапах АД соответственно составило $113,7 \pm 1,67 / 62 \pm 1,33$ мм рт. ст. и $118,1 \pm 1,64 / 67,5 \pm 67,5$ мм рт.ст., что достоверно отличается от исходного АД.

Исходная ЧСС составила $87,1 \pm 2,5$ в мин, на втором этапе произошло увеличение до $96,5 \pm 3,53$ в мин ($p < 0,05$), а на третьем - снижение до $71,6 \pm 2,55$ в мин ($p < 0,01$). УО достоверно повышался от этапа к этапу: $47,8 \pm 2,65$ - $56,8 \pm 3,06$ - $64,7 \pm 3,34$ мл, что на втором этапе объясняется проведенной преинфузией, а на третьем - устранением аорто - кавальной компрессии. В то же время МОК достоверно повышался на втором этапе относительно исходного с $4,1 \pm 0,24$ до $5,4 \pm 0,27$ л/мин ($p < 0,01$), а затем, на третьем этапе, снижение до $4,6 \pm 0,23$ л/мин ($p < 0,05$). ФВ на всех трех этапах достоверно не изменялась АДс снизилось на втором этапе по отношению к исходному на $18,5 \pm 1,8$ мм. рт.ст., против $27,3 \pm 1,7$ в группе больных ($n = 42$), где с этой целью применялся лидокаин ($p < 0,01$). УО в группе с маркаином увеличился на $12,8 \pm 0,5$ мл против $8,6 \pm 2,4$ мл в группе с лидокаином ($p < 0,05$), МОК увеличился на $1,6 \pm 0,1$ л/мин, против $0,3 \pm 0,2$ л/мин ($p < 0,01$). Данные результаты говорят о наиболее благоприятном влиянии маркаина на гемодинамику при СА на операции КС.

Нормальные границы рН крови плода при физиологических родах, протекающих без патологии, составляют от 7,19 до 7,4. Среднее значение

pH крови новорожденного сразу после извлечения на операции кесарево сечение, проводимой под СА, составило $7,24 \pm 0,02$. Учитывая, что 49% вмешательств в исследуемой группе проводилась по экстренным показаниям, связанным с состоянием плода, можно сказать, что СА не только не несет дополнительного риска внутриутробной асфиксии плода, но и в какой-то мере нивелирует предыдущие нарушения.

Выводы:

1. При соблюдении стандартов подготовки и проведения спинальная анестезия является технически простым, безопасным, экономичным методом обезболивания при операции кесарево сечение.

2. Для профилактики выраженных гемодина-

мических сдвигов необходимым условием является проведение преинфузии в объеме не менее 1200 мл, включая инфузию коллоидов не менее 400 мл.

3. Из местных анестетиков для спинальной анестезии предпочтительнее применение маркаина в 0,5% концентрации, т.к. он обладает мягким действием на гемодинамику, низким уровнем моторного блока, более продолжительным временем анестезии, чем лидокаин.

4. Клинически значимого влияния на плод спинальная анестезия с использованием маркаина и лидокаина не оказывает.

5. Интракостальное применение морфина в дозировке 0,2 - 0,4 мг безопасно и существенно не влияет на функцию дыхания оперированных женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В.В., Ланцев Е.А. Кесарево сечение. С-Пб., 1991.*
2. *Бабаев В.А. Ошибки и опасности эпидуральной анестезии в акушерстве. //Всероссийская научно-практическая Конференция «Актуальные проблемы спинально-эпидуральной анестезии», 1996, Екатеринбург, с. 12-14.*
3. *Буров Н.Е. Кислотно-аспирационный синдром. //Вестник интенсивной терапии, 1995, №3, с. 1-5.*

4. *Зильбер А.П., Шифман Е.М. Этюды критической медицины. Акушерство глазами анестезиолога. Петрозаводск, 1997, с. 91-92; 323-336.*
5. *Ланцев Е.А. Эпидуральная анестезия и анальгезия в акушерстве. Свердловск: Изд-во УрГУ, 1990, с. 168 - 185.*
6. *Мороз В.В., Розентул И.Г. Перидуральная анестезия лидокаином с клофелином при абдоминальном родоразрешении. //Вестник интенсивной терапии, 1993, № 2-3, с. 14-15.*

Носова О.Б.

ЖҰЛЫНДЫҚ АНЕСТЕЗИЯНЫ АКУШЕРИЯДА ҚОЛДАНУДЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ

Кесар тілігінде эпидуралдық жансыздандыру мен спиналдық жансыздандырудың тәсілдері салыстырған. Кесар тілік операциясында, спиналдық анестезияны өткізудің техникалық стандарттары сақталса, жансыздандыру қауіпсіз, және үнемі әзірлеулі болып табылады. Спиналдық анестезияда маркаинан және лидокаинді қолданғанда, ұрыққа клиникалық жағынан айтарлықтай әсері болмайды.

Nosova O.B.

THE EXPERIENCE OF SPINAL ANESTHESIA IN OBSTETRICS

EPA and SMA comparison at Cesarean section. At observance of standards of preparation and carrying out spinal anesthesia is technically simple, safe, economic method of anesthesia at operation Cesarean section. Spinal anesthesia with use markaini and lidocaine doesn't render clinically significant influence on a fetus.



АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ

НЦСМП, г. Астана

Анестезия лапароскопических операций в гинекологии длительное время остается предметом обсуждения [1,2]. В соответствии с концепцией безопасности эндохирургического вмешательства происходит внедрение новой оперативной техники, с одной стороны, с другой стороны, постоянно совершенствуются методы анестезиологического обеспечения [3,4]. Помимо влияния самой анестезии и операционной травмы существенные сдвиги во всех органах вызывает пневмоперитонеум и положение пациента с опущенным головным концом [5]. Воздействие пневмоперитонеума отражается на состоянии всех органов и систем организма, но наибольшую нагрузку испытывает на себе сердечно-сосудистая система [5]. У пациентов с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений карбоксипери-тонеум предъявляет повышенные требования к системе кровообращения и может вызвать срыв ее компенсаторных возможностей [6]. В ответ на снижение преднагрузки и депонирование крови в брюшной полости при создании карбоксиперитонеума адаптивными реакциями системы кровообращения являются повышение общего периферического сосудистого сопротивления, частоты сердечных сокращений и контрактильности миокарда [5,6]. У пациентов с повышенным риском кардиальных осложнений нельзя также игнорировать влияние препаратов для анестезии и методики обезболивания на параметры гемодинамики [6,7], контроль которых должен осуществляться неинвазивными, точными и доступными методами в течение всего оперативного вмешательства [7].

Цель исследования. Сравнительный анализ изменений гемодинамики при различных вариантах анестезии во время гинекологических вмешательств методом оперативной лапароскопии.

Материал и методы исследования. Нами изучено влияние различных методов обезболивания на состояние гемодинамики у 58 пациенток при выполнении оперативных лапароскопий. Больные были разделены на 2 группы. I группу составили 29 пациенток, которым производились оперативные вмешательства с использованием общей анестезии в условиях искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Во II группу вошли другие 29 пациенток, оперативное лечение которых производилось в условиях эпидуральной анестезии (ЭА). Из исследования были исключены пациенты моложе 15 лет и старше 75 лет, а также имеющие тяжелую сопутствующую патологию (артериальную гипертензию III степени, хроническую недостаточность кровообращения II стадии, хроническую дыхательную недостаточность).

Подавляющее большинство пациентов находи-

лись в возрасте от 25 до 55 лет. Средний возраст больных I и II групп составил соответственно 35,6±2,2 и 39,5±2,4 года. Средняя масса тела у пациенток I и II групп составила соответственно 68,1±2,4 и 69,2±2,4 кг. Средняя продолжительность операции составила 75,9±6,2 и 88,1±6,7 минут соответственно. Достоверных различий этих показателей между группами выявлено не было. Преобладающей гинекологической патологией были хронические воспалительные заболевания придатков матки (часто с сопутствующим бесплодием), а также доброкачественные опухоли яичников и матки. У 60% больных имелась разнообразная сопутствующая патология. Оценка риска анестезии осуществлялась по классификации ASA. У подавляющего большинства больных риск анестезии соответствовал I-II степени, у двух пациенток – III степени.

При общей анестезии через 30–40 минут после стандартной премедикации (димедрол в дозе 0,3 мг/кг, атропин – 0,01 мг/кг, промедол 20 мг) проводилась индукция диазепамом 0,15 мг/кг, дитилином 1 – 1,5 мг/кг, тиопенталом натрия 5 – 6 мг/кг. После интубации трахеи больных переводили на ИВЛ по полуоткрытому контуру воздушно-кислородной смесью в режиме умеренной гипервентиляции. Поддержание анестезии осуществлялось непрерывной инфузией пропофола в дозе 4 – 6 мг/кг/ч, ардуана в дозе 0,05 мг/кг/ч.

ЭА предусматривала проведение стандартной премедикации за 40 мин. до начала анестезии. Пункция и катетеризацию эпидурального пространства осуществлялась на уровне L1-L2. В катетер вводили основную и поддерживающую дозы местного анестетика: 1%- ный раствор ропивакаина в дозе 150 – 170 мг. Во время продолжительных операций в эпидуральный катетер вводили дополнительную дозу местного анестетика по времени двух- сегментарной регрессии блока, которая обычно составляла 1/3 – 1/2 первоначальной основной дозы. Во время операции у всех больных сохранялось самостоятельное дыхание. Для уменьшения позиционного и психологического дискомфорта проводилась умеренная медикаментозная седатация пропофолом в/в в дозе 1,5 – 4,5 мг/кг/ч. С целью улучшения обзора операционного поля во время операции использовалось положение Тренделенбурга с углом наклона головного конца 30°. Исследование центральной гемодинамики (ЦГ) у всех пациенток проводилось на следующих этапах: 1-й этап – накануне операции; 2-й этап – на операционном столе, до анестезии; 3-й этап – после вводного наркоза или введения основной дозы местного анестетика в эпидуральное пространство

(через 5 – 10 минут); 4-й этап – после создания пневмоперитонеума и положения Тренделенбурга; 5-й этап – через 30 минут после начала операции; 6-й этап – через 1 час после начала операции; 7-й этап – ликвидация пневмоперитонеума и положения Тренделенбурга в конце операции; 8-й этап – ранний послеоперационный период (через 1,5 часа после окончания операции).

Для определения параметров гемодинамики использовался метод объемной компрессионной осциллометрии, аппаратно реализованный в приборе АПКО-8-РИЦ (анализатор показателей кровообращения осциллометрический). Оценивались следующие показатели кровообращения: показатели артериального давления (диастолическое, среднее, систолическое, ударное, пульсовое, конечное систолическое давление), показатели, характеризующие сердечную деятельность: (сердечный выброс, сердечный индекс, ударный объем, ударный индекс, частота сердечных сокращений), сосудистые показатели (диаметр плечевой артерии, податливость плечевой артерии, линейная скорость кровотока, скорость пульсовой волны, податливость сосудистой системы, общее периферическое сосудистое сопротивление, удельное периферическое сосудистое сопротивление рабочее и фактическое, оценка проходимости периферических сосудов).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ показателей ЦГ у больных обеих групп на I этапе исследования показывает состояние сердечно-сосудистой системы без психоэмоционального напряжения, определяет тип гемодинамики и наличие сопутствующей артериальной гипертензии. На II этапе исследования практически у всех пациенток отмечается повышение общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС), среднего давления (СрАД), диастолического давления (ДАД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС), более выраженные у больных с сопутствующей артериальной гипертензией. С началом анестезии (на III этапе) появляются значительные различия показателей гемодинамики в двух исследуемых группах, выражающиеся в преимущественном снижении пульсового артериального давления (АДп), повышении СрАД, ДАД, систолического давления (САД), ОПСС, удельного периферического сосудистого сопротивления (УПСф), ухудшении проходимости периферических сосудов и уменьшении диаметра артерий (Дарт) в группе общей анесте-

зии по сравнению с группой ЭА. В группе ОА отмечалось достоверное снижение показателей деятельности сердца (СВ, СИ, УО, УИ) относительно дооперационных значений с момента начала операции (III этап) до ликвидации пневмоперитонеума (VII этап).

При ЭА отмечалось достоверное снижение ОПСС, УПСф и показателей артериального давления (ДАД, СрАД, САД, КСАД, АДуд), увеличение УО и УИ, улучшение тонического состояния артерий в виде увеличения податливости сосудистой системы (ПСС), линейной скорости кровотока (СКлин), снижения скорости пульсовой волны (СПВ) и улучшения проходимости периферических артерий сразу после введения основной дозы местного анестетика и сохраняющееся в течение операции. Несмотря на одинаковую тенденцию к снижению ЧСС в обеих группах, имеются разнонаправленные изменения СВ и УО, что свидетельствует о повышенной нагрузке на сердечно-сосудистую систему особенно в условиях общей анестезии с ИВЛ. В раннем послеоперационном периоде (VIII этап) показатели гемодинамики улучшались в группе ОА, что отражалось в увеличении СВ, УО и снижении ОПСС, показателей артериального давления (ДАД, СрАД, САД, КСАД), что свидетельствует о достаточных адаптивных возможностях сердечно-сосудистой системы у больных в исследуемой группе. В группе ЭА в послеоперационном периоде (VIII этап) показатели центральной гемодинамики оставались стабильными, при этом отмечалось дальнейшее улучшение сердечной деятельности в виде повышения СВ, СИ, УО, УИ, снижения ОПСС, показателей артериального давления (ДАД, СрАД, САД, КСАД, АДп) относительно дооперационных значений. Изменение сосудистых показателей (СКл, СПВ, ПСС, Парт, УПСф, Дарт, проходимость периферических сосудов) во II группе характеризует улучшение эластических свойств артерий на протяжении всех этапов исследования.

Выводы.

1. Эпидуральную анестезию можно рассматривать как альтернативу общей анестезии, поскольку она обеспечивает оптимальные условия для работы сердечно-сосудистой системы при лапароскопических операциях в гинекологии.

2. Эпидуральная анестезия позволяет стабилизировать состояние сердечно-сосудистой системы в раннем послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галеев Ф.С., Богданов Р.Р., Тимербулатов М.В., Седерович Е.И., Меньшиков А.М. Особенности анестезии и послеоперационного ведения больных при лапароскопических операциях // Эндоскопическая хирургия. – 2005. – № 1. – С. 55–56.
2. Губайдуллин Р.Р., Бутров А.В. Общие закономерности гемодинамических реакций на быстрое изменение внутрибрюшного давления // Анестезиология и реаниматология. – 2003. – № 3. – С. 20

– 23.
3. Дегтярев В.А. Возможности комплексного исследования системы кровообращения у населения методом объемной компрессионной осциллометрии // Российские медицинские вести. – 2003. № 4. – С. 18 – 28.
4. Дегтярев В.А. К вопросу об оснащении медицинской аппаратурой лечебно-профилактических учреждений первичного звена здравоохранения

России // Российские медицинские вести. – 2006. № 1. – С. 62 – 70.

5. Караваяев Б.И., Головкин А.С., Стамов В.И. Применение методики трансциеводной эхо- и доплерографии для оценки изменений показателей гемодинамики при лапароскопических операциях // Вестник интенсивной терапии. – 2006. – № 3. – С. 48 – 51.

6. Качалов С.Н. Безопасность операции: новая парадигма развития эндохирургии // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – Т. 12, № 2. – С. 55.

7. Лебединский К.М., Шевкуленко Д.А. Прогностическое моделирование реакции кровообращения на спинальную анестезию // Анестезиология и реаниматология. – 2005. – № 4. – С. 23 – 26.

Носова О.Б.

ГИНЕКОЛОГИЯДА ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ОПЕРАЦИЯЛАР КЕЗІНДЕ ГЕМОДИНАМИКА КӨРСЕТКІШТЕРІН ТАЛДАУ

58 емделуші әйелдерінде жедел лапароскопияда жансыздендірудің әр түрлі әдістерінің гемодинамикаға әсері талқыланды. Гинекологиядағы лапароскопиялық операцияларында, ол жүйенің жүрек-қолқасының жұмысы үшін ұтымды шарттар қарастырылған.

Nosova O.B.

ANALYSIS OF HEMODYNAMIC PARAMETERS IN LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN GYNECOLOGY

Influence of various methods of anesthesia on haemodynamics condition at 58 patients is studied at performance of operative laparoscopies. Epidural anesthesia can be considered as alternative of the general anesthesia as it provides optimum conditions for work of cardiovascular system at laparoscopic operations in gynecology. Epidural anesthesia allows to stabilize a condition of cardiovascular system in the early postoperative period.



Оспанов К.М.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПИНАЛЬНО ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

ННЦМД, г.Астана

В последние годы, значительно возрос интерес к использованию регионарных методов обезболивания в акушерстве-гинекологии [1,2,3]. Спинальная анестезия в настоящее время имеет четкую тенденцию вытеснения из акушерско-гинекологической практики эпидуральную, что обусловлено достижениями современной фармакологии и использования новых регионарных технологий [4,5]. Однако использование как спинальной так и эпидуральной анестезии, нередко может сопровождаться выраженными нарушениями основных систем гомеостаза женщин, особенно с тяжелой экстрагенитальной патологией. [5,6,7]. В течении последних 15 лет, в зарубежной литературе появились работы об использовании спинально-эпидуральной анестезии (СЭА), которая довольно широко применяется в хирургической анестезиологии, об использовании же ее в акушерско-гинекологиче-

ской практике имеются противоречивые сведения [5,6,7]. К положительным качествам СЭА, многие авторы [7,8] относят быстроту и надежность спинальной анестезии с возможностью продлить действие блока при помощи эпидуральной анестезии, [8].

Цель работы изучить опыт применения СЭА в гинекологии.

Материалы и методы. СЭА проводили у 21 больной в возрасте от 41 до 69 лет при ампутации и чрезвлагалищной экстерпации матки, передняя и задняя пластика влагалища. Показанием к ее использованию служили оперативные вмешательства, ожидаемая продолжительность которых превышает действие хирургической стадии спинальной анестезии. Риск анестезии оценивался I-III степени по классификации ASA. В структуре экстрагенитальной патологии у 18(85,7%) имела

место анемия различной степени тяжести, у- 11 (52,3,3%) хронический пиелонефрит в стадии ремиссии, у- 6 ожирение 2 (28,5%) степени, у- 7 (33,3%) женщин имела место гипертоническая болезнь II-III ст, у -6 (28,5%) постмиокардитический кардиосклероз, стенокардия 3 (14,2%), нарушение ритма сердца по типу желудочковой экстрасистолы 4(19,0%), в преобладающем большинстве случаев имела место полиорганная недостаточность различной степени выраженности. С целью проведения анестезиологического пособия использовали двухсегментарный метод [2]. Спинальную и эпидуральную анестезию осуществляют в разных межпозвоночных промежутках. Премедикация за 30-40 минут до транспортировки в операционную. Пункцию - катетеризацию эпидурального пространства осуществляли в положении сидя или на боку, на уровне T₁₀ - T₁₂, катетер проводили в краниальном направлении на 4 - 5 см. После эпидурального введения «тест дозы» и отсутствия признаков спинальной анестезии, на уровне L₂ - L₃ проводили спинномозговую пункцию интратекального вводили 5% гипербарический раствора лидокаина (1,2-1,4) мг/кг с морфином (5-7 мкг/кг). После фиксации катетера больных укладывают на спину, а операционному столу придают горизонтальное положение. Оперативное вмешательство начинали через 5 - 6 минут после интратекального введения местного анестетика. Следует отметить, что двухсегментарный метод имеет одно неоспоримое преимущество перед односегментарным. Зона сегментарной блокады при проведении эпидуральной анестезии всегда четко соответствует зоне оперативного вмешательства. Существенным отличием эпидуральной блокады при проведении спинально - эпидуральной анестезии является гораздо меньшая, потребность местных анестетиков, необходимых для получения максимального сегментарного анальгетического эффекта. Так для этого требовалось 1/2 - 2/3 расчетной дозы местных анестетиков, от общепринятой при эпидуральной анестезии. Интересен также и тот факт, что при данном варианте регионарного обезболивания резко снижается число «постпункционных» головных болей, что можно объяснить постоянным положительным давлением в эпидуральном пространстве, препятствующим развитию синдрома ликворной гипотензии. Об эффективности анестезии судили по общепринятым клиническим признакам, частоте сердечных сокращений (ЧСС), среднему динамическому давлению (СДД), сатурации кислородом (SaO₂). Исследования проводили в 4 этапа: I-й этап до операции, II-й на высоте анестезии перед кожным разрезом, III-й после эпидурального введения анестетика, IV-й после окончания операции.

Результаты исследования и их обсуждение.

Через 2-6 минут после интратекального введения регистрировали все клинические признаки хирургической стадии СА (полная сегментарная сенсорно-моторная блокада). Признаков угнетения функции внешнего дыхания, а также достоверных изменений со стороны SaO₂ не регистрировали. Необходимо отметить, выраженный седативный эффект, который развивался уже через 2-3 минуты после интратекального введения лидокаина с морфином и который сохранялся до конца операции. На кожный разрез, а также наиболее травматичные этапы операции, пациентки не реагировали, каких либо жалоб не предъявляли. Обращала на себя внимание великолепная мышечная релаксация на соответствующем сегментарном уровне, ничем не уступающая таковой при использовании мышечных релаксантов.

С появлением первых клинических признаков ослабления сегментарного сенсорного блока (дискомфорт, возвращение тактильной чувствительности) в эпидуральное пространство вводили 10 - 15 мл 2% раствора лидокаина. Повторное введение местного анестетика, как правило не требовалось, поскольку оперативное вмешательство не превышало более 2-х часов. Изучаемые показатели SaO₂ оставались стабильными, достоверно не отличались от исходных дооперационных величин. Однако в 2 случаях отмечали, интраоперационную депрессию внешнего дыхания у пациенток со II-й степенью риска по ASA, возраст 56-62 года с выраженной экстрагенитальной патологией, для коррекции которой потребовалась дополнительная масочная оксигенация кислорода и ручная вентиляция в течении 5 минут. В послеоперационном периоде болевые ощущения практически отсутствовали в течении всего ближайшего послеоперационного периода (72 часа). Необходимо отметить высокую активность этого контингента женщин, раннюю активизацию и более быстрое восстановление моторно-эвакуаторной функции ЖКТ.

ВЫВОДЫ: Таким образом, достоинствами метода являются: быстрое наступление анестезии, высокая надежность, хорошая миорелаксация, возможность расширения зоны анестезии и использования эпидурального катетера для послеоперационного обезболивания, низкая опасность возникновения постпункционного синдрома, невысокая стоимость процедуры. В тоже время, использование СЭАн нецелесообразно применять в тех случаях когда, оперативное вмешательство можно провести под спинальной анестезией при наличии современных анестетиков, продолжительность действия которых, соответствует более 2,5 часов. А при внедрении новых методов оперативного вмешательства в гинекологию, продолжительность операции не превышает более 1,5 часов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галлангер Э.Ю., Селезнев М.Н., Бабаян Г.В. и соавт. Комбинированная спинально-эпидуральная и эпидуральная анестезия при операциях на сосудах нижних конечностей. *Анест. и реаниматол.*, 1999; №5.44-48.
2. Липко А.В., Носков И.Ю., Баскаков П.М. Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия как метод выбора при продолжительных оперативных вмешательствах на органах малого таза и мочеполовой системы. *Материалы IX Всерос. научн. конф. «Актуальные вопросы анестезиологии и реаниматологии»*. СПб, 1998. С.93-94.
3. *Руководство по регионарной анестезии и анальгезии в акушерстве и гинекологии*. (Семенихин А. А., Ким Ен Дин). Ташкент. 2002. С.102.
4. Brownridge P. Epidural and subarachnoid analgesia for obstetrical surgical anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia* 1990: 225-33.
5. Glosten B., Gianas A., Chadwick H.S. et al. Practical aspects of regional anesthesia for cesarean delivery: Failure rates and anesthetic preparation times. An observational study. // *Anesthesiology*. - 1995. - Vol. 83. - S. 977.
6. Kapoz DJ, Bainton BG. Combined spinal epidural anaesthesia: a new hanging drop. *Anaesth Analg.* 1996; 82: 426-7.
7. Rawal N. Combined Spinal Epidural technique. // *Highlights in Regional Anaesthesia-1994*. - ESRA. - P.119-122.
8. Schneider M, Ettlin T, Kaufmann M. et al. Transient neurologic toxicity after hyperbaric subarachnoid anesthesia with 5% lidocaine. // *Anesth. Analg.* - 1993. - Vol. 76. - №5. - P. 1154-1157.

Оспанов К.М.

ЭПИДУРАЛДЫҚ ЖАНСЫЗДАНДЫРУДЫ ГИНЕКОЛОГИЯ ОТАЛАРЫНДА ҚОЛДАНУ

Бұл мақалада ЭПАны гинекологияда қолдану тәжірибесі көрсетілген.

Osmanov K.M.

USE SPINAL EPIDURAL ANESTHESIA IN GYNECOLOGY

Experiment of application of SEA in gynecology is shown. advantages of a method are: fast approach of anesthesia, high reliability, a good miorelaksatsiya, possibility of expansion of a zone of anesthesia and use of an epiduralny catheter for postoperative anesthesia, low danger of emergence of a postpunktsionny syndrome, low cost of procedure.



Оспанов К.М., Айдарханов С.А., Керимбаева А.А., Ким Р.Л., Жусупбекова А.А.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

ННЦМД, НЦСМП, Родильный дом № 3, г. Астана

Проведение лапароскопии сопряжено с серьезным неблагоприятным воздействием на организм, связанным, помимо операционной травмы и наркоза, с двумя особенностями: повышением внутрибрюшного давления и использованием положения Тренделенбурга [1,2]. Известно, что повышение внутрибрюшного давления в результате введения углекислого газа сопровождается нарушениями дыхания и гемодинамики: увеличением центрального венозного давления, снижением сердечного выброса, повышением артериального давления и тахикардией с возможными последующими нарушениями ритма [3,4]. Положение Тренделенбурга, в свою очередь, вызывает постуральные изменения, аналогичные

вышеизложенным [5,6]. Проблеме обезболивания лапароскопических операций в гинекологии посвящены лишь отдельные сообщения. Большинство отечественных авторов считают эндотрахеальный наркоз единственно приемлемым методом анестезии [7,8].

Целью работы явились разработка и научное обоснование схемы адекватного анестезиологического пособия при различном объеме хирургического лапароскопического вмешательства у больных с различной степенью анестезиологического риска.

Материалы и методы. Нами изучено влияние различных видов анестезии на основные параметры жизненно важных функций организма

у 70 пациенток при выполнении оперативных лапароскопии. Для обезболивания применялись различные виды наркоза: внутривенная анестезия (1-я группа, 20 пациенток), эндотрахеальный наркоз (2-я группа, 15 пациенток), длительная эпидуральная анестезия (3-я группа, 15 пациенток) и комбинированная анестезия - сочетание длительной эпидуральной анестезии и эндотрахеального наркоза (4-я группа, 20 пациентки).

Результаты. Исследования осуществлялись на четырех этапах: до начала анестезии в горизонтальном положении - I этап; при создании пневмоперитонеума в положении Тренделенбурга - II этап; в наиболее травматичный момент операции - III этап; по окончании анестезии в горизонтальном положении - IV этап. Оценивались показатели центральной гемодинамики: ударный объем (УО), минутный объем кровообращения (МОК), среднее динамическое давление (СДД), общее периферическое сопротивление (ОПС), частота сердечных сокращений (ЧСС), показатели сократительной функции миокарда, степень укорочения переднезаднего размера левого желудочка в систолу (S) и скорость циркулярного сокращения волокон миокарда (VcF). Гемодинамика мозга определялась по показателям объемной скорости мозгового кровотока (Км) и индексу процентного отношения объемной скорости мозгового кровотока к минутному объему кровообращения (Им/о). Кроме того, осуществлялся мониторинг контроль за показателями артериального давления, пульса и оксигенации крови.

Внутривенную анестезию проводили на основе кетамина. За 30-40 мин до операции проводилась премедикация внутримышечным введением дропери-дола в дозе 0,1 мг/кг и диазепама 0,15 мг/кг. Начальная доза кетамина (0,7-2 мг/кг) вводилась внутривенно медленно. При повторном введении препарата применяли 1/2-1/3 первоначальной дозы. Средняя доза составила 1,8±0,026 мг/кг/ч. Средняя продолжительность наркоза составила 54±2,56 мин.

Нами было использовано положение Тренделенбурга, максимально выгодное для проведения данного вида анестезии: таз и живот больной находились под максимальным углом 20-30°, а грудь и голова - под углом 10-15°. В отсутствие гипотензии голова больной к тому же находилась на небольшом подголовнике. Для выключения сознания анестезию дополняли введением малых доз кетамина (в среднем 25±0,27 мг, или 0,35 мг/кг/ч) и седуксена в стандартной дозе 10 мг. По окончании операции для обеспечения адекватного обезболивания в течение ближайших 24 ч в эпидуральное пространство вводили 2-3 мг морфина. Длительность операции составила от 30 до 127 мин (экстирпация матки), длительность анестезии соответственно 70 и 167 мин.

При комбинированной анестезии пациентке

выполнялась эпидуральная анестезия, затем проводилось общее обезболивание. В среднем было использовано 18±0,22 мл 2% раствора лидокаина, доза миорелаксантов была в 1,5 раза меньше, чем при эндотрахеальном наркозе. Средняя доза фентанила составила 0,0014 мг/кг/ч. Длительность операции составила от 35 до 150 мин, длительность анестезии - от 70 до 180 мин.

На заключительном этапе исследования произошло улучшение показателей гемодинамики даже по сравнению с начальными параметрами: так, ЧСС снизилась в среднем на 11 уд/мин, СДД - на 10 мм рт. ст. **Таким образом,** прирост МОК у больных при использовании длительной эпидуральной анестезии осуществлялся за счет увеличения УО, а не учащения ЧСС, что свидетельствовало о более экономной, чем при других видах анестезии работе сердца. В 4-й группе в условиях комбинированной анестезии происходила стабилизация и улучшение показателей гемодинамики уже на II этапе исследования: происходило увеличение УО на 12% и МОК на 15% при стабильной ЧСС. На III этапе МОК и УО сохранялись на исходном уровне. Только на заключительном этапе исследования происходило умеренное увеличение ЧСС. Таким образом, в 4-й группе (комбинированная анестезия) прирост МОК на протяжении всей операции осуществлялся за счет увеличения сердечного выброса, как и у больных с длительной эпидуральной анестезией, что характеризовало работу сердца как экономную, и лишь к концу операции наряду с увеличением сердечного выброса происходило компенсаторное увеличение ЧСС. Показатели ОПС и СДД отражают, в свою очередь, наличие сосудистого спазма и его степень. В 1-й и 3-й группах (длительная эпидуральная и внутривенная анестезия) уже на II этапе исследования практически ликвидировались явления ангиоспазма, сохранявшиеся у больных при эндотрахеальном и комбинированном наркозах. При комбинированной анестезии ОПС снизилось на III этапе исследования, полная ликвидация сосудистого спазма наблюдалась к концу операции. Во 2-й группе (эндотрахеальный наркоз) ОПС оставалось на стабильно повышенном уровне на всех этапах операции, что отражало длительный сосудистый спазм. Изменения СДД у всех больных на этапах операции выявили тенденции, аналогичные таковым при исследовании ОПС: благоприятные при длительной эпидуральной, внутривенной и комбинированной анестезии и допустимые, но не оптимальные во 2-й группе (эндотрахеальный наркоз).

У пациенток 2-й, 3-й и 4-й групп (эндотрахеальный наркоз, длительная эпидуральная анестезия и комбинированная анестезия) на всех этапах исследований показатели насыщения крови кислородом были стабильными, не выходящими за пределы нормальных, что отражало абсолютно адекватную легочную вентиляцию.

Анализ осложнений показал, что при проведении

70 оперативных лапароскопии длительностью до 3 ч ни в одном случае не было тяжелых осложнений, связанных как с особенностями проведения операций в положении Тренделенбурга, так и осложнений, связанных с техникой проведения наркоза. Угнетение дыхания легкой степени при внутривенной анестезии в 6 случаях при своевременном распознавании купировались дополнительной масочной вентиляцией, в 2 эпизодах при появлении признаков регургитации (у подготовленных больных) пациентки были немедленно интубированы, что позволило избежать тяжелых осложнений. У 2 пациенток (по одной в 3-й и 4-й группах) отмечалась умеренная гипотензия при введении основной дозы анестетика. В положении Тренделенбурга гипотензия не наблюдалась. Из особенностей течения послеоперационного периода следует отметить, что при длительной эпидуральной и комбинированной анестезии пациенток не беспокоили боли, которые наблюдались при проведении внутривенной анестезии и эндотрахеального наркоза. Мы расценили это как результат адекватного послеоперационного обезболивания.

Выводы.

- Обезболивание лапароскопических операций в гинекологии даже у молодых и соматически здоровых пациенток относится к

разряду видов анестезии среднего и высокого риска ввиду возможности развития при срыве адаптационных механизмов острых нарушений мозгового кровообращения, сердечно-сосудистой недостаточности и дыхательных нарушений.

- Внутривенный наркоз может применяться только для обезболивания кратковременных плановых операций (диагностическая лапароскопия, стерилизация, программированная санация брюшной полости) у молодых женщин без экстрагенитальной патологии. При расширении объема операции в процессе лапароскопии тактика анестезиолога должна меняться в пользу выбора эндотрахеального наркоза.

- Эндотрахеальный наркоз, длительная эпидуральная анестезия и комбинированная анестезия достаточно адекватны и эффективны, они могут быть использованы для обезболивания при лапароскопических гинекологических операциях любого объема при условии точного соблюдения методик и достаточной квалификации анестезиолога.

- Длительную эпидуральную и комбинированную анестезию можно рассматривать как альтернативу эндотрахеальному наркозу в связи с возможностью создания оптимальных условий для работы сердечно-сосудистой системы и мозгового кровообращения, особенно у пациенток с экстрагенитальной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галингер Ю.И., Тимошин А.Д. Лапароскопическая холецистэктомия. М., 1992. 211 с.
2. Кождан Е.Л., Максимов Б.И. Состояние центральной гемодинамики во время лапароскопии у больных с заболеваниями печени и желчных путей. М., 1977. 175 с.
3. Пашкова И.Л. Выбор метода анестезии при лапароскопических вмешательствах: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1995. 25 с.
4. Прошина И.В., Сологорский С.В., Лехова О.В. и др. // Вестн. Росс. ассоц. акуш.-гин. 1995. №3. С. 76-80.
5. Синелукова Н.А. Проблемы нарушения гемодинамики на этапах диагностических лапароскопии и транслапароскопических операций по восстановлению репродуктивной функции у женщин: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1991. 24 с.
6. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Оперативная лапароскопия в гинекологии: М. Медицина. 1995. С. 37-44.
7. Aho M., Lehtinen A.M., Loatiraiken T., Kortila K. // Anesthesiology. 1990. Vol. 72. N5. P. 797-802.
8. Luiz I., Huber T., Hartung H. // Anaesthesist. 1992. Bd. 41. S. 520-526.

Оспанов К.М., Айдарханов С.А., Керимбаева А.А., Ким Р.Л., Жусупбекова А.А.

ГИНЕКОЛОГИЯДАҒЫ ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ОПЕРАЦИЯЛАРЫНДА АНЕСТЕЗИЯЛЫҚ ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ

70 емделуші әйелдерінде жедел лапароскопия орындауда жансыздандырудың әр түрлері негізгі параметрлері талқыланды. Эпидурал және құрамалы жансыздандыру жасалатын, ми қан айналу үшін ұтымды шарттары және жүрек қолқа жүйесінің дұрыс жұмыс жасауы анықталған. Патологиясыз келіншектерде, тек қана көк тамыр наркозы қолданылады. Эндотрахеал наркозы, ұзақ эпидурал жансыздандыруы және құрамалы жансыздандыру бірдей лапароскопиялық гинекология операцияларының жансыздандыруы үшін қолданыла алады.

ANESTHETIC MANAGEMENT OF LAPAROSCOPIC SURGERY IN GYNECOLOGY

Influence of different types of anesthesia on key parameters of the vital functions of an organism at 70 patients is studied at performance of operative laparoscopies. It is established that optimum conditions for normal functioning of serdechnosodisty system and brain blood circulation are created at the epiduralny and combined anesthesia. The intravenous anesthesia can be applied only to anesthesia of short-term planned operations at young women without ekstragenitalny pathology. The Endotrakhealny anesthesia, long epiduralny anesthesia and the combined anesthesia are rather adequate and effective, can be used for anesthesia of laparoskopichesky gynecologic operations of any volume.



Өменов Т.Ш.

БАЛАЛАРДАҒЫ БАС МИ ҚАН АЙНАЛЫМЫНЫҢ ЖЕДЕЛ БҰЗЫЛУЫ

*Қалалық медициналық жедел жәрдем станциясы.
Астана қаласы.*

Педиатрияда балалардағы бас ми қан айналымы бұзылуы неонатологтардың және балалар неврологтарының назарындағы мәселе болып табылғанымен, соңғы жылдары осы дерттен және оған күдікті симптомдармен медициналық жедел жәрдем дәрігерлеріне шағымдану жиілеген. Отандық, Ресейлік және басқа шетелдік басылымдарда барлық жастағы адамдарда бас ми қан айналымы жедел бұзылуы дертінің жыл сайын артып жатқандағы жөнінде пікір білдіреді. Төмендегі кестеде Астана қаласы, Медициналық жедел жәрдем станциясы дәрігерлерінің 2010-2011 жылдары бас ми қан айналымы бұзылуы және осы дертке күдікті диагнозбен невролог – дәрігер кеңесіне шұғыл жеткізген балалар саны көрсетілген.

Жылдар	Невролог кеңесіне шұғыл жеткізу	Ауруханаға шұғыл жатқызу
2010	16	10
2011	45	28

Медициналық жедел жәрдем дәрігерлеріне қаралушы 3 айға дейінгі жастағы балаларда осы дертті анықтау өзге жастағы балаларға қарағанда күрделі болғандықтан осы жастағы балаларда күдікті симптомдар байқалса, невролог-дәрігер кеңесіне шұғыл жеткізген жөн.

Астана қаласы, Медициналық жедел жәрдем дәрігерлері үшін 2010 жылдан бастап невролог-дәрігер кеңесіне шұғыл жеткізілуі тиіс болған балалардағы бас ми қан айналымы жедел бұзылуы диагнозына күдіктілік тудыратын симптомдар Алгоритмі бекітілген.

Балалардағы бас ми қан айналымы бұзылуы диагнозын анықтау үшін невролог-дәрігерге шұғыл жеткізуге тиісті симптомдар
АЛГОРИТМІ

- 1) Баланың жасы – туғаннан бастап 3 айлық жасына дейінгі аралығы.
- 2) Тері жамылғысы түсі өзгеруі - сарғыш яки бозғылт.
- 3) Көңіл-күйі өзгеруі – баяулық (вялость) яки қозғыштық (возбуждение).
- 4) Үлкен еңбегі (большой родничок) томпақуы, ісінуі (выбухание).
- 5) Құсуы.

Ми қан айналымы жедел бұзылуы симптомдары көбінесе бас мидағы қантамырлық өзгерістер негізінде дамиды. Бұл дертте ауру жедел дамиды және бас мидың толық немесе белгілі бір бөлігінің зақымдануын білдіретін неврологиялық симптомдары пайда болады.

Бас ми қан айналымы жедел бұзылуында неврологиялық симптомдар кенеттен басталып , 1

тәулік ішінде кері дамыса, симптомдардың регрессі байқалса, мұнда бас ми қан айналымының өткінші (переходящее) бұзылуын, ал симптомдардың тәуліктен асып, мейлінше тұрақтануы, кейде кері дамымауы – геморрагиялық, яки ишемиялық инсульттың пайда болғандығын білдіреді.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) қайта қаралған IX классификациясында

жаңа туған балалар мен сәбилердегі бас ми қан айналымы жедел бұзылуы жеке нозология ретінде қабылданып, негізгі екі түрге бөлінеді:

1) Бас мидың затына, қабықтарына қан құйылуы.

2) Бас мидың ишемиялық зақымдануы

Патогенезі. Бас ми қан айналымының жедел бұзылуына анте-, интра-, постнатальді созылмалы, яки жедел гипоксиялар, туу кезінде болатын баланың бассүекішілік жарақаты (внутричерепная родовая травма) әсері болады. Кейде, интра-, постнатальді инфекция, гемокоагуляция, жаңа туған балалардағы гемолитикалық ауру, васкулиттер, дамудың кейбір тума кемістіктері және бақса аурулар да бас ми қан айналымының жедел бұзылуына әсер етеді. (Струков А.И. Серов В.В.)

Клиникалық белгілері. Алғашқы белгілері: баланың көңіл-күйінің қозғыштыққа (шошынуы, өткір дауыспен шыңғыруы), яки баяулыққа (соруының баяулауы, басқа да физиологиялық рефлекстерінің нашарлауы) өзгеруі. Тері жамылғысының бозғылттануы, яки сарғыштануы, құсуы, үлкен еңбегінің ісінуі. Кейінірек дамидың симптомдар: дененің бір жағының гиперкинезі, ықылық, эпилепсия түріндегі (эпилептиформные) ұстамалар, нистагм, сананың комаға дейін бұзылуы,

спастикалық парез, гемиплегия, III-VII нервтер парезі, параличі, менингеальді симптомдар.

Гипогликемиялық дәрілер қабылдаушы қант диабетімен сырқаттанған балаларда, эпилепсиямен, бас ми ісіктерімен ауырған балаларда, инфекциялық ауруларда және іріңді интоксикацияларда да бас ми қан айналымы жедел бұзылуы симптомдары көрініс береді.

Емдеу. Бас ми қан айналымы жедел бұзылуы анықталғанда, яки осы дертке күдіктенгенде жедел медициналық көмекті шұғыл түрде ерте бастау қажет. Баланы қарау кезінде және медициналық жедел жәрдем автокөлігінде баланың хал-жағдайы мұқият бақылануы керек. Тыныс жолдарының ашықтығы, тазалығы, жүрек соғуы, тамыр соғуының қалыптылығы ерекше бақылауда болуы тиіс. Қажетіне қарай тыныс жолдарын тазалау, аспирацияны болдырмау, ылғалданған оттегімен ингаляциялау амалдары орындалады. Тырыспа ұстамаларында (судорожные припадки) бұлшықетке реланиум 0,05-0,1мл/кг жіберіледі, бірақ 2,0 мл -ден аспауы керек. Тыныс алуы және жүрек соғуы нашарлаған жағдайда өкпені жасанды желдендіру және жүрекке жанама массаж жасау дер кезінде басталуы тиіс. Тасымалдау кезінде баланың басы денесінен 30° жоғары болуы керек.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Ә. Нұрмұхамбетұлы. Патофизиология – Алматы: «Эверо» 2007.
2. Литвицкий П.Ф. Патофизиология – М: ГЭОТАР-МЕД, 2008.
3. Учебник для медвузов под.ред.
4. Струков А.И., Серов В.В. Острое нарушение мозгового кровообращения у детей. Медицинский журнал 2011.
5. В.В.Новицкого, Е.Д. Гольберга, О.Н. Оразовой, М: ГЭОТАР-МЕД, 2009 Т-1.

Отенов Т.Ш.

ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ДЕТЕЙ

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) - недостаточность кровоснабжения мозга вследствие поражения сосудов мозга или крупных магистральных сосудов, а также в результате патологических изменений состава крови.

Утепов Т.Ш.

SHARP VIOLATION OF BRAIN BLOOD CIRCULATION OF CHILDREN

Sharp violations of brain blood circulation (ONMK) - insufficiency of blood supply of a brain owing to defeat of vessels of a brain or large main vessels and also as a result of pathological changes of composition of blood.



ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «АЛФЛУТОП» В ФИЗИОТЕРАПИИ

КГП на ПХВ «3-я гор. Больница» г. Петропавловск

Деформирующий остеоартроз (ОА) является заболеванием, поражающим значительную часть населения. Около 80% от всех пациентов с заболеваниями суставов составляют именно больные ОА [1]. Многие годы считалось, что ОА является следствием возрастного «изнашивания» хряща. Однако, патогенез ОА намного сложнее. Существует очень большое количество факторов, влияющих на развитие основных звеньев патогенеза ОА: деструкция хряща, синовиальное воспаление, ригидность субхондральной кости.

В настоящий момент считается, что при ОА страдают все структуры, составляющие сустав, а также периартикулярные ткани. Это означает что лечение ОА является комплексной задачей, требующей соединения усилий врачей различных специальностей: ревматологов, ортопедов, хирургов, физиотерапевтов.

Основной целью терапии при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов является снятие боли (в чем заключена основа восстановительной функции), улучшение трофики тканей и предотвращение или замедление дегенеративно-дистрофического процесса.

В то же время идет поиск препаратов, способных не только оказывать обезболивающий и противовоспалительный эффекты, но и замедлять прогрессирование суставной деструкции, предупреждать обострения и поражение новых суставов, тем самым улучшая качество жизни пациентов.

В этой связи особого внимания заслуживает биотехнологический препарат АЛФЛУТОП, который представляет собой оригинальный стандартизированный экстракт из морских рыб четырех видов. Его состав уникален, сходен с матриксом гиалинового хряща и состоит из сульфатированных ГАГ (хондроитин-4-сульфата, хондроитин-6-сульфата, дерматансульфата, кератан сульфата), низкомолекулярных полипептидов, свободных аминокислот и микроэлементов (Na, K, Ca, Mg, Fe, Cu, Zn), имеющих большое значение не только для обменных процессов в суставном хряще, но и для соединительнотканного метаболизма в целом.

Установлено, что ключевым моментом действия алфлутопа является сочетание антигиалуронидазной активности (ингибирование гиалуронидазы, разрушающей гиалуроновую к-ту) и стимуляции синтеза гиалуроновой кислоты. Такое двунаправленное действие АЛФЛУТОПА на гиалуроновую к-ту представляется весьма перспективным в плане лечения ОА, так как замедляет деструкцию соединительнотканых хрящевых структур и приводит к усилению

репаративных процессов.

Этой цели нельзя достичь без активной помощи физиотерапии, которая давно является признанным лечебным методом не только в следствие положительного эффекта, но и благодаря отсутствию побочных эффектов. Из физиотерапии мною было отдано предпочтение ультразвуковой терапии и электрофорезу лекарственного вещества синусоидальными модулированными токами (СМТ).

Ультразвуковая терапия считается особенно эффективной у больных с начальной формой ОА. Наряду с локальным озвучиванием проводилось и паравертебральное озвучивание в области соответствующих сегментов. В качестве контактного средства при ультразвуковой терапии и СМТ электрофорезу был использован АЛФЛУТОП-гель и раствор АЛФЛУТОПА.

Мною была взята группа пациентов в количестве 65 человек, в возрасте 30-65 лет. Проводили по 2 курса лечения АЛФЛУТОПОМ в течение года.

В результате лечения наблюдалась положительная динамика клинических (уменьшение болей в суставах и симптомов вторичного синовита) и лабораторных данных. При индивидуальной оценке эффективности лечения у 39 пациентов (60%) выявлено значительное улучшение, у 23 пациентов (35%) - удовлетворительное и только у 3 человек (5%) незначительное улучшение. Отсутствие эффекта и ухудшения не отмечено ни у одного пациента.

Особенно важны результаты влияния АЛФЛУТОПА на толщину суставного гиалинового хряща и синовиальной оболочки при ОА, регистрируемые при динамическом УЗИ суставов. Эти показатели в большей степени улучшились при сочетанном применении препарата (внутримышечные инъекции + ФЗТ).

Достоверных рентгенологических признаков прогрессирования поражения суставов после лечения АЛФЛУТОПОМ отмечено не было.

Методика лечения ультразвуком: Предварительно смазанный АЛФЛУТОП гелем пораженный сустав или паравертебрально на позвоночнике озвучивают при помощи лабильной методики при постоянном режиме мощностью 0,4- 0,7 Вт/см² по 8-15 минут в зависимости от величины сустава, всего 12-15 процедур на курс лечения.

Методика проведения СМТ-фореза. Лекарственный электрофорез является одним из широко применяемых методов физиотерапии. Применение импульсного тока низкой частоты, в частности синусоидальных модулированных то-

ков (СМТ) обладающих повышенной проникающей активностью, благодаря чему лекарственные вещества вводятся на большую, чем при использовании гальванического тока, глубину. Смачивали обе прокладки раствором АЛФЛУТОП. Электроды располагали поперек пораженного сустава. Режим переменный, глубина модуляций 50%, частота 80 Гц (у пациентов с больным суставом верхней конечности) и при глубине модуляций 75% и частоте модуляций 30 Гц при поражении суставов нижней конечности. Род работы III-IV по 5 минут каждый. Продолжительность процедуры не более 30 минут, курс 10-15 процедур.

ВЫВОДЫ. Таким образом, АЛФЛУТОП является препаратом с хондропротективным и

противовоспалительным действием с доказанным быстроразвивающимся клиническим эффектом, который сохраняется в течении 4-6 месяцев. Высокая эффективность и хорошая переносимость АЛФЛУТОПА подтверждены результатами многочисленных исследований, проведенных в ведущих клинических центрах России, стран дальнего и ближнего зарубежья.

Учитывая выгодную фармакокинетику препарата АЛФЛУТОП в виде геля и раствора, хорошие клинические результаты, доступную цену, удобство для применения рекомендую широко применять препарат АЛФЛУТОП в физиотерапевтической практике.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Руководство для практических врачей. Том 3 глава 12. М.: Литтерра, 2003

2. Гроппа Л., Мынзату И., Карасова М. и др. Эффективность алфлутона у больных деформирующим остеоартрозом. Клиническая ревматология. 1995. №3 с. 20-22

3. Лукина Г. В., Сигидин Я. А. Хондропротек-

торный препарат алфлутон в лечении остеоартроза. Научно-практическая ревматология. 2001. №2. С. 51-53.

4. Коршунов Н. И., Баранова Э. Я., Парусова Н. И. и др. Алфлутон в лечении больных остеоартрозом. Российская ревматология. 1998. №2. с. 26-31.

Путятина Л.А.

ФИЗИОТЕРАПИЯДА «АЛФЛУТОП» ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ

Алфлутоп препараты хондропротективті және қабынуға қарсы әсері 4-6 айға дейін сақталатын клиникалық әсері жылдам дамиды делелденген препарат. Алфлутоп препаратының жоғары тиімділігі Ресей және алыс, жақын шет елдердің алдыңғы қатарлы клиникаларында зерттеліп, делелденген. Алфлутоп препаратының тиімді фармакокинетикасын ескере отырып, гел, сұйықтық тәрізді түрлерін ажыратуға болады.

Putyatina LA.

PREPARATION APPLICATION "ALFLUTOP" IN PHYSIOTHERAPY

ALFLUTOP is a preparation with hondroprotektiv and anti-inflammatory action with the proved high-growth clinical effect which remains with in 4-6 months. High efficiency and ALFLUTOP'S good shipping are confirmed with results of the numerous researches which have been carried out in the leading clinical centers of Russia, the countries of the foreign and neighboring countries.

Considering favorable pharm of preparation ALFLUTOP in the form of gel and solution, the good clinical results, reasonable price, convenience to application I recommend to apply widely preparation ALFLUTOP in physiotherapeutic practice.



ПОЛВЕРТИК В ЛЕЧЕНИИ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ ПРИ СОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

АО «Национальный научный медицинский центр»¹, РГП «Больница Управления делами Президента Республики Казахстан»², ТОО «Центр амбулаторного гемодиализа»³, ГУ «Центральный госпиталь с поликлиникой МВД РК»⁴

Повышение качества диагностики и эффективности лечения головокружения — одна из нерешенных проблем практической медицины, имеющих важное медико-социальное значение. Актуальность данной проблемы во многом определяется высоким уровнем распространенности головокружения.

Головокружение — распространенный симптом многих заболеваний, с которыми сталкиваются в своей практике врачи различных специальностей. Одно из наиболее сложных направлений в решении проблемы головокружения — оптимизация лечебных мероприятий, в частности, использование рациональной фармакотерапии. Для лечения головокружения используется большое число медикаментов из разных терапевтических групп, однако только лишь очень небольшое число из них обладает действительно доказанным в исследованиях и практикой вертиголитическим эффектом. Одним из наиболее часто используемых препаратов для лечения и профилактики головокружения различной этиологии является бетагистин, аналог гистамина, влияющий на Н1- и Н3-гистаминовые рецепторы, за счет чего происходит улучшение кровообращения во внутреннем ухе и вертебробазиллярном бассейне, а также нормализация работы вестибулярных рецепторов в лабиринте и вестибулярных ядер в стволе мозга. Головокружение свойственно многим неврологическим, психическим заболеваниям, психовегетативным синдромам. Одним из наиболее частых симптомов у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга (СЗГМ) является головокружение, которое занимает второе место после головной боли. [2, 7, 9]. Такие ситуации требуют назначения веществ, действие которых направлено на увеличение регионарного кровотока. К подобным биологически активным веществам относятся гистамин и его аналоги [6, 7, 8]. В процессе разработки этого направления в лечении был создан аналог гистамина - Полвертик (бетагистин), эффективный при пероральном приеме [9].

Целью настоящего исследования явилось определение возможностей этого препарата в лечении головокружения у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга.

Материал и методы. Наблюдали 30 больных с СЗГМ. В группе было диагностировано острое и хроническое нарушение мозгового кровообращения в вертебрально-базиллярном

бассейне. Критериями включения больных в исследование являлось наличие головокружения. Соответственно из него исключили пациентов с головокружениями, развившимися без сосудистой патологии, подтвержденной сбором анамнеза, осмотром и данными дополнительных исследований. В контрольную группу вошли 30 пациентов тоже с сосудистой патологией, предъявлявших жалобы на головокружение но, без лечения бетагистином (полвертиком). По возрасту, полу, фоновым заболеваниям, основной терапии достоверных различий между основной и контрольной группами не было. В группе СЗГМ мужчин было - 54%; возраст пациентов в этих группах был соответственно 57,0±2,4 года, длительность головокружения 19,0±0,5 года. Больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (до 1 месяца) было 25%. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II степени имела место у 50% больных, у остальных 50% была энцефалопатия III степени. Перед началом лечения полвертиком часть больных - с достаточно длительным течением заболевания получали медикаментозную терапию ноотропными или сосудистыми средствами (пираретам, трентал, циннаризин). У 50% больных, преимущественно без острых сосудистых эпизодов в анамнезе, головокружение возникло не более чем за 1 месяц до назначения полвертика. Всем больным проводили рентгенографию шейного отдела позвоночника, общеклинический и биохимический анализ крови, анализ коагулограммы, исследование глазного дна, контроль артериального давления. В большинстве случаев проводили также КТ или МРТ головного мозга и ультразвуковую доплерографию экстракраниальных сосудов, в ряде случаев - исследование слуха шепотной речью и аудиометрию. При оценке состояния пациентов учитывали неврологические и субъективные параметры: прием полвертика (фирмы «Santo member of Polpharma Group») на протяжении 2-3 недель в базовой дозе 48 мг в сутки, степень регресса неврологической симптоматики, отсутствие жалоб на головокружение.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования установлена в целом хорошая переносимость полвертика, каких-либо неблагоприятных реакций при его применении отмечено не было. В зависимости от эффективности лечения головокружения пациентов разделили на три группы. Критериями принадлежности к 1-й группе

были исчезновение головокружения, жалоб на него, регресс неврологической симптоматики. Ко 2-й группе - значительное уменьшение частоты и интенсивности головокружения в сравнении с исходными с возможным сохранением отдельных неврологических симптомов. К 3-й группе были отнесены пациенты, отметившие эффект препарата, у которых наметилась положительная динамика симптоматики, но самочувствие не достигло желаемого. Применение полвертика достоверно уменьшало частоту и интенсивность жалоб на головокружение у больных с СЗГМ, причем в случае наличия в анамнезе острых нарушений мозгового кровообращения показатель положительного эффекта был в 1,5 раза выше, чем в контрольной группе. На 14-й день приема препарата эффект также превышал в 1,5 раза таковой в контрольной группе, где оказалось и вдвое больше случаев отсутствия эффекта на 21-е сутки наблюдения. Анализ подгрупп пациентов с разной степенью недостаточности мозгового кровообращения, а также подгрупп, сформированных по возрастному и половому признакам, не выявил достоверных различий в эффективности полвертика. В то же время значимость различий между подгруппами с разными сроками применения препарата после впервые возникших жалоб на головокружение находилась на уровне $p < 0,05$. При назначении полвертика не позднее года от начала головокружений установлен достоверный эффект

в виде значительного улучшения самочувствия, а в 12,5% случаев они полностью исчезли. Эффект применения препарата в поздние сроки в основном заключался в улучшении состояния, а в 18% случаев просто отсутствовал.

Заключение. Проведенное нами исследование показало, что применение полвертика у больных с недостаточностью мозгового кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне (в том числе перенесших острое нарушение мозгового кровообращения), предъявляющих жалобы на головокружение, показало, что он наиболее эффективен, если головокружение появилось не более года назад. К концу второй недели применения препарата происходит достоверное по сравнению с контролем улучшение самочувствия. Согласно проведенному анализу, эффективность полвертика не зависит от возраста пациентов и типа сосудистой патологии. Основным фактором, влияющим на действенность препарата, является срок с момента развития симптоматики: начало терапии полвертиком спустя год от начала головокружений в 18% случаев ассоциировалось с отсутствием эффекта на 21-е сутки его применения в базовой дозе. **Таким образом,** Полвертик является эффективным средством лечения головокружения сосудистого генеза. В этих случаях целесообразно его применение в дозе 48 мг. в сутки. Выраженный положительный эффект проявляется на 2-3 неделе терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верецагин Н.В. Недостаточность кровообращения в вертебрально-базилярной системе. *Consilium medicum* 2001; приложение: 13-17.
2. Голубев А.Г., Гусаков И.В., Камбарова Д.К. Предотвращение и нормализация гипоксических, дисциркуляторных и пароксизмальных нарушений в головном мозге: где границы? *Обзор. Физиология человека* 1993; 19: 2: 156-170.
3. Пфальтц Ц.Р. Головокружение при патологических изменениях в области шеи. *Головокружение. Пер. с англ. 2-е изд. М: Медицина* 1989; 188-205.
4. Шмидт Е.Б., Лунев Д.К., Верецагин Н.В. *Сосудистые поражения нервной системы. М: Медицина* 1995.
5. Arrang J.M., Garbarg M., Schwartz J.C. Autoinhibition on brain histamine synthesis mediated by novel class (H3) of histamine receptor. *Nature* 1983; 302: 832-837.
6. Blair R. Medical management of vestibular disfunction. *ORL Clin N Am* 1984; 17: 679.
7. Fischer A.J.E.M. Histamine in the treatment of vertigo. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1991; 479: Suppl: 24-28.
8. Gennarelli T.A. Cerebral concussion and diffuse brain injuries. In: Cooper P.R. (ed). *Head Injury. Baltimore: Williams & Wilkins* 1993; 137-158.
9. Locour M. *Histamin. Vestibular function and vestibular compensation. Paris: Elsevier* 1998.

**ПОЛВЕРТИКТИ МИ ҚАН-ТАМЫРЛАРЫ АУЫРУЫНДАҒЫ БАС АЙНАЛУЫНДА
ҚОЛДАНУ**

Біздің тәжірибелік зерттеу қортындымыз бойынша, ми қан-тамырлары ауыруындағы бас айналу басталғаннан 1 жыл өтпей полвертикпен емдеуді бастаса 14-ші күні қорытынды топпен салыстырғанда нанымды жетістіктерге жетеміз. Полвертик әсерінің нәтижелілігі науқастың жасына, қан-тамырлары ауыруларының түріне байланысты емес. Полвертик әсерін көрсететін негізгі фактор ол ауырудың алғашқы симптомдарында емді бастау. Егер бас айналу белгісінен 1 жыл өткеннен кейін ем бастаса 18% жағдайда емнің 21-ші күнінде де жағымды әсер ала алмадық. Сонымен, ми-қан тамырлары ауыруындағы бас айналуға полвертикті қолдану жағымды әсер көрсетті, бұл жағдайда дәрі дозасын 48мг/тәулігіне берген дұрыс. Емнің 2-3 аптасында айқын жағымды әсері білінеді.

Sadykova Z.A., Idrisova B.A., Kapenov B.Ye., Meiramova K.A.

POLVERTIK IN THE TREATMENT OF VERTIGO WITH VASCULAR BRAIN LEISURES

Our study showed that the use of polvertik in the patients with cerebral circulatory insufficiency in vertebrobasilar basin (including those who had acute cerebral blood flow), in patients complaining of vertigo, showed that it is most effective, when vertigo came less than a year ago; on the 14th day when using the drug, in comparison with the control, significant improvement in health occurs. According to the analysis, the effectiveness of polvertik does not depend on the patient's age and the type of vascular pathology. The main factor influencing on the effectiveness of the drug, is a term from the development of the symptoms: initiation of the therapy with polvertik one year later from the beginning of vertigo in 18% of cases associated with the lack of effect on the 21st day of its use in the basic dose. Thus, Polvertik is effective in treating vertigo of vascular origin. In these cases, it is advisable to use a dose of 48 mg per day. The evident positive effect is manifested in 2nd-3rd week of therapy.



Г.Р.Сарсекеева

К ЛЕЧЕНИЮ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО РИНИТА

Главная военная поликлиника МО РК, г. Астана

В последнее время увеличивается число пациентов, у которых выявляется медикаментозный ринит. Это связано с появлением большого количества местных сосудосуживающих средств на фармацевтическом рынке нашей страны, свободной неограниченной продажей таких препаратов, а также неосведомленностью пациентов об опасности этих препаратов. Медикаментозный ринит встречается у 15-16% от всех оториноларингологических больных [1].

Медикаментозный ринит по классификации, предложенной С.З. Пискуновым и Г.З. Пискуновым (1997), относится к вазомоторным неаллергическим ринитам. Возникает такой ринит вследствие длительного местного применения сосудосуживающих препаратов (деконгестантов). При сборе анамнеза удается выяснить, что причиной использования сосудосуживающих капель явилась перенесенная ранее острая респираторная вирусная инфекция, сопровождающаяся острым ринитом. Альфа-2–

адреномиметики (нафазолин, оксиметазолин, ксилометазолин), которые используются для уменьшения отека слизистой оболочки, через несколько часов после употребления вызывают обратную реакцию – реактивную гиперемию, а со временем анемизирующего эффекта становится недостаточно, что вызывает увеличение дозы препарата (синдром «рикошета») [2]. У многих пациентов с медикаментозным ринитом выявляются какие-либо предрасполагающие факторы, которые ранее вызвали нарушение носового дыхания и заставили пациента применить сосудосуживающие капли. Чаще всего такими факторами являются искривления перегородки носа, аллергические риносинусопатии, хронические синуситы, воздействие производственных факторов и др. Выявление медикаментозного ринита не составляет затруднения для врача оториноларинголога. Однако проблемой остается лечение такого рода ринитов. В настоящее время существует много различных методов лечения вазомоторного ринита, которые

подбирают для каждого пациента индивидуально [3].

В настоящее время для лечения аллергического ринита, а также полипозного риносинусита широко используют топические кортикостероиды, в частности, Назонекс (мометазона фураат) [4,5]. Известно, что Назонекс обладает выраженным противовоспалительным действием путем подавления синтеза и высвобождения гистамина лейкотриенов, интерлейкинов, гамма-интерферона, а также тормозит активность всех клеток (эозинофилов, тучных клеток, лимфоцитов, дендритных, эпителиальных и эндотелиальных клеток), участвующих в развитии воспаления, за счет чего уменьшается выраженность ринореи, зуда, чихания и заложенности носа [6]. Зная механизм развития медикаментозного ринита и механизм действия Назонекса, мы решили использовать этот препарат у пациентов с «нафтизиновой зависимостью».

Цель нашего исследования – оценить клиническую эффективность интраназального глюкокортикостероида Назонекса (мометазона фураат) у пациентов с медикаментозным ринитом.

Под нашим наблюдением находилось 56 пациентов в возрасте от 17 до 53 лет, обратившихся с жалобами на затрудненное носовое дыхание, слизистые выделения из полости носа, ежедневное применение сосудосуживающих средств от 3 до 15 раз в день, периодически появляющиеся головные боли, нарушения сна. Стаж употребления местных адrenomиметиков составлял от 6 месяцев до 3-х лет. В исследование не включались больные с поражением околоносовых пазух, затруднением носового дыхания за счет искривления перегородки носа, инфекциями верхних дыхательных путей, аллергическим ринитом, бронхиальной астмой, а также пациенты, получавшие альтернативные методы лечения в течение 2 недель до начала исследования. При обследовании пациентов уделяли внимание тщательному сбору анамнеза, клинической картине заболевания. Всем пациентам проводили рентгенологическое обследование носа и околоносовых пазух, риноцитогранию, провокационные внутриносовые тесты, кожные пробы с предполагаемыми аллергенами.

Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование полости носа, в результате которого отмечались гиперемия, избыточная влажность слизистой оболочки носа, набухшие носовые раковины, у 17 пациентов определялось незначительное искривление перегородки носа. После проведения анемизации носовые раковины сокращались и принимали нормальные размеры.

Назонекс назначался по схеме: первая неделя – по

2 впрыскивания в каждый носовой ход 1 раз в день, последующие дни – по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 1 раз в день. Длительность курса составляла 6 недель. Следует отметить, что в первые 2 недели пациентам разрешалось использовать привычные для них назальные сосудосуживающие средства, но в меньшей концентрации и только лишь при сильной заложенности носа. Оценка клинического состояния больных проводилась исходно, через 1, 2, 3, 6 недель лечения. В качестве критериев клинической эффективности препарата использовались: Выраженность основных симптомов медикаментозного ринита: затрудненное носовое дыхание, ринорея, общих симптомов (головная боль, слабость, нарушения сна и т.д.); потребность в местных сосудосуживающих препаратах; изменения при эндоскопическом обследовании полости носа.

В результате лечения Назонексом пациенты отмечали улучшение носового дыхания, уменьшения выделений из носовой полости уже к концу 2 недели, у 36,4 больных (65%) к этому времени исчезли головная боль, слабость, а сон значительно улучшился. Все больные обратили внимание на то, что к концу первой недели использования Назонекса практически у всех снизилась потребность в сосудосуживающих каплях, а 47,0 (84%) пациентов полностью отказались от сосудосуживающих капель. При эндоскопическом исследовании полости носа через 14 дней выявлено явное снижение гиперемии слизистой оболочки носа, отечность носовых раковин была менее выражена практически у всех пациентов. К 28 дню терапии у 48,1 (86%) пациентов было восстановлено носовое дыхание, и все они не использовали сосудосуживающие капли, и лишь 6,7 (12%) пациента применяли местные адrenomиметики 1-2 раза в день. К концу лечения все больные полностью отказались от применения сосудосуживающих капель и не предъявляли каких-либо жалоб. Объективно у всех пациентов слизистая оболочка носа при эндоскопическом исследовании бледно-розового цвета, обычной влажности, носовые раковины без признаков отечности, пастозности и гиперемии.

Таким образом, назначение Назонекса больным с медикаментозным ринитом приводит к исчезновению симптомов заболевания и улучшению качества жизни. Назонекс обладает высокой клинической эффективностью, не вызывает побочных явлений и хорошо переносится пациентами. Назонекс может быть использован в лечении медикаментозного ринита как альтернативный метод лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лопатин А.С., Сидоренко И.В., Захаржевская Т.В. и др. Эффективность Назонекса в лечении аллергического ринита и хронического полипозного риносинусита // Вестник Оториноларингологии. – 2000. - №4. – С.60-63.
2. Пискунов Г.З. Медикаментозная терапия

- в оториноларингологии. // *Российская ринология*. – Vol.97. –P.197.
1998. -№3. – С. 72-76.
3. Пискунов Г.З, Пискунов С.З. Клиническая ринология. – «Миклош». – 2002. – С.142-175.
4. Brannan M.D., Seiberling V., Cutler D. L. et al. Lack of systemic activity with intranasal mometasone furoate // *Ann. Allergy, Astma and Immunol.* -1997. –
5. Smal C.B., Hetnandes J., Reyes A. et al. Efficacy and safety of mometasone furoate nasal spray in nasal polyposis // *Allergy Clin. Immunol.* – 2005. –Vol. 116. –P. 1275-1281.
6. Drake – Lee A.B. Medical treatment of nasal polyps. // *Rhinology.* -1994.-Vol.32, №1/ P.1-4.

Г.Р. Сарсекеева

МЕДИКАМЕНТОЗДЫ РИНИТТИ ЕМДЕУ

17 жас пен 53 жас аралығындағы 56 науқас зерттеуге алынды. Негізгі шағымдары: мұрынмен дем алудың нашарлауы, мұрыннан шырышты бөлінділердің болуы, кезенді бас ауруы, ұйқының бұзылуы, вазоконстрикторлардың 4-15 ретке дейін қолдану қажеттілігі. Тамыр тарылғыш тамшылардың қолдану ұзақтығы 6 айдан 3 айға дейін ауытқиды. Алынған деректер медикаментозды ринитті емдеуде Назонекс препаратының жоғары нәтижелігін дәлелдейді, науқастың өмір сапасын жоғарылатады. Бұл емді медикаментозды ринитті емдеуде өте нәтижелі және альтернативті деп қарастыруға болады.

G.R.Sarsekeeva

TREATMENT OF DRUG-INDUCED RHINITIS

56 patients from 17 to 53 years of age were enrolled into study. The main complains were troubles with nasal breathing, mucous nasal discharge, recurring headache, sleep disorders, necessity in nasal vasoconstrictors applications 4-15 times a day. The duration of local adrenergic agonists usage ranged from 6 month to 3 years. The data obtained proved Nasonex high efficacy for drug-induced rhinitis which stops further progression of the disease and dramatically improves patients' quality of life. It can be regarded as an alternative and highly effective method for drug-induced rhinitis management.



Сүлейменова Ф.М., Айдрахманова М.А., Жаналиева М.К., Хамидулин Б.С.

АСТАНА Қ. КІШІ МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ БАЛАЛАРЫНЫҢ АЯҚТАРЫНЫҢ ӘР ТІЗБЕКТЕРІНІҢ ҰЗЫНДЫҚ ЖӘНЕ АУҚЫМДЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТТАМАСЫ

«Астана медицина университеті» АҚ

Кіріспе: Адам организмнің өсуі мен жетіліп дамуы бірегей, тұтас үрдіс, осы кездегі дене көлемдерінің ұлғаюы, ағза тіндерінің дифференцирленуі, олардың функционалдық жетілдендірілуі қандай да бір дәрежеде алдыңғы көрсеткіштер мен шамаларға тәуелді болады. Өсіп, дамудың негізгі белгілерімен қатар аяқ-қолдар өсуі параметрлерін де білген жөн, олар аяқ-қол бұлшықеттерінің және жалпы өсу дәрежесіне

сипат береді. «Тұрған» және «отырған» бойының көрсеткіштері мен дене салмағы бала организмді дамуының тоталді көрсеткіштері болып табылады, ал аяқ-қолдардың ұзындық, көлденең және ауқымдық көрсеткіштері олардың даму жылдамдығы мен жалпы организм дамуының пропорционалді өтуі жайлы түсініктер береді.

Зерттеу мақсаты: Астана қ. кіші мектеп жасындағы нақты бір этникалық топқа жататын

балаларында аяқтың әр тізбектерін зерттеу.

Зерттеу материалдары мен әдістері: Астана қаласындағы кіші мектеп жасы қазақ баларының (7-11 жасар) анатомо-антропометриялық көрсеткіштерін зерттеу мақсатында барлығы 1102 бала тексеруден өтті. Антропометриялық әдіс көмегімен аяқтың ұзындық және ауқымдық өлшемдері анықталды.

Зерттеу нәтижелері және оны талқылау: Аяқтың әр бөліктерінің ұзындығына, ең үлкен көлем сираққа келетінін атадық.

Осылайынша, 7 жастағы ұл балаларда сан ұзындығы $26,51 \pm 0,11$ см құраса, осы жастағы сирақ ұзындығы $32,17 \pm 0,19$ см теңеседі, яғни осы жастағы балалар сирағы орта есеппен 5,6 см саннан ұзынырақ. 7 жастағы сан ұзындығы қыз балаларда ұл балалардан 1,24 см ұзын.

Тек, 9 жаста ұл балалар санының ұзындығы қыз балалар көрсеткішінен асып түсіп, $32,10 \pm 0,39$ см құрайды. 10 жаста бұл көрсеткіш ұл балаларда орта есеппен 1,4 см төмендейді, ал қыз балаларда керісінше, осынша ұлғаяды.

Жалпы алғанда кіші мектеп жасындағы ұл

балаларда сан ұзындығы 5,41 см, қыз балаларда 3,75 см ұлғаяды. Бұл дамудың жалпы тенденциясына сәйкеседі. Негізінен аяқ ұзындығын анықтайтын сирақ ұзындығы 7 жастағы ұл балаларда $32,17 \pm 0,19$ см, 11 жаста $38,62 \pm 0,46$ см құрайды, яғни дамудың бес жылы аралығында орташа өсім 4,83 см көрсеткішке жетеді (7 жаста $32,55 \pm 0,37$ см, 11 жаста $37,38 \pm 0,52$ см). Ұл балаларда сирақ ұзындығы максималді мәнге 10-нан 11-ге дейінгі жаста жетеді. Алайда, қыз балаларда ұлғаю шегі 9 жасқа келеді де, 11 жаста қайта сирақ өсу ұлғайымы байқалады. 7-ден 11-ге дейінгі жас топтарында аяқ ұшы ұзындығын зерттеу барысында, бастапқыда аяқ ұшының ұзын бойына өсетіні, тіптен аса қарқынды өсу 7-ден 9-ға дейінгі жас кезеңінде байқалатыны, сосын ұл балаларда 11 жасқа дейін аяқ ұшы өсуі айтарлықтай төмендейтіні анықталды, мұндай тенденция қыз балалар аяқ ұшы ұзындығына да жатады ($18,09 \pm 0,12$ см 7 жаста және $21,16 \pm 0,19$ см 11 жасар қыз балаларда).

Зерттелетін жастағы аяқ ұшы ені максимумға тиісінше ұл балаларда 11 жаста, қыз балаларда екі өршу 9 және 11 жаста жетеді (1-кесте).

1-ші кесте - Астана қаласында тұратын кіші мектеп жасындағы балалар аяқтарының әр бөліктерінің ұзындығы және көлденең көлемдері

№ с/р	Тексеру параметрі	Жасы (жылдар)									
		7		8		9		10		11	
		ұл	қыз	ұл	қыз	Ұл	қыз	Ұл	қыз	ұл	Қыз
1	Сан ұзындығы	$26,51 \pm 0,11$	$27,9 \pm 0,32$	$28,34 \pm 0,28$	$29,08 \pm 0,33$	$32,1 \pm 0,39^*$	$30,75 \pm 0,29$	$30,76 \pm 0,29$	$32,14 \pm 0,39$	$31,92 \pm 0,25$	$31,85 \pm 0,38$
2	Сирақ ұзындығы	$32,17 \pm 0,19$	$32,55 \pm 0,37$	$33,5 \pm 0,33$	$33,28 \pm 0,42$	$34,52 \pm 0,64$	$36,01 \pm 0,58$	$36,06 \pm 0,57$	$34,50 \pm 0,66$	$38,62 \pm 0,46$	$37,38 \pm 0,52$
3	Аяқ ұшы ұзындығы	$18,56 \pm 0,08$	$18,09 \pm 0,12$	$19,49 \pm 0,19$	$19,28 \pm 0,26$	$20,32 \pm 0,19$	$20,9 \pm 0,20$	$21,09 \pm 0,19$	$21,48 \pm 0,34$	$21,58 \pm 0,12$	$21,16 \pm 0,19$
4	Аяқ ұшы ені	$8,01 \pm 0,07^*$	$7,65 \pm 0,08$	$8,18 \pm 0,06^*$	$7,8 \pm 0,07$	$8,3 \pm 0,06$	$8,42 \pm 0,08$	$8,41 \pm 0,08$	$8,34 \pm 0,06$	$8,76 \pm 0,08$	$8,56 \pm 0,07$

Санның ұзындық көрсеткішінің абсолюттік өсімі мен өсім қарқынын зерттегенде, максималді өсім қарқыны ұлдарда 8 жасқа, ал қыздарда 9 жасқа келетіні анықталды. Өсім қарқынының минималді көрсеткіші ұлдарда 10 және 11 жасқа, ал қыздарда 11 жасқа келетіні анықталды. Сирақ ұзындығының абсолюттік өсімі мен өсім қарқыны ұлдарда максималді нәтижеге 8 жасқа, ал қыздарда 9 және 11 жасқа келді. Минималді өсім қарқыны ұлдарда 9 жаста, ал қыздарда 10 жаста анықталды. Аяқ ұшы ұзындығының абсолюттік өсімі мен

өсім қарқынының нәтижелерін салыстырғанда, ұлдарда максималді мағына 8 жасқа, ал қыздарда 9 жасқа, ал минималді көрсеткіштер ұлдарда 11 жасқа, және қыздарда да осы жасқа келді. Аяқ ұшы енінің абсолюттік өсімінің максималді мағынасы ұлдарда 8 жаста, ал қыздарда 10 жаста байқалды, ал минималді мағынасы ұлдарда да қыздарда да 10 жаста анықталды. Бірақта, өсім қарқынының минималді мағынасы ұлдарда 8 жасқа, ал қыздарда 10 жасқа келді (2-ші кесте).

ТӘЖІРИБЕЛІК ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

2-ші кесте - Ұлдар мен қыздардың сан, сирақ, аяқ ұшы ұзындығы мен аяқ ұшы енінің абсолюттік өсімі мен өсім қарқыны (%)

Жасы	n	M±m	Абсолют -тік өсім	Өсім қарқыны	Жасы	N	M±m	Абсолют -тік өсім	Өсім қарқыны
Сан ұзындығы									
Ұлдар					Қыздар				
7	106	26,51±0,11			7	117	27,90±0,32		
8	122	28,34±0,28	9,78	52,7	8	114	29,08±0,33	1,18	4,2
9	108	32,10±0,39	3,76	13,2	9	107	30,75±0,29	1,67	5,7
10	108	30,76±0,29	-1,34	4,1	10	108	32,14±0,39	1,39	4,5
11	103	31,92±0,29	1,16	3,7	11	109	31,85±0,38	-0,9	-0,9
Сирақ ұзындығы									
7	106	26,51±0,19			7	117	32,55±0,37		
8	122	33,50±0,33	7	26,4	8	114	33,28±0,42	0,73	2,24
9	108	34,52±0,64	1,02	4	9	107	36,01±0,58	2,73	8,2
10	108	36,06±0,57	1,54	4,4	10	108	34,50±0,66	-1,51	-4,19
11	103	38,62±0,46	2,56	7,1	11	109	37,38±0,52	2,88	8,34

2-ші кестенің жалғасы

Аяқ ұшы ұзындығы									
7	106	7,56±0,08			7	117	18,09±0,12		
8	122	19,49±0,19	11,9	150	8	114	19,28±0,26	1,19	6,5
9	108	20,32±0,19	4,2	21,5	9	107	20,90±0,20	1,62	8,4
10	108	21,09±0,19	0,77	3,7	10	108	21,48±0,34	0,58	2,7
11	103	21,58±0,12	0,49	2,3	11	109	21,16±0,19	-0,32	-1,4
Аяқ ұшы ені									
7	106	8,01±0,07			7	117	7,65±0,08		
8	122	8,18±0,06	8,17	102	8	114	7,80±0,07	0,15	1,96
9	108	8,30±0,06	0,12	1,4	9	107	8,42±0,08	0,62	7,9
10	108	8,41±0,08	0,11	1,3	10	108	8,34±0,06	-0,08	-0,9
11	103	8,76±0,08	0,35	4,1	11	109	8,56±0,07	0,22	2,6

Сонымен, кіші мектеп жасы қазақ қыздарының абсолюттік өсімінің нәтижесі бойынша сирақтарының интенсивті дамиды, максималді өсімі 11 және 9 жасқа келетіні анықталды. Сан мен аяқ ұшының максималді абсолюттік өсімі 9 жасқа (1,67 және 1,6 сәйкес) келді, ал сирақтың минималді мағынасы қыздарда 10 жасқа (-1,51), ал сан мен аяқ ұшының минималді саны 11 жасқа (-0,29 және -0,32 сәйкес) келді.

Ұлдарда сан, сирақ және аяқ ұшының абсолюттік өсімі 8 жасқа, әсіресе аяқ ұшының өсімі (11,93) келді. Ұлдарда 10 жаста ең баяу сандары (-1,34), сирақтары 9 жаста (1,02), ал аяқ ұшы 11 жаста (0,49) дамиды.

Кіші мектеп жасындағы балалар аяқтарының әр бөліктерінің ауқымдық көлемдерін зерттей отырып, біз сан ауқымы ұл және қыз балаларда жасқа тура пропорционалді болып, 7 жаста ұл балаларда 32,92±0,29см-ден 11 жаста 37,44±0,42см

дейін ұлғаятынын, осы жас тобындағы қыз балаларда 32,87±0,23см-ден 36,91±0,43см дейін ұлғаятынын, ал төмендеуін ұл балаларда 9 және 10 жаста бақылады. Қыз балаларда сан ауқымы көрсеткіштерінің жалпы ұлғаюы бейнесінде 8, 9 және 11 жаста көрсеткіштер жоғарылауы байқалады.

Кіші мектеп жасындағы балаларда сирақ ауқымы да айтарлықтай қызықты нәтижелермен белгіленеді. Осылайынша, 7 жаста ұл, сондай-ақ қыз балаларда да, бұл көрсеткіштер бірдей деуге тұрарлық (ұл балаларда 23,74±0,20см, қыз балаларда 23,69±0,17см). 11 жасқа қарай сирақ көлемі жынысына қарамастан орта есеппен 3см ұлғаяды. Алайда, кіші мектеп жасындағы балаларда сирақ ауқымының максималді ұлғаюы ұл балаларда 10 жаста (27,31±0,30см), қыз балаларда да 10 жаста (27,35±0,37см) байқалады.

Сонымен, сирақ ауқымы жасына байланысты

тура пропорционалды ұлғаяды, жас неғұрлым әлсіз белгіленген жоғарылауы байқалады (3-ші кесте ересек болса, соғұрлым сирақ ауқымы үлкен, алайда 10 жаста жоғарыда аталған көрсеткіштік).

3-ші кесте - Астана қаласында тұратын кіші мектеп жасындағы балалар аяқтарының әр бөліктерінің ауқымдық көлемдері

№ с/р	Тексеру параметрі	Жасы (жылдар)									
		7		8		9		10		11	
		ұл	қыз	Ұл	қыз	ұл	Қыз	Ұл	қыз	ұл	Қыз
1	Сан ауқымы	32,92± 0,29	32,87± 0,23	34,62± 0,32	34,31± 0,57	35,28± 0,52	35,5± 0,45	35,56± 0,45	35,3± 0,52	37,44± 0,42	36,91± 0,43
2	Сирақ ауқымы	23,74± 0,20	23,69± 0,17	25,24± 0,24	24,82± 0,71	26,74± 0,34	27,27± 0,30	27,31± 0,30	27,35± 0,37	26,7± 0,21	26,57± 0,32

Ескерту - P>0,05 айырмашылықтың статистикалық дәлелді емес

Сан мен сирақтың ауқымдық көрсеткіштерінің абсолюттік өсімі мен өсім қарқыны 4-ші кестеде көрсетілген.

4-ші кесте - Ұлдар мен қыздардың сан, сирақ ауқымдарының абсолюттік өсімі мен өсім қарқыны (%)

Жасы	n	M±m	Абсолюттік өсім	Өсім қарқыны	Жасы	n	M±m	Абсолюттік өсім	Өсім қарқыны
Ұлдар					Қыздар				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	106	32,92±0,29			7	117	32,87±0,23		
8	122	34,62±0,32	1,7	5,1	8	114	34,31±0,29	1,44	4,38
9	108	35,28±0,52	0,66	1,9	9	107	35,50±0,45	1,19	3,46
10	108	35,56±0,45	0,28	0,7	10	108	35,30±0,52	-0,2	-0,56
11	103	37,44±0,42	1,88	5,2	11	109	36,91±0,43	1,61	4,56
7	106	23,74±0,20			7	117	23,69±0,17		
8	122	25,24±0,24	1,5	6,3	8	114	24,82±0,36	1,13	4,76
9	108	26,74±0,34	1,5	5,9	9	107	27,27±0,30	2,45	9,87
10	108	27,31±0,30	0,57	2,1	10	108	27,35±0,37	0,08	0,29
11	103	26,70±0,21	-0,61	0,02	11	109	27,72±0,17	0,37	1,35

Санның ауқымдық көрсеткішінің максималді абсолюттік өсімі мен өсім қарқыны ұлдарда 11 жасқа (1,88%) келді, ал қыздарда да сол мағынаға ие (1,61%). Минималді көрсеткіші ұлдарда да, қыздарда да 10 жаста анықталды.

Сирақтың ауқымдық мөлшерінің абсолюттік өсімінің максималді мағынасы ұлдарда 8 және 9 жасқа, ал қыздарда 9 жасқа келді, ал минималді мағынасы ұлдарда 11 жасқа, ал қыздарда 9 жасқа келді.

Қорытынды: Астана қаласында тұратын кіші мектеп жасындағы балалардың аяқтарының ұзындығы мен ауқымдық көлемдерін зерттеу барысында, балалардың осы көрсеткіштер бойынша дамуы динамикалы және ырғақты, ешбір өршу, ауытқусыз өтетіні анықталды.

Сонымен, ұлдар интенсивті 8 жаста, ал қыздар 9 жаста дамиды. 10 және 11 жасқа қарай өсім қарқыны біршама тежеледі.

ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Морфология человека //Под ред. Б.А. Никитюка, В.П. Чтецова. М.: Изд-во МГУ, 1990. - 343с.
2. Апанасенко Г.Л. «Физическое развитие

детей и подростков» Киев; Здоровье, 1985.
3. Властовский В.Г. «Акселерация роста и развития детей». М.: Изд-во МГУ, 1976.

Сүлейменова Ф.М., Айдрахманова М.А., Жаналиева М.К., Хамидулин Б.С.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЛИНОСТНЫХ И ОБХВАТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
РАЗЛИЧНЫХ ЗВЕНЬЕВ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ-КАЗАХОВ МЛАДШЕГО
ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. АСТАНА**

Изучая длинотные и обхватные показатели развития нижней конечности у детей младшего школьного возраста проживающих в г. Астана определено, что развитие детей по этим показателям осуществляется динамично и гармонично, без каких-либо всплесков и скачков.

В целом сравнивая суммарные длинотные показатели, абсолютный прирост, темпы прироста длины нижней конечности мы хотели бы отметить, что наибольшая разница в размерах отмечается между мальчиками и девочками в восьмилетнем и девятилетнем возрастах, а концу исследуемого срока т.е. к одиннадцати годам разница в длине почти выравнивается

*Suleimenova F.M., Aidrakhmanova M.A., Zhanaliev M.K.,
Khamidullina B.S.*

**THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF LONG AND EMBRACING INDICATORS
OF VARIOUS LINKS OF THE BOTTOM EXTREMITIES AT CHILDREN OF KAZAKHS OF
YOUNGER SCHOOL AGE OF THE CITY OF ASTANA**

Studying long and embracing indications of development of the bottom extremities at children of younger school age living in the city of Astana, it is defined, that development of children on these indicators is carried out dynamically and harmoniously, without any splashes and jumps.

As a whole, comparing the total length of performance, the absolute growth, the growth rates of length of the lower limbs, we would note, that the greatest difference in size observed between boys and girls 8 years and 9 years of age, and by the end of the research period, that is, to 11 years the difference in length is almost aligned.



Г.Ж Ушатова

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРЛА**

АО «Республиканский диагностический центр», Астана

Введение. В практике терапевта встречается пациенты, с жалобами на различные болезненные ощущения в горле, охриплость. Такие жалобы могут встречаться как при острых воспалительных процессах, развивающихся в ЛОР-органах, так и при общих инфекционных и неинфекционных заболеваниях.

С наступлением холодных времен года в г. Астане как правило характеризуется всплеском острых респираторно-вирусных инфекций (ОРВИ). По данным ВОЗ ОРВИ заболевает ежегодно каждый третий житель Земли [1-3]. Ввиду низкой обращаемости больных в медицинские учреждения не все случаи фиксируются официально. [4-6].

Цель исследования: Изучить клиническую картину симптома – боль в горле, и разработать алгоритм диагностики и лечения на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Материалы и методы исследования: 36

пациентов наблюдались за февраль месяц с признаками ОРВИ

Практически 100% больных гриппом предъявляли жалобы на першение и боли в горле. 12 пациентов из них с осложнениями ОРВИ – фарингиты и ангины. 7 пациентов из них с высокой температурой (37,5-39,0С)

Такой симптом, как боль в горле, сопровождает многие заболевания глотки, гортани, но является и проявлением других заболеваний органов и систем. В ряде случаев картина острого воспаления в глотке является проявлением заболевания системы крови. Более того, нередко манифестация такой патологии начинается с ангины. Исключить заболевание системы крови возможно после клинико-диагностического обследования (агранулоцитоз, острый лейкоз). Тонзиллофарингит может быть одним из проявлений таких инфекционных заболеваний, как дифтерия, инфекционный

мононуклеоз, туляремия, брюшной тиф.

Еще одна причина боли в горле – инородное тело, раздражающее ткани этой области. Оно может находиться в небной миндалине, валлекуле или грушевидном синусе. Диагностика основывается на данных осмотра глотки, гортани, эзофагоскопии, а также рентгеновского обследования. Боль в горле может быть проявлением целого ряда соматических и неврологических заболеваний. Такая распространенная патология, как гастро-эзофагеальный и экстраэзофагеальный рефлюкс, в большинстве случаев проявляет себя болями в горле, ощущением кома в горле, першения. Безусловно, в таких случаях патологию лечат терапевт, гастроэнтеролог, однако симптоматическая терапия здесь уместна, и в ряде случаев именно оториноларинголог, знакомый с данной патологией, направляет пациента к специалисту для лечения рефлюкса.

Боль в горле может быть проявлением невропатии: синдром «Игла», невралгия тройничного и языкоглоточного нервов сопровождаются интенсивными болями в горле.

Синдром «Игла» характеризуется рецидивирующей болью в ротоглотке, которая вызвана удлинением шиловидного отростка и обызвествлением шилоподъязычной связки. Характерно усиление боли при повороте головы или пальпации миндаликовой ямки. Удлинение шиловидного отростка может быть выявлено на компьютерной томограмме или ортопантограмме.

Боли в горле могут быть и проявлением заболевания щитовидной железы. Неприятные ощущения в области шеи характерны для таких заболеваний, как острый и подострый аутоиммунный тиреоидит. Для подострого тиреоидита характерны развитие заболевания после перенесенных ОРВИ, гриппа, аденовирусной инфекции; появление симптомов тиреотоксикоза (снижение массы тела, раздражительность, тахикардия и др.); повышение уровня тиреоидных гормонов в крови.

Многие врачи назначают антибактериальные средства 70% больных уже при первом обращении по поводу фарингита. Польза от применения антибактериальных препаратов при фарингите незначительна. При этом, антибактериальные препараты являются потенциально токсичной фармакологической группой и обуславливают до 25–30% всех побочных эффектов лекарственных средств. Таким образом, системная антибактериальная терапия показана только при подтвержденной бактериальной этиологии фарингита.

При выраженном болевом синдроме предпочтение следует отдавать комбинированным препаратам, в состав которых включены местные анестетики. В состав препаратов для антимикробной терапии обычно входит одно или несколько антисептических средств. Таким

критериям соответствует универсальный и высокоэффективный препарат местного действия с антисептическим и обезболивающим эффектом ТераФлю® ЛАР.

Методика использования препарата: Препарат ТераФлю® ЛАР использовался всем 32 пациентам по по 1 таблетке для рассасывания каждые 2–3 ч. в течение 5 дней.

В 1 день лечения – 14 больных; во 2 день – 12 больных; в 3 день – 4 больных, в 4 день – 2 больных, то есть после четвертой день лечения препаратом ТераФлю® ЛАР боли в горле уменьшились у всех больных, полностью прекратившись после пятой день лечения.

У всех 7 пациентов температура тела нормализовалась на следующий день курса лечения.

Это - благодаря богатому составу препарата: содержит бензоксония хлорид и лидокаина гидрохлорид. Бензоксония хлорид обладает: • бактерицидным действием в отношении аэробных и анаэробных грамположительных и грамотрицательных бактерий, особенно эффективен в отношении грамположительных кокков;

• фунгицидным действием в отношении *Candida albicans*, *Aspergillus spp.* и дрожжевых грибов;

• противовирусной активностью по отношению к мембранным вирусам, включая вирусы герпеса, гриппа, парагриппа, возбудителя везикулярного стоматита. Он хорошо действует в зоне воспалительного процесса.

Лидокаин является местным анестетиком, который при воспалительных процессах уменьшает болезненные ощущения в горле при глотании. Баланс бактериальной флоры в полости рта не нарушается даже при длительном использовании бензоксония хлорида (до 3 нед.), поэтому он может рассматриваться как эффективный компонент для лечения заболеваний, вызванных бактериальной, вирусной или грибковой флорой ротоглотки.

Ни у одной больной не наблюдалось побочное действие. Лечение, как правило, не превышало 5 дней.

Таким образом, ТераФлю® ЛАР соответствует следующим критериям: препарат комбинированный, оптимальный по критерию качество, содержащий анестетик и современный антисептический компонент, не обладающий токсичностью по отношению к слизистым оболочкам, не аллергенный; обладает противовирусным действием; препарат хорошо переносится больными; врачу общей практики необходимо уметь проводить скрининговую диагностику данных патологических процессов, правильно расценивать жалобы пациентов, возникающие при этих заболеваниях, и, назначив лечение, направленное на облегчение основной симптоматики, своевременно направлять больного к оториноларингологу, инфекционисту, венерологу.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дворецкий Л.И., Яковлев С.В. Ошибки в антибактериальной терапии инфекционных заболеваний дыхательных путей в амбулаторной практике // *Лечащий врач*. 2003. № 8.
2. Крюков А.И., Сединкин А.А. Материалы Российской конференции оториноларингологов. М., 2002. С. 362–363.
3. Кукушкин М.Л. Патофизиологические механизмы болевых синдромов // *Боль*. 2003. № 1. С. 5–12.
4. Лопатин А.С. Лечение острого и хронического фарингита // *РМЖ*. 2001. Т. 9. № 16–17. С. 765–769.
5. Лопатин А.С. Местные антимикробные препараты в лечении инфекций верхних дыхательных путей. *КАХ*. 2000. Т. 2. № 2.

Г.Ж. Ушатова

ТАМАҚТЫҢ ЖЕДЕЛ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫНЫҢ ЗАМАНАУЙ ЖЕРГІЛІКТІ ЕМІ

Терафлю ЛАР – келесі критерияларға сәйкес келеді: дәрі қазіргі заманға сай антисептикалық құрамындағы бөлік, кілегейлі қабатқа улы әсері жоқ, аллергия тудырмайды, вирусқа қарсы әсер етеді. Науқас жеңіл көтере алады. Дәрігерлерге тамақ ауруларына дұрыс диагностика қоя білу керек, уақытылы емдеп, қажет жағдайда оториноларингологқа, инфекционистке, венерологқа жедел жіберу керек.

G.Zh.Ushatova .

MODERN APPROACHES OF LOCAL THERAPY OF SHARP INFLAMMATORY DISEASES OF THE THROAT

Teraflu - corresponds to the following criteria: a preparation combined. The containing modern antiseptic component which is not possessing toxicity, not allergenic, possesses to antiviral actions, is well transferred by patients. To the doctor of the general practice diagnostics throat disease if necessary. In due time to direct the patient to otorinolaringologis , to an infektsionist, the venereologist.



Хамитова С.Н.

БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ИССЛЕДОВАНИИ МОКРОТЫ

Аркалыкская Региональная поликлиника,
Костанайский область, город Аркалык

Во времена Коха туберкулез был причиной смерти каждого седьмого жителя Европы. С 1882 г. туберкулез унес не менее 200 млн. человеческих жизней, от него ежегодно в мире умирают 3 млн. человек, регистрируется 8-10 млн. новых случаев болезни. 80% всех случаев туберкулеза относятся к людям продуктивного возраста 15 - 50 лет. Это заболевание убивает больше молодых женщин, чем все случаи материнской смерти, вместе взятые. С каждым годом ухудшается эпидемиология туберкулеза, старыми методами не удается остановить распространение данного заболевания. Перед мировым сообществом возникла проблема, как эффективно бороться с высоким уровнем туберкулеза и низким экономическим уровнем, затрачивая при этом минимальные средства. Возникла необходимость появления новой программы борьбы с туберкулезом. Стали

проводиться научные исследования, которыми руководили ВОЗ и Международный Союз по борьбе с туберкулезом [7-9]. В течение 15 лет новая стратегия была испытана во многих странах мира и повсюду показала свою эффективность. В 1993 г. ВОЗ официально одобрила и рекомендовала эту стратегию для всех стран, где существует проблема туберкулеза. DOTS -это принципиально новая стратегия борьбы с туберкулезом, содержащая в себе методы выявления, лечения, наблюдения за пациентом и государственную поддержку [1-3].

Целью данной работы является демонстрация приоритета бактериоскопического метода в диагностике туберкулеза над флюорографией, а также определение роли лабораторной службы в рамках комплексной программы по выявлению и лечению туберкулеза.

Материал и методы. В ситуации, когда

половина больных туберкулезом выявляется по обращаемости, важным является усилие диагностики бациллярных форм заболевания. Возникла необходимость развития микробиологических методов диагностики туберкулеза и в первую очередь бактериоскопии мокроты по Цилю-Нельсену [4-6].

Микробиологические исследования получили развитие после выхода в свет приказа МЗ РК № 471 от 18.05.2001 г. «Правила организации работы специалистов общей лечебной сети организаций здравоохранения в рамках стратегии DOTS» [1-3], в котором на клиничко-диагностические лаборатории была возложена функциональная обязанность проведения прямой бактериоскопии диагностического материала (мокрота, гной и т. д.) с окраской по методу Циля-Нельсена. Данный метод включает в себя приготовление и окраску мазков мокроты. Препараты мокроты, приготовленные на предметном стекле, высушиваются, фиксируются над пламенем горелки и затем окрашиваются. Для окрашивания используются: карболовый фуксин, 3% спиртовой раствор HCL и водный 0,5% раствор метиленового синего. Нами, врачами - лаборантами клиничко-диагностической лаборатории (далее - КДЛ) совместно с коллегами из противотуберкулезного диспансера был проведен ряд организационно-методических мероприятий. Они включали организацию обучения работников КДЛ методике микроскопии мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ) по Цилю-Нельсену. Внедрена вся необходимая учетная документация, позволяющая осуществлять мониторинг за микроскопическими исследованиями и их результатами. Благодаря проведению прямой бактериоскопии мокроты на МБТ стало активно осуществляться выявление больных туберкулезом с бактериовыделением.

Эффективность работы оценивается по количеству обследованных лиц, кратности исследования и числу выявляемых больных. Все мазки с положительным результатом сразу по мере выявления отправляются в лабораторию ПТД на подтверждение, а каждый десятый мазок с отрицательным результатом - на контроль. Ежеквартально осуществляется меж. лабораторный контроль качества, когда раздаются контрольные мазки мокроты во все лаборатории ЛПУ. В диагностике играет большую роль оснащение современными микроскопами, и технология работы в конечном итоге существенно повысила выявление больных туберкулезом в учреждениях общей лечебной сети. Оценивая эффективность метода бактериоскопии, было установлено, что на информативность обнаружения МБТ оказывает влияние не только качество собранного патологического материала, но и кратность обследования. Частота диагностики бациллярного туберкулеза выше при проведении исследования по полной схеме, т.е. трехкратный анализ мокроты. С ростом числа обследованных улучшалось качество

диагностического материала, доставляемого в лаборатории.

В настоящее время для диагностики туберкулеза применяется ряд методов, в число которых входят флюорография и бактериоскопия. Сегодня более приоритетным считается бактериоскопический метод исследования мокроты на МБТ. Это более точный метод выявления туберкулеза по сравнению с рентгеном и соотносится как с контагиозностью, активностью процесса, так и с риском смерти. Фактически все больные с положительным мазком являются настоящими случаями туберкулеза. Бактериоскопия является более объективной, т.к. вероятность правильного диагноза при этом методе исследования существенно выше. Бактериоскопия определяет эпидемиологические опасные случаи туберкулеза. Она позволяет установить приоритет лечения разных случаев туберкулеза, является более объективным критерием мониторинга лечения. Это более точный диагностический метод, т.к. легко осуществим при подозрении на туберкулез, позволяет сразу установить инфекцию, цепь передачи туберкулеза от больного к здоровому человеку, более дешевый по сравнению с рентгенологическим исследованием.

Флюорографический метод уступает в точности выявления туберкулеза бактериоскопии. А это ведет к несостоятельному лечению и ненужным расходам. Неспособность различить микобактерии туберкулеза (МБТ) положительных больных от отрицательных ведет к неправильному определению приоритета, к неумаче назначить эффективное лечение, к уменьшению вылеченных больных и распространению туберкулеза.

Бактериоскопический метод диагностики туберкулеза стал основным методом, с очень быстрым результатом обследования (результат выдается на следующий день после сдачи мокроты), позволяет охватить большой контингент населения, совершенно безвреден для больного, относительно дешевый. Микроскопия мазка легко поддается стандартизации, что позволяет сравнивать результаты вне зависимости оттого, где они произведены. Однако, следует отметить, что эффективность бактериоскопического метода диагностики зависит не только от лаборатории и правильности проводимого исследования, но и от правильного отбора больных, направляемых на обследование. Кроме того, качество бактериоскопического метода исследования зависит от правильности сбора и доставки материала. Так, более дифференцированный подход к направлению больных на обследование в лабораторию, улучшение сбора материала после закрепления за кабинетом специально обученной медсестры, оснащение врачей-лаборантов качественными бинокулярными микроскопами, обучение лаборантов методике правильного приготовления и окраски препаратов позволили увеличить выявляемость больных туберкулезом.

При анализе работы лаборатории и поликлиники

в целом по DOTS-программе отмечается положительная тенденция по выявлению больных на ранних стадиях заболевания бактериоскопическим методом обследования, преобладание в работе между лечебными специализированными учреждениями, заинтересованность первичного

звена (участковой службы) поликлиники в конечном результате лечения, а именно; благоприятном исходе заболевания с целью дальнейшего предупреждения распространения туберкулеза среди населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ МЗРК от 14.03.2011г №131 «Об утверждении Положения о деятельности противотуберкулезных организаций».
2. Приказ МЗРК от 25.04.2011г №218 «О некоторых вопросах по борьбе с туберкулезом».
3. Приказ №404 от 17.06.2011г №404 «О мерах совершенствования мероприятий по борьбе с туберкулезом в РК».
4. «Методы клинических лабораторных исследований» /под ред. проф. В.С. Камышникова.- Изд-М.: МЕДпресс-информ, 2011г
5. «Лабораторные методы исследования в клинике»: Справочник/Меньшиков В.В., Делекторская Л.Н., Золотницкая Р.П. и др: под редакцией. В.В. Меньшикова М.: Медицина. 1987г
6. Фтизиатрия, Перельман М.И., Корякин В.А., Богадельникова М.В. ОАО Издательство «Медицина» 2004г
7. «Туберкулез» Кошечкин В.А., Иванова З.А. 2007г
8. «Факты о туберкулезе» сайт ВОЗ
9. «Туберкулез: выявление, лечение и мониторинг», 2004г под редакцией Г.Фридмана издательство ВОЗ.

Хамитова С.Н.

ҚАҚЫРЫҚТЫ ЗЕРТТЕУДІҢ БАКТЕРИОСКОПИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРІ

Бұл мақалада, туберкулез диагностикасында қолданылатын бактериоскопиялық әдістің флюорографияға қарағандағы артықшылығы және туберкулезды анықтау мен емдеудегі жинақтық бағдарлама аясындағы лабораториялық қызметтің рөлі көрсетілген.

Khamitova S.N.

MICROSCOPY METHODS IN STUDY OF THE SPUTUM

This article reveals the priorities of tuberculosis microscopy method in the diagnosis of tuberculosis over the fluorography, and defines the role of laboratory service within a comprehensive program to detect and treat tuberculosis.



ВЕСТИБУЛЯРНОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

КГП на пхв ГБ№1 г. Караганды

Головокружение – одна из самых распространенных жалоб среди пациентов разных возрастных групп. 5-10% пациентов, обращающихся к врачам общей практики и 10-20% пациентов – к неврологу жалуются на головокружение. Головокружение может привести к значительному ухудшению качества жизни больного, лишая его вести привычный образ жизни и качественно выполнять профессиональные обязанности, нередко делая его зависимым от посторонней помощи в обиходе, может вызвать стойкую утрату трудоспособности. [1,2,3,4]

Головокружение – это ощущение нарушения положения тела в пространстве. Кажущееся вращение окружающих предметов или собственного тела в одной плоскости пространства называют системным головокружением, а ощущение неустойчивости, проваливания, падения – несистемным головокружением. [5]

Вестибулярное головокружение (истинное головокружение, вертиго) обычно обусловлено поражением периферического или центрального отделов нервной вестибулярной системы. [6]

Наиболее известная классификация причин головокружения была предложена G.R. Holt и J.R. Thomas (1980). Согласно этой классификации к основным этиологическим факторам относятся:

- Заболевания среднего и внутреннего уха воспалительного и не воспалительного характера;
- Заболевания центральной нервной системы;
- Поражение органов шеи, в том числе дегенеративно - дистрофические изменения шейного отдела позвоночника;
- Метаболические и гематологические причины;
- Нарушения, вызванные лекарственными веществами;
- Инфекционные поражения;
- Кардиогенные расстройства;
- Прочие причины. [3]

Если причиной головокружения является поражение лабиринта и корешка кохлеарного нерва, говорят о периферическом вестибулярном синдроме. Для него характерны системное головокружение, бинокулярность нистагама, однонаправленное изменение экспериментальных вестибулярных реакций, сохранность оптокинетического нистагама. Как правило периферическое вестибулярное головокружение обусловлено патологическим односторонним процессом и сопровождается нарушением слуха, ушным шумом на пораженной стороне. [3,5]

При поражении центральных отделов

вестибулярного анализатора (вестибулярные ядра в стволе, корковое представительство в височной доле) головокружение может быть системным. При поражении других центральных структур, взаимодействующих с вестибулярным анализатором (мозжечок, подкорково-гипоталамические структуры, кора головного мозга), центральный вестибулярный синдром характеризуется несистемным головокружением, экспериментальные реакции меняются разнонаправлено, нарушается оптокинетический нистагм. Как правило головокружение сочетается с другими симптомами поражения центральной нервной системы (мозжечковая атаксия, пирамидные знаки, дизартрия и т.д.) [5,7,8,9]

Патогенетические механизмы периферического и центрального вестибулярных синдромов определяются разными факторами.

Отек лабиринта с эндолимфатической водянкой может быть результатом дисциркуляции и периваскулярного отека на фоне заболевания сосудов, травматического поражения лабиринта, возникает при аллергических, эндокринных заболеваниях и болезни Меньера. [5]

Фактор сосудистой дисциркуляции с расстройством кровообращения в периферических и центральных вестибулярных системах наиболее часто обусловлен ишемией в вертебробазиллярной зоне у больных с гипертонической болезнью, атеросклерозом, аномалиями сосудов, васкулитами, вестибулярной мигренью или задним шейным симпатическим синдромом. Большое значение в развитии вертеброгенного головокружения имеют аномалии позвоночника. [5,10,11,12,13,14]

Повышение внутричерепного давления, особенно со сдавлением и дислокацией вестибулярных структур, служит причиной головокружения при опухолях и других объемных внутричерепных процессах, черепно-мозговой травме, краниовертебральных аномалиях.

Фактор эндогенной интоксикации реализуется при хронической почечной недостаточности, гипогликемии, заболеваниях эндокринных органов.

Токсический механизм наблюдается при разнообразных токсикоманиях, алкоголизме, интоксикации различными медикаментами – антигипертензивными средствами, антибиотиками, диуретиками, сердечными гликозидами и прочее.

Инфекционный патогенетический механизм головокружения наблюдается при менингитах, энцефалитах, отогенных воспалительных процессах, опоясывающем лишае с поражением коленчатого ганглия в канале лицевого нерва, при вестибулярном нейроните. [2,5,7]

Сердечно -сосудистые заболевания (порок сердца, аритмии и т.д.) повышают вероятность головокружения, обусловленного поражением центральных вестибулярных структур. [2]

При некоторых заболеваниях нервной системы нередко действуют несколько патогенетических механизмов. [5,14]

Лечение пациента с головокружением должно в первую очередь заключаться с устранения причины его возникновения. Важно своевременное купирование приступов головокружения, а также устранение сопутствующих вегетативных и психоэмоциональных расстройств.

Купирование острого приступа вестибулярного головокружения включает прежде всего обеспечение полного покоя. Медикаментозное лечение включает использование вестибулярных супрессоров и противорвотных средств. [1,7]

К вестибулярным супрессорам относят препараты трех основных групп:

Антихолинергические средства- препараты содержащие скополамин.

Антигистаминовые препараты (димедрол, меклозин, пипольфен)

Центральным вестибулолитическим эффектом обладают бензодиазепины (оксазепам, дазепам, лоразепам).

Широко применяются противорвотные средства – метоклопрамид, мотилиум.

При выраженных вегетативных реакциях назначают аминазин, галоперидол.

Вестибулолитические средства следует назначать при остром головокружении. Их прием должен быть максимально кратким, так как длительное применение замедляет процесс центральной компенсации дефекта. В целом не рекомендуется применять эти препараты более 2-3 дней. [1,4,15]

В случае выявления различных заболеваний, как причины головокружения, возможно проведение этиотропного лечения [5,7,8]

При герпетическом поражении преддверного узла используются противовирусные препараты (ацикловир) в сочетании с глюкокортикостероидами. [8]

Лечение вестибулярного нейронита включает помимо симптоматических средств, уменьшающих головокружение, тошноту и рвоту назначение кортикостероидов. [2]

При опухолях вовлекающих вестибулярный анализатор проводят оперативное лечение. [8]

Ведение больного инсультом с головокружением проводится согласно врачебной тактике при ишемическом инсульте или кровоизлиянии в мозг. В первые 3-6 часов может быть использован тромболитис, при кровоизлиянии в мозжечок возможно оперативное вмешательство. Большое значение имеет ведение больного в специализированном отделении. При дисциркуляторных расстройствах назначают вазоактивные средства, нейропротекторы и

препараты улучшающие микроциркуляцию, антиагреганты – кавинтон, мексидол, ницерголин, циннаризин, реполиглукин, пентоксифиллин. [1,4,5,11,12,13]

В последние годы для купирования головокружения успешно применяют бетагистин дигидрохлорид (бетасерк). Препарат увеличивает кровоток в системе базилярной артерии и артерии внутреннего уха. Также бетагистин является агонистом H_1 – рецепторов, участвующих в стимуляции вестибулярных ядер. [3,8,10]

Лечение вестибулярной мигрени складывается из трех направлений: устранение провоцирующих факторов, купирование приступа, профилактическая терапия. Для купирования приступа мигрени используют сочетание холинолитиков и альфа-адреноблокаторов, дифенина и транквилизаторов. Для межприступного лечения мигрени назначают антагонисты кальция (верапамил, стугерон), бета-адреноблокаторы (метопролол), антисеротониновые средства. [1]

Терапия вертеброгенного головокружения включает: 1) снятие цервикального синдрома (болевого и мышечного напряжения). Рекомендованы нестероидные противовоспалительные средства – диклофенак, ксефокам и миорелаксанты – мидокалм, сирдалуд (дадашева). 2) терапию синдрома позвоночной артерии -вазоактивные препараты (кавинтон), антиоксидантная терапия (мексидол), ноотропные препараты – ноотропил, церебролезин. [14]

При головокружении, возникшем на фоне повышения внутричерепного давления или отека лабиринта применяют диуретики (диакарб, фуросемид), ограничивают прием жидкости.

При эндогенной интоксикации необходима коррекция электролитов плазмы и кислотно-основного состояния, дезинтоксикационная терапия, препараты витаминов.

При головокружении вследствие медикаментозной интоксикации отменяют или уменьшают дозу препарата, вызвавшего головокружение. Проводят дезинтоксикационную терапию, назначают витамины, вазоактивные средства.

При головокружении инфекционно-токсического генеза проводят противовоспалительную, дегидратирующую, дезинтоксикационную терапию. [5]

Лечение приступов болезни Меньера симптоматическое. Для профилактики приступов назначают диету с ограничением соли, диуретики и бетасерк. [2]

По окончании острого периода переходят к вестибулярной реабилитации – специальный комплекс лечебной физкультуры для тренировки вестибулярного аппарата. Вестибулярная гимнастика включает различные упражнения на движения глаз, головы, а также тренировку походки. [1]

Таким образом, лечение вестибулярного

головокружения включает купирование острого приступа головокружения - используется в основном медикаментозная терапия, направленная на уменьшение головокружения и вегетативных

проявлений. При лечении также следует учитывать причины и механизмы развития головокружения. При стихании острых явлений проводится вестибулярная реабилитация.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Замерград М.В., Парфенов В.А., Мельников О.А., «Лечение вестибулярного головокружения», Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова, 2008г, №11, с 86-92.
2. Замерград М.В. «Основные принципы диагностики и лечения головокружения», Русский медицинский журнал, 2007, №6, 515-518
3. Морозова С.В., Зайцева О.В., Налетова Н.А., «Головокружение как медико-социальная проблема», Русский медицинский журнал, 2002г, №16, с 725-730.
4. Лавров А.Ю., Яхно Н.Н., «Головокружение», Русский медицинский журнал, 2001г, №13-14, с 574-578
5. Шток В.Н., «Фармакотерапия в неврологии», М, 2003г с 84-87.
6. Вейс Г., Головокружение. Неврология под ред М. Самуэльса – М, 1997, с 94-120.
7. Горбачева Ф.Е., Натяжкина Г.М., Чучин М.Ю., «Головокружение», Русский медицинский журнал, 2003г, с 605-609.
8. Горбачева Ф.Е., «Головокружение. Алгоритм диагностики и лечения», Русский медицинский журнал, 2003г, №28, с 1563-1565.
9. Можяев С.В., Скоромец, А.А. Скоромец Т.А., «Нейрохирургия», С-Петербург, 2001г, с 40-46
10. Алексеева Н.С. «Вертебрально-базиллярная недостаточность и периферический кохлеовестибулярный синдром», Consilium medicum, 2007, №8, с 30-34.
11. Верещагин Н.В. «Недостаточность кровообращения в вертебрально-базиллярной системе», Consilium medicum, 2003, Т 5, №2, с 56-61
12. Исайкина А.И., Яхно Н.Н., «Вертебрально-базиллярная недостаточность», Русский медицинский журнал, 2001г, №25, с 1166-1170.
13. Румянцева С.А., Силина Е.В., Свищева С.П., Корюкова И.В., Шучалин О.Г., Елисеев Е.В., «Коррекция головокружений у больных с ишемией мозга» 1087
14. Дадашева М.Н., «Неврологические аспекты вертеброгенного головокружения» методическое пособие, 2006г,
15. Камчатнов П.Р., «Головокружение-возможность медикаментозной терапии», Русский медицинский журнал, 2006, №6, с 431-435

Хомякова С.А.

ВЕСТИБУЛЯРЛЫ БАС АЙНАЛУ

Бас айналу – эртүрлі жастағы наукастар арасындағы ең көп таралған шағым. Бас айналу – бұл дене қалпының белгілі бір аймақта бұзылу сезімі. Вестибулярлы бас айналу (шынайы бас айналу, вертиго) бұл кезде жиі нервті вестибулярлы жүйенің шеткері немесе орталық бөлімдерінің зақымдануымен көрінеді. Шеткері және орталық вестибулярлы синдромдардың патогенетикалық механизмі эртүрлі факторлармен анықталады. Бас айналудың жедел ұстамасын басу үшін – негізінен медикаментозды терапия қолданылады, ол бас айналу мен вегетативті көріністерді басуға бағытталады. Емдеу кезінде бас айналу дамуының себептері мен механизмдерін ескеру керек. Жедел көріністері басылғанда вестибулярлық реабилитация ұсынылады.

Нотыякова С.А.

VESTIBULAR VERTIGO

Dizziness is one of the most common complaints among the patients of different age groups. Dizziness is a feeling of violation of the provisions of a body in space. Vestibular vertigo (true dizziness, vertigo) is usually due to a lesion of the peripheral or Central nervous of the vestibular system. Pathogenetic mechanisms of peripheral and the Central vestibular syndrome are determined by different factors. In coping with an acute attack of dizziness is used mainly medicament therapy, aimed at reducing the dizziness and vegetative symptoms. During the treatment should take into account the reasons and mechanisms of development of dizziness. When subside acute phenomena recommended vestibular rehabilitation.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА ВИТАМИНОВ «БЕБИ-ПЛЕКС» У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

ГККП «Поликлиника №7». г. Астана.

Достаточно распространенное убеждение в том, что необходимое количество витаминов человеческий организм получает с основными источниками пищи, уже давно утратило свою актуальность. В настоящее время актуальной является проблема дефицита витаминов и микроэлементов, который часто обнаруживается у детей и взрослых во многих регионах РК. Недостаток витаминов и микроэлементов приводит к нарушению роста и развития детей, а также к формированию ряда патологических состояний. Особенно уязвимыми в этом плане оказываются дети грудного и раннего возраста. Профилактику и лечение витаминной недостаточности и связанные с этим проблемы роста и развития ребенка можно проводить различными витаминно-минеральными препаратами. При этом целесообразно обращать внимание на сбалансированность и рациональность подобранного состава витаминов и минерала в них, а также на соответствие препарата возрасту ребенка. В этом плане интерес представляет препарат Беби-Плекс – комплекс витаминов А (1500МЕ), С (43,75мг), Д (400МЕ), Е (5МЕ), В1 (0,625мг), В2 (0,75мг), В6 (0,5мг), В12 (12,5мкг), необходимых ребенку первого года жизни, начиная с рождения. В состав комплекса входят только те витамины в необходимых дозировках, которые рекомендуются Европейской Фармакопеей для ежедневного приема в течение первого года жизни. Состав Беби-Плекс универсален для всех детей первого года жизни, в том числе родившихся недоношенными. Это связано с тем, что потребность в витаминах с рождения до 1 года одинакова. В первые месяцы ребенок растет очень быстро, затем скорость роста замедляется. Однако, к этому времени масса тела увеличивается настолько, что общая потребность в витаминах сохраняется на прежнем уровне. Беби-Плекс – препарат способствующий правильному росту и развитию ребенка, формированию и поддержанию иммунитета, профилактики рахита. Препарат может назначаться детям, находящимся на грудном и искусственном вскармливании. Витамин Д представлен в Беби-Плекс в виде холекальциферола (Д3), что значительно повышает его усвояемость. Витамины А и С усиливают терапевтическое действие витамина Д и одновременно снижают риск развития гипervитаминоза Д, нормализуют иммунные процессы. Препарат изготовлен без искусственных красителей и консервантов, что значительно снижает риск возникновения аллергических реакций.

Учитывая вышеизложенное, нами была изучена клиническая эффективность и переносимость пре-

парата Беби-Плекс у детей раннего возраста и его влияния на развитие детей на 1 году жизни.

Цель исследования. Цель настоящего исследования – изучить эффективность применения препарата Беби-Плекс у детей раннего возраста и оценить его влияние на рост, развитие и формирование здоровья детей.

Материал и методы исследования. На основании критериев включения были сформированы две группы детей в возрасте 5-6 месяцев, участвовавших в исследовании, – основная группа составила 43 человека, контрольная 15 человек. Дети основной группы получали в течение 3 месяцев комплекс витаминов А, С и Д – Беби-Плекс по 1 мл. в сутки. Дети контрольной группы не получали витаминные комплексы за время исследования. Все дети находились под динамическим наблюдением в течение 3 месяцев. Ежемесячно оценивалось наличие жалоб, проводилось клиническое обследование, оценка физического развития и количественная оценка уровня психомоторного развития.

Результаты обследования детей основной группы не выявили достоверных отличий от контрольной группы в начале исследования по всем изучаемым параметрам. После трехмесячного курса терапии препарата Беби-Плекс оценивалась эффективность терапии и переносимость препарата. Изучение анамнеза у детей основной и контрольной группы обнаружило наличие отягощенного перинатальными факторами риска анамнеза у всех детей. При этом жалобы на момент включения в исследование имели лишь двое пациентов основной группы и трое детей контрольной группы. Родители детей предъявляли жалобы на срыгивание, неустойчивый стул, беспокойный сон. Среди сопутствующих патологических состояний у детей основной и контрольной групп наиболее часто регистрировалось перинатальное поражение нервной системы – 86% и 92% соответственно. Однако клинические проявления перинатальных нарушений классифицировались как легкие, нарушений средней степени тяжести и тяжелых у обследованных детей не обнаружено.

Результаты исследования. После проведения трехмесячного курса терапии препаратом Беби-Плекс детям основной группы была проведена оценка эффективности лечения по динамике жалоб, клинических симптомов, результатов физического и нервно-психического развития. Кроме того, оценивалась переносимость препарата Беби-Плекс. Полученные данные сопоставлялись с результатами динамического наблюдения за детьми контрольной группы. В ходе динамического

наблюдения жалоб у детей основной группы не зарегистрировано. При оценке физического развития обнаружено, что нормальное физическое развитие достоверно чаще регистрировалось у детей основной группы по сравнению с контрольной группой. Так среди детей основной группы нормальное физическое развитие отмечено в 97% случаев, в то время как среди детей контрольной группы нормальное физическое развитие выявлено лишь в 67% наблюдений.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о статистически достоверном улучшении нервно-психического развития детей основной группы на фоне приема препарата. Так среди детей основной группы показатели нервно-психического развития были достоверно выше, чем у детей контрольной группы в те же возрастные сроки. Кроме того, у детей основной группы отмечался более быстрый регресс неврологической симптоматики на фоне применения препарата Беби-Плекс. В конце исследования в возрасте 9-10 месяцев признаки перинатального поражения нервной системы

сохранялись у 55% детей основной группы, в то время как в контрольной группе неврологические расстройства обнаруживались у 71% детей. В течение трехмесячного динамического наблюдения 10,6% детей основной группы перенесли ОРВИ.

В контрольной группе ОРВИ зарегистрированы у 25,6% пациентов, у части детей имели место повторные острые респираторные вирусные инфекции. Однако достоверных различий по данному показателю не обнаружено. У двух пациентов контрольной группы в процессе динамического наблюдения выявлена анемия. Среди детей основной группы анемия не зарегистрирована. Отмечена хорошая переносимость препарата, лишь у одного ребенка имела место побочная аллергическая реакция, что стало причиной отмены препарата.

Таким образом, результаты оценки клинической эффективности витаминного комплекса Беби-Плекс свидетельствуют о достоверно благоприятном влиянии препарата на рост и развитие детей раннего возраста.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Профилактика и коррекция витаминной и минеральной недостаточности у детей и матерей. Информационное письмо/ Под ред. Л.А.Щеплягиной. – М., 2008.
2. Спиричев В.Б. Дефицит микронутриентов и отечественные продукты лечебно-профилактического питания для его коррекции. – М., 2008.
3. Щеплягина Л.А., Нестеренко О.С., Курмачева Н.А. Значение микронутриентов в улучшении состояния здоровья критических групп населения/Здоровье населения и среда обитания: Информационный бюллетень. – 2001., №2.

Ш.А. Шайкенова

ЖАҢА ТУҒАН БАЛАЛАРҒА «БЭБИ-ПЛЕКС» КЕШЕНІН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Мақалада емдік шаралардың тиімділігіне Nature Plus фирмасының “Беби-Плекс” поливитаминді препаратының ықпалы емшектегі және ерте жас шамасынан балаларында (1-12) емдеуді оны кешенді қосуда бағаланды.

Shaikenova SH.A.

EXPERIENCE OF USING OF THE COMPLEX VITAMINS “BABY-PLEX” IN YOUNG CHILDREN

In the article the influence of multivitamin preparation “Baby-plex” from Nature’s Plus on efficiency of medical therapies in infants and young children (from 1 to 12 months) at inclusion of it in the complex of treatment evaluated.



Штефанова Е.И.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ 1% крема «ЛАМИЗИЛА» В ТЕРАПИИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ

Медицинский центр «Айя» г. Астана

Разноцветный лишай или отрубевидный лишай – грибковое заболевание не воспалительного характера с поражением рогового слоя эпидермиса (кератомикоз), относится к группе поверхностных микозов. От больных разноцветным лишаем выделялись разные виды дрожжеподобных грибов рода *Malassezia*: *M. globosa*, *M. sumptodialis*, *M. furfur*. [4,6] Грибы располагаются в роговом слое эпидермиса и устье сально – волосяных фолликулов и могут быть в сапрофитной или патогенной форме [7,2]. Считается, что не менее 90% населения являются носителями *Malassezia*, но заболевают до 10%. Заболевание возникает при благоприятных условиях; даже рассматривается как профессиональное у лиц занятых физическим трудом и сильно потеющих [5,8].

Цель исследования: оценка клинической эффективности 1% крема «Ламизила» в терапии отрубевидного лишая.

Под наблюдением находилось 28 человек с диагнозом разноцветный лишай. Диагноз выставлялся на основании клинической картины, микроскопического обнаружения грибов рода *Malassezia*, пробы Бальцера и симптома Бенъе.

Преимущественно процесс локализовался на коже спины, боковой поверхности туловища, груди. Представлял собой пятна различных оттенков от желтого до темно – коричневого цвета. На фоне загорелой кожи создавалась картина псевдолейкодермы. [1,3]

Все больные получали препарат «ламизил» в виде 1% крема, который наносили 2 раза в день на пораженные участки кожи тонким слоем и слегка втирали. Продолжительность лечения составляла 14 дней. В качестве профилактики проводилась дезинфекция нательного и постельного белья.

В результате проведенного лечения у 92,9% больных высыпные элементы регрессировали, при контрольном микроскопическом исследовании грибы рода *Malassezia* не были обнаружены. У двух больных отмечался рецидив заболевания, который потребовал назначения дополнительного лечения.

Таким образом, крем «ламизил» обладает выраженным противогрибковым действием, хорошей переносимостью и может быть использован в лечении кератомикозов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аравийский Р.А., Климко Н.Н., Васильева Н.В. «Диагностика микозов» 2004. С. 21-26.
2. Арифов С.С. «Клиническая дерматология и венерология» 2008. С. 12-23.
3. Воробьева Т.П. «Грибковые заболевания. Лучшие методы лечения» 2007. С. 4-6.
4. Кулага В.В. «Грибковые болезни и их осложнения» 2010. С. 23-26.
5. Пальцев М.А. «Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней» 2008. С. 67-78.
6. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В «Грибковые болезни» 2008. С. 45-48.
7. Скрипкин Ю.К. «Национальное руководство. Дерматовенерология» 2011. С. 68-79.
8. Хэбиф Т.П. «Атлас Кожные болезни. Диагностика и лечение» 2008. С. 34-38.

Штефанова Е.И.

1%-Қ «ЛАМИЗИЛ» КРЕМІН МҮЙІЗДЕНГЕН ТЕМІРЕТКІНІ ЕМДЕУДЕГІ КЛИНИКАЛЫҚ ӘСЕРІН БАҒАЛАУ

Осылайша, «Ламизил» кремі айқын антимикотикалық әсерімен, науқастардың жақсы ішілетіндігімен көзге түскен және кератомикоздардың емінде қолданылуы мүмкін препарат.

Shtefanova E.I.

EVALUATION OF CLINICAL EFFECTIVENESS OF 1% CREAM «LAMISIL» IN THE TREATMENT OF PITYRIASIS LICHEN

Thus, the cream «Lamisil» has a strong antifungal activity, good tolerability and can be used in the treatment of keratomikoz.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПРОДУКТА «БАПОЛ» ДЛЯ КОРРЕКЦИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

АО «Медицинский университет Астана»

Среди факторов питания, имеющих важнейшее значение для поддержания здоровья, работоспособности и активного долголетия, особая роль принадлежит полноценному и регулярному снабжению организма человека всеми необходимыми микронутриентами. Основной задачей государственной политики в области здорового питания является проведение комплексных мероприятий, способствующих обеспечению потребности различных групп населения в рациональном питании. Любое отклонение от так называемой формулы сбалансированного питания приводит к определенному нарушению функций организма, особенно если эти отклонения достаточно выражены и продолжительны во времени.

В связи с этим одной из важных проблем сохранения и укрепления здоровья является обеспечение достаточного содержания пищевых волокон в рационе человека.

Целью нашей работы явилось медико-биологическое обоснование его применения для коррекций метаболических нарушений в эксперименте.

Материалы и методы исследования. При изучении влияния пищевого продукта на метаболизм проводили эксперименты на крысах и исследовали следующие показатели - массу тела и биохимические показатели после введения в рацион продукта здоровых неполовозрелых крыс, при введении глюкозы, экспериментальном моделировании гиперлипидемий и белковой недостаточности.

Эксперименты на изучение влияния пищевого продукта на динамику массы тела неполовозрелых крыс были выполнены на белых беспородных крысах возрасте 2 месяцев с начальной массой тела 85-105г. В эксперименте все животные были разделены на 4 группы по 10 крыс на каждую группу и были рассажены по 5 животных в клетку. Первая группа (контрольная) находилась на общеживарном рационе. Во вторую вводили 3 г/сут на животное продукта, в третью - 6 г/сут), в четвертую 9 г/сут. Через 5-е, 10-е, 15-е, 20-е, 25-е и 30-е сутки проводили измерения массы тела крыс.

Влияние пищевого продукта «Бапол» на показатели белкового обмена исследовали, моделируя у животных белковую недостаточность. Эксперименты были выполнены на растущих (с 6 недель) крысах- самцах с исходной массой тела 91-95г. В дальнейшем путем изменения характера питания была получена экспериментальная модель белковой недостаточности. Экспериментальные животные были разделены на 3 группы. Первая группа находилась на полноценной диете. Вторая группа получала изокалорийную малобелковую диету. Третья группа получала малобелковый рацион и пищевой продукт «Бапол» (3г). Длительность эксперимента составило 30 дней.

Для исследования гипополипидимической активности продукта мы моделировали экспериментальную гиперлипидемию. Гиперлипидемию индуцировали у беспородных крыс-самцов массой 220-250г специальным атерогенным рационом, разбалансированным по составу, углеводов и жиров. Животные контрольной группы сидели на полноценной диете.

Влияние на углеводный обмен изучали с помощью глюкозотолерантного теста (ГТТ) на глюкометре. Эксперименты были выполнены на белых беспородных крысах в возрасте 5 месяцев с начальной массой тела 180-200г. Первая группа (контрольная) находилась на общеживарном рационе. В рацион второй группы вводили продукт в расчете 1г на 100г продукта и одновременно добавляли в рацион 40 % раствор глюкозы (1 мл на 100г массы тела). Кровь для исследований брали через 30, 45, 60, 90 и 120 мин после принятия глюкозы.

Результаты исследования. Изучение эффективности влияния пищевого продукта « Бапол» в различных дозировках (3; 6; 9 г/сут) на динамику роста организм здоровых неполовозрелых крыс показал, что у животных наблюдалась рис 1 прибавка массы тел на 5 –й день эксперимента, и эти изменения были статистически достоверными и составляли 3,8 % в контрольной группе; 3,6 % - в группе с рационом «3г» ; 2,2 % - в группе с рационом «5г»; 3,5 % - в группе с рационом «9г». Увеличение массы тела продолжалось и на 10 и 15 –ые сутки, и во всех группах незначительно

различалось. На 20-й и 25 день происходило дальнейшее увеличение массы тела крыс и во всех группах значение не сильно различалось. На последний 30-й день эксперимента увеличение массы тела составило 32,5%; 31,9%; 35,5 % и 36,3%. Общий прирост у интактных животных составил 33 %; в группе с минимальным количеством (3г) исследуемого продукта в рационе -32 %, в третьей группе 36% и в группе с максимальным количеством продукта 36,3%. Суточная прибавка массы тела во всех группах была почти одинаковыми, и составило $30,5 \pm 1,7$ г в контрольной группе; $29,9 \pm 2$ г в группе с добавлением в рацион 3 г продукта; $33,4 \pm 2,2$ г с добавлением 6г; $33,6 \pm 2,3$ г с добавлением 9г исследуемого продукта. Средняя прибавка массы тела во всех группах также незначительно различались (1,02г; 0,97г; 1,11; 1,12г).

Таким образом, рационы с введением пищевого продукта в различных дозировках (3;6;9 г) не оказывали негативного воздействия на развитие животных в «норме» и динамику их роста независимо от их увеличения количества исследуемого продукта, все колебания были в пределах нормы.

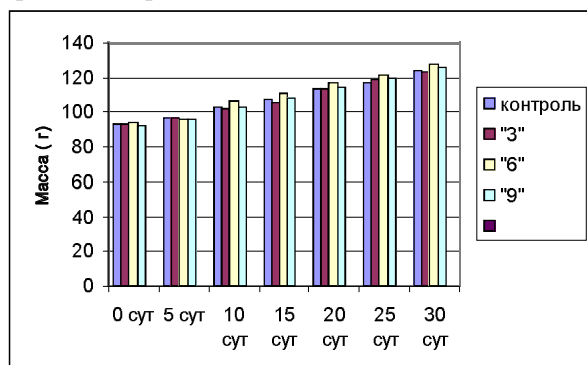


Рисунок 1 - Масса тела животных при различных дозировках пищевого продукта «Бапол»

Таблица 1 - Влияние пищевого продукта «Бапол» на углеводный обмен здоровых крыс

Периодичность взятия крови	Контроль	Опыт
0 мин	$6,0 \pm 0,2$	$6,03 \pm 0,07$ P< 0,001
30 мин	$16,3 \pm 0,3$	$12,4 \pm 0,7$ P< 0,001
45 мин	$18,7 \pm 0,3$	$14,7 \pm 1,1$ P< 0,001
60 мин	$11,2 \pm 0,3$	$8,34 \pm 0,5$ P< 0,001
90 мин	$6,5 \pm 0,2$	$6,3 \pm 0,08$ P< 0,001
120 мин	$6,0 \pm 0,2$	$5,7 \pm 0,1$ P< 0,001

Результаты исследования гипополипдемического действия энтеросорбентов на животных представлены на рисунке 2, из которой следует, что применение атерогенной диеты наблюдается существенное увеличение содержания общего ХС, липопротеинов низкой плотности. Содержание ЛПВП снижается. При этом холестеринный индекс атерогенности, отражающий соотношение в крови ХС атерогенных и неатерогенных фракций значительно увеличивается (p< 0,001). Введение в рацион пищевого продукта крысам, получавших

Необходимо отметить положительное влияние продукта на углеводный обмен здоровых крыс при нагрузке глюкозой. Исходный уровень глюкозы в контрольной группе опытной группе почти не различался. Через 30 минут происходило увеличение содержания базального уровня глюкозы в обеих группах, в контрольной группе повысился 2,7 раз, а в опытной в 2,1 раз. Через 45 мин происходило дальнейшее увеличение уровня глюкозы и в обеих группах оно было одинаковым - 1,2 раз в сравнении с показателем глюкозы на тридцатой минуте. На 60; 90 и 120 минуту уровень глюкозы стал достоверно понижаться во всех группах, но показатели контрольной группы были выше, чем в опытной группе. Так на 60-ой минуте концентрация глюкозы понизилось в контрольной группе в 1,7 раз, в опытной в 1,8 раз в сравнении с уровнем глюкозы на 45-той минуте. Но эти показатели были выше, чем в исходной точке (в контрольной в 1,9 раз и в опытной в 1,4 раз). На 90-ой минуте снижение уровня глюкозы в контрольной группе было до 1,7 раз, в опытной до 1,3 раз, но эти значения превышали исходное значение на 8,3 % и 4,5 % соответственно. На конечном этапе эксперимента уровень глюкозы (120-ой минуте) в контрольной группе приблизился к исходному значению, а в опытной группе был ниже 1,06 раз, чем исходное и контрольное значение

Таким образом, в ходе экспериментальных исследований по определению влияния пищевого продукта «Бапол» на уровень гликемии при углеводной нагрузке было замечено, что изменение уровня глюкозы по времени было аналогично в обеих группах. Но введение пищевого продукта «Бапол» незначительно понижал уровень глюкозы.

обычный рацион не оказывало заметного влияния на эти показатели они оставались в пределах нормы.

Однако на фоне атерогенной диеты было отмечено, что пищевой продукт «бапол» уменьшал содержание содержания общего ХС, липопротеинов низкой плотности и ТГ в сыворотке крови. И увеличению содержания ЛПВП. Холестеринный индекс атерогенности также достоверно снижался

Таким образом, пищевой продукт «Бапол», оказывал умеренное холестеринснижающее действие, что может найти применение как вспомогательное и профилактическое средство при лечении атеросклероза и его сосудистых осложнений.

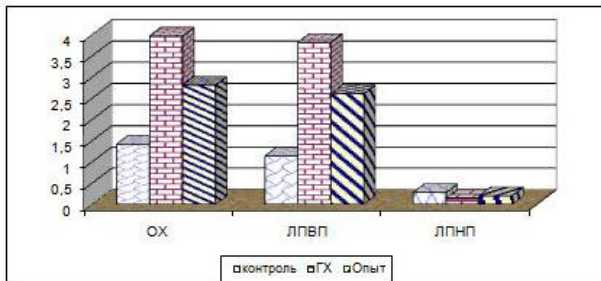


Рис 2. Изучение влияние продукта «Бапол» на показатели липидного обмена у крыс гиперхолестеринемией.

Наблюдение за лабораторными животными при изучение белкового обмена у крыс с белковой недостаточностью показало, что во всех группах крысы не различались по внешнему виду. В течение всего эксперимента животные были активны, хорошо ели.

До начала эксперимента животные трех групп почти не различались по массе тела. Различия выявились к 7м суткам содержания на диете (рисунок 3), когда средняя масса тела в группе с полноценным питанием была больше, в 1,2 раз чем во второй группе с малобелковым рационом и в 1,07 раз чем в группе где наряду с белковой недостаточностью вводили исследуемый продукт. Прирост в контрольной группе составил 38 %; во второй группе -19%; в третьей - 32%. На 14 и 21 сутки прирост был меньше, чем на 7 сутки, но имел аналогичную направленность.

Общий прирост массы тела у полноценных животных к концу диеты составил 83% (или 2,61г/сут), у малобелковых крыс прирост массы тела составил 43% (или 1,34 г/сут) и для крыс на специальном рационе 70% (2,13 г/сут).

Средняя прибавка массы тела за время наблюдений в контрольной группе сосавило $78,3 \pm 5,1$ г; во второй группе - $40,1 \pm 2,9$ г; в третьей - $64,0 \pm 3,1$ г.

Таким образом, проведенные исследования показали, что во всех группах происходила достоверная прибавка веса тела животных, но во все сроки вес тела животных с белковой недостаточностью был статистически меньше, чем у животных, находящихся на полноценном рационе и на рационе с добавлением пищевого продукта.

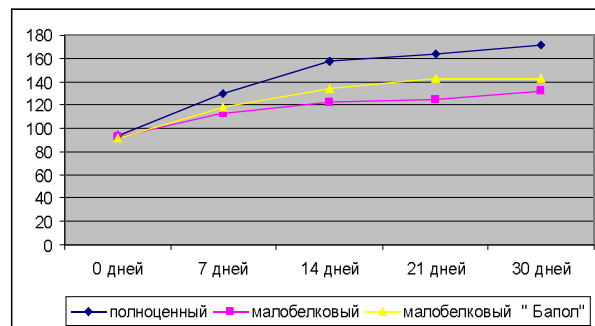


Рисунок 3 Динамика изменения массы тела при различных диетах

Ось абцисс – сроки эксперимента

Ось ординат- масса тела животных

Содержание общего белка в сыворотке крови у крыс, получавших полноценное питание, после 30-дневного полноценного питания составило $75,21 \pm 1,42$ г/л, тогда как крыс с белковой недостаточностью данный показатель был ниже – $67,62 \pm 2,1$ г/л.

Анализ содержания альбуминов у животных с малобелковой диетой показал (таблица 30), что его уровень ниже на 22%, чем в контрольной группе. В малобелковом рационе с пищевым продуктом «Бапол» количество альбумина на 11,7% в сравнении с контрольной группой и на 13% выше, чем в группе с малобелковым рационом. альбумина.

Таким образом, нахождение экспериментальных животных на малобелковом рационе тормозило динамику массы тела, они отставали в развитии в сравнении с группой получавшей полноценное питание.

Выводы: 1) Пищевой продукт «Бапол» в различных суточных дозах не оказывает негативного воздействия на динамику массы тела и внутренних органов неполовозрелых крыс все изменения были в пределах нормы, адсорбируя избыток глюкозы, пищевой продукт «Бапол» оказывает позитивное влияние на динамику глюкозы в глюкозолерантном тесте.

2) Под действием атерогенной диеты происходило резкое увеличение содержания общих липидов, триацилглицеридов и ЛПНП/липопротеинов низкой плотности и снижение ЛПВП в сыворотке крови. Пищевой продукт «Бапол» не оказывал заметного выраженного влияния на эти показатели у крыс, получавших общевиарный рацион. Однако на фоне атерогенной диеты способствовало нормализации показателей липидного обмена у крыс с моделью экспериментальной гиперлипидемии.

3) Питание крыс малобелковой диетой в течение 30 дней приводило к снижению массы тела и развитию гипопропротеинемии. Применение пищевого продукта «Бапол» частично компенсировало белковую недостаточность крыс и способствовало увеличению прибавки массы тела.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Шарманов Т.Ш. Здоровое питание. Материалы республиканской научно-практической конференции, Алматы, 2000.- С. 1-3.
2. Шендеров Б.А. Современное состояние и перспективы развития концепций « Рациональное питание» // Пищевая промышленность. – 2003.- № 5. – С. 4-7.
3. Погожева А.В., Денисов Н.Н., Дербенева С.А. и др. Использование пищевых смесей для энтерального питания в диетотерапии при сердечно-сосудистых заболеваниях// Вопросы питания.- 2005.- №3.- с. 32-38.
4. Шарманов Т.Ш., Цой И.Г. Научные основы национальной политики здорового питания Республики Казахстан//Материалы III Международной научно-практической конференции.-Астана.-2007.-с.9-11.
5. Тутельян В.А., Суханов Б.П., Васильев А.В. и др. Реализация Концепции государственной политики здорового питания населения России на региональном уровне: формирование региональной политики и региональных программ. Методические аспекты разработки и реализации программ. // Материалы III Международной научно-практической конференции.- Астана.- 2007.-с. 113-118.
7. Щелкунов Л.Ф, Пищевые волокна вторичного растительного сырья при коррекции углеводного и липидного обмена у лабораторных животных // Вопросы питания.- 2001. - № 3 С. 11-14.
8. Рыженков В.Е., Ремезова О.В., Беляков Н.А. Пищевые волокна и синтетические неспецифические энтеросорбенты; гиполлипидемическое и антиатеросклеротическое действие. - Вопросы питания, 1991.-№ 5.- С. 11-18.
9. Арутянова М. Б., Гарбузов Т. И.и др. Изучение влияния рационов содержащих пищевые волокна на уровень липидов и холестерина крови и печени крыс в условиях 5- ,6 месячного эксперимента. // Вопросы питания, 1989. -№ 6. С. 47 - 49.
10. Щелкунов Л.Ф. Пищевые волокна вторичного растительного сырья при коррекций углеводного и липидного обмена у лабораторных животных.// Вопросы питания - № 3. - 2001.

Байқанова Р.К., Дәленов Е.Д.

ЭКСПЕРИМЕНТ ЖҮЗІНДЕ МЕТАБОЛИКАЛЫҚ БҮЗЫЛЫСТАРДЫ ЖӨНДЕУДЕ «БАПОЛ» ТАҒАМДЫҚ ӨНІМІН ҚОЛДАНУДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-БИОЛОГИЯЛЫҚ НЕГІЗДЕМЕСІ

Сау, жыныстық жағынан дамымаған егеуқұйрықтардың тамақ рационына қосқаннан кейін, метаболияға сынақ жүргізгенде «Бапол» азық-түлік өнімі ықпалын зерделеу глюкоза енгізгенде, эксперименталді гиперлипидемиянің және ақуызды жеткіліксіздіктің модельдеулері өнімді организмдегі метаболиялық бұзушылықты түзету және профилактика үшін қолдануға болатынын көрсетті.

Baikanova RK., Dalenov ED.

MEDICBIOLOGICAL JUSTIFICATION BAPOL FOODSTUFF APPLICATION FOR CORRECTIONS OF METABOLIC VIOLATIONS IN EXPERIMENT

Studies on the effect of the food “Bapol” in an experiment on the metabolism after the administration of the product in the diet of healthy immature rats when administered glucose, hyperlipidemia, and experimental simulations of protein deficiency showed that a food product can be used for the correction and prevention of metabolic disorders in the body



ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В КАЗАХСТАНЕ

ТОО «Медикер»

Введение. Основной целью государственной политики развития здравоохранения, провозглашенной Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, является улучшение здоровья населения, повышение доступности и качества медицинской помощи широким слоям населения, возрождение профилактики заболеваний [1]. Известно, что проблема реализации данного направления обозначилась на фоне роста показателей социально-обусловленных заболеваний [2].

На 61 сессии Генеральной ассамблеи Организации Объединенных Наций сахарный диабет (СД) был провозглашен эпидемией неинфекционного характера, занимающей 4 место в мире по значимости, после таких заболеваний как ВИЧ, туберкулез, малярия (ООН, 2006). Медико-социальная значимость СД обусловлена растущей заболеваемостью, распространенностью и смертностью от поздних осложнений [3]. Во всем мире в настоящее время насчитывается более 310 млн больных этим заболеванием.

Данная ситуация характерна и для Республики Казахстан, где сахарным диабетом ежегодно заболевает более 25 тысяч человек, причем известно, что фактическая распространенность этого заболевания превышает регистрируемую в 3 – 5 раз [3]. Подавляющее большинство случаев (93%) приходится на пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Важное значение имеет ранняя диагностика сахарного диабета и его осложнений, ибо своевременность и эффективность решения проблемы определяют характер последствий, как для отдельного человека, так и для общества в целом. Раннее выявление заболевания способствует проведению своевременной профилактики сосудистых осложнений или терапии на начальных этапах, что позволяет получить экономическую эффективность.

В этой связи исследования, направленные на изучение заболеваемости сахарным диабетом в РК являются, несомненно, актуальными.

Цель исследования:

Изучить заболеваемость сахарным диабетом в Казахстане в географическом аспекте.

Материалы и методы. В качестве источников информации использованы статистические данные Министерства здравоохранения Республики Казахстан. В виде статистического инструментария использовано исчисление показателей наглядности (темп роста и прироста). Результаты и обсуждение. Медико-социальная значимость сахарного

диабета, касающаяся медико-организационных, экономических, эпидемиологических аспектов, в последние годы получила достаточное освещение в литературе [4,5].

Организация раннего выявления сахарного диабета среди населения требует совершенствования в современных условиях на основе комплексного анализа эпидемиологической ситуации, мониторинга факторов риска, их возникновения и неблагоприятного течения.

Нами изучена заболеваемость СД в РК в разрезе отдельных регионов страны [6,7]. Полученные данные представлены в таблице 1.

Из данных таблицы видно, что заболеваемость СД в РК за 10 лет увеличилась с 93,7 до 158,3 на 100 тысяч жителей, то есть в 1,7 раза. Среди отдельных субъектов РК в 2001 году наибольший уровень заболеваемости был зарегистрирован в Костанайской (142,2 на 100 тыс. населения), Северо-Казахстанской (141,1) и Актюбинской (140,6) областях. В 2011г. на 1-е место вышла Северо-Казахстанская область (256,5), далее следовали Карагандинская (212,7) и Восточно-Казахстанская (201,4) области. Во всех областях, за исключением Актюбинской области, заболеваемость СД заметно повысилась. Наибольший рост заболеваемости произошел в г.Астане (в 4,35 раза). Значительное увеличение показателя наблюдалось в Атырауской (в 2,76 раза) и Алматинской (в 2,48 раза) областях.

Заболеваемость СД женского населения РК в 2011г. составила 185,5 на 100 тыс. соответствующего населения, что свидетельствует о более частой заболеваемости женщин СД по сравнению с мужчинами. В то же время ранговые места заболеваемости женского населения сохранили те же области, что и при оценке заболеваемости всего населения.

При характеристике заболеваемости СД взрослого населения отмечено, что, несмотря на уже отмеченные тенденции к росту заболеваемости СД, ранговые места отдельных областей РК заметно изменились с 2001 по 2011гг. Если в 2001г. наивысший уровень заболеваемости был отмечен в Актюбинской (213,9 на 100 тыс. населения), Костанайской (200,6) и Северо-Казахстанской (199,0) областях, то в 2011г. 1-е место заняла Северо-Казахстанская область (332,5), далее следовали Восточно-Казахстанская (261,9) и Павлодарская (231,6) области.

Обращает на себя внимание значительный разброс уровней заболеваемости СД по отдельным областям Республики. Так, в 2011г. показатель заболеваемости СД в Северо-Казахстанской

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Таблица 1- Заболеваемость сахарным диабетом в РК в 2001г. и 2011г.

	Всего		Взрослое население	
	2001	2011	2001	2011
Республика Казахстан	93,7	158,3	137,6	220,5
Акмолинская	109,4	180,4	158,2	243,4
Актюбинская	140,6	118,6	213,9	165,3
Алматинская	59,2	147,0	89,3	208,8
Атырауская	49,3	136,0	76,6	203,9
В-Казахстанская	104,2	201,4	146,9	261,9
Жамбылская	83,3	138,4	130,8	210,9
З-Казахстанская	70,5	112,1	102,6	150,6
Карагандинская	97,4	212,7	132,3	282,0
Костанайская	142,2	176,1	200,6	225,4
Кызылординская	55,4	96,1	92,0	149,2
Мангыстауская	76,3	120,0	119,9	184,7
Павлодарская	81,3	178,4	109,5	231,6
С-Казахстанская	141,1	256,5	199,0	332,5
Ю-Казахстанская	96,1	127,5	159,5	196,9
г. Алматы	107,8	174,9	140,5	221,9
г. Астана	35,3	153,6	47,5	204,3

области был выше аналогичного показателя в Кызылординской области в 2,7 раза, что может, скорее всего, свидетельствовать о недоучете заболеваний в некоторых регионах страны.

Наряду с ростом показателей первичной заболеваемости СД, возросла и распространенность заболевания по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения.

Важную роль призвана сыграть планируемое внедрение совместно с МЗ РК программы по улучшению выявления и контролю сахарного диабета для осуществления в Республике Казахстан в 2012-2014 гг. с использованием международного опыта.

Выводы.

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.

2. Кучеренко В. З. Методологические основы изучения качества жизни, связанного со здоровьем населения// Главврач: Ежемесячный научно-практический журнал. - 2004. - N12. - С. 31-37.

3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Максимова М.А. Федеральная целевая программа «Сахарный диабет»: Метод. рекоменд. — М., 2003. — 88 с.

4. Шарифов Э.Э. Совершенствование медицинской помощи больным сахарным диабетом на уровне субъекта Российской Федерации (на примере Новосибирской области)// Автореф.дис.

1. Сахарный диабет продолжает оставаться одной из ведущих медико-социальных проблем в Республике Казахстан.

2. Заболеваемость сахарным диабетом в Республике с 2001 по 2011гг. увеличилась в 1,7 раза (среди взрослого населения в 1,6 раза).

3. Наивысший уровень заболеваемости диабетом зарегистрирован в Северо-Казахстанской области (256,5 на 100 тысяч жителей), что в 1.6 раза выше среднереспубликанского показателя (158,3).

4. Заболеваемость сахарным диабетом в отдельных областях страны значительно варьирует, что требует тщательного анализа учета заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

канд., Красноярск, 2009.

5. Дронова Е.И. Медико-организационные и экономические аспекты сахарного диабета в сочетании с сопутствующей патологией// Автореф. дис.канд. –Иваново, 2007.

6. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 2001 году (статистический сборник). - Астана-Алматы, 2002. - 221 с.

7. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2011 году (статистический сборник). - Астана, 2012. - 320 с.

Г.С.Садырбаева, А.К.Жұмаханова, Д.С.Байсеркина

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ҚАНТ ДИАБЕТИМЕН АУРУШАНДЫҚТЫҢ ГЕОГРФИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

Бұл мақалада қант диабетімен аурушандықтың қаншалықты таралғандығы жөніндегі мәселе қарастырылады. Зерттеу жұмысының барысында қант диабетімен аурушандық Солтүстік Қазақстан облысында кең таралғандығы анықталды, яғни орташа есеппен алғанда жалпы республикалық көрсеткіштен 1,6 есеге жоғары (158,3).

GS Sadyrbaeva, AK Zhumakhanova, DS Bayserkina

DIABETES IS ONE OF THE MOST IMPORTANT MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS IN KAZAKHSTAN

The highest level of diabetes morbidity is in the North Kazakhstan oblast (256.5 per 100 thousand population). It is 1.6 times as high as the average level in the country. Thus, diabetes morbidity in Kazakhstan varies a great deal across the regions of the country which is rather vary that suggests a need for careful documentation and analysis of the morbidity.



Кустовская С.А.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ХИМИИ В КОЛЛЕДЖЕ

Медицинский колледж «Даналык», г. Астана

Актуальность. Технология обучения химии – это предметная технология, задача которой – вооружить учителя способами и средствами создания собственной системы обучения. Это совокупность средств и методов проектирования предметной системы обучения, основанной на современных технике, инновациях, требованиях к уровню знаний и умений учащихся.[1,2] Эффективное усвоение учебного материала по химии в колледже, предусмотренного программами, затруднено малым числом учебных часов, отводимых на его изучение трудных для восприятия вопросов, таких как «Введение в органическую и неорганическую химию», «Номенклатура органических и неорганических веществ», «Характеристика классов веществ». Только наличие интерактивных средств обучения при подготовке преподавателя к уроку и на уроках, позволяет студентам получать, использовать информацию о предмете изучения, обеспечивающих наглядность, возможность тренинга на разных уровнях и самоконтроля.[3]

Для внедрения информационных технологий в процесс обучения педагогу необходимо самому обучиться пользовательским навыкам работы на компьютере, познакомиться с современными информационными технологиями. [4,5]. При изучении обязательно рассмотреть:

- устройство персонального компьютера;
- основы работы в операционной системе

Windows;

- Текстовый редактор Microsoft Word;
- Работа с PowerPoint;
- Работа с медиаресурсами.

В отличие от традиционной системы преподавания студент не обязан полностью воспроизводить весь ход рассуждений преподавателя, вникая во все тонкости обоснований. Требуется уловить общую суть рассматриваемого вопроса, запомнить некоторые теоретические сведения, понять правила применения основных положений, порядок действий при выполнении заданий и решении задач.

Дифференциация вводимого материала проявляется и в домашнем задании. На практических занятиях, при проведении учебных практик преподаватели колледжа формируют стабильные звенья, одноуровневые или разноуровневые по знаниям, в которых студенты учатся вместе работать, творить, помогать друг другу, делить радость успеха или горечь неудачи. [6]

Формирование постоянных рабочих групп дает отличный эффект при подготовке и проведении семинарских занятий, на которых организуется самостоятельный поиск студентами решений учебных проблем.

В арсенале инновационных педагогических средств особое место занимает метод проектов, предусматривающий умение адаптироваться в

современном мире. Метод проектов в колледже реализуется в учебно-исследовательской деятельности.[7]

В колледже могут использоваться различные виды проектов:

1. Информационные проекты призваны научить студентов добывать и анализировать информацию. Студенты изучают и используют различные методы получения информации, ее отработки и презентации.

2. Игровые проекты предполагают, что участники принимают на себя определенные роли. Ведущий вид деятельности студентов в этих проектах – ролевая игра. Ролевая игра как средство организации совместной учебной деятельности студентов моделирует межличностное групповое общение.

Метод проектов позволяет преподавателям вместе со студентами реализовывать творческие проекты. При создании презентации (программа Power Point) студенты самостоятельно выбирают темы, что приводит к реализации их творческой мысли. Изучение химии специфично по сравнению с другими дисциплинами, поскольку предполагает проведение эксперимента. При организации практических работ компьютер может стать эффективным помощником учителя. Конечно, проведение опытов в лаборатории обладает неоспоримыми преимуществами, но при изучении токсичных веществ (бензол, галогены и др.) виртуальный мир дает возможность проводить химический эксперимент без риска для здоровья учащихся. На практических занятиях каждый учащийся работает индивидуально со слайдами. Он может неоднократно просмотреть клип с демонстрацией опыта. Использование проектных методов в работе способствует повышению личной уверенности у каждого участника проектного обучения, его самореализации и рефлексии; развивает у студентов осознание значимости коллективной работы для получения результатов, совместной деятельности в процессе выполнения творческих заданий, развивает исследовательские умения.

Главное достоинство компьютерного проектирования на уроке химии – его использование при рассмотрении взрыво- и пожароопасных процессов, реакций с участием токсичных веществ, радиоактивных препаратов, всего, что представляет непосредственную опасность для здоровья обучаемого.[8]

Создание слайд-фильма – это увлекательный творческий процесс, который обогащает профессиональную палитру учителя. Конечно, подготовка уроков с использованием современных информационных технологий – это удел энтузиастов, поскольку требует много времени

для поиска, систематизации и оформления информации. Реализация этих задач требует, в первую очередь, наличия желания у самих педагогов заниматься этой проблемой.

Использование интерактивной доски и программного обеспечения SMART Board (ПО, предназначенное для интерактивной доски).
Преимущества для преподавателя:

- позволяет преподавателям объяснять новый материал из центра класса.

- поощряет импровизацию и гибкость, позволяя преподавателям рисовать и делать записи поверх любых приложений и веб-ресурсов.

- позволяет сохранять и распечатывать изображения с доски, включая любые записи, сделанные во время занятия, не затрачивая при этом много времени и сил и упрощая проверку усвоенного материала.

- вдохновляет преподавателей на поиск новых подходов к обучению, стимулирует профессиональный рост.

Преимущества для учащихся:

- делает занятия интересными и развивает мотивацию.

- предоставляет больше возможностей для участия в коллективной работе, развития личных и социальных навыков.

- учащиеся начинают понимать более сложный материал в результате более ясной, эффективной и динамичной подачи материала.

- позволяет использовать различные стили обучения, преподаватели могут обращаться к всевозможным ресурсам, приспосабливаясь к определенным потребностям.

- учащиеся начинают работать более творчески и становятся уверенными в себе.

Таким образом, эффективность проведенных занятий преподаватель оценит по следующим критериям:

1. Интерес студентов к урокам химии (по результатам анкетирования).

2. Возможность ускоренного получения и усвоения знаний.

3. Понимание особенностей строения вещества и прогнозирование его свойств (Развитие способности студентов к установлению причинно-следственных связей, анализу и обобщению).

4. Самостоятельное проектирование студентами своей деятельности по усвоению учебной информации при помощи интерактивных средств.

5. Повышение успеваемости и качества знаний.

6. Модернизация труда преподавателя (эффективная работа сразу с десятью группами I курса возможна только с использованием электронных средств обучения).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Левина М.М. Технологии профессионального педагогического образования: учеб. пособие для студ. учеб. заведений / М.М. Левина: - М.: Изд. центр «Академия», 2001. – 272 с.
2. Машарова Т.В. Педагогические технологии, системы и методы обучения. – Киров: из-во ВГПУ, 1998.
3. Береснева Е.В. Современные технологии обучения химии. – Москва: «Центрхимпресс», 2004.
4. Нечитайлов Е.В. Информационные технологии на уроках химии // Химия в школе. – 2005. - № 4 – стр. 13
5. Фельдман И.Д. Создание и использование тематических компьютерных презентаций // Химия в школе. – 2006 - № 1 – стр. 36
6. Михайлова Н.Н. Комплексный подход к применению педагогических технологий: учебно-практическое пособие / Н.Н. Михайлова, О.А. Семенова. – М.: ФПК ИРПО, 2001. – 132 с.: ил.
7. Никитина Н.Н. Основы профессионально-педагогической деятельности: учеб. пособие для студ. учреждений СПО / Н.Н. Никитина, О.М. Железнякова, М.А. Петухов. – М.: Мастерство, 2002. – 288 с.
8. Сибирская М.П. Профессиональное обучение: Педагогические технологии: учеб. пособие / М.П. Сибирская. – М.: Изд. центр Академии проф. образ., 2002. – 126 с.

Кустовская С.А.

КОЛЛЕДЖДЕ ХИМИЯНЫ ОҚЫТУДЫҢ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРІ

Инновациялық педагогикалық әдістердің қорында қазіргі әлемде айрықша орын - инновациялық әдіс алады. Слайд-фильм, интерактивті тақтаның және SMART Board бағдарламалық қамсыздандыруды игеру химияға деген колледж студенттерінің қызығушылығын арттыра түседі.

Kustovskaya SA.

INNOVATIVE TEACHING METHODS CHEMISTRY IN COLLEGE

In the arsenal of innovation pedagogical resources takes a special place project method providing for the ability to adapt to the modern world. Creating a slide film, and the use of interactive whiteboards and SMART Board software will improve the effectiveness studies in chemistry at the college.



РОЛЬ СКРИНИНГА В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ И ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ақмолинская область Бұрбайский район, Врачебная амбулатория «Ақымбай»

В нашей республике более 7,5 млн. чел (45%) проживает в сельской местности. И, конечно, же в связи с реформированием здравоохранения, качество медицинского обслуживания как в городе, так и на селе улучшается. С этой целью развернута обширная программа скринингового обследования населения. [1,2]

Скрининговыми осмотрами благодаря Государственной программе в I квартале 2012 года охвачено около 500 тыс. человек сельского взрослого населения [3]. Взято на диспансерный учет свыше 8 тысяч человек. Профилактическими осмотрами охвачено более 320 тыс. детей из сельской местности. На диспансерный учет взято 33,6% сельских детей. Поэтому в данном обзоре рассматривается роль скрининга в работе как городского так и сельского врача общей практики на примере онкологических и эндокринологических заболеваний.

Доказано, что скрининг-обследования являются одним из основополагающих принципов раннего выявления онкологических заболеваний. В связи с этим в Государственной программе развития здравоохранения «Саламаты Қазақстан» на 2011-2015 гг. предусмотрено расширение видов и целевых групп скрининга, а также совершенствование методологии. [3,4]

Новые системы онкологического скрининга являются двухэтапными. [5] **Первый этап – лабораторное обследование лиц, считающих себя здоровыми**, что является основой этого массового медицинского мероприятия. Проведение этого этапа позволяет по результатам лабораторного исследования произвести отсев лиц с подозрением на злокачественную опухоль. Критерий отбора – **диспротеинемия**. Оказалось, что изменения уровня биомаркеров и состояния внутренней среды организма (плазмы крови) происходят за многие месяцы и даже годы до того момента, когда злокачественная опухоль проявит себя клинически, что и заставит пациента обратиться за медицинской помощью.

Решение задачи **второго, наиболее ответственного этапа онкологического скрининга – топической идентификации опухоли** возможно уже в наши дни, но в будущем этому будет способствовать новейшее радионуклидное диагностическое исследование – метод позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ). Повышенное поглощение клетками опухоли радиофармпрепаратов, например фтордезоксиглюкозы или аминокислот, позволяет не только быстро определить локализацию опухоли, но и по скорости накопления радиофармпрепарата оценить сте-

пень ее злокачественности, дифференцировать от участков некроза.

Наряду с высокой информативностью эти методы должны быть недорогими и технически простыми, чтобы лабораторные исследования могли выполнять даже средние медицинские работники – фельдшеры – лаборанты в поликлинике, участковой больнице, сельской амбулатории и даже на ФАП.

В Республике Казахстан введен скрининг на раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний толстой и прямой кишки [4]. Согласно этому приказу определена целевая группа населения, подлежащая скрининговому обследованию, это мужчины и женщины 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 лет, не состоящие на учете по поводу полипоза, рака толстой и прямой кишки. [5,6]. Поскольку аденома толстой кишки является так называемым субстратом для злокачественного новообразования, раннее удаление аденомы может заблокировать дальнейшую прогрессию опухоли [7]. Частота случаев развития рака из ворсинчатых аденом (полипов) более 2 см в диаметре составляет 35-53%. При полипах диаметром более 3 см вероятность их озлокачествления составляет 100%. Наиболее часто ворсинчатые опухоли визуализируются в прямой кишке (80%), в меньшей степени - в ректосигмоидном отделе и сигмовидной кишке. [8,9,10]

Более широко применимым и доступным методом, который информировал бы пациента о риске развития заболевания и диктовал необходимость углубленного обследования, на сегодняшний момент является тест кала на скрытую кровь (гемоккульт-тест)- метод жидкостной цитологии, который позволяет получать тонкослойный мазок [11,12,13]. Это на 65% повышает обнаружение патологических клеток и на 54% снижает соотношение неудовлетворительных мазков. Предпосылкой для выполнения теста на наличие скрытой крови в кале является то, что железистые аденомы и рак ободочной кишки в той или иной степени кровоточат. Считается, что для того, чтобы тест был надежно положительным, необходима ежедневная потеря крови не менее 20 мл [14].

По данным Кайдарова Б.К. и соавторов (2011) наиболее высокая заболеваемость рака толстой кишки в Казахстане в Павлодарской (14,5 ‰), Северо-Казахстанской (14,1 ‰) областях, г. Алматы (12,1 ‰), Костанайской (11,5 ‰), Восточно-Казахстанской (11,0 ‰), Карагандинской (10,7 ‰), Ақмолинской областях (10,1 ‰) и г. Астана

(8,8‰₀₀₀)[15].

Сахарный диабет 2 типа, наиболее распространенной формой заболевания, часто протекает бессимптомно на ранних стадиях и может оставаться невыявленным в течение многих лет.

Хотя клиника диабета известна, и есть веские доказательства ранней диагностики, нет рандомизированных исследований, демонстрирующих преимущества ранней диагностики путем скрининга бессимптомного течения данной нозологии. [16,17]. Люди с недиагностированными сахарным диабетом 2 типа, имеют значительно более высокий риск развития инсульта, ишемической болезни сердца и периферических сосудистых заболеваний, чем население, не страдающее сахарным диабетом. Раннее выявление и своевременное лечение может привести к снижению бремени диабета и его осложнений, обследование на сахарный диабет может быть целесообразным при определенных обстоятельствах. Эта позиция содержится в рекомендации американской ассоциации диабетологов для лечения диабета, которую осуществляют семейные врачи.[18]

Тем не менее, имеется достаточно косвенных доказательств, чтобы оправдать скрининг в клинических условиях лиц с высоким риском. Кроме того, врачи общей практики должны проявлять бдительность в отношении оценки клинических проявлений указывающих на сахарный диабет. Риск развития сахарного диабета 2 типа увеличивается с возрастом, ожирением и отсутствием физической активности. Сахарный диабет 2 типа чаще встречается у людей с семейной историей болезни и у членов определенных расовых / этнических групп. Она чаще встречается у женщин с предварительным GDM или синдром поликистозных яичников и у лиц с артериальной гипертензией, дислипидемией, нарушенной толерантностью к глюкозе (IGT), или нарушенной гликемии натощак (IFG).[19,20,21]

Как правило, выявление бессимптомного диабета, согласно рекомендации американской ассоциации соответствует 7 условиям: 1) болезнь является важной проблемой здравоохранения, которая является значительным бременем на население; 2) разбор истории болезни пациента, 3) есть узнаваемые доклинические (бессимптомные) признаки по которым болезнь может быть диагностирована, 4) доступность, приемлемость и надежность тестов, которые могут обнаружить доклиническую стадию заболевания; 5) лечение после раннего выявления имеет явное преимущество в сравнении с запоздалой диагностикой и лечением; 6) затраты на поиск и лечение больных являются разумными и сбалансированы в отношении расходов на здравоохранение в целом, и для средств и ресурсов для лечения вновь выявленных случаев и 7) скрининг будет носить систематический

непрерывный характер, а не просто изолированный разовый случай.

И наконец, хочется затронуть весьма важную проблему раннего диагностирования заболеваний щитовидной железы, учитывая эндемичность нашего региона.

Распространенность заболеваний щитовидной железы, возможности профилактики и лечения указывают на необходимость проведения медицинских осмотров с целью их выявления.[22] В то же время рекомендации различных организаций, касающиеся выявления бессимптомного течения заболеваний у взрослых, в той или иной мере противоречивы. Большинство авторов высказываются за агрессивное, целенаправленное обследование населения, подверженного воздействию соответствующих факторов риска.

Субклиническое течение заболеваний щитовидной железы встречается довольно часто, а длительный субклинический гипотиреоз или гипертиреоз может привести к клинически значимым заболеваниям. Более того, различного рода осложнения могут развиваться даже в латентном периоде заболевания. В связи с этим раннее выявление субклинических форм нарушений щитовидной железы способствует улучшению прогноза для этих больных. Заболевания щитовидной железы значительно повышают смертность, влияют на физическую активность и умственные процессы, представляют особую угрозу при беременности и влияют на развитие плода и новорожденного.[23]

Заболевания щитовидной железы можно предотвратить путем уменьшения влияния факторов внешней среды (недостаток или избыток йода, воздействие ионизирующей радиации в детском и подростковом периоде и т.д.). Своевременная диагностика позволяет эффективно их лечить.[24] Первичной целью скрининга является диагностирование и лечение скрытых форм нарушений функции щитовидной железы.

Фактически это означает либо включение тестов на определение концентрации тиреотропного гормона у лиц без клинических проявлений в список обязательных анализов при проведении периодических профилактических медицинских осмотров, либо агрессивную тактику выявления заболеваний щитовидной железы (в частности, определение сывороточного тиреотропного гормона) у пациентов с наличием факторов риска (объективные и субъективные признаки нарушения функционирования щитовидной железы, анамнез жизни, семейный анамнез) [25,26,27].

Факторы риска, которые должен знать врач ВОП:

- возраст более 60 лет у женщин;
- аутоиммунные заболевания в анамнезе;
- лечение гипертиреоза радиоактивным йодом или внешняя лучевая терапия на область щитовидной железы в анамнезе;
- аутоиммунные заболевания или патология

щитовидной железы в семейном анамнезе;
 — фибрилляция предсердий, гиперлипидемия, сахарный диабет I-го типа в анамнезе;
 — прием таких лекарственных средств, как лития карбонат, амиодарон и т.д.;
 — бесплодие у женщин;
 — беременность;
 — послеродовой период (от 6 недель до 6 месяцев).

Для субклинических нарушений функций щитовидной железы характерно отклонение биохимических показателей от нормы на фоне клинического благополучия и отсутствия случаев заболеваний щитовидной железы или соответствующего лечения в анамнезе жизни. Подобные состояния являются фактором риска для развития гипо- или гипертиреоза. Определение уровня тиреотропного гормона позволяет

диагностировать заболевания щитовидной железы даже на фоне клинического благополучия. Определение уровня ТТГ для скрининга позволяет выявить нарушения до того, как изменится концентрация Т3 и Т4. Важно отметить, что появляются все более чувствительные тесты на определение концентрации тиреотропного гормона. Сейчас за нормальный уровень тиреотропного гормона принимается следующий показатель — 0,45–4,50 мМЕ/л (АТА, ААСА, ЕС, 2002).[28]

Таким образом, семейный врач, особенно сельский врач, имеющий в своем распоряжении простейшую клиническую лабораторию в будущем, очевидно, станет первичной ячейкой системы здравоохранения практически решающей вопросы скрининга (и лекарственной профилактики) злокачественных новообразований и эндокринных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Jacques Ferlay, Hai-Rim Shin, Freddie Bray, David Forman, Colin Mathers, Donald Maxwell Parkin. *Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008; International Journal of Cancer. Volume 127, Issue 12, 15 December 2010: pages 2893–2917.*
2. Smith R.A., Cokkinides V., Brooks D., Saslow D., Shah M., Brawley O.W. *Cancer screening in the United States, 2011: A review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening // C.A. Cancer J. Clin. 2011.- Jan-Feb;61(1).-P.8-30.*
3. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг
4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 марта 2011 года № 145 О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения».
5. Григорович Н.А. Перспективы скрининга злокачественных новообразований в XXI веке *Медицинские новости.* – 2002. – №11. – С. 9-14.
6. Захараш М.П., Харченко Н.В., Музыка С.В. *Скрининг предраковых заболеваний и рака толстой кишки. Методические рекомендации.* Киев. Медицина 2010. с.18
7. Todor V, Chirila D, Tompa S. *Familial colorectal cancer The Lynch syndrome / Chirurgia (Bucur).* - 1998. - Vol.93. -P.427-432.
8. Jean Faivre *Screening for colorectal cancer: who, when, how? 3 International conference, June 7-9, 2001, Dublin, Ireland.* - P.13.
9. Мартынюк ВВ. *Рак ободочной кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг) // Практическая онкология.* - 2000. - № 1. - С. 1-7.
10. Пророков В.В., Малихов АГ, Кныш В.И. *Современные принципы диагностики и скрининга рака прямой кишки // Практическая онкология - 2002. - Т. 3. - № 2. - С.1-5.*
11. Ross M.E. *Fecal DNA versus fecal occult blood for colorectal-cancer screening in an average-risk population // N. Engl. J. Med.* - 2004. - Vol.351(26). - P.2704-2714.
12. Itzkowitz SH, Jandorf L, Brand R. et al. *Improved fecal DNA test for colorectal cancer screening // Clin Gastroenterol Hepatol.* - 2007. - Vol.5(1). - P.111-117.
13. Lofton-Day C, Model F, Devos T. et al. *DNA methylation biomarkers for blood-based colorectal cancer screening // Clin Chem.* - 2008, Feb. - Vol.54(2). - P.414-423.
14. Sabbioni S, Miotto E, Veronese A. et al. *Multigene methylation analysis of gastrointestinal tumors: TPEF emerges as a frequent tumor-specific aberrantly methylated marker that can be detected in peripheral blood.* - *Mol Diagn,* 2003. - Vol.7. -P.201-207
15. Кайдаров Б.К., Балтаев Н.А., Афонин Г.А. и др. *Заболеваемость колоректальным раком и состояние хирургической помощи онкологическим больным с данной патологией в г. Алматы. // Онкология и радиология Казахстана – 2011.-№ 4.–С. 37-40.*
16. *American Diabetes Association: Standards of medical care for patients with diabetes mellitus (Position Statement). Diabetes Care 25(Suppl. 1):S33–S49, 2002*
17. Engelgau ME, Narayan KMV, Herman WH: *Screening for type 2 diabetes (Technical Review). Diabetes Care 10:1563–1580, 2000*
18. *American Diabetes Association: Gestational diabetes mellitus (Position Statement). Diabetes Care 25(Suppl. 1):S94–S96, 2002*
19. Haffner SM: *Management of dyslipidemia in adults with diabetes (Technical Review). Diabetes Care 21:160–178, 1998*
20. Adler AI, Stratton IM, Neil H, Andrew W, Yud-

kin JS, Matthews DR, Cull CA, Wright AD, Turner RC, Holman RR: Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study *BMJ* 321:412-419, 2000

21. Adler AI, Neil HA, Manley SE, Holman RR, Turner RC: Hyperglycemia and hyperinsulinemia at diagnosis of diabetes and their association with subsequent cardiovascular disease in the United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS 47). *Am Heart J* 138:S353-S359, 1999

22. Zosin Ioana, The Importance of Screening of Thyroid Dysfunctions. Part One/ *Международный эндокринологический журнал* 1(19) 2009 / *Практикующему эндокринологу / To Practicing Endocrinologists/*

23. Dietlein M., Moka D., Schmidt M. et al. Prevention, screening and therapy of thyroid disease and their cost-effectiveness // *Nuklearmedizin*. — 2003. — 42. — 181-189.

24. Monzani F., Caraccio N., Kozakowa M. et al.

Effect of levothyroxine replacement on lipid profile and intima-media thickness in subclinical hypothyroidism: a double study placebo-controlled // J. of Clin. Endocrinol. Metab. — 2004. — 89 (5). — 2099-2106.

25. Col N.F., Surks M.I., Daniels G.H. Subclinical thyroid disease: clinical applications // *JAMA*. — 2004. — 291 (2). — 239-243.

26. Gharib H., Tuttle R.M., Baskin H.J. et al. Subclinical thyroid dysfunction: a joint statement on management from the American Association of Clinical Endocrinologists, the American Thyroid Association and the Endocrine Society // *J. of Clin. Endocrinol. and Metab.* — 2005. — 90 (1). — 581-585.

27. Helfand M. Screening for subclinical thyroid dysfunction in non-pregnant adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force // *Ann. Intern. Med.* — 2004. — 140. — 128-141.

28. Surks M.I., Ortiz E., Daniels G.H. et al. Subclinical thyroid disease, scientific review and guidelines for diagnosis and management // *JAMA*. — 2004. — 291 (2). — 228-238.

Абирова Н.Б.

ОНКОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ЭНДОКРИНДІ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУДА СКРИНИНГ ЖҮРГІЗУДІҢ МАҢЫЗЫ

Ауылдық жерлерде отбасылық дәрігерді, әсіресе ауыл дәрігерін дамытып, жетілдіру арқылы қатерлі ісіктер мен эндокринді аурулардың халық арасында таралуын уақытында анықтап, денсаулық сақтаудағы скрининг сұрақтарын шешуге болады.

Abirova N.B.

SCREENING ROLE IN THE PREVENTION OF ONCOLOGICAL AND ENDOCRINE DISEASES

The family doctor, especially rural doctor having at the order the elementary clinical laboratory in the future, obviously, becomes primary cell of health system almost solving screening questions (and medicinal prevention) malignant new growths and endocrine diseases.



ПОДРОСТКОВАЯ МЕДИЦИНА: РЕАЛИИ СОВРЕМЕННОСТИ

АО «МУА», кафедра ОВП №3

Социальная значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они являются ближайшим репродуктивным, интеллектуальным, экономическим, социальным, политическим и культурным резервом общества [1]. Охрана здоровья подрастающего поколения – главная стратегическая задача государства, поскольку фундамент здоровья будущего страны закладывается в детском и подростковом возрасте [2,3]. Предупреждение заболеваний и стимулирование здорового образа жизни является важной составляющей, такого приоритета, как «Здоровье, образование и благополучие граждан», выделенного в стратегии развития «Казахстан 2030» [4]. Новые социальные и экономические условия последних лет оказались непростыми для здоровья подростков. Так, по результатам диспансеризации в РК 44,6% учащихся общеобразовательных школ в возрасте от 12 до 18 лет имеют различную патологию [5]. Результаты Всероссийской диспансеризации детей 2002 года выявили снижение доли здоровых детей с 45,5% до 33,8% с одновременным увеличением вдвое удельного веса детей, имеющих хроническую патологию и инвалидность [1,6]. За последнее пятилетие в РК заболеваемость среди школьников выросла на 22 %, в том числе анемий в 2,5 раза, болезней органов дыхания в 1,5 раза, эндокринные болезни и расстройства питания в 1,4 раза, болезни нервной системы в 1,5 раз, травмы, отравления, несчастные случаи в 1,2 раз [2]. В структуре функциональных нарушений среди детей и подростков в РФ три первые ранговые места занимают изменения со стороны системы кровообращения, эндокринной системы, обмена веществ. В структуре хронических болезней первые три места разделили патология костно-мышечной системы 29,5%, нервной системы, пищеварения 15,5% [6,7,8]. В структуре соматической патологии подростков в РК лидирующее место занимают болезни органов пищеварения, органов дыхания, нервной системы, опорно-двигательного аппарата [2,5]. По данным российских авторов в 2003 году численность подростков, употребляющих алкоголь, составляет 827,1 на 100 тыс. подростков [1,9]. В РК отмечена тенденция омоложение алкоголизма. По данным Второго Национального исследования, проведенного в 2001 году в РК уровень потребления алкоголя среди детей 11-14 лет составил около 7,2%, среди лиц 15-17 лет 37,1% [5]. Казахстан входит в число стран с самым высоким уровнем распространенности табакокурения среди детей 11-14 лет и составляет 4,1%, среди лиц 15-17 лет 11,4%. В республике прогрессивно растет уровень потребления наркотических веществ среди детей и

молодежи: 11-14 лет (8,4%), 15-17 лет (13,8%) [5]. Распространенность психических заболеваний у российских подростков на 21% выше, чем у детей. В России распространенность депрессий в подростковой популяции составляет 19% [10]. В Республике Гана депрессивные состояния у подростков отмечаются в 23,4% случаев и имеют половые особенности, наиболее ярко проявляясь у девочек [11]. Количество самоубийств за последние 10 лет в России возросло в 1,8 раз, по данным опросов мысль о самоубийстве возникала у 19% юношей и 43% девушек [1,12,13]. По данным научно-практического центра психиатрии, психологии и наркомании в 2002 году в Казахстане число психических и поведенческих расстройств составило 322671 случай, в том числе у подростков-23487, у детей-58455 случаев [14]. По данным Агентства РК по статистике смертность от самоубийств составляет 26,9 на 100 000 населения. Показатель высокий, т. к. по мировым стандартам уровень самоубийств, превышающий 20 случаев на 100 000 населения в год, считается критическим. Общая степень недоучета самоубийств в официальной статистике оценивается от 25 до 40%. Анализ состояния здоровья девушек-подростков свидетельствует о низком уровне индекса здоровья и составляет 46,9% [15]. В России 75-86% девушек имеют хронические заболевания, у 10-15% выявлены гинекологические расстройства, ограничивающие фертильность [16]. С возрастом распространенность гинекологической нарушений увеличивается более чем в 2,5 раз [1]. Удельный вес аборт среди подростков в РК составил 5%, показатель подростковой беременности составляет 22,9 на 1000 девочек [17]. Отражением уровня и качества здоровья подрастающего поколения считается показатель инвалидности. По данным Минздрава РФ наиболее многочисленной группой в этой категории являются подростки от 10-17 лет (64,6%) [18]. Среди причин инвалидности с детства первое место занимают болезни нервной системы (21,7%), психические расстройства (18,6%), врожденные аномалии (18,6%) [18,19,20]. В РК доля детей-инвалидов составляет 12,8% (более 47,7 тыс. в 2002 году) от всех инвалидов в республике и 1% от общего числа детей и является наиболее уязвимой группой населения страны [21,22]. Выявлена негативная тенденция в показателях физического развития. Достоверно снижаются темпы роста и массы тела. Сокращается доля подростков с нормальным физическим развитием [23,24,25]. Подростки наиболее часто становятся жертвами жестокого обращения и насилия, пренебрежения основными нуждами ребенка [26,27]. Ежегодно в мире от разных причин умирают 1,7 млн подростков

в возрасте от 10-19 лет. В 2002 г принят закон в РК «О правах ребенка в Республике Казахстан»,

однако это не ограждает детей и подростков от предвзятости и непонимания общества.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Подростковая медицина: Руководство 2-е изд./ Под редакцией Л.И.Левинной, А.М.Куликова.- СПб: Питер, 2006.-544с.*
2. Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е., Абдукаюмова У.А., Байсугурова В.Ю., Мусаева Б.А. *Здоровье детей и подростков Республики Казахстан: проблемы пути решения. Вестник КазНМУ.-2012.-№1.-С.38-40.*
3. Аканов А.А., Слажнева Т.И., Касымова Г.П. *Состояние здоровья подростков в Республике Казахстан. Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением.-1998.-№9.-С.118-123.*
4. *Женщины и мужчины Казахстана. Гендерная статистика, Алматы 2004г. Агентство РК по статистике.*
5. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Айтжанова Г.Б., Жакешибаев Н.А. *Динамика процесса формирования здорового образа жизни в Казахстане (по итогам второго национального исследования). Алматы.-2002.-178с.*
6. Баранов А.А., Щеплягина Л.А. *Здоровье детей России как фактор национальной безопасности. НИЦЗД РАМН.*
7. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. *Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах.- М.:Династия,2004.-168с.*
8. Баранов А.А., Кучма В.Р., Рапопорт И.К. *Руководство по врачебному профессиональному консультированию подростков.- М.:Династия,2004.-200с.*
9. Энтин Г.М., Копоров С.Г. *Алкогольная ситуация в России и эффективность опосредованной стресспсихотерапии при лечении больных синдромом алкогольной зависимости. Наркология.2004.-№11.-С.25-32.*
10. Иовчук Н.М., Батыгина Г.З. *Распространенность и клинические проявления депрессий в школьной подростковой популяции. Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова.1998.-№9.-С.33-36.*
11. Антви-Дансо Стивен. *Взаимосвязь депрессивных состояний и успешности обучения школьников: на примере детей Республики Ганы. Автореферат на соискание ученой степени кандидата психологических наук.-2007.-Санкт-Перербург.-28с.*
12. Журтова И.Б. *Клинические особенности суицидоопасного поведения у подростков и лиц молодого возраста с хроническими неинфекционными заболеваниями. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинский наук.-2005.-Нальчик.-130с.*
13. Анохин. Л.В., Бойко И.Б., *Общие закономерности развития суицидальной ситуации в стране. Здравоохранение Российской Федерации.2000.-№3.-С.20-22.*
14. *Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан. Алматы. 2002.*
15. Кошкимбаева Г.Д. *Оценка репродуктивного здоровья молодежи мегаполиса. Репродуктивная медицина.2011.-№3-4.-С.45-47.*
16. *Гинекология подростков: Руководство для врачей./Под редакцией Ю.А. Гуркина.- Спб. ИКФ «Фолиант».2000.-574с.*
17. *Здоровье населения РК. Статистический справочник. Алматы.2004г.*
18. Баранов А.А. *Социальная педиатрия проблемы, поиски, решения. Материалы научно-практической конференции посвященной 60-летию профессора Н.Г.Веалова.-Спб ГПМА.,2000.-С.3-10.*
19. Баранов А.А. *Здоровые дети России в 21 веке.-М.,2000.-250с.*
20. Бондарь В.И. *Реабилитация детей инвалидов: становление понятий, пути развертывания службы. Права ребенка.-2004.-№1.-С15-24.*
21. Такенова М.А. *Дипломная работа на степень MSc in Public Health, Университет Дебрецена, Школа Общественного Здравоохранения, Венгрия, 2005.*
22. Сисикенова Р.М. *Совершенствование управления медико-социальной помощью детям инвалидам с психофизическими отклонениями. Дисс. на соискание степени канд.мед. наук.-Алматы.-2000.-134с.*
23. Богомолова Е.С., Матвеева Н.А., Кузьмичев Ю.Г. *Тенденция физического развития современных школьников крупного промышленного города. Материалы 8-го конгресса педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии» -М.-2003.-С.39.*
24. Богомолова Е.С. *Динамика внутригрупповой изменчивости показателей морфофункционального развития как критерий оценки здоровья школьников. Автореферат. ... дисс.канд. мед.наук.- Нижний Новгород, 1994.-23с.*
25. Щеплягина Л.А. *Особенности физического и полового развития девочек-подростков в районах йодного дефицита. Проблемы подросткового возраста.-М.-2003.-С.222-246.*
26. Ананиан Л.П. *Жестокость в семье. Актуальные вопросы борьбы с преступностью в России и за рубежом.М.,2000.-84с.*
27. Очирова А.В. *Проблема жестокого обращения с детьми в современной семье: социологический анализ. Дисс. на соискание степени канд.соц. наук.- Снкт-Петербург, 2005.-161с.*

Аталықова Г.Т.

ЖАСӨСПІРІМДЕР МЕДИЦИНАСЫ: ЗАМАНАУЙ ШЫНАЙЫЛЫҒЫ

Жасөспірімдердің денсаулығы қоғамның экономикалық, интеллектуалдық, әлеуметтік, саяси және мәдени қоры болып табылады. Бұл мақалада жасөспірімдер денсаулығы мен олардың әлеуметтік орнының маңызы қарастырылады.

Atalykova G.T.

ADOLESCENT MEDICINE: THE REALITIES OF TODAY

Social significance of health in adolescents due to the fact that they are the closest reproductive, intellectual, economic, social, political and cultural reserve society.



Дубицкий А.А.

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА В ПОСТДИПЛОМНОМ
МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ**

АО «Медицинский университет Астана»

Дальнейшее развертывание процесса социально-экономических реформ в современном Казахстане обуславливает необходимость модернизации системы здравоохранения, направленной на развитие личности врача, способного обеспечить свою вариативность, личностную и практическую ориентацию, завершение профильного самоопределения и формирование способностей и компетентностей.

Реализация этих идей на практике обуславливает возрастание опережающей роли постдипломного медицинского образования в системе непрерывного образования, успешность развития которого напрямую зависит от эффективности осуществления дифференцированного подхода к обучению медицинских работников.

В условиях модернизации модель дифференцированного подхода рассматривается по таким основаниям, как профессиональная компетентность, пробуждение творческих начал во врачебной деятельности, совершенствование всего комплекса профессиональных умений.

В современных исследованиях проблема дифференциации образования трактуется, прежде всего, как способ разделения учебного материала по уровням сложности и направлениям, как формирование различных групп слушателей курсов повышения квалификации, в соответствии с типизацией их индивидуальных особенностей, как разработка организационных условий обучения,

адресованных различным обучающимся группам.

Эти подходы достаточно эффективны для студенческого образования, однако прямой их перенос в постдипломное медицинское образование зачастую приводил к тому, что врач рассматривался преимущественно как объект образовательного процесса. Сложившаяся ситуация делает необходимым создание целостной модели реализации дифференцированного подхода в системе постдипломного образования врачей.

Разработка данной модели предполагает опору на следующие идеи:

1. Реализация дифференцированного подхода лежит в русле осуществления определенной парадигмы построения системы постдипломного образования врачей. Это означает, что, сравнивая различные варианты использования дифференцированного подхода в историческом контексте, нельзя забывать об изменениях в ценностных основаниях и смыслах самого процесса обучения. Так, гуманитарно-аксиологический подход к обучению взрослых обуславливает цели, стоящие перед процессом дифференциации в системе постдипломного образования.

2. Дифференцированный подход представляет одну из основ процесса индивидуализации образования, направленную на проявление активности субъекта в образовательном процессе.

3. Дифференцированный подход является формой реализации лично ориентированной сущ-

ности современного обучения, представляющего субъекту вариативное пространство образовательных услуг и возможность построения индивидуальной образовательной траектории в соответствии с его образовательными запросами, интересами и возможностями.

4. Дифференцированный подход базируется на вариативности цели, объема, способа и срока выполнения как фронтальной, так и групповой, и индивидуальной образовательной деятельности.

5. Дифференцированный подход предполагает выделение инвариантных и вариативных компонентов образования, соотношение которых динамично изменяется.

6. Дифференцированный подход обуславливает варианты итоговой аттестации врачей в системе постдипломного образования через различные формы сертификации.

7. Дифференцированный подход формирует готовность обучающегося учитывать потребности общества применительно к уровню и качеству медицинского образования в процессе своего личностного развития.

Разработка теоретических основ модели, основанной на вышеуказанных принципах, позволит решить основные противоречия, характерные для постдипломного медицинского образования.

На теоретико-методологическом уровне это означает противоречие между необходимостью реализации дифференцированного подхода в постдипломном медицинском образовании и не разработанностью современных теоретико-методологических оснований применительно к данной системе.

На аксиологическом уровне это является противоречием между необходимостью развития позиции врача как субъекта и сложившегося отношения к нему, преимущественно, как к объекту постдипломного образования.

На содержательно-технологическом уровне это является противоречием между образовательными потребностями врача и отсутствием адекватного им механизма дифференциации в существующей системе постдипломного медицинского образования.

Названные противоречия позволяют обозначить ведущую проблему, которая состоит в необходимости разработки теоретико-методологических основ дифференцированного подхода в постдипломном медицинском образовании.

Дифференцированный подход в постдипломном образовании врачей, если он будет осуществляться на следующих теоретико-методологических основаниях: аксиологическом, андрагогическом, современных дидактических подходах, моделировании как технологии реализации дифференцированного подхода в постдипломном медицинском образовании, позволяет успешно реализовать вариативные модели обучения, обеспечивающие:

- достижение необходимого качества содержания постдипломного медицинского образования, соответствующего требованиям политики модернизации здравоохранения;

- организацию процесса постдипломного медицинского образования таким образом, чтобы создать психолого-педагогические условия, способствующие развитию позиции врача как субъекта.

Дифференциация в постдипломном медицинском образовании базируется на гуманистическом подходе к модернизации непрерывного медицинского образования, историко-культурном подходе в постдипломном медицинском образовании, а также на современных дидактических подходах к постдипломному медицинскому образованию.

Вариативные модели дифференцированного подхода в постдипломном образовании врачей:

- обобщенная модель реализации дифференцированного подхода, включающая описание образовательной парадигмы, определяющей смысл использования дифференцированного подхода, а также принципы его организации в системе постдипломного медицинского образования;

- разноуровневая модель целей дифференциации постдипломного образования врачей;

- модели дифференциации содержания, организационных условий, контингента слушателей; психолого-педагогических условий постдипломного образования врачей.

Реализация вариативных моделей постдипломного образования врачей рассматривается как поэтапное согласование ценностей, целей, содержания, методов, форм, организационных условий, результатов и критериев оценки успешности обучения в системе постдипломного медицинского образования, эффективности индивидуальных, групповых и коллективных образовательных маршрутов.

Достижение ценностно-целевых установок современного постдипломного медицинского образования возможно лишь в процессе такого взаимодействия обучаемого и обучающего, которое в действительности гарантировало бы проживание ситуаций саморазвития, самостановления, индивидуальных межпарадигмальных переходов, существовало бы в полипарадигмальном ценностно-смысловом пространстве. Ряд проведенных нами исследований подтвердили, что такое пространство может быть создано в ходе реального внедрения дифференцированного подхода в процесс постдипломного медицинского образования.

Стратегией развития здравоохранения в Казахстане в настоящее время должна выступать не логика кардинальных преобразований, а логика развития соответствия деятельности существующей системы здравоохранения требованиям современного общества. Иными

словами, речь идет об изменении цели деятельности системы здравоохранения как системообразующего фактора всей системы, о переориентации всех подсистем здравоохранения: содержания, методов, форм, управления и т.д. Согласующим понятием, объединяющим логику развития государства и системы здравоохранения, выступает модернизация.

Говоря о возможностях медицинской системологии в моделировании дифференцированного подхода в системе постдипломного медицинского образования, необходимо, прежде всего, подчеркнуть следующее.

Поведение любой медицинской образовательной системы обусловлено двумя основными факторами.

Во-первых, это воздействие подсистем через их цели, предъявляемые в виде социального заказа и внешних целей образовательной системы, а во-вторых - внутреннего потенциала саморазвития образовательной системы, выражаемого через «внутренние» цели (цели саморазвития) и основанного на содержании базовых ценностей медицинской образовательной системы.

Многообразие вариантов использования дифференцированного подхода в постдипломном медицинском образовании предполагает выработку его обобщенной модели, которая сможет стать методологической основой регулирования процессов дифференциации. В данном случае под моделью можно понимать, с одной стороны, реально сложившуюся практику, теоретически осмысленную, что помогло ей стать определенным образцом реализации дифференцированного подхода, а с другой стороны, специально созданный объект, воспроизводящий значимые характеристики реальности (в нашем случае это дифференцированный подход), для их изучения, оптимизации и прогнозирования последствий.

Применение дифференцированного подхода предполагает создание образовательного пространства для выбора каждым слушателем вариативных компонентов образовательной системы, на основе которых проектируется авторская модель образовательной программы, исходя из определения, что реализация дифференцированного подхода означает создание вариативности каждого компонента системы постдипломного медицинского образования на основе выделения его существенных характеристик.

Для того чтобы раскрыть модельные характеристики дифференцированного подхода к цели, содержанию, функции и особенностям

повышения квалификации врачей на современном этапе развития казахстанского общества, необходимо проследить тенденции в изменении основ профессиональной деятельности врача в условиях реформирования здравоохранения, выделив направления совершенствования постдипломного медицинского образования.

Модель дифференцированного подхода должна строиться на ценностном признании вариативности организации повышения квалификации врача. Ценностной основой обоснования вариативности в системе постдипломного медицинского образования является отсутствие только единственной правильной цели врачебной деятельности, единого содержания предмета и единых методов и форм обучения. Модель дифференцированного подхода позволит не только обосновать эту вариативность, но и разработать варианты целей, групп слушателей, варианты содержания и методов обучения врачей.

Реализация дифференцированного подхода способствует созданию многогранного образовательного пространства, внутри которого могут формироваться вариативные модели организации постдипломного медицинского образования. В основе вариативной модели организации постдипломного медицинского образования, представленной образовательной программой, лежит выбор системообразующего фактора, вокруг которого группируются остальные компоненты образовательной системы. В качестве системообразующего фактора может выступать образовательный запрос слушателей, специфика профессиональной компетентности врача, концептуальные особенности учебного предмета, учебно-методического комплекса. Выбрав такой системообразующий фактор, важно понять технологию становления вокруг него всей модели организации постдипломного медицинского образования.

Ведущее место в реализации дифференцированного подхода в системе постдипломного образования в настоящее время занимает модель профессиональной компетентности врача. Основное отличие деятельности системы повышения квалификации и переподготовки врачей от учебных заведений базового медицинского образования в том, что в них осуществляется работа с уже имеющимся профессиональным качеством специалиста. В системе повышения квалификации преобразование этого качества в профессиональную компетентность врача предполагает вариативность моделей организации повышения его квалификации.

*Дубицкий А.А.***ДИПЛОМНАН КЕЙІНГІ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДІ САРАЛАУ ТӘСІЛІНІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ - ӘДІСТЕМЕЛІК НЕГІЗДЕМЕСІ**

Біліктілікті жоғарылату жүйесі мен мамандарды қайта даярлау жүйесінің базалық білім беруден негізгі айырмашылығы - олардың мамандарда қалыптасқан кәсіптік қасиеттерімен жұмыс атқаруында. Біліктілікті жоғарылату жүйесінде бұл қабілеттерді дәрігердің кәсіптік сауатына айналуы үшін - біліктілікті жоғарылату модельдерінің әр түрлі болуын талап етеді.

*Dubitsky A.A.***TEORETIKO-METHODOLOGICAL BASES OF THE DIFFERENTIATED APPROACH IN POST-DEGREE MEDICAL EDUCATION**

The main difference of activity of system of professional development and retraining of doctors from educational institutions of basic medical education that in them work with already available professional quality of the expert is carried out. In professional development system transformation of this quality to professional competence of the doctor assumes variability of models of the organization of increase of its qualification.

*Дубицкий А.А.***СКОРАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ. СУЩНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ***Медицинский университет Астана*

Разделение функций между поликлиниками и станциями скорой медицинской помощи и взаимодействие между ними - одна из самых острых (хотя и «старых») ключевых проблем здравоохранения, насчитывающая 60 с лишним лет.

Неоднократные попытки решить ее, начиная с 1926 года, каждый раз оканчивались неудачей (за исключением, пожалуй, последней реорганизации 2-х служб догоспитального этапа, по приказу МЗ СССР N404, в 1988 г.) Как показывают события, проблема далека от окончательного разрешения и в настоящее время, что дезорганизует работу как станций скорой медицинской помощи, так и поликлиник [1.2.3].

Трудности заключаются, прежде всего, в том, что:

Первый вопрос - сама суть службы - «неотложная» медицинская помощь (НМП) - до сих пор не оформлена в медицине и, прежде всего, в разделе организации здравоохранения. Отсюда - двойственное положение «неотложной помощи», и реорганизационные неурядицы (кому больше принадлежит служба - «скорой» или поликлиникам?). На самом деле (по смысловому содержанию термина - «неотложная», «срочная»), «НМП» - является родственной службе скорой медицинской помощи (СМП) [4].

Второй вопрос - выбор путей оптимального решения - проблема усугубляется отсутствием среди организаторов здравоохранения, руководителей СМП и амбулаторно-поликлинической службы - единого понимания задач 2-х служб догоспитального этапа (ДГЭ) и распределения функций между ними в оказании срочной помощи нуждающимся больным [5].

Существует 2 точки зрения и 2 принципа построения системы ургентной помощи на догоспитальном этапе:

1. I - по месту происшествия:
 - улица - компетенция станции «СМП»;
 - квартира - компетенция службы «неотложной» помощи при поликлиниках;
2. II. по тяжести повода (жизнеопасные состояния) - компетенция «станции скорой помощи», независимо от места происшествия.

Две точки зрения имеют свое продолжение и практическое воплощение в разных вариантах организации СМП и НМП в различных городах Казахстана, и за рубежом в зависимости от объема и структуры обращаемости населения за скорой медицинской помощью (поток обращаемости).

В этой связи необходимо выделить **основные потоки (контингенты) пациентов**, обращающихся на «скорую», которые необходимо анализировать, чтобы выбрать рациональную форму взаимо-

действия 2-х служб ДГЭ.

1) Поток I - вызовы к больным с жизнеопасными состояниями, обусловленными внезапными заболеваниями или обострением хронических болезней и несчастными случаями, с улиц, общественных мест (17%-15%);

2) Поток II - вызовы к пациентам с жизнеопасными состояниями из квартир (63%-45%);

3) Поток III - вызовы к больным с хроническими заболеваниями вне обострений или с обострениями не жизнеопасного характера, и к температурающим больным без осложнений (т.н. «непрофильный» контингент): 20%-40%, из них 15% составляют лица, не нуждающиеся в скорой медицинской помощи.

Там, где регистрируются высокие (и сверхвысокие) показатели обращаемости в сравнении со средними по стране (298,7 вызовов на 1000 жителей в 2010 году, исключая столичные города) бригады СМП «обслуживают» все 3 потока, а близкие к «средним» показателям - 2

потока (I, II).

Там же, где на СМП идет в основном 1-й поток - выявляется и самый низкий интенсивный показатель. Обращает на себя внимание, что из 3-х потоков - первые два объединяет необходимость срочного оказания медицинской помощи больным по жизнеопасным показаниям. По существу, они и относятся к компетенции «скорой помощи», независимо от места происхождения - улица или квартира. А 3-й поток больных, не относящийся к экстренным случаям, - прерогатива поликлиники.

Именно здесь кроются причины «конфронтации» двух служб догоспитального этапа и неоправданного увеличения объема и неэффективности работы СМП в пределах от 20% до 45%.

И, когда речь заходит о несвойственных функциях для «скорой» и передаче их поликлиникам, то, как правило, имеется ввиду контингент «непрофильных» для службы скорой медицинской помощи больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Приказ Министерства здравоохранения СССР № 404 от 20.05.1988.

2. Дубицкий А.А. К вопросу «О доктрине скорой медицинской помощи в Республике Казахстан». - Вестник Медицинского центра УДП РК. - №2(45). - 2012. - С. 124-127.

3. Верткий А. Л. «Скорая медицинская помощь»// Учебное пособие для врачей и фельдшеров скорой помощи. - Москва, 2005. - 458 с.

4. Дубицкий А.А. Совершенствование системы управления качеством оказания скорой медицинской помощи. - Вестник Медицинского центра УДП РК. - №1(44). - 2012. - С. 134-136.

5. Новые подходы в оказании скорой медицинской помощи и санитарной авиации/Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием. - Астана, ноябрь 2011 г.

А.А.Дубицкий

МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖЕДЕЛ ЖӘНЕ ШҰҒЫЛ ЖӘРДЕМ, МӘСЕЛЕНІҢ МӘНІ

Денсаулық сақтау саласының өзекті мәселелерінің бірі – емханалар мен медициналық жедел жәрдем станцияларының арасында функцияларды бөлу мәселесі. Денсаулық сақтау саласын ұйымдастырушылар, жедел жәрдем және амбулаториялық-емханалық қызмет басшылары арасында госпитальға дейінгі кезеңде жүргізілетін екі қызметтің міндеті туралы және олардың арасында медициналық жедел жәрдем көрсету кезінде функцияны бөлу мәселесінде бірыңғай пікір болмағандықтан, проблеманы оңтайлы шешу жолын таңдау мәселесінде қиындық туып отыр.

Dubitsky A.A.

AMBULANCE AND EMERGENCY MEDICAL SERVICE. ESSENCE OF THE PROBLEM

The question division of functions between polyclinics and stations of an emergency medical service remains to one of the most actual in health care. Difficulties are, first of all, that still in a question of a choice of ways of the optimum decision the problem is aggravated with absence among organizers of health care, heads of ambulance and out-patient and polyclinic service of uniform understanding of tasks of two services of a pre-hospital stage and distribution of functions between them in rendering of urgent medical care.



ПОТРЕБНОСТЬ В МЕДСЕСТРАХ МЕНЕДЖЕРАХ В НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ*ОА «Медицинский Университет Астана» магистрант МВА*

Средний медицинский персонал составляет одну из самых многочисленных групп среди специалистов в области здравоохранения не только в мире, но и в Республике Казахстан и поэтому, оказывает значительное влияние на качество медико-санитарного обслуживания населения. Однако, состояние сестринского дела в постсоветских странах, в том числе и в Казахстане показывает значительное отставание его по сравнению с развитыми странами. Причины этого многообразны: традиционно сложившееся представление о медсестре как о помощнике врача, выполняющем лишь вспомогательные медицинские функции; низкий профессиональный и социальный статус; низкий уровень подготовки и отсутствие перспектив профессионального роста; недооценка значимости и научных принципов к организации и управлению сестринской деятельностью, пренебрежение зарубежным опытом [1].

Сестринское дело – это искусство и наука одновременно. Оно требует владения специфическими навыками, знаниями и умениям их практического применения, базируется на знаниях и методах различных гуманитарных дисциплин, а также наук, изучающих физические, социальные, медицинские и биологические законы.

Назрела необходимость структурной перестройки отрасли, требующая новых подходов в решении задач оптимизации ресурсного обеспечения здравоохранения. Таким образом, следует четко перераспределить функций между врачами и средним медицинским персоналом, между средним и младшим медперсоналом; усилить позиции среднего медицинского персонала на всех уровнях медицинского обслуживания; увеличить долю средних медицинских работников в кадровой структуре отрасли; повысить их правовой и материальный статусы.

Роль, функции и организационные формы деятельности сестринского персонала меняются в соответствии с новыми задачами, что требует совершенствования образовательной части системы подготовки и повышения квалификации специалистов сестринского дела.

Для реализации эффективной организационной деятельности сестринских кадров необходима подготовка главных медицинских сестер в современной интерпретации - профессиональных менеджеров сестринских служб [2].

В некоторых странах существует более пятнадцати категорий сестринского персонала, отличающихся по степени своей профессиональной подготовки. Сестру, прошедшую подготовку по-

вышенного уровня характеризуют: специализация; расширенные знания и более совершенные навыки; высшее образование и подкрепление практики исследованиями; значительная степень независимости в практической работе и самостоятельность в принятии решений [3].

Наблюдаемая в настоящее время тенденции развития сестринского дела свидетельствуют о следующем: наблюдается тенденция к уменьшению соотношения врач-медсестра до 1:2,2, что противоречит мировым тенденциям по этому показателю (1:4) [4]; подавляющее число врачей не признают вклад медсестры в лечебно-диагностический процесс, не умеют и не ориентированы на выстраивание равноправных партнерских отношений с ними [1]; тенденция к развитию синдрома профессионального выгорания [5, 6]. Сестринский руководитель имеет ряд преимуществ, позволяющих ему становиться лидером перемен в будущем, идеологом непрерывного образования медицинских сестер. В подготовке главных сестер необходимо создавать условия для получения знаний по руководству, менеджменту, лидерству с использованием различных форм учебного процесса; использовать в учебном процессе опыт признанных сестринских руководителей; расширить перечень номенклатуры должностей сестринских руководителей, что позволит в будущем решить вопросы их рационального трудоустройства и мотивации.

Для поднятия престижа к сестринской профессии следует обучить сестринских руководителей азам делового профессионального общения одновременно с повышением уровня внутренней самооценки медицинских сестер; публиковаться в периодических изданиях; повышать роль общественных объединений медицинских сестер в улучшении качества медицинских услуг посредством обеспечения охвата наибольшего числа медиков непрерывным образованием, формированием положительной их мотивации к самообразованию; совершенствовать нормативно-правовые базы трудоустройства медицинских сестер с высшим образованием.

На сегодняшний день сестринское дело в Казахстане развивается не как самостоятельная дисциплина, а как вспомогательная часть медицины. В то же время в Европе и США сестринское дело получило качественно новое развитие вследствие разработки научной базы сестринского процесса в 40-50-х годах прошлого столетия, что привело к признанию общественностью уникальной роли медицинских сестер в здравоохранении, не только в лечебном процессе, но и в повышении профессионального статуса средних медицинских работни-

ков. Также следует отметить, что реформа сестринского дела в Казахстане должна включить решение и теоретического содержания дисциплины, т.е. определения роли и места медперсонала среднего звена (МПСЗ) в структуре системы общественного здравоохранения, в процессе оказания медицинской помощи на различных этапах. Если раньше эта дисциплина базировалась на концепции «медсестра – помощник врача», то в настоящее время с внедрением в нашей стране высшего сестринского образования и появлением медсестер-менеджеров возникает вопрос о необходимости расширения границ сестринской практики и, таким образом, определения роли МПСЗ в стратегии развития общественного здравоохранения РК [7].

Сегодня феномен института сестринского дела представляет собой одну из основных частей системы здравоохранения любого цивилизованного государства. Традиционная роль медицинской сестры постепенно начала меняться и становиться одной из предназначающих в политике реформирования здравоохранения [8].

На протяжении многих десятилетий в нашей стране проводилась политика пренебрежения сестринским делом, и это привело к значительному отставанию этой сферы общественного здравоохранения от уровня многих зарубежных стран, от развития современной науки и новых медицинских технологий, явилось причиной ухудшения качества сестринской помощи в Казахстане, массового выбывания из профессии подготовленных сестер и повсеместного дефицита сестринских кадров.

В то время как в других зарубежных государствах, в частности в США и странах Западной Европы, наоборот, медсестринская практика набирала обороты и начала развиваться как самостоятельная наука. Поднялся престиж данной специальности и на сегодняшний день она является одной

из наиболее уважаемых профессии [9]. Медсестра является партнером врача, обладает высокой квалификацией и полномочиями.

В настоящее время в процессе реформирования института сестринского дела в Республике Казахстан начали свою работу несколько инициатив. Так, в Стратегическом плане Национального Медицинского Холдинга одной из приоритетных задач является совершенствование системы профессионального развития среднего медицинского персонала, включая расширение его прав и полномочий. Современная система здравоохранения требует новых и творческих подходов для своего успешного развития. И одним из требований является, несомненно, функция управленца сестринского дела. Медсестра-менеджер в развитых странах фигура очень весомая.

Медсестра-менеджер ответственна за взаимоотношения с вышестоящими, равными и нижестоящими по службе; профессионализм, менеджмент ресурсов [10]. Роль медсестры-менеджера многогранна и сложна. Интеграция клинических дел с управленческими функциями, синтез лидерских возможностей с требованиями менеджмента и забота о человеческих ресурсах – вот с чем сталкивается медсестра-менеджер во время своей работы. Следовательно, роль медсестры-менеджера - обеспечивать эффективную операционную деятельность в своем подразделении, вносить вклад в миссию своей организации и повышать качество обслуживания [10].

Таким образом, поддержка и реализация инициатив медицинских сестер, стимулирование лидерства, совершенствование системы отбора и применение многообразных форм и уровней обучения благоприятно скажутся на будущем сестринского дела в Республике Казахстан.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вальчук А.Э., *Личностные особенности и специфика труда медицинских сестер // Медицинская сестра на рубеже XXI века Сб.научн.работ.-Гродно, 2002.- С.246-248.*
2. Хильмончик Н.Е. *Теоретические основы сестринского дела в контексте реформирования здравоохранения // Медицинская сестра на рубеже XXI века Сб.научн.работ.-Гродно, 2002.- С. 141-142.*
3. Гончарова Г.Н., Горбачев Н.А., Упатов В.В. *Медико-социальный и психологический портрет организатора здравоохранения //Здравоохранение Российской Федерации-2002.-№6.-С.27-31.*
4. Вальчук А.Э., *К вопросу об имидже сестринского дела // Медицинская сестра на рубеже XXI века Сб.научн.работ.-Гродно, 2002.- С.243-245.*
5. Матвейчик Т.В. Волченко В.Ф. *Самодиагностика и профилактика синдромов эмоционального выгорания и хронической усталости // Учебно-практическое пособие, изд. БелМАПО-2002.- 23с.*
6. Соколова Э.А. *Психологические проблемы руководителей и подчиненных в медицинском коллективе // Современная психология: состояние и перспективы. Тез.докл.юбил. науч.конф ИП РАН. М.:2002.Т.2.-С. 235-238.*
7. Бурибаева Ж.К. *“Теоретические и методологические основы развития сестринского дела на уровне первичной медико-санитарной помощи” :Автореферат дис...д-ра.мед. наук, Алматы, 2008*
8. Аяпов К.А. *“Социально-гигиенические и организационные основы развития сестринского дела в Казахстане” : автореферат дис. д-ра мед. наук. Бишкек, 2002*
9. Т.Г. Тульчинский, Е.А. Варавикова; Пер. Б. Бен-Яков. - Иерусалим: *Amutah for education and Health, 1999. - 449*
10. P.S.Yoder-Wise//*Leading and managing in Nursing, fourth edition. Texas-2007.-p.57*

*Жемпиissova A.S.***ҰЛТТЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНДЕ МЕДБИКЕ-МЕНЕДЖЕРЛЕРГЕ ДЕГЕН ҚАЖЕТТІЛІК**

Медбикелердің білім деңгейінің жоғарылауы, медбике менеджерлерді дайындау, академиялық санаттарды алу, толыққанды әлеуметтік және заңи статусы қамтамасыз ету заманауи денсаулық сақтау жүйесінің қажетті талаптары болып табылады. Жоғары білімі бар орта медициналық персонал жаңа және жоғары сапалы қызметкерлер, белсенді әрі шығармашыл ойланатын менеджерлер мен күтім бойынша мамандар болады.

*Zhempiissova A.S.***REQUIREMENT IN NURSE-MANAGERS IN THE NATIONAL HEALTH CARE SYSTEM**

Increasing the level of education of nurses, training nurses- managers, receiving academic degrees, providing a full social and legal status are the essential requirements in today's health care system. Nurses with higher education will be a completely new and high-quality employees, active and creative managers and specialists for care.

*Жузжанов О.Т., Курмангалиева Л.Е.***СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДОСТУПНОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК В КАЗАХСТАНЕ И В МИРЕ. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ***Медицинский университет г.Астаны, МБА кафедра общественного здравоохранения*

Актуальность. Пересадка почки, обеспечивающая высокое качество жизни пациентам с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ТХПН) во всем мире признана одним из главных достижений современной медицины. То, что 50 лет назад было экспериментальным, рискованным методом ограниченного применения, стало рутинной клинической практикой более чем в 80 странах мира. Однако на сегодняшний день данная служба в Казахстане лишь становится на путь развития.

Место трансплантации в лечении ТХПН. Лечение пациентов, с терминальной стадией хронической почечной недостаточностью на сегодняшний день представляет одну из самых актуальных проблем клинической медицины, что обусловлено, с одной стороны, неуклонным увеличением числа больных страдающих этой патологией на 13,95% в Казахстане и на 5% во всем мире ежегодно [1,2], с другой — несовершенством применяемых в настоящее время методов заместительной почечной терапии [3,4,5,6,7,8,9].

В качестве заместительной терапии существует два пути решения этой проблемы. Первый – хронический диализ пациента, второй – трансплантация нового работоспособного органа.

Между тем, даже самый эффективный

режим диализа обеспечивает только от 10% до 12% удаления низкомолекулярных веществ по отношению к норме, осуществляемой двумя здоровыми почками, а удаление высокомолекулярных соединений еще ниже [10, 11].

Хронический диализ имеет значительное число осложнений, число которых прогрессирует с увеличением срока диализного лечения [3,4,5,6,7].

В связи с этим в настоящее время наиболее предпочтительным методом лечения больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности является трансплантация почек [12,13, 14, 15]. Этот метод исключает возникновение осложнений, присутствующих у «диализных» пациентов, и существенно улучшает качество жизни последних.

Глобальное неравенство доступности трансплантации почек и ситуация в Казахстане.

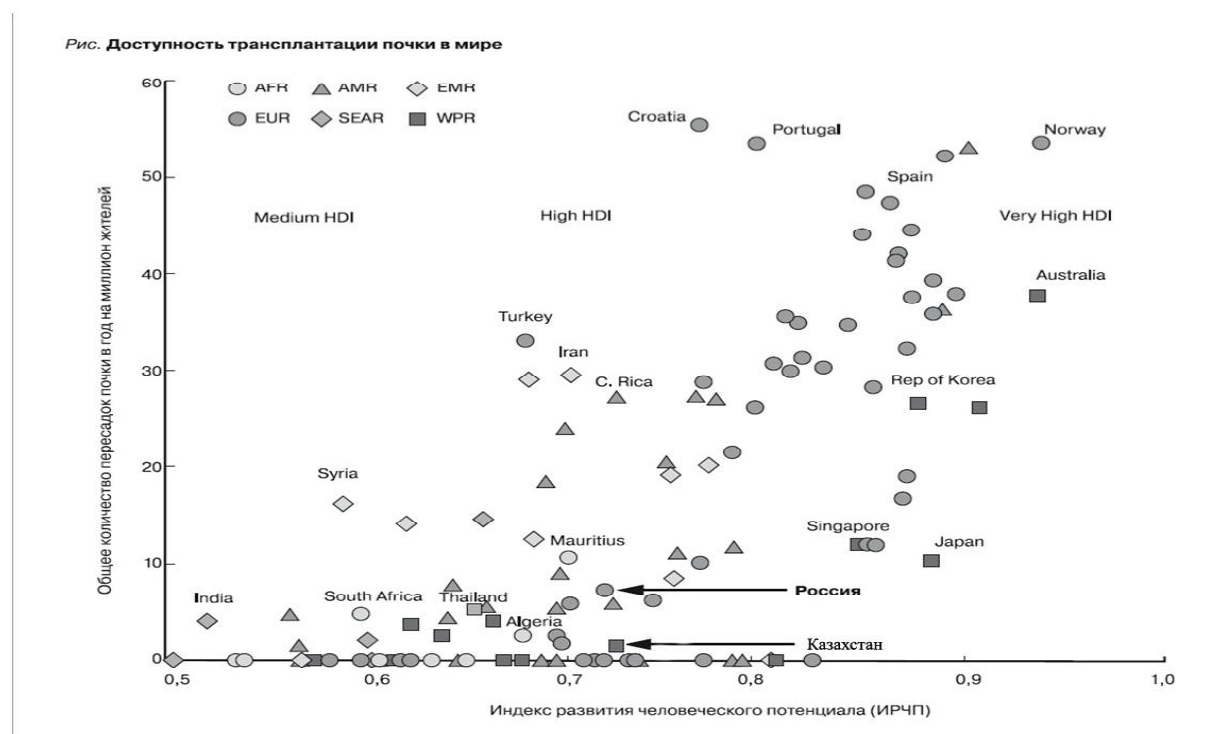
На сегодняшний день в Казахстане имеются лишь два центра, выполняющие единичные операции по трансплантации почек в городе Алматы. В АО «Национальный научный центр хирургии» им. А.Н.Сызганова в 2010 году было выполнено 7 трансплантаций донорских почек, в 2011- 7. В АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи» в 2010 году

лишь 2, в 2011 году- 5 трансплантаций. Тогда как с терминальной стадией почечной недостаточности на учете состоит 1511 пациентов в Республике Казахстан.

Так в России в 2010 году количество операций по трансплантации почек, проведенных за счет средств федерального бюджета, в сравнении с 2009 годом увеличилось на 69% и составило 558 операций. В Беларуси в январе-июле 2010 года было выполнено 63 операции по пересадке почки.

Согласно методологии исследования Всемирной организацией здравоохранения по донорству и трансплантации, которая показывает связь между частотой трансплантации почек и индексом развития человеческого потенциала (ИРЧП) (рисунок) видно, что частота трансплантаций снижена в странах с низким и средним ИРЧП и даже среди стран с высоким ИРЧП имеется

существенный разброс. В 2010 году частота трансплантаций более 30 операций на один миллион населения отмечена лишь в западной Европе, США и Австралии. Казахстан относится к странам с высоким уровнем ИРЧП (ИРЧП-66). Но несмотря на это здесь число трансплантаций (0,6 на миллион населения) меньше чем даже в странах со средним уровнем ИРЧП (Россия-7,31 (ИРЧП-65), Белоруссия-13,3 (ИРЧП-61), Иран-29,60 (ИРЧП-70), Саудовская Аравия-19,27 (ИРЧП-55), Мальта-35,99 (ИРЧП-33), Шри-Ланка-14,71 (ИРЧП-91), Тунис-12,57 (ИРЧП-81), Турция-33,05 (ИРЧП-83), Уругвай-27,35 (ИРЧП-52), Колумбия-20,45 (ИРЧП-79), Бразилия-23,45 (ИРЧП-73), Коста-Рика-27,17(ИРЧП-62), Мексика-20,45 (ИРЧП-56), Индия – 3,26 (ИРЧП-119) трансплантаций на миллион населения соответственно) [16].



Экономическая эффективность трансплантации почки.

С точки зрения клинико-экономического анализа – ТХПН является высокозатратной нозологией, как для государства, так и для пациента. Охватывая возможные затраты на диагностику, лечение, профилактику осложнений заболевания, оценив каков процент страдающих ТХПН не получают должное лечение, получают инвалидность, а следовательно, могут потерять работоспособность, активную жизненную роль и веру в себя, можно посчитать финансовые потери для государства. В данном разделе будут представлены прямые расходы государства на годовую процедуру диализа на одного пациента и средняя стоимость трансплантации почек в Казахстане.

По данным Университетской клиники города Эссен (Philipp T., Paul A., 2006), годовая

стоимость диализа для одного пациента составляет приблизительно 40000 Евро, стоимость трансплантации почки составляет 35000 Евро, последующие расходы- около 10000 Евро в год на одного пациента. Таким образом, уже через год, экономия составит 35000 Евро на одного пациента.

Трансплантация и нахождение пациентов в стационаре бюджету здравоохранения Республики Казахстан в 2010 году обошлись в 19 168 750,46 тенге, в 2011 году- 21 498 872,04 тенге. Согласно сложившейся клинической практике в Казахстане лечение хронической почечной недостаточности, и процедура диализа должны выполняться в среднем не менее 12 часов в неделю или 3 раза по 4 часа в неделю. Так стоимость процедура диализа согласно утвержденным тарифам Министра

здравоохранения в 2010 году составляла 29774,39 тенге, годовое лечение одного пациента с ХПН в 2010 году составило 4 287 512,16 тенге. В 2011 году стоимость процедуры диализа составила 28122,41 тенге годовое лечение одного пациента-4 049 627,04 тенге.

Так по результатам экономических расчетов средняя стоимость трансплантации почки в 2010 году была в 2 раза ниже стоимости годового лечения одного пациента с ХПН, а уже в 2011 году

2,3 раза.

Закключение. Согласно анализу связи между частотой трансплантации почки и ИРЧП, Казахстан намного отстает от своей группы стран с высоким уровнем ИРЧП, и находится на уровне стран с низким уровнем ИРЧП. По результатам только прямых расходов бюджета здравоохранения на лечение ХПН трансплантация почки в 2 раза ниже стоимости годового лечения пациента на диализе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куттымуратов Г.М., Ошақбаев К.П., Хасенова А.С., Султанов Э.Ш., Зайналов А.К., Удербает Н.Н., Состояние службы трансплантации почки в республике Казахстан // Журнал Валеология №4 2011 г. Стр.233-238
2. Бикбов, Б.Т., Томилина Н.А. Заместительная почечная терапия в России состояние перспективы (по данным регистра РДО) / Б.Т. Бикбов, Н.А.Томилина// Тез. докл. - Прага, 2006. - С. 127-129.
3. Orsenigo, E. Multivariate analysis of factors affecting patient and graft survival after renal transplant / E. Orsenigo, C. Socci, M. Carlucci // *Transplant Proc.* 2005. - Vol. Jul-Aug. - № 37(6), P. 2461-2463.
4. Hsu T.H. Laparoscopic donor nephrectomy in the elderly patient / T.H. Hsu, L.M. Su, L.E. Ratner // *Urology.* 2002. - Vol. 60. - P. 398-401.
5. Navidad, F. Caballero // *Clin Transplant.* 2003. - № 17. - P. 308.
6. Cecka, J.M. Living donor transplants / J.M. Cecka // *Clin. Transpl.* 1995. -Vol. 75. P. 363-377.
7. Woo, K.T. Social and cultural aspects of organ donation in Asia / K.T. Woo // *Ann. Acad. Med.* 1992. - Vol. 21. - P. 421-427.
8. Alfani, D. Kidney transplantation from living unrelated donors / D. Alfani, R. Pretagostini, P. Bruzzone // *Clin Transpl.* 1998. - Vol. 37. - P. 205-212.
9. Kerr, S.R. Living donors >55 years: to use or not to use? / S.R. Kerr, K.J. Gillingham, E.M. Johnson // *Transplantation.* 1999. - Vol. 67. - p. 999-1004.
10. Белорусов, О.С. Пересадка почки с множественными артериями от живого родственного донора / О.С. Белорусов, В.А. Горайнов, И.О. Миланов // *Хирургия.* 1991. - № 1. - С. 26-29.
11. Geffner, S.R. Living-unrelated renal donor transplantation: the U.N.O.S. experience, 1987-1991. United Network for Organ Sharing / S.R. Geffner, A.M. D'Alessandro, M. Kalayoglu // *Clin. Transpl.* 1994. - P. 197-201.
12. Мойсюк, Я.Г. Трансплантация почки от живого родственного донора — новый взгляд и подходы к проблеме / Я.Г. Мойсюк // *Вестник трансплантологии и искусственных органов.* — 2001. № 3-4. - С. 56-62.
13. Данович, Габриэль М., Руководство по трансплантации почки / М. Габриэль Данович. Тверь, «Триада», 2004. - 472с.
14. Мойсюк, Я.Г. Трансплантация почки от живого родственного донора / Я.Г. Мойсюк // *Нефрология и диализ.* 2001. - № 3. С. 328-334.
15. Szwarc, V. Delayed graft function: a frequent but still unsolved problem in renal transplantation / I. Szwarc, V. Garrigue, S. Delmas // *Nephrol Ther.* 2005. - Vol. Dec. - № 1(6), P. 325-334.
16. <http://www.who.int/transplantation/knowledgebase/en/> Accessed 29/11/2011

О.Т. Жүзжанов, Л.Е. Құрманғалиева

ҚАЗАҚСТАН МЕН ДҮНИЕ ЖҮЗІНДЕГІ БҮЙРЕК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСЫНА ҚОЛЖЕТІМДІЛІКТІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ АНАЛИЗІ. СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІН ЕМДЕУДІҢ ЭКОНОМИКАЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі денсаулық сақтау басқармасы үшін және нефрология үшін дербес көкейкесті әлеуметтік-экономикалық мәселе болып табылады. Қазақстанда бүйрек трансплантациясының қолжетімділігін әлемнің басқа елдерімен салыстырмалы анализсіз бұл мәселе туралы айту қиын. Бүйрек трансплантациясы жиілігі мен адам потенциалының даму индексі арасындағы байланысты көрсететін ДДҰ бекітілген методологиясы жетімділік анализінің бір тәсілі болып табылады.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF AVAILABILITY THE TRANSPLANTATION OF A KIDNEY IN KAZAKHSTAN AND IN THE WORLD. ECONOMIC ASPECTS OF TREATMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE (CDK)

CDK is an actual social and economic problem both for health system and for nephrology in particular. Without the comparative analysis of availability of kidney transplantation in Kazakhstan with other countries of the world it is difficult to judge adequately a situation of this service in the country. One of approaches of the analysis of availability is the approved methodology of comparison of WHO which shows connection between frequency of transplantation of a kidney and an index of human development (HDI).



Канатбаева А. С.

РОЛЬ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА В ПРОЦЕССАХ СОЦИАЛЬНОЙ МОДЕРНИЗАЦИИ

ГККП ГП №7

Приоритетное развитие первичного звена здравоохранения обусловлено тем, что именно эта служба должна обеспечить гарантированный минимум медицинской помощи, доступность медицинских и социальных услуг, координацию с другими службами здравоохранения, непрерывность наблюдения за ведением пациентов [1,2-4]

В нашем здравоохранении по-прежнему много наболевших нерешенных вопросов. А одни из самых насущных – это кадры и низкая информированность населения о своих возможностях и правах на получение медицинских услуг.

Укомплектованность поликлиник врачами первичного звена едва достигает 60,0 %, из которых 50,0–60,0% составляют лица пенсионного возраста. Приток молодых специалистов общей практики явно недостаточен. Сложившаяся ситуация обуславливает первостепенность подготовки высшими медицинскими учебными заведениями квалифицированных врачей для работы в первичном звене здравоохранения. Однако подавляющее большинство выпускников медицинских вузов предпочитают программы узкой специализации, не уделяя должного внимания общей врачебной практике. Были проведены опросы населения в России, в котором отмечено что работой поликлиники в России удовлетворены лишь 40% городского населения [5,6,7]. В Казахстане в то же время только в 2011 году более 2 тыс. граждан обращались с жалобами на качество медицинской помощи, нарушение

правил оказания гарантированной бесплатной медицинской помощи в регионах.

Другая проблема – работа с населением по профилактике здорового образа жизни. Вопросы формирования здорового образа жизни являются приоритетными в концептуальных подходах к развитию здравоохранения и охране здоровья в России последнего десятилетия. Социологическое исследование мнения врачей и пациентов показывает, что, несмотря на высокую степень доверия к рекомендациям врача по формированию здорового образа жизни, охват консультациями населения очень низкий. Основной причиной врачи назвали недостаток времени (80,3%), что свидетельствует о необходимости оптимизации рабочего времени врача. Отсутствие убежденности у 35,0% врачей в эффективности рекомендаций показывает низкий уровень знаний врачами результатов научных исследований по вопросам профилактики. Большинство врачей осознает отрицательное влияние собственного образа жизни на выполнение пациентами профилактических рекомендаций. 15,1% респондентов считает, что наличие вредных привычек у врача вызывает негативную реакцию у пациентов, 44,5% - снижает вероятность выполнения рекомендаций, 20,4% уверены, что не снижает, если пациент доверяет врачу и лишь 11,7% считают, что не снижает. При этом, значительная часть врачей (41,6%), призванных к формированию здорового образа жизни у населения, не уделяют внимания собственному здоровью. Недостаток времени, подверженность самих врачей воздействию факторов риска,

сомнение в эффективности профилактических рекомендаций приводят к игнорированию обязанности консультирования пациентов по вопросам здорового образа жизни. Вместе с тем полученные результаты свидетельствуют о наличии значительного методического резерва в борьбе с поведенческими факторами риска [8,9,10].

И тем не менее, как указал наш президент, модернизация здравоохранения и здоровый образ жизни есть вопрос об ответственности за здоровье самих людей. **Свое личное здоровье надо формировать прежде всего самому человеку.** И принимаемые государством меры будут иметь в тысячу раз больший эффект, если забота о здоровье станет делом каждой семьи. Однако многие халатно относятся к своему здоровью, по сути, не хотят быть здоровыми. Каждый казахстанец должен понять, что **без здорового образа жизни, без умеренного питания, без движения и спорта** долго прожить невозможно. Перспективный вопрос модернизации – развитие такой формы страховой медицины, при которой ответственность за здоровье разделяют три стороны: человек, его работодатель и государство. Вся работа по социальной модернизации должна строиться на единой плановой основе. Это касается более 1,5 млн. казахстанцев, в том числе 370 тыс. педагогов и 184 тыс. врачей и других медицинских работников. Они – главная сила модернизации. Их права и обязанности должны регулироваться на законодательном уровне. Без этого качественных изменений в системе образования и здравоохранения будет сложно добиться [11].

Каковы же пути улучшения качества работы участкового врача? *Дорогостоящая стационарная помощь в Казахстане сократилась на 18,8 процента, и в этом году ее долю планируется снизить еще на 5 процентов. Упор делается на первичную медико-санитарную помощь, и в этом году на стимулирование участковых специалистов выделено 6,7 млрд. тенге.* Стимулирующая часть будет формироваться за счет средств, отдаваемых министерством в поликлиники через областные управления здравоохранения. Если на участке у врача нет материнской и младенческой смертности по причинам, которые можно было предотвратить. Если на его участке раннее выявление туберкулеза, онкологии, а больные не госпитализируются в экстренном порядке с инсультом и инфарктом, то это говорит о хорошо налаженной профилактической работе, и такой участковый может получить практически вторую зарплату.

В целях достижения конкурентоспособности участкового врача целесообразно внедрять следующие программы: мотивации персонала с системой дополнительного материального стимулирования всех сотрудников и четким распределением функциональных обязанностей; информационно-просветительской для населения; повышения качества предоставляемых услуг

населению; компьютеризации; развития организации; основанной на современных принципах менеджмента и инновационных организационных, экономических и медицинских технологиях.

Интересен опыт внедрения инновационных технологий в амбулаторно-поликлиническом центре Казани. Положительная динамика медико-демографических показателей здоровья прикрепленного поликлиники свидетельствует об эффективности оказания первичной медико-санитарной помощи по принципу общей врачебной практики в условиях внедрения инновационных технологий. С 2000 г. отмечается стабильное снижение показателя смертности. Активное выявление заболеваний на ранних стадиях врачами общей практики привело к росту впервые выявленных заболеваний в 2004 г., затем уровень заболеваемости снизился и составил в 2007 г. 631,2 случая на 1000 населения. Средняя длительность одного случая временной нетрудоспособности работающего населения снизилась в 2007 г. до 10,8 дней. Использование маркетинга как технологии изучения удовлетворения потребностей пациентов позволило получить портрет потребителя медицинских услуг, который отдает приоритет качеству обслуживания, общей врачебной практике и широкому спектру медицинских услуг. Внедрение в общую врачебную практику клинических протоколов диагностики и лечения, основанных на доказательной медицине, позволяет повысить качество оказания медицинской помощи. 10,9+0,31, уменьшилось число рецидивов заболевания с 5,36 до 4,70 случаев на 1000 работающих [12,13-14].

Компьютеризация работы врача является исключительно перспективным процессом. Все врачи поликлиник, стационаров, родильных домов Астаны и Алматы, начиная с текущего года, работают с программой МСС.

Говоря о пользе МСС для поликлиник, стоит отметить, что она отслеживает выполнение следующих нормативов:

- регистрация запроса на прикрепление пациента к медицинской организации;
- прикрепление врачей по территории обслуживания;
- запись на прием;
- регистрация результатов осмотра и выявление диагноза;
- направление на госпитализацию, на обследование и лечение;
- регистрация вызова врача на дом. Единая информационная система здравоохранения Республики Казахстан – комплекс программно-технических средств и технологий связанных воедино средствами передачи данных, объединенных общей идеологией, подходами классификаторами и другими средствами, обеспечивающими целостную структуру управления здравоохранением на основе единых

процедур сбора, обработки, агрегации и анализа информации [15].

Однако, компьютерные технологии, доступные врачу в наше время, далеко не исчерпываются рутинным использованием ПК на участке. Всё больше и шире развивается система телемедицины, позволяющая связать в единую сеть отдалённые сельские пункты амбулаторной помощи и крупнейшие научные центры, столичные и районные больницы, научные центры разных стран [16,17].

Среди огромного количества околонулевой, не подтверждённой или ложной информации достаточно сложно найти по-настоящему достоверные научные сведения. В работе врача надёжность информации является крайне важной - поэтому появилась необходимость в специальных подходах к поиску информации во Всемирной Сети. Есть ряд электронных хранилищ, которые предлагают достоверную и свежую информацию по всем отраслям медицины [18]. Одним из них является MEDLINE - база данных Национальной Медицинской Библиотеки США, которая включает более 11 миллионов источников биомедицинской литературы с 1960-х годов и ежегодно обновляется. Свободный доступ к этой базе обеспечивает ресурс Pub MED.

Он не только позволяет любому пользователю Интернета беспрепятственно получить нужную информацию из базы, но также существенно облегчает поиск необходимых данных и позволяет отсортировать более новые источники. Кроме того, Национальная Медицинская Библиотека США предложила систему подзаголовков медицинских терминов, которая используется в ресурсе Pub MED и позволяет не только легко и быстро ориентироваться в более чем 19000 терминах, но и находить именно те статьи, в которых содержатся нужные пользователю термины. Все эти ресурсы и системы были созданы специально для удобства практикующих врачей, с конечной целью обеспечить клиницистов и исследователей доступной, достоверной и свежей информацией с минимальными затратами времени и сил [19,20,21].

Таким образом, инновационные технологии в работе участкового врача процессы модернизации способствуют экономической результативности, улучшению качества диагностики и лечения, увеличению объема лечебно-диагностических мероприятий, что ведет к доступности высококвалифицированной медицинской помощи, повышению удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием и медицинского персонала своей работой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Линденбратен А.Л. *Методологически е основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи* / А.Л. Линденбратен, В.И. Стародубов, О.П.Щепин // *Монография -М.: Медицина, 2002.-264с.*
2. Магаев К.А. *Организация деятельности муниципальной поликлиники как многофункционального медицинского комплекса: Автореф. дис. . канд. мед. наук М., 2005. - 24 с.*
3. Стародубов В.И. *Обеспечение качества медицинской помощи -приоритет системы здравоохранения* / В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, А.В. Короткова // *В кн.: Научн. тр. Всерос. научн.-практ. конф. 2005г.-М.: ЦНИОИЗ, 2005.- С.4-10.*
4. Калининская А.А. *Первичная медицинская помощь. Состояние и перспективы развития.* / А.А. Калининская, В.И. Стародубов, С.И. Шляфер // *Монография. - М.: Медицина, 2007.- 264с.*
5. Вялкова Г.А. *Показатели эффективности деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений* / Г.А. Вялкова, В.О. Флек // *Главный врач. -2004.- №6. С.69-71.*
6. Хальфин Р.А. *Актуальные вопросы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации* / Р.А. Хальфин // *Здравоохранение. 2003. - №. -19-26.*
7. Сагеев С.С. *Актуальные аспекты первичной медико-санитарной помощи. Вестник КазНМУ / организация здравоохранения. 27 апреля 2012*
8. Агаларова Л.С. *Роль врача общей практики в формировании здорового образа жизни.* // *Здравоохранение Рос. Фед. 2009. -Вып.4. - С.44-47.*
9. Гайдаров Г.М., Ростовцева Н.Ю., Музыка Д.Ю. *Об основных проблемах организации профилактической работы участкового врача терапевта* // *Проблемы городского здравоохранения: Сб. науч. трудов. Санкт-Петербург, 2006. Вып. 11. - С. 71-74.*
10. Лазаренко А.И., Заика Н.М. *Врачи общей практики в системе первичной медико-санитарной помощи.* // *Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории мед. 2008. - № 2.- С. 53-55.*
11. Н.А. Назарбаев. *Социальная модернизация Казахстана: Двадцать шагов к Обществу Всеобщего Труда.* *Казправда. Общенациональная ежедневная газета № 240-241 (27059-27060) 27.07.2012*
12. Латыпов, Равиль Максutowич. *Организационно-практические вопросы совершенствования службы первичного звена здравоохранения РТ. : автореф. дис. . канд. мед. Казань. 2008-24 с.*
13. Козак, В.С. *Доступность первичной медицинской помощи как цель модернизации здравоохранения* / В.С. Козак // *Главный врач. — 2004. — № 5.*
14. Энгстром, С. *Эффективна ли общая врачебная практика? Систематический обзор литературы* / С.Энгстром, М.Фолдеви, Л.Борквист // *Российский семейный врач. — 2002. — Т.6, № 4. — С.62—68.*

15. Государственная программа «Салауатты Қазақстан» на 2011-2015 годы утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113.

16. Антушева Е.В. Компьютерные технологии в работе врача – достижения, препятствия, границы // Современные наукоемкие технологии. – 2009. – № 11 – С. 5-10

17. Как работать с медицинской литературой, Фухс-Будер Т., ОКЛ 11, Архангельск, 2005 год

18. Что можно найти в Сети, Уенкер О., ОКЛ 9, Архангельск, 2004 год

19. Обучающие электронные ресурсы, Снейд, Р.Д., ОКЛ 13, Архангельск, 2008

20. Информационная система распределения интернатуры в США, Вуд М., ОКЛ 14, Архангельск, 2009 год

21. Automation and computerisation - how much is enough? C. J. Kalkman, Refresher Course Lectures, Milan.

Қанатбаева А. С.

ӘЛЕУМЕТТІК ЖАҢА РТУДА АУМАҚТЫҚ ДӘРІГЕРДІҢ ОРНЫ

Учаскелік дәрігердің жұмыс белсенділігі мен нәтижелілігінің арттыруда инновациялық технологияларды енгізу экономикалық пайда, диагностика мен емнің жақсаруына, емдік алдын алу шараларының көбеюіне, жоғары мамандандырылған медициналық көмекке деген тұрғындардың қол жетімділігін арттыруға мүмкіндік береді.

Kanatbayeva AS.

ROLE OF THE DISTRICT DOCTOR IN PROCESSES OF SOCIAL MODERNIZATION

Innovative technologies in work of the district doctor processes of modernization promote economic productivity, improvement of quality of diagnostics and treatment, increase in volume of medical and diagnostic actions that conducts to availability of highly skilled medical care, increase of satisfaction of patients by medical care and the medical personnel the work.



Муканова Г. К.

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА, КАК ВАЖНЫЙ ОТДЕЛ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ

КГП на ПХВ «Кардиологический центр»

Одна из наиболее важных задач лабораторной диагностики – диагностика неотложных состояний. Результаты данных исследований необходимы для установления диагноза в экстренной ситуации, для оценки тяжести состояния больного, коррекции заместительной или медикаментозной терапии. В большинстве ЛПУ эту работу выполняет лаборатория экспресс-диагностики.

По литературным данным от доставки материала в лабораторию до получения результата исследования не должно проходить более 40 минут для специализированных лечебных учреждений и 1 часа для экспресс-лабораторий многопрофильных лечебных учреждений. Однако современные представления о критических состояниях и способах их коррекции предъявляют более высокие

требования к срокам получения результатов экстренных лабораторных исследований. Для оказания реанимационной помощи время выполнения лабораторных исследований по жизненным показаниям не должно превышать 3-5 минут (к таким исследованиям относятся исследования кислотно-основного состояния, гемоглобина, гематокрита, глюкозы, электролитов, лактата). При наличии соответствующего аналитического оборудования, близком территориальном расположении лаборатории экспресс-диагностики и отделения реанимации или приемного отделения можно получить клиницистам жизненно важную информацию о состоянии больных в эти сроки.

В Постановлении правительства РК от 21

декабря 2011 г. №1566 «Об утверждении Положения о деятельности организаций и (или) структурных подразделений здравоохранения, осуществляющих лабораторную диагностику, а также объема и видов проводимых ими исследований» даны определение и задачи экспресс-лабораторий.

ЭКСПРЕСС-ЛАБОРАТОРИЯ – осуществляет деятельность в целях немедленного получения информации, необходимой для оценки состояния пациента и принятия решения о неотложных лечебных мерах.

Деятельность ЭКСПРЕСС-ЛАБОРАТОРИИ в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь, осуществляется в круглосуточном режиме для больных, находящихся:

- В реанимационном отделении;
- В отделении гемодиализа;
- В приемно-диагностическом отделении –

для пациентов, состояние которых требует скорой и неотложной медицинской помощи, а также для проведения дифференциальной диагностики.

Основная задача ЭКСПРЕСС-ЛАБОРАТОРИИ:

- Экстренное выполнение лабораторных исследований биологического материала пациентов при неотложных и острых состояниях.

При КГП на ПХВ «Кардиологический центр» Акима Северо-Казахстанской области имеется объединенная клиничко-биохимическая лаборатория, которая в себя включает следующие отделы: централизованная биохимическая лаборатория, централизованная бактериоскопия МБТ (для нашего стационара и поликлиник города), отдел иммуноферментного анализа также для стационара и поликлиник города, бактериологический отдел, клинический отдел, лаборатория экспресс-диагностики. С открытием Кардиологического центра лаборатория экспресс-диагностики не только расширилась, переоборудовалась, но и поменяла свой стиль и характер работы.

Для улучшения лабораторного обследования больных с острыми неотложными состояниями лаборатория экспресс-диагностики включена в состав клиничко-диагностической лаборатории, сюда же объединены лабораторные исследования для больных реанимационных отделений, операционных, приемного отделения и тяжелобольных других коечных отделений. То есть это единая лаборатория экспресс-диагностики, которая имеет соответствующее штатное обеспечение.

Для экстренной лаборатории разработан перечень тестов для диагностики неотложных состояний, который утвержден руководителем Кардиологического центра. В перечень входят:

1. Гематологические исследования: НВ, гематокрит, лейкоциты, эритроциты, тромбоциты, лейкоформула.
2. Общий анализ мочи.
3. Кислотно-основное состояние: гемоглобин, гематокрит, глюкоза крови, исследование

электролитов (калий, натрий, кальций, хлориды), лактата.

4. Исследование гемостаза: АЧТВ, тромбиновое время, протромбиновое время, % ПТИ по Квику, МНО, ФГ.

5. Биохимические исследования: АЛТ, АСТ, креатинин, мочеви́на, общий билирубин, глюкоза.

6. Т. к. у нас узкопрофильная больница, в этот перечень внесены маркеры некроза миокарда: тропонин Т, миоглобин, КФК-МВ фракция, маркер тромбоза и ТЭЛА Д-Димер.

Клиничко-диагностическая лаборатория совместно с лабораторией экспресс-диагностики работает по следующему принципу:

До 15 ч (время окончания работы плановых лабораторий) лаборатория экспресс-диагностики выполняет неотложные исследования для больных реанимационных отделений, операционных и приемного отделения, где в это время идет наиболее интенсивная работа. Для обеспечения анестезиологов информацией о состоянии больного во время операции в операционном блоке, организовано рабочее место для одного фельдшера-лаборанта, который выполняет исследование КОС, определяет уровень НВ, гематокрита, глюкозы, электролитов, время свертывания крови.

Все плановые исследования в это время выполняются для больных этих отделений плановыми лабораториями – клинической, биохимической, иммунологической.

После 15 часов, когда интенсивность работы в операционных значительно снижается и заканчивают работу дневные лаборатории, лаборатория экспресс-диагностики выполняет неотложные и назначенные на вечернее и ночное время исследования для всех отделений стационара.

Все вышеперечисленные исследования выполняются на высокотехнологическом оборудовании (анализатор электролитов и газов крови Radiometer ABL-800 flex, биохимический экспресс-анализатор «Reflotron» биохимический анализатор «Sapphire»-400, экспресс-анализатор инфаркта миокарда и тромбозмобилий Cardiac reader, гематологический анализатор МЕК-722К, автоматический анализатор свертывания крови SYSMEX CA-50, мочевого анализатор Urisys-1100). Это оборудование требует дорогостоящих расходных материалов, специальных современных вакуумных систем для забора биоматериала, поэтому себестоимость этих исследований выше, чем в плановой лаборатории.

Выводы:

Для улучшения лабораторного обследования больных с острыми неотложными состояниями целесообразно включить лабораторию экспресс-диагностики в состав клиничко-диагностической лаборатории, а также объединить лабораторные исследования для больных реанимационных отделений, операционных, приемного отделения и тяжелобольных других коечных отделений в единую лабораторию экспресс-диагностики

с соответствующим штатным обеспечением. Это позволило более эффективно использовать аппаратуру, снабжать лабораторию реактивами, повышать профессиональные навыки и знания, обеспечивать контроль качества.

Для того, чтобы рационально использовать деньги стационара необходим дифференцированный подход к каждому назначаемому экспресс-анализу.

Такая организация неотложных исследований требует присутствия постоянного состава сотрудников лаборатории, что в свою очередь дисциплинирует людей, повышает качество исследований и ответственность за их выполнение. Эта система позволяет готовить специалистов лабораторной диагностики для работы в очагах стихийных бедствий и катастроф.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Постановление правительства РК от 21 декабря 2011 г. №1566 «Об утверждении Положения о деятельности организаций и (или) структурных подразделений здравоохранения, осуществляющих лабораторную диагностику, а также

объема и видов проводимых ими исследований» дано определение и задачи экспресс-лабораторий.

2. А.А. Кишкун, г. Москва издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА», 2008 год. Справочник заведующего клинико-диагностической лабораторией.

Муқанова Г. К.

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА КЛИНИКАЛЫҚ-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЗЕРТХАНАНЫҢ МАҢЫЗДЫ БӨЛІМІ

Қауырт көмекті ұйымдастыру зертханада тұрақты жұмысшылардың болуын, олардың үнемі қызметте болуын талап етеді. Ол медициналық көмектің сапасын арттырады.

Mukanova G. K.

EXPRESS DIAGNOSTICS, AS IMPORTANT DEPARTMENT CLINICAL-DIAGNOSTIC OF LABORATORIES

The organization of urgent researches demands presence of constant structure of staff of laboratory that in turn disciplines people, increases quality of researches and responsibility for their performance. This system allows to prepare experts of laboratory diagnostics for work in the centers of natural disasters and accidents.



РЫНОК И СПРОС МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Астана

Введение. Здравоохранение в каждой стране имеет важное значение. На сегодняшний день она находится на общенациональном стратегическом уровне Республики Казахстан.

В последние годы рынок медицинских услуг Казахстана получил значительное развитие, благодаря чему, использования комплекс мероприятий, осуществляющих в процессе реформирования системы Здравоохранения. Принят Закон от 04.06.2003г. №430-2 «О системе здравоохранения». Настоящий Закон регламентирует следующие положения:

- Основные принципы и задачи государственной политики в области здравоохранения
- Государственное регулирование в области здравоохранения
- Правовое положение субъектов здравоохранения
- Порядок финансового обеспечения системы здравоохранения
- Осуществление медицинской деятельности

- Медицинская экспертная деятельность
- Фармацевтическая деятельность
- Научная деятельность в области здравоохранения
- Образование в области здравоохранения
- Правовое положение медицинского и фармацевтического работника

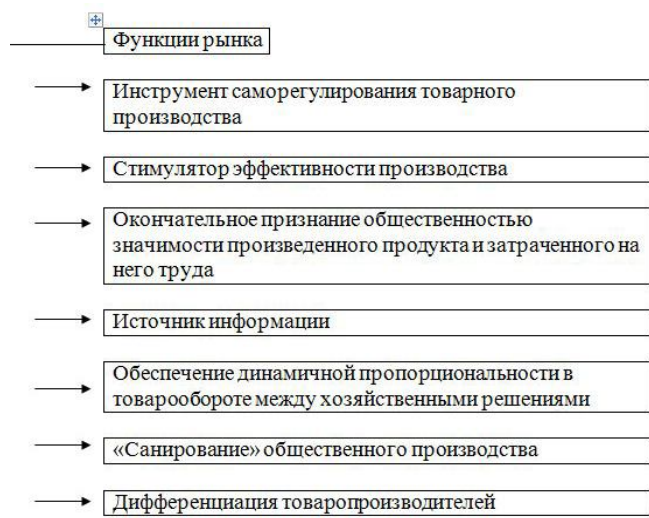
Производственные взаимоотношения человека ограничены по сравнению с его потребностями. Для удовлетворения своих потребностей люди объективно должны вступать в отношения обмена результатами своей деятельности. Обмен является следующим звеном между производством обуславливающим распределением с одной стороны, и потреблением – с другой.

Обмен товаров по стоимости означает необходимость использования денег. Такая форма обмена, при которой продукты труда от производителя, то есть, экономический субъект рынка (рис.1), переходят потребителю при посредстве денег, называется товарно-денежным обращением.



(Рис.1)

Рынок показывает производителям, что следует производить и в каком количестве. Через рынок потребители воздействуют на производство, то есть, все звенья рынка находятся по воздействию спроса



и предложения. Его функционирование (рис.2) основано на определенных принципах, основным из которых является свобода экономической деятельности, и регулируется объективными экономическими или законами рынка – стоимости, спроса и предложения, денежного обращения и другое.

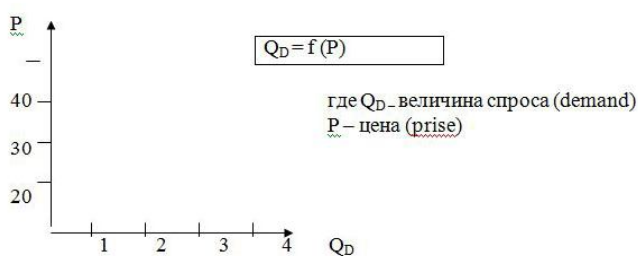
(рис.2)

Рынок - (market) представляет собой систему отношений, в которой связи покупателей и продавцов столь свободны, что цены на один и тот же товар имеют тенденцию быстро выравниваться.

Спрос – экономические блага, которых готовы приобрести покупатели по разным ценам в данный момент.

Закон спроса – выражает обратную связь между ценой товара и величиной спроса на него.

Кривая спроса – кривая, показывающая, какое количество экономических благ готовы приобрести покупатели по разным ценам на данный момент времени.



(рис.3)

Здесь видно, что покупатели хотят купить большее количество благ при меньшей цене.

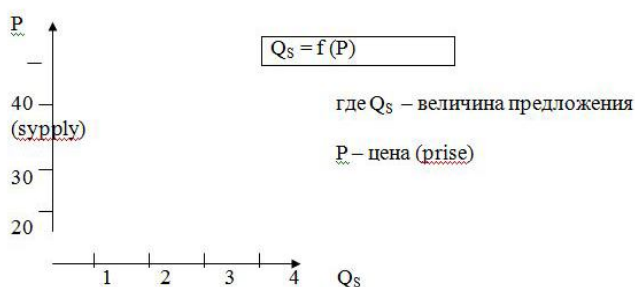
Функция спроса, определяет спрос в зависимости от влияющих на него различных факторов:

- увеличение (сокращение) доходов потребителей
- изменение вкусов и предпочтений
- ценовые и дефицитные ожидания
- колебания расходов на рекламу
- изменение цен товаров-субститутов
- рост (уменьшение количества покупателей)

Предложение – это количество товаров, которое предлагается для реализации на рынке в определенный период времени.

Закон предложения – выражает прямую связь между ценой товара и величиной его предложения.

Кривая предложения – показывает какое количество экономического блага, готовы продать производители по разным ценам в данный момент времени.



(рис.4)

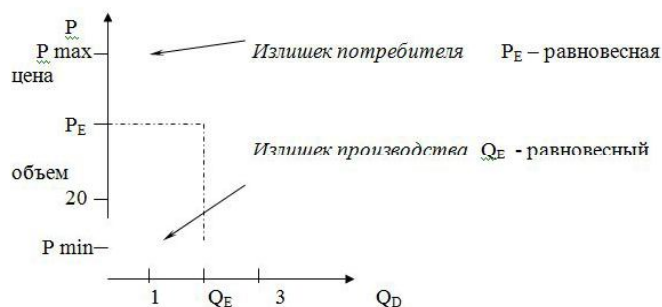
Здесь имеет положительный наклон, что свидетельствует о желании производителей продать большее количество благ по более высокой цене.

Объем предложений зависит от цены реализуемого товара и ряда других факторов:

- цены на ресурсы и другие товары
- количества и качества производственных мощностей
- природных ресурсов
- рабочей силы (производственный фактор)
- технологии
- налогов
- природно-климатических условий и т.д.

Равновесная цена – цена уравнивающая спрос и предложение в результате действия конкурентных сил.

Образование равновесной цены – процесс, требующий определенного количества времени. В условиях совершенной конкуренции происходит быстрое приспособление цен спроса и цен предложения, объема спроса и предложения. В результате установления равновесия выигрывают и потребители, и производители.



(рис.5)

2. Рынок медицинских услуг

Медицинские услуги (МУ) – действия, приносящие людям полезный результат в виде общественного здоровья среди населения.

Общественное здоровье – важнейший экономический социальный потенциал страны, обусловленный воздействием различных факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей.

Актуальность реформирования сферы здравоохранения в условиях социально ориентированной рыночной экономики РК заключается в том, что развитие реального рынка медицинских услуг (МУ) в отличие от псевдо рынка предполагает создание новой модели здравоохранения в рамках смешанной экономики, ее эффективных механизмов регулирования качества МУ и финансового контроля.

В системе МУ на прогресс, как в развитии самой службы, так и контроле за состоянием здоровья пациента, непосредственное влияние оказывает информатизация.

Информационные технологии, системы связи, элементы инфраструктуры применяются все без исключения учреждениями и организациями здравоохранения.

Государственные бюджетные организации не используют маркетинговые методы сегментирования рынка – они имеют определенный государством финансируемый контингент пациентов. Их сегмент рынка все слои населения, или какая-либо половозрастная группа, социально-уязвимая груп-

па населения (дети, пенсионеры, ветераны войн).

Помощь оказывается на безвозмездной основе, независимо от платежеспособности, поведенческих особенностей группы и других факторов.

Государственные казенные предприятия используют в своей работе географическое сегментирование. Они стараются привлечь к своим платным услугам жителей близлежащих районов. Сегмент рынка определяется государственным заказом.

Коммерческие ЛПУ в основной массе специализируются на группах однородных услуг и сегментируют рынок, как по географическому признаку, так и по демографическим группам, делят по поведенческому признаку. Их сегмент рынка – платежеспособное население со средним или высоким уровнем благосостояния, которое нуждается либо в услугах высокого качества, либо в особо редких услугах, которые не оказывают государственные ЛПУ.

Некоммерческие негосударственные ЛПУ – узко специализированы на каком-либо социально-уязвимой группе населения, объединенной одними заболеваниями (паралич, инвалидность) – проблемой, которой уделяется недостаточное внимание государственными структурами, и которых не интересуется коммерческий сектор – ввиду неплатежеспособности. Их сегмент рынка определен миссией их организации, как правило, это небольшая группа людей.

Таким образом, рынок – одно из важнейших достижений человеческой цивилизации. Его зачатие относится к древности. По мере общественного развития, рынок менял свою социально-экономическую форму действия, механизм саморегулиро-

вания. На сегодняшний день, рынок стал всеобщей формой реализации всех экономических процессов. Выработались и продолжают совершенствоваться сложнейшие механизмы функционирования рыночных отношений и их регулирования.

Спрос выражается в готовности общества приобрести данный продукт в данное время, а предложение – готовность производителей предложить обществу новый, модернизированный продукт по соответствующей цене.

Под медицинскими услугами понимается общественные медицинские блага, приносящие обществу – здоровье – самое ценное достояние человека.

Результатом рынка медицинских услуг должно являться:

- Новая медицина с новыми технологиями и инновациями
- Снижение уровня заболеваемости и младенческой смертности
- Доступность медицинских услуг и медикаментов
- Оптимальная оплата медицинским работникам
- Глобальное создание информационных систем в ЛПУ
- Законодательная база в условиях ВТО
- Создание фонда развития национального здравоохранения
- Международное сотрудничество

Маркетинг – это процесс, направленный на удовлетворение общества потребностями, приносящие ценность, в сфере Здравоохранения – здоровье.

ЛИТЕРАТУРА:

1. С.Р.Есимжанова «Маркетинг в Казахстане» Алматы: «Али Эдет», 2001г.
2. Р.М.Нуреев «Микроэкономика» Москва: «Норма», 2001г.
3. Под ред.проф. М.И.Плотницкого «Микроэкономика» Минск: «Новое знание», 2002г.
4. С.Т.Садыкова «Модель рынка медицинских услуг» Журнал «Аль Пари», 2004г. №4
5. А.Тулегенов «Актуальные вопросы развития рынка медицинских услуг» Журнал «Поиск», 2004г. №3
6. А.Тулегенов «Подходы к сегментации рынка медицинских услуг» Журнал «Евразийское сообщество» 2005г. №1
7. International AGENCY OF MARKETING RESEARCHS Маркетинг в Казахстане Алматы, 2003.

Жалбиров К. И.

МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕККЕ СҰРАНЫС

Медициналық көмек қоғамда ерекше орын алады, себебі ол адам баласының құнды жетістігі денсаулықты қалпына әкелуге ат салысады. Бұл мақалада жаңа дәуірде медициналық көмектің қаншалықты сұранысқа ие болатындығы және маркетингтің орны қарастырылады.

Zhalbirov KI

MARKET AND DEMAND OF MEDICAL SERVICES

As medical services it is understood the public medical benefits bringing to society – health – the most valuable property of the person.

Жалбирова Куандык Иманбаевич

**УРОВЕНЬ И КАЧЕСТВО ЗДОРОВЬЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ
НАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В СВЕТЕ ТРЕБОВАНИЙ ОСНОВНЫХ
НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

г. Астана

Введение. Каждое государство укрепляет свою национальную безопасность, свой суверенитет. Есть внешние и внутренние факторы, влияющие на национальную безопасность. Внешние факторы – это угроза агрессии со стороны других государств, мировой экономической кризис, эпидемии инфекционных болезней и т.д. Внешнеполитическая деятельность любого государства направлена на устранение этих угроз. Надо сказать, что внешняя политика нашего государства, проводимая под руководством нашего Президента Н.Назарбаева, весьма успешна. За каких то 15 лет с момента обретения независимости Казахстан заявил о себе, как миролюбивое государство, которое завоевало прочный авторитет среди ведущих мировых держав. Многовекторная внешняя политика нашего государства вполне оправдана, учитывая расположение нашего государства, малочисленность населения, развивающуюся экономику и т.д. Государство во главе нашего Президента проводит огромную работу по обеспечению внешней безопасности:

- отказ от ядерного оружия, титанические усилия по созданию евроэкономического сообщества, шанхайской организации по экономическому сотрудничеству, проведение международной конференции мировых религий и многое другое.

Немаловажное значение, а может быть и большее значение для национальной безопасности государства имеют внутренние факторы:

- состояние экономики, внутривнутриполитическая обстановка, состояние здоровья населения, демографическая ситуация. Данное исследование направлено на изучение не всех факторов, влияющих на национальную безопасность, а только здоровье населения, как определяющего фактора, влияющего на национальную безопасность.

Цель: изучение вопроса, в какой степени здоровье населения влияет на национальную безопасность, какие факторы влияют на здоровье населения, что необходимо предпринять государству для улучшения здоровья народа, укрепления национальной безопасности.

Факторы определяющие здоровье населения:

1. состояние здравоохранения и санитарно-гигиеническое благополучие.
2. социально – экономическое положение в государстве.
3. экологическая безопасность.
4. морально-психологическая ситуация в обществе.

Состояние здравоохранения и санитарно-гигиеническое благополучие.

Состояние здоровья населения является интегральным показателем социальной ориентированности общества, социальных гарантий, характеризующих степень ответственности государства перед своими гражданами.

Улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения

1) Считаю необходимым добиться результатов и повышение качества медицинских услуг путем пересмотра механизмов управления, финансирования, координации и контроля в сфере здравоохранения. Следует также внедрить систему отчетности медицинских учреждений, открытую для общества, и систему внутреннего контроля и внешнего аудита.

2) Подготовить программы для повышения уровня средней продолжительности жизни, снижения показателей детской и материнской смертности, уровня заболеваемости туберкулезом и темпов роста заболеваемости ВИЧ/СПИДом.

3) Начальная медицинская помощь должна стать обязательной частью всех школьных и университетских учебных планов. В этой связи, нужно также повысить уровень знаний и информированности населения по вопросам здорового образа жизни и здравоохранения. Уделить особое внимание развитию массового спорта среди населения.

4) Уже в ближайшие три года надо построить с использованием механизма государственно-частного партнерства 100 больниц в регионах Казахстана.

5) Серьезное внимание нужно обратить на санитарную инфраструктуру Казахстана и обеспечить все населенные пункты качественной питьевой водой.

6) Должны быть созданы стимулы для развития конкурентного рынка медицинских услуг и услуг медицинского страхования, доступных населению.

7) Необходимо ускоренными темпами перейти на международные стандарты обучения, аттестации и подготовки врачей и медицинских работников. Также необходимо продумать внедрение стимулирующей системы оплаты труда медицинских работников в зависимости от уровня их квалификационной категории, вида специальности и нагрузки.

Министерство здравоохранения должно разработать систему совершенствования современной

и высокотехнологической профилактики, диагностики, в первую очередь, в дошкольных и школьных учреждениях; медицинских консультаций пациентов, лечения и реабилитации социально значимых заболеваний. Необходимо стимулировать создание высокотехнологических медицинских центров раннего обнаружения и предупреждения болезней.

В Программе определена совокупность экономических, социальных, организационных и других мер, направленных на развитие доступной, качественной, социально-ориентированной и экономически эффективной системы здравоохранения в Республике Казахстан.

Несмотря на принимаемые меры, остается сложной ситуация по обеспеченности населения доброкачественной питьевой водой, доступ к водопроводной питьевой воде имеет только 89,1 % населения республики, в ряде регионов этот показатель не превышает. Анализ состояния здоровья населения и системы здравоохранения в Республике Казахстан на современном этапе.

Развитие отрасли здравоохранения в последнее десятилетие характеризовалось как позитивными, так и негативными тенденциями. Был предпринят ряд реформ, часть из которых успешно реализована, часть не получила своего логического завершения. К последним можно отнести создание системы обязательного медицинского страхования, попытку перехода к модели семейной медицины. Среди положительных моментов можно отметить создание нормативно-правовой базы отрасли, существенное увеличение финансирования здравоохранения, что позволило осуществить строительство ряда современных клиник, произвести капитальный ремонт и материально-техническое оснащение существующих организаций, внедрение новых медицинских технологий в лечебно-диагностический процесс. В результате улучшения качества медицинской помощи и повышения ее доступности достигнуты положительные сдвиги в состоянии здоровья населения, касающиеся инфекционных и ряда других заболеваний. Однако большая часть параметров состояния здоровья населения Республики остается неудовлетворительной.

Медико – демографическая ситуация и заболеваемость.

В Казахстане за последние годы произошли определенные медико-демографические изменения. Численность населения в Республике в 2007 году увеличилась по сравнению с 2002 годом на 157,9 тыс. человек и на начало 2008 года составила 14 953,9 тыс. человек.

В структуре смертности населения ведущее место занимают сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, травматизм. Одним из факторов, искажающих показатели структуры смертности, является отсутствие эффективной системы экспертизы причин смертности.

Сохраняется высокая актуальность социально значимых заболеваний. Серьезной проблемой

остается заболеваемость населения сахарным диабетом, бронхолегочной, сердечно-сосудистой патологией, туберкулезом, инфекциями, передаваемыми половым путем, злокачественными новообразованиями. К сожалению, здравоохранение сегодня больше ориентировано на меры лечебного характера, чем на профилактику заболеваний, а само население в недостаточной степени ориентировано на охрану своего здоровья. Об этом, в частности, свидетельствует высокая доля выявления опухолевых заболеваний в запущенной форме, а также высокий показатель смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний (до 75%).

По данным отчета ВОЗ, по заболеваемости туберкулезом Казахстан занимает первые позиции среди стран СНГ (показатель в 2001 году 120,1 на 100 тысяч населения, а в 2007 году - 128,4).

Угрозой национальной безопасности и здоровью населения стала для Казахстана проблема наркомании. Если возрастной порог тех, кто получает кайф от «ханки», в 1999 году составлял 22-23 года, то в 2002 году снизился до 13 лет. Причем, около 50 процентов из них - это девушки и женщины. За первое полугодие 2007 года количество зарегистрированных больных наркоманией в стране возросло с 23 до 26,1 тысяч человек. Статистика пугает. По данным Областного наркодиспансера города Тараза в 1999 году было зарегистрировано 121 человек на 100 тысяч населения. В 2008 году количество больных возросло в 4 раза - 484 человека на 100 тысяч населения. Многие наркоманы не обращаются за помощью из-за страха, что их «заберут». Да и что греха таить, некоторые представители правоохранительных органов не прочь взять таких под «строгий контроль». Тем не менее, государство не собирается строить для наркоманов резервации или сажать их на синтетический наркотик метадон. Власти выделяют деньги на питание, медикаменты для пациентов наркодиспансеров и восстанавливают реабилитационные центры.

Система здравоохранения

За последние годы в структуре управления отраслью произошли изменения, основными из которых являлись восстановление Министерства здравоохранения Республики Казахстан, создание Комитета фармации, фармацевтической и медицинской промышленности и его территориальных подразделений, а также Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора с разделением службы на государственные органы санитарно-эпидемиологического надзора, осуществляющие контрольно-надзорные функции, и государственные организации, проводящие санитарно-эпидемиологическую экспертизу и лабораторные исследования.

В настоящее время система здравоохранения Республики, включая все ведомства, представлена сетью из 886 больничных и 3463 амбулаторно-поликлинических медицинских организаций

В Республике Казахстан система **качества медицинской помощи** начала складываться с

1996 года, прошла определенные этапы развития. При введении обязательного медицинского страхования были разработаны инструменты оценки качества медицинской помощи, система штрафных санкций, определены различные параметры оценки медицинской помощи.

Впоследствии в силу объективных причин система штрафных санкций, контроль за объемами оказанной медицинской помощи были заменены анализом и оценкой качества медицинских услуг по следующим критериям:

- определение соответствия оказанных медицинских услуг медицинским стандартам;
- проведение оценки качества медицинских услуг;
- изучение удовлетворенности пациентов.

К достигнутым положительным моментам в системе обеспечения качества медицинских услуг можно отнести:

- начало внедрения института оценки качества и объемов медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
- создание предпосылок комплексной системы управления качеством медицинской помощи;
- внедрение элементов программного сопровождения экспертизы качества;
- подготовку методологической основы для разработки критериев оценки качества с учетом международного опыта.

На данный момент в обеспечении качества медицинских услуг имеются следующие проблемы:

- технический подход к оценке качества медицинских услуг приводит мерам административного взыскания, которые не мотивируют персонал и руководителей к улучшению профессиональной деятельности;
- предложения по устранению выявленных дефектов в организации и оказании медицинской помощи носят рекомендательный характер и зачастую не исполняются;
- отсутствие единой связи в управлении качеством между внутрибольничным и внешним контролем;
- исключение из экспертизы медицинских организаций, относящихся к различным ведомствам и работающим вне государственного заказа;
- отсутствие комплексной программы аккредитации и стандартизации в здравоохранении.

В целом, наряду с последовательным решением проблемы дефицита бюджетных средств остаются нерешенными вопросы внедрения эффективной системы контроля качества оказываемых медицинских услуг.

В настоящее время сложившаяся **санитарно-эпидемиологическая ситуация** оказывает серьезное влияние на состояние здоровья населения, в первую очередь, на уровень инфекционной, профессиональной и соматической заболеваемости, связанной с воздействием

неблагоприятных факторов окружающей среды, производственными и бытовыми факторами.

В последние годы в результате улучшения социально-экономической ситуации и проводимых профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в республике отмечается снижение заболеваемости по многим распространенным инфекционным заболеваниям, особенно управляемыми средствами специфической профилактики, кишечными и особо опасными. Восстановлена нормативная и финансовая база для функционирования одного из наиболее эффективных механизмов профилактики и снижения инфекционной заболеваемости населения - плановой иммунизации населения.

В составе службы организована и укрепляется система подразделений по предупреждению завоза особо опасных инфекций в республику из зарубежных стран. За последние годы на основных транспортных магистралях, в местах пересечения государственной границы развернуто 43 санитарно-карантинных и санитарно-контрольных пункта.

В целях профилактики и снижения инфекций в деятельность лечебно-профилактических организаций поэтапно внедряется международный опыт - система «инфекционного контроля», которая позволяет экономить значительные финансовые ресурсы.

За последние пять лет в группе вакциноуправляемых инфекций произошло снижение заболеваемости: корью - в 58,2 раза, столбняком - в 5,0 раз, коклюшем - в 4,7 раза, дифтерией - в 3,6 раза. Страна сертифицирована ВОЗ как территория, свободная от полиомиелита.

По группе кишечных инфекций снизилась заболеваемость брюшным тифом в 3,5 раза, бактериальной дизентерией - в 3,1 раза, сальмонеллезом - в 1,7 раза, группой острых кишечных инфекций - в 1,6 раз, вирусным гепатитом «А» - в 1,6 раза. Заболеваемость особо опасными инфекциями снизилась до единичных случаев.

В Республике укрепляется тенденция ежегодного уменьшения числа несоответствующих санитарным требованиям и нормам подконтрольных объектов. Удельный вес объектов, не отвечающих санитарным требованиям, в том числе водопроводов, снизился с 31,1 % в 2001 году до 15,1 % в 2007 году. В целом, по стране остается высоким удельный вес неработающих (10,0 %) и не отвечающих санитарным нормативам (15,1 %) водопроводов. Неудовлетворительное состояние с обеспечением населения питьевой водой гарантированного качества ежегодно приводит к регистрации крупных эпидемических осложнений среди населения, связанных с употреблением такой воды.

Серьезной проблемой, осложняющей эпидемическую ситуацию, является наличие значительных площадей природных очагов особо опасных инфекций, в том числе чумы (территория 8 областей), туляремии (территория 11 областей), геморрагических лихорадок (территория 4 областей),

клещевого весенне-летнего энцефалита (территория 6 областей), большого количества стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов (1767).

Сложной остается ситуация и на рынке продуктов питания. Из-за отсутствия надлежащего взаимодействия контролирующих органов в республику завозится большое количество некачественных, в том числе не безопасных для здоровья населения, продуктов питания. Проблемой стало отсутствие должного производственного контроля на отечественных предприятиях пищевой промышленности и объектах общественного питания, что приводит к выпуску и реализации недоброкачественной пищевой продукции.

В числе проблемных вопросов в области санитарно-эпидемиологического благополучия можно отметить:

- низкую интегрированность санитарно-эпидемиологической службы в ПМСП, что ослабляет профилактическое звено медицинской помощи населению;

- неадекватность лабораторного сопровождения, осуществляемого органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора, по уровню оснащения, срокам проведения, слабой гармонизации с международными стандартами проводимых лабораторных исследований;

- осуществление основного объема проводимого санитарно-эпидемиологического надзора и лабораторных исследований на областном и республиканском уровнях при значительном ослаблении районного звена;

- неотрегулированность ряда функций и полномочий между санитарно-эпидемиологической службой и другими надзорными и контролирующими органами (ветеринарный надзор, государственный стандарт, охрана окружающей среды).

На первом этапе реформирования **фармацевтической отрасли** была осуществлена приватизация. В настоящее время в сфере обращения лекарственных средств функционирует свыше 7,5 тысяч фармацевтических объектов, из которых лишь 306 (менее 4%) являются объектами государственной формы собственности.

В течение последних 5 лет, кроме приватизации, были осуществлены другие важные преобразования. Фармацевтическая отрасль была полностью адаптирована к условиям рыночной экономики. Одобрена Концепция лекарственной политики Республики Казахстан, отражающая направления развития фармацевтической отрасли. Разработаны основные нормативные правовые акты, регулирующие сферу обращения лекарственных средств. Восстановлена вертикаль государственного регулирования фармацевтической отрасли. Упорядочена деятельность по обеспечению контроля качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники. Обеспечен ежегодный прирост номенклатуры и объемов фармацевтической продукции отечественного произ-

водства.

Наряду с этим реформирование фармацевтического сектора имело и определенные отрицательные последствия. Ухудшилась доступность лекарственных средств для социально уязвимых слоев населения. Не разработаны механизмы проведения фармакоэкономических исследований, не на должном уровне ведутся мониторинги побочных эффектов, контроля качества, использования, цен и доступности лекарственных средств. Материально-техническая база испытательных лабораторий не соответствует современным требованиям организации контроля качества лекарственных средств, нет лаборатории для проведения иммунобиологических исследований. **Нарастают проблемы фальсификации лекарственных средств, фармтерроризма, агрессивной рекламы лекарственных средств и биологически активных добавок, ситуация осложняется тем, что специфика области порождает практически полную безграмотность населения в отношении лекарств.** Недостаточно эффективны меры государственного контроля над рецептурным отпусканием лекарственных средств. В фармацевтической и медицинской промышленности Республики нет субъектов, соответствующих международным стандартам производства.

Казахстан унаследовал советскую систему **подготовки и переподготовки кадров**, и в течение последних лет кардинальных изменений в данной сфере не произошло.

Концепцией развития образования в Республике Казахстан до 2015 года предусмотрено изменение принципиальных подходов к подготовке специалистов с высшим профессиональным образованием и научных кадров.

В сфере медицинского образования, как части государственной образовательной системы, с 2003 года внедрены новые Государственные общеобразовательные стандарты медицинского и фармацевтического образования, предполагающие преемственность между последовательными уровнями образования. В настоящее время в системе медицинского, фармацевтического образования и науки сформирован квалифицированный научно-педагогический потенциал, предпринимаются меры по созданию эффективно действующей системы профессионального образования и медицинской науки, направленной на удовлетворение долгосрочных стратегических потребностей отрасли здравоохранения, сохранение и улучшение здоровья людей.

Вместе с тем, существует проблема недостаточного качества подготовки и переподготовки медицинских кадров и уровня научных исследований в Республике. Одной из причин этого является несовершенная нормативно-правовая база, регламентирующая условия приема, подготовки и контроля качества в системе медицинского и фармацевтического образования, при разработке которой не учитывается медицинская специфика, и в результате к подготовке будущих врачей применяется система

общих подходов.

На качестве подготовки медицинских кадров и уровне научных исследований отражается также слабая материально-техническая база медицинских организаций образования и науки, которая практически не обновляется, что делает эту сферу неконкурентоспособной на международном рынке. Медицинские ВУЗы и организации науки не имеют достаточно оснащенных учебных и клинических баз, не располагают необходимым современным оборудованием для выполнения научных исследований. Одной из причин этого являются недостаточные расходы, предусмотренные на обучение студентов по государственному образовательному заказу в медицинских ВУЗах, что не позволяет использовать в полной мере современные средства технического оснащения, закупать необходимое оборудование, наглядные пособия и так далее. Руководители медицинских организаций образования вынуждены решать проблему нехватки финансовых средств за счет приема на договорную форму обучения студентов зачастую с низким уровнем знаний. Средний балл при поступлении по государственному образовательному гранту в медицинские ВУЗы составляет в среднем 80, тогда как для поступления на платную форму обучения достаточно набрать 40 баллов. Вызывает обеспокоенность ежегодный рост контингента на платной форме обучения. Если в 2000 году он составлял 1059 человек (прием по государственному заказу - 1245), то в 2005 году на договорной основе было принято почти в 2 раза больше (1345 – грант, договор - 2190).

Таким образом, отмеченные проблемы в области медицинского и фармацевтического образования отражаются на уровне подготовки выпускников и влияют на качество оказываемой медицинской помощи.

Сохраняется проблема обеспечения квалифицированными кадрами объектов ПМСП, особенно в отдаленных и сельских регионах. Во многом это связано с тем, что существующий дефицит медицинских работников не восполняется выпускниками – специалистами медицинских организаций образования. Несмотря на то, что прием в медицинские ВУЗы по государственному гранту и кредиту, начиная с 1999 года, ежегодно возрастает приблизительно на 10 %, а ежегодный выпуск составляет в среднем 2000 человек, потребность в кадрах сохраняется.

Отсутствие механизмов закрепления кадров (материальные стимулы, благоприятные социально-бытовые условия, предоставление льгот) приводит к тому, что в среднем только около 50 % выпускников медицинских ВУЗов прибывают до места распределения.

Вместе с тем, существует дефицит кадров по некоторым направлениям узкой квалификации, нет специалистов в области менеджмента и экономики здравоохранения.

В рамках проведенного в течение 2002-2004

годов разграничения функций и полномочий между уровнями государственного управления приняты важные решения в системе финансирования здравоохранения.

По рекомендациям ВОЗ минимальный уровень государственных расходов на здравоохранение должен составлять 4,3% от ВВП.

Следует отметить, что увеличение финансирования в 2002-2003 годах не дало ожидаемого результата, кроме увеличения количества пролеченных больных в стационарах на 5-7% в год.

Несмотря на неоднократное увеличение заработной платы медицинским работникам (только в 2004 году – на 20%), официальная среднемесячная заработная плата в отрасли в два раза меньше, чем в среднем по Республике.

Проблемой остается то, что взятые на себя государством обязательства по предоставлению гражданам гарантированного объема бесплатной медицинской помощи не имеют адекватной финансовой обеспеченности. Присутствует замещение бесплатной медицинской помощи платными услугами из-за отсутствия четкого разграничения между гарантированным объемом и медицинскими услугами, оказываемыми на платной основе как для управленцев, так и для населения. Это способствует сохранению высокого уровня неформальных платежей со стороны населения в пользу медицинских работников. Не должным образом налажен учет потребления медицинской помощи, предоставляемой в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, что способствует росту теневой экономики.

Отсутствует комплексная отраслевая политика ресурсосбережения.

Разделение на покупателей и поставщиков медицинских услуг, существующее сегодня, условное, так как практически все поставщики являются государственными организациями, административно и экономически подчиненными органам здравоохранения.

В регионах развитие здравоохранения не является приоритетом в социально-экономической политике.

Таким образом, в отрасли можно выделить ряд негативных тенденций, требующих принятия управленческих решений.

1. Имеется существенный перекос в объемах финансирования амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи в сторону последней, что не позволяет внедрить современные ресурсосберегающие технологии оказания медицинской помощи на до- и постгоспитальном этапах. Это приводит к расширению показаний к стационарному лечению, ежегодному росту количества коек, а следовательно, удорожанию медицинской помощи.

2. ПМСП, являясь центральным звеном системы здравоохранения, должна осуществлять главную функцию качественного улучшения показателей здоровья населения. От ее состояния зависит эффективность и качество деятельности всей

системы здравоохранения, сохранение трудового потенциала страны, а также решение большинства медико-социальных проблем, возникающих на уровне семьи и у социально незащищенных групп населения: детей, инвалидов и лиц пожилого возраста. Сегодня у врача ПМСП стали преобладать диспетчерские функции: частота направлений амбулаторных больных на консультации к узким специалистам чрезмерно высока.

3. Существует недостаток координации деятельности органов управления здравоохранением с другими субъектами государственного управления, прямо или косвенно влияющими на уровень состояния здоровья населения (органами труда и социальной защиты, экологии, образования, культуры и другими). Эта координация является важным инструментом формирования здорового образа жизни и в конечном счете снижает потребность в медицинской помощи.

4. Нарушается важнейший принцип организации системы здравоохранения - этапность оказания медицинской помощи.

5. Недостаточно сформированы обязательные компоненты системы управления - мониторинг и оценка деятельности организаций и системы здравоохранения в целом. Отсутствие скоординированной политики в области информационного обеспечения здравоохранения приводит к снижению достоверности собираемой в отрасли информации, запаздыванию поступления информации с мест на областной и республиканский уровень, невозможности сопоставления данных, поступающих из отдельных подсистем. Это, в конечном счете, приводит к снижению эффективности принимаемых на основе этой информации решений и нерациональному использованию ресурсов здравоохранения.

6. Отсутствие единых подходов и стандартов при закупках медицинской техники, оборудования и медикаментов приводит к удорожанию закупаемой продукции и проблемам с качеством.

7. Государственная система здравоохранения пространственно не отделена от частной: на площадях государственных организаций здравоохранения размещаются частные структуры, оказывающие медицинскую помощь на платной основе.

8. Отсутствие подготовленных, квалифицированных менеджеров в отрасли привело к снижению управляемости и неэффективному использованию выделяемых ресурсов. Сегодня руководитель медицинской организации является управленцем, администратором, главным врачом, заведующим хозяйством и так далее.

9. Население недостаточно информировано и не принимает активного участия в управлении системой здравоохранения.

10. Наблюдается неравенство между территориями в пределах области по объему и качеству оказания медицинской помощи, показателям развития здравоохранения в целом.

Таким образом, накопившиеся проблемы здравоохранения делают медицинскую помощь

малодоступной, неуправляемой, «непрозрачной» для потребителей медицинских услуг.

Одним из главных приоритетов новой политики является выбор ясной, понятной для населения, управляемой, эффективной модели оказания медицинской помощи.

Экологическая безопасность.

Большая часть территории Казахстана представлена степной, полупустынной и пустынной зонами. Только на севере, востоке и юго-востоке имеются леса и горы на востоке и юге. Климат резко-континентальный. Климатические условия для проживания населения не совсем благоприятны. Экологическая ситуация в государстве не совсем удовлетворительная. Хищническая эксплуатация природных ресурсов в прошлом привела к экологической катастрофе в некоторых районах страны. Примером может служить район Арала, где мировое сообщество признало наличие экологической катастрофы и влияние, разномасштабной отсюда соляной пыли на многие тысячи километров на природу, на здоровье людей уже неоспоримый факт. Всем известна ситуация последствия испытания ядерного оружия в Семипалатинской области и его последствия на здоровье населения не только этой области, но и прилегающих областей Казахстана. А влияние космодрома Байконур, многолетний запуск ракет, только в последние годы поднимается данная проблема и его влияние на здоровье населения. Наличие на территории государства испытательных полигонов современного ракетного оружия тоже не прибавляет здоровья нации. Очень остро стоит проблема, обеспечения населения питьевой водой. Во многих районах страны, используемая питьевая вода не соответствует ни каким санитарным нормам. Идет загрязнение питьевой воды промышленными отходами, достаточно много территорий, где вода непригодна для употребления или она отсутствует. Чтобы решить данную проблему необходимы громадные капиталовложения. Государство пытается решить данную проблему, но коренного перелома ещё не наступило, но надеемся, что в конце концов государство решит данную проблему. По видимому необходимо принять на законодательном уровне соответствующего постановления о экологической безопасности народа Республики Казахстан и его неукоснительное соблюдение всеми хозяйствующими субъектами, в том числе и иностранными компаниями – основными недропользователями.

Экологическая обстановка в государстве стоит остро и требует незамедлительного решения, так как от этого зависит здоровье населения и в конечном итоге и национальная безопасность.

Морально-психологическая обстановка в обществе. Спокойная морально-психологическая обстановка в стране позволяет решать не только экономические вопросы, но и укрепляет здоровье. В странах, где имеется противостояние между народами на национальной или на религиозной почве отмечается значительный рост заболеваний нерв-

но-психических и сердечно-сосудистых, нарастают миграционные процессы и в конечном итоге это отражается на состоянии экономики, национальной безопасности государства.

Заключение. Для укрепления национальной безопасности государства важны не только успешная внешняя политика, но и внутренняя социально

- экономическая. Без экономического подъема, повышения благосостояния народа, укрепления его здоровья, дружбы между народами, решения экологических проблем, санитарно – гигиенического благополучия, борьбы с преступностью, наркоманией невозможно обеспечить внутреннюю безопасность.

Жалбиров К. И.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ДАМУДЫҢ НЕГІЗГІ БАҒЫТЫ РЕТІНДЕ ДЕНСАУЛЫҚ САПАСЫ МЕН ДЕҢГЕЙІ ҰЛТТЫҚ ҚАУІПСІЗДІК КӨРСЕТКІШІ

Халықтың қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін тек қана сыртқы саясатты ғана емес, ішкі әлеуметтік-экономикалық саясатты дұрыс жолға қоя білу керек. Себебі, экономикалық тұрақсыздық халықтың тұрмыстық және денсаулық жағдайын айтарлықтай төмендетеді.

Zhalbirov KI

LEVEL AND QUALITY OF HEALTH AS INDICATOR NATIONAL SECURITY IN THE LIGHT OF REQUIREMENTS OF THE MAIN DIRECTIONS OF DEVELOPMENT OF HEALTH CARE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

For strengthening of national security of the state are important not only successful foreign policy, but also internal socially - economic. Without economic recovery, increase of welfare of the people, strengthening of its health, friendship between the people, solutions of environmental problems, sanitary – hygienic wellbeing, fight against crime, drug addiction it is impossible to provide internal security.



СЕЛЬСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ НА
СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Акмолинская область Жаркаинский район

Сельский доктор для жителей деревни - и царь, и бог. От его профессионализма, умения сориентироваться в ситуации и быстро принимать решения зачастую зависит жизнь человека. К врачу можно прийти за советом, причём не обязательно медицинским. Не зря же говорят: хороший врач и словом лечит. Однако такой престиж профессии сельского доктора сегодня почему-то мало привлекает молодых специалистов.

Вопросам охраны здоровья сельских жителей было посвящено большое количество научных исследований советского периода. В то же время сегодня проблемы сельского здравоохранения [1,2,3] отошли на второй план.

При этом, в специальной медицинской литературе недостаточно освещаются вопросы, связанные с особенностями формирования сельского населения в новых экономических условиях и в этой связи возможностями влияния на его здоровье средствами системы здравоохранения [4]. В развитых странах затраты на здравоохранение, как общественную систему, несоизмеримо высоки и общество вполне осознанно на них идет, сдерживая напор влияния рынка, развивая здравоохранение в сторону формирования, сохранения и укрепления здоровья, установления здоровой внешней среды и здорового образа жизни, массовой профилактики и первичной медико-санитарной помощи. Однако в сельских условиях понятие доступности медицинской помощи не следует отождествлять с территориальным приближением, поскольку осуществить это не всегда представляется возможным [5]. В настоящее время уровень стационарной медицинской помощи жителям села практически достиг уровня горожан. Существующие различия в организации медицинского обслуживания сельского населения обусловлены: своеобразной системой расселения населения; малой плотностью населения; сезонность сельскохозяйственного труда; значительная удаленность населенных пунктов друг от друга; снижение доли лиц трудоспособного возраста; увеличение удельного веса пожилых и старых в сельской местности; недостаточное развитие транспортных связей. Следует принять во внимание, что основная часть крестьянских хозяйств представлена женским контингентом, что обуславливает целый ряд дополнительных факторов, влияющих на их состояние здоровья: физические перегрузки, охлаждающий микроклимат, высокая бактериальная обсемененность воздуха в рабочей зоне и др., что ведет к нарушению многих функций организма.

Группа ученых Мэрилендского университета (США) в ходе исследования собрала данные о здоровье более 200 тысяч жителей 83 крупных американских городов и 448 административных районов, состоящих из мелких городков, поселков и отдельных ферм. Оказалось, что житель крупного города в среднем на три килограмма легче обитателя сельской местности, у него ниже артериальное давление, он реже болеет диабетом и больше ходит пешком. По мнению ученых, дело в том, что в городах все расположено в пределах пешеходной доступности, а житель сельской местности вынужден добираться до необходимых учреждений на автомобиле. Это к вопросу о стирании грани между городом и деревней. Вот пример из американских медицинских статей, касающихся проблем сельского здравоохранения: Уровень бедности людей живущих в сельской местности 15%, выше, по сравнению с уровнем бедности у 12% людей, проживающих в городских районах [6]. Почти каждый пятый из незастрахованных - 8,5 млн. человек - живут в сельской местности. Сельские жители тратят на здравоохранение больше средств из своего бюджета, чем городские жители. Действительно, один из пяти сельских жителей тратит более \$ 1000 из своего кармана в год, и сельские жители платят в среднем на 40% своих расходов на здравоохранение из своего бюджета, по сравнению с городской доли на одну треть [7].

Наряду с всеобъемлющим и доступным по стоимости охвата, доступ к высококачественному медицинскому обслуживанию недостаточен в сельских районах. Существовали 55 врачей первичного звена на 100000 жителей в сельской местности в 2005 году, по сравнению с 72 на 100000 в городских районах. При этом в изолированных, небольших сельских районах их количество уменьшается до 36 на 100000. [8].

В Америке, например, сельские женщины реже, чем городские женщины, проходят маммографию (71% против 78%), и, менее вероятно, мазок делается реже в течение последних трех лет (86% против 91%) [9]. Сельские жители более склонны реже сообщать о своем плохом самочувствии, чем городские жители, и, скорее всего, испытывают ограничения активности, вызванной хроническими заболеваниями, чем городские жители [10,11].

Ожирение, как сахарный диабет, болезни сердца и высокое кровяное давление. чаще встречается среди сельских жителей (27%), чем у жителей городов (24%) [12]. Процент пациентов с сахарным диабетом, которые получали медикаментозное

лечение ниже для пациентов в сельских районах, чем в городских районах (32% против 42%).

Необходимо сказать, что в настоящее время во многих странах мира общая врачебная (семейная) практика обеспечивает доступную, эффективную лечебно-профилактическую помощь на уровне первичного контакта с населением. В нашей стране в медицинских вузах упразднены педиатрический и лечебный факультеты, и на их смену пришел факультет врача общей практики.

Интересен опыт внедрения практики семейных врачей в Таджикистане. [13,14] Условия внедрения общеврачебной (семейной) практики в систему здравоохранения Таджикистана существенно отличается от имеющегося мирового опыта. Общая площадь Республики Таджикистан составляет 143 100 кв.км. 93% территории страны - это горная местность. Недоступность населенных пунктов из-за отсутствия дорог, низкая плотность размещения населения в сельской местности, наличие большого числа детей в обслуживаемых семьях - отличительные черты Таджикистана. На современном этапе развития страны приоритетным направлением здравоохранения Республики Таджикистан является реформирование ПМСП на основе внедрения ВОП/СВ как в городской, так и в сельской местности, обеспечивающим высокую результативность существующей системы здравоохранения при этом 76% населения РТ поддерживает внедрение институтов семейной медицины. Медико-социальное исследование деятельности ВОП/СВ на территории РТ показало, что частота обращений пациентов к врачам общей (семейной) практики в 3 раза больше, чем к участковым терапевтам, кратность посещений с профилактической целью за период наблюдения выросла с 0,5 до 1,8 на одного жителя, причем этот показатель у участкового терапевта не превышает 0,5. В структуре обращений острые заболевания у ВОП/СВ составил 61%, участковых терапевтов 71,8%. В то же время удельный вес обращений по поводу хронических заболеваний к ВОП/СВ увеличились с 30,5 до 40%. Однако, эти показатели у участковых врачей-терапевтов не превышали 26,7%. Существенно снизилось число пациентов, направляемых на консультацию к врачам различных специальностей и на госпитализацию по сравнению с участковыми терапевтами.

Ниже представлено несколько цифр опыта ВОП зарубежом.

Например, в Великобритании до 90% обращений за медицинской помощью выполняется на уровне врача общей практики [15].

В Канаде до 25% американских врачей заняты „оказанием общей первичной медицинской помощи по принципу ВОП/СВ. При этом 47% всех обращений за медицинской помощью приходится на врачей общей практики. В настоящее время в США насчитывается более 220 тыс. врачей общей практики. Один ВОП/СВ приходится на 400 жителей [16].

В Норвегии, Швеции и Финляндии успешно «работают модели общественной практики под названием «Центр здоровья». В Норвегии половина врачей — семейные врачи, в Швеции треть врачей - семейные врачи. [17] В Финляндии распространена ВОП/СП в виде групповой врачебной практики [18,19].

В Германии 90% населения имеет своих домашних врачей, 46,8% врачей в этой стране являются врачами ВОП [20].

Во Франции насчитывается 58000 врачей общей практики. 1 врач приходится на 1000 населения. В этой стране введена специализация на ВОП/СВ - 2 года с 1985 года [21].

В Австралии 43% составляют врачи общей практики. В Австрии врачи ВОП - 32%. Общеврачебная практика распространена в Израиле, Ирландии, Греции, Испании, Дании, Португалии, Швейцарии и многих других странах. В этих странах от 3 до 12% случаев медицинской помощи оказывают врачи общей (семейной) практики .

Каковы же достижения на сегодняшний день в нашей Республике? Об этом было заявлено на коллегии МЗРК в июле текущего года. Доступность медицинской помощи сельскому населению обеспечивается также 49 передвижными медицинскими комплексами, с использованием которых в I полугодии т.г. осмотрено более 61 тыс. человек, проведено около 56 тыс. лабораторно-диагностических исследований и 68 тыс. консультаций. Республиканским координационным центром по санитарной авиации в I полугодии 2012 года осуществлено более 350 вылетов, оказана помощь свыше 460 пациентам. По итогам 2011 года общая заболеваемость сельского населения в сравнении с 2010 годом снизилась на 3,5%. Ее показатели ниже городского в 1,5 раза. За отчетный период отмечается снижение уровня заболеваемости и смертности жителей села туберкулезом на 9% и 21%, онкологическими заболеваниями на 11 % и 7%, несчастными случаями, травмами, отравлениями на 5,5% и 5% соответственно. Смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 27%. По итогам коллегии было принято постановление, в котором даны поручения структурным подразделениям, Комитетам Министерства, также управлениям здравоохранения регионов, в части укрепления материально-технической базы объектов сельского здравоохранения, обеспечения сельского населения, в том числе, проживающего на приграничных к городу территориях скорой медицинской и амбулаторной помощью, целесообразности заключения Соглашений между соседними областями для оказания своевременной скорой медицинской помощи жителям приграничных районов .

Учитывая, что более 40% населения проживают в сельской местности, вопрос обеспечения доступности медицинской помощи для сельчан имеет первостепенное значение. Поэтому развитие

мобильной медицины в Казахстане направлено на обеспечение доступности сельских жителей к специализированной медицинской помощи, скрининговым исследованиям и повышению оперативности оказываемых медицинских услуг. [22]

В связи с изложенным хотелось бы в перспективе, чтобы ученые нашей республики для населения разработали целый ряд справочных материалов и руководств, в том числе Кодекс здоровой жизни по примеру Салернского кодекса здоровья, написанного в 14 веке философом и

врачом Арнольдом из Виллановы,[23] в котором давались бы рекомендации по сохранению и укреплению здоровья, популярное руководство по самообследованию и самопомощи, популярные рекомендации по фитотерапии и народной медицине, по улучшению физического и психо-эмоционального состояния и другие. Следует добиться того, чтобы такая литература была в каждой семье, что будет способствовать проведению соответствующих занятий и бесед с населением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медицинская профилактика в сельском здравоохранении: прошлое и настоящее / И.А. Каммаев, С.А. Молодцов, А.Ф. Перевезенцева и др. -Н.Новгород: НГМА. - 2002. 139 с.
2. Косарев В.В., Васюкова Г.Ф., Бабанов С.А. Профессиональная заболеваемость медицинских работников в Самарской области. //Химическая и биологическая безопасность. Мед. труда и пром. экол. 2007, № 9, с. 40-17.
3. Ю.А.Квасов, С.Е. Методологические и организационные проблемы диспансеризации рабочих промышленных предприятий / С.Е. Квасов // Диспансеризация рабочих промышленных предприятий: сб. науч.-практ. работ — Горький.- 1989. С. 5 - 7.
4. Кудрин, В. А. Заболеваемость с временной нетрудоспособностью строителей железнодорожных тоннелей / В.А. Кудрин, А.А. Прохоров // Гигиена и санитария. 2003. - №2. - С.27-29.
5. Гатин, Ф.Ф. Пути оптимизации управления здоровьем сельского населения в современных экономических условиях /Ф.Ф. Гатин // Нижегородский, медицинский журнал. Здравоохранение ПФО. 2002. -№2. С.59-65.
6. DeNavas-Walt, C., Proctor, B. D., and Smith, J. C. (2008.) U.S. Census Bureau. "Current Population Reports, P60-235, Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007." Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
7. Ziller, E. C., Coburn, A. F., & Yousefian, A. E. "Out-of-pocket health spending and the rural underinsured." *Health Affairs*, Nov/Dec 2006; 25(6), 1688-1699.
8. Fordyce MA, Chen FM, Doescher MP, Hart LG. (2007). 2005 physician supply and distribution in rural areas of the United States. Final Report #116. Seattle, WA: WWAMI Rural Health Research Center, University of Washington.
9. Health Care in Urban and Rural Areas, Combined Years 2004-2006. Update of Content in MEPS Chartbook No. 13. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/data/meps/chbook13up.htm>
10. Center for Financing, Access and Cost Trends, Agency for Healthcare Research and Quality, Medical Expenditure Panel Survey, 2006.
11. Bennett, K. J., Olatosi, B., & Probst, J.C. (2008). "Health Disparities: A Rural – Urban Chartbook." *South Carolina Rural Health Research Center*.
12. Pleis JR, Lethbridge-Çejku M. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2006. *National Center for Health Statistics. Vital Health Stat* 10(235). 2007.
13. Миралиев С.Р. Медико-социальные проблемы внедрения и совершенствования деятельности общей врачебной (семейной) практики (на примере Республики Таджикистан). Автореферат д.м.н. Казань, 2009г. 270с.
14. Тиллоев. А.И. Опыт подготовки семейных врачей в Таджикистане. *Российский семейный врач*. 1993. - №3. - С. 60-61.
15. Heiberg A.N. The doctor in twenty first century *II Brit. med. J.* 1987., Vol. 295 №6613. P. 1602-1603.
16. Rice D.I. Family Medicine in Canadian Why and How? // In: *Family Medicine and the Problems of Training Family Physicians - Proc. of Internat. Soviet/ Canadian Seminar in Vladikavkaz*. - North Ossetia, May 28-30, 1991. - P. 10-13.
16. Шляхтер Е.Н. Врачи общей практики в Норвегии / Е.Н. Шляхтер // *Российский семейный врач*. - 2000. №4. - С. 83-84.
17. *Verbindung der Scheizer Arzte. Mitglieder-Statistik 1992 der Verbindung der Schweizer Arzte. Schweizerische Arztezeitung*. 1993. - V. 19. - P. 752.
18. Weiner J. A Comparison of the Primary Care System in the USA, Danmark, Finland and Sweden: Lessons for Scandinavia? // *Scandinav. J. Primary Health Care*. 1988.-№6.- P. 13-27.
19. Vohlonen I., Pekuiinen M., Saltman R. Reorganizing Primary medical care in Finland: The Personal Doctor Program // *Health Policy*. 1989. - № 1. - P. 65-79.
20. Ramie H. Health Center: Integrated Primary Health Care Resources and Services within the District and Coordinative Role of General Practice // *Primary Health Care*. Berlin, 1990.-P. 101-118.
21. Bach S. Managin a pluralist health system: the case of health carereform in France / S. Bach // *Int. J. Health serv*. 1994. - Vol. 24, № 4. - P. 593 - 606.
22. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы
23. Ю.М.Комаров. *Руководство*

по управлению изменениями общей врачебной практики (семейной медицины) при организации и развитии первичной краткосрочный эксперт проекта Тасис, 2004г. С. медико-санитарной помощи 45-59. населению и внедрении службы

Нарузбаева О.М.

АУЫЛДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ: ҚАЗІРГІ КҮНГІ МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН БОЛАШАҒЫ

Бұл мақалада ауылдық дәрігердің орны және оларды біліктілігі жоғары маман ретінде дайындауда алға қоятын басты мәселелер қарастырылады.

Naruzbayeva O. M.

RURAL HEALTH CARE: PROBLEMS AND PROSPECTS AT THE PRESENT STAGE

A large number of scientific researches of the Soviet period was devoted to questions of health protection of rural dwellers. At the same time today problems of rural health care faded into the background.



Тажина А. С.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РАЗВИТИЯ В СФЕРЕ МАРКЕТИНГА

*АО «Медицинский Университет Астана»
Магистрант факультета «МВА в больничном управлении»*

В настоящее время, система здравоохранения Казахстана претерпевает значительные изменения. Произошедшие в Казахстане, общественно-политические и социально-экономические преобразования, включая окончательное становление приоритета рыночных отношений, оказали влияние и на систему организации медицинской помощи населению в целом [1,2]. Так, если раньше сознание человечества предполагало медицину совершенно бесплатной, и здоровье человека не рассматривалось, как элемент товарно-экономических взаимоотношений, то сегодня с формированием рыночных отношений, внедрение рынка платных услуг является одним из проявлений этих изменений. Это связано с целым комплексом взаимосвязанных причин. Во первых – это улучшение благосостояния основной массы населения, которому сопутствует постепенное осознание человеческой жизни и здоровья как приоритетных ценностей. Во-вторых – медленно, но все же накапливаются положительные изменения нормативно-правовой базы государства в отношении оказания платных медицинских услуг. В-третьих – растет самостоятельность и финансово-хозяйственная

грамотность руководителей государственных и частных лечебных организаций, что позволяет им более уверенно выстраивать отношения, как с государством, так и с потребителями медицинских услуг. Наделение государства правом коммерческим и некоммерческим медицинским организациям, индивидуальным предпринимателям оказывать платные медицинские услуги (ПМУ), вызвали увеличение количества их, а вместе с ними повысили и интерес к правовому урегулированию услуг в сфере медицины. Между тем, государство РК, само «подтолкнуло» медицинских организаций (МО) искать дополнительные источники финансирования, чтобы обеспечивать себя необходимыми ресурсами, закрепляя данные права в Кодексе РК «О здоровье народа и системе здравоохранения, (статья 35), [3].

Систему здравоохранения во всем мире, на сегодня можно условно разделить на три типа. Преимущественно государственная система здравоохранения действует, в таких странах как: Великобритания, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Норвегия, Португалия, Швеция и другие. Финансирование осуществляется преимущественно из той части общественных

ресурсов, которая складывается за счет налоговых поступлений в государственный бюджет. Эта модель традиционно базируется на системе государственных медицинских учреждений. Социально-страховая система здравоохранения функционирует в основном на западной Европе: Австрия, Бельгия, Нидерланды, Германия, Франция, Швейцария, Япония, некоторые страны Латинской Америки, когда финансирование осуществляется на трехсторонней основе: за счет бюджетных ассигнований, взносов работодателей и самих работников, что предполагает наличие обязательного медицинского страхования. Преимущественно частная система здравоохранения демонстрируют такие страны, как США, Южная Корея, и другие, в последнее время стали приближаться к данной группе Азербайджан и Грузия, в основном базирующаяся на частной медицинской практике с оплатой медицинских услуг за счет средств пациента [4].

Система здравоохранения Республики Казахстан (РК) позиционирует себя, как преимущественно государственной, свидетельством этому, является политика здравоохранения, одним из стратегических направлений которого направлена на постепенное ежегодное повышение финансирования на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). В то же время, правительство РК предоставляет ряд условий организациям здравоохранения, для дальнейшего финансового развития их, закрепленные нормативными актами.

Оказание платных медицинских услуг (ПМУ) государственными организациями в РК на сегодняшний день осуществляется в рамках Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения», Конституции РК, а также в соответствии с Постановлением РК «Об утверждении Правил и условий оказания платных услуг в организациях здравоохранения» [3,5,6]. Государство РК не запрещает оказывать платные медицинские услуги. Подобная легимитизация, сегодня рассматривается в контексте статьи 29 Конституции РК, где признается защита государством двух основных прав – права на достойную жизнь и право на свободное развитие. Достойная жизнь, прежде всего, характеризуется наличием минимального набора бесплатных благ для человека, предусмотренные в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). Свободное развитие предполагает возможность беспрепятственно иметь доступ к дополнительным благам, а значит получать платную медицинскую помощь. Согласно Кодексу РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», (статья 35; раздела 2; главы 9) граждане РК имеют право на получение ПМУ по личной инициативе, в случае отсутствия направления специалистов, при лечении лекарственными препаратами, не входящих в список лекарственного формуляра, при диагностических исследованиях, не входящих

в перечень ГОБМП. Также гражданин РК имеет право получить ПМУ при изъявлении желания на санаторное лечение, без соответствующего направления, при медико-генетическом исследовании, в случае поступления на работу или в учебное заведение, а также за счет личных средств работодателей, иных физических или юридических лиц на основании договоров, в том числе добровольного медицинского страхования. Данная норма также регламентирует то, что иностранцы и лица без гражданства имеют право на получение ПМУ, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 5 статьи 87 настоящего Кодекса и при предоставлении дополнительных сервисных услуг. Далее, постановлением Правительства РК утвержден порядок правил и условий оказания платных услуг в организациях здравоохранения. Данное постановление извещает, что ПМУ оказываются на основании договора, заключаемого между пациентом и субъектом здравоохранения, предоставляющим данные услуги. В договоре определены порядок и условия предоставления ПМУ, на определенные виды, объемы, а также сроки их оказания. Также отражены права и обязанности сторон, затронуты аспекты по вопросам внесения изменений, дополнений и прекращения договора. В договоре закреплены вопросы ценообразования, препятствующие процессу демпинга, правила учета и ведения документации при оказании ПМУ, а также юридические обязательства стороны, оказывающую медицинскую услугу.

Таким образом, данные нормативные документы, регламентируют законность и право медицинских организации, и регламентируют юридическую обоснованность государственных медицинских организаций в полной мере реализовывать ПМУ.

Государственные МО при осуществлении ПМУ, по сравнению с частными лечебными организациями имеют ряд преимуществ:

- первоначальная инвестиция данного МУ предоставляется за счет государственного бюджета;

- льготы при уплате налогов и оформлении лицензии, согласно Налоговому Кодексу РК «О налогах и других обязательных платежах в бюджет», статья 135, [7];

- широкая известность, что позволяет не тратить средства на постоянное продвижение услуг; смешанное финансирование из бюджетов соответствующих уровней, системы ГОБМП и доходов от коммерческой деятельности.

- государственные МО вкладывают в весьма ограниченном объеме на ремонт посещения, материалов и оборудования, так как эти затраты реализовываются за счет средств бюджета, тем самым они побеждают в ценовой конкуренции, занимая весь низ и почти всю середину среднеценового сегмента рынка платных медицинских услуг. Рост и развитие доли платных услуг в системе государственного здравоохранения,

как источника компенсации дефицита бюджетных средств позволит:

- сократить дефицит бюджетного финансирования;
- сохранить и увеличить фонд заработной платы работникам;
- предотвратить текучесть кадрового потенциала;
- возможность привлечь высококвалифицированных кадров;
- укрепить материально-техническую базу;
- интенсифицировать использование медицинского оборудования.

Таким образом, ПМУ являются основным, едва ли не единственным источником покрытия убытков и позволит лечебным организациям решить несколько важных задач, а именно: повысить мотивацию медицинским работникам, удерживая квалифицированных кадров в государственных лечебных организациях; обеспечивать развитие материально-технической базы, необходимых на качественное оказание медицинских услуг. Роль государства в данном случае ограничивается не только созданием условия для существования рынка ПМУ, но также направлена на обеспечение удовлетворения потребностей населения. Развитие рыночных отношений в экономике Казахстана вызывают постепенный переход отраслей социальной сферы к рыночным формам социально-экономических отношений. В этих условиях учреждения социальной сферы, в том числе и лечебные организации системы здравоохранения, должны адаптироваться к действию законов рыночной экономики и обладать в определенной степени конкурентоспособностью для вхождения и закрепления на рынке социальных услуг. Поэтому, именно маркетинг является концептуальной основой перехода нашей системы здравоохранения из состояния стагнации в сторону роста и движения вперед.

Анализ исторических источников по проблемам маркетинговой деятельности дает основания полагать, что впервые маркетинговые принципы были разработаны и применены на практике в Японии. Свидетельством такого утверждения является открытие в этой стране еще в 1650 году первого универсального магазина, каждый отдел которого предназначался для определенного вида товаров. Возник первый маркетинговый принцип, позволяющий собирать и группировать информацию о потребностях и желаниях покупателей, и на ее основе организовывать производство товаров и услуг, пользующихся спросом. В середине XIX века появились первые теоретические разработки, развивающие главную функцию маркетинга. С. Маккормику принадлежит пальма первооткрывателя этой уникальной функции маркетинга, суть которой состояла в том, что маркетинг должен выполнять главную цель: "удовлетворение потребностей потребителя". Возникнув в США на рубеже XIX-XX веков, как

одно из направлений экономических исследований и управленческой практики, маркетинг рассматривался в тесной связи с рыночной капиталистической экономикой в качестве одного из ее важных элементов [8]. Американская медицинская ассоциация определяет маркетинг в здравоохранении, как комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством услуг здравоохранения, ценовой политикой в области лечебно-профилактического процесса, продвижением услуг (товаров медицинского значения) к потребителям, а также процессом их реализации [9].

При развитии ПМУ существуют множество проблем, касающихся: качества; условия предоставления медицинских услуг; ценообразования; отсутствия маркетингового знания [10,11]. Также, в современных условиях является актуальным не только изучение тенденции и проблем развития ПМУ, но и разработка мероприятий по улучшению качества и условия предоставления этих услуг, совершенствованию ценообразования и другие организационно-экономические вопросы. Жесткое государственное регулирование деятельности организаций здравоохранения, включая вопросы управления и ценообразования, попытки, в том числе в развитых странах, полностью финансировать здравоохранение посредством государственного бюджета обусловили более позднее и неполное внедрение современных методов и способов управления, в том числе маркетинга. Кроме того, медицинские работники рассматривали свою работу как искусство и не считали нужным вникать в проблемы экономики предприятия и ее оптимизации [12]. Поэтому очевидно, что при оказании платных услуг государственным организациям здравоохранения, в настоящее время нельзя обойтись без четкой маркетинговой политики, в свою очередь, требующей проведения маркетинговых исследований, призванных выявить реальные особенности спроса, удовлетворенность и т.п., что должно способствовать улучшению организации работы и качества медицинской помощи [13,14]. В то же время маркетинг в здравоохранении характеризуется разнообразием. В частности, маркетинг ПМУ отличается от маркетинга других сфер здравоохранения, например, от маркетинга услуг в сфере обязательного медицинского страхования, где первоочередное внимание направлено не на потребности пациента, а удовлетворение потребностей страховых организаций, оплачивающих счета медицинских учреждений. Фактически, только маркетинг платных медицинских услуг можно рассматривать как собственно рыночное понятие [15]. Организации здравоохранения, применяя маркетинг, формируют свою конкурентную позицию, основанную на репутации предприятия. В связи с этим формируется ситуация, когда главной проблемой медицинского учреждения

становится оптимизация объема и структуры потребления медицинских услуг, как в интересах каждого индивидуума, так и в интересах общества в целом [16]. Маркетинг способствует более успешному освоению рынка медицинских услуг и лекарственных средств за счет выявления тех их видов и групп, которые пользуются наибольшим спросом у потребителей. Кроме того, рациональное построение сбытовой политики объектов здравоохранения и фармации существенным образом минимизирует сопутствующие издержки путем более обоснованного и целенаправленного продвижения лечебно-профилактических услуг, лекарственных средств и товаров к их пользователям (пациентам), [17]. Осуществление хозяйственной деятельности происходит с помощью применения маркетинга, который связан с направлением потока товаров (услуг) от производителя к потребителю. Сущность маркетинга должна определяться формулой: производить то, что безусловно находит сбыт, а не пытаться навязать потребителю не согласованные с рынком продукцию и услуги. В большой степени это относится к медицинской деятельности [18]. При разработке и изучении системы маркетинга, необходимо учитывать поведение поставщиков, маркетинговых посредников и конкурентов, различные общественные, государственные финансовые организации, прессу, законодатель-

ные органы; учитывает политические, демографические, экономические, научно-технические и другие сферы общественной жизни. В основе стратегии маркетинга лежат пять видов рыночной деятельности: сегментация рынка, выбор целевых рынков, выбор методов выхода на рынок, выбор методов и средств маркетинга, выбор времени выхода на рынок. Концепция сегментации рынка основывается на том, что каждый рынок состоит из отдельных частей, включающих покупателей с различными потребностями, потребительским стереотипом и поведением [19-23]. Каждый сегмент рынка отличается разными возможностями сбыта определенных товаров (например, рынок товаров для молодежи, пожилых людей, женщин и т. д.).

В Республике Казахстан, ситуация по внедрению в практику медицинской деятельности маркетинга далека от совершенства. Поэтому переход к рыночным отношениям предполагает использование преимущественно управленческих методов управления. Применение на практике эффективных методов управления будут оптимизировать процессы, связанные с выработкой новой стратегии функционирования учреждений здравоохранения на рынке медицинских услуг в условиях экономического реформирования и внедрения рыночных механизмов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аканов А.А. Политика охраны здоровья населения в Казахстане: Опыт разработки, реализации национальных программ здравоохранения и перспективы на 2010-2015 годы. Астана, 2006. –с.243.
2. Аканов А.А., Девятко В.Н., Кульжанов М.К. Общественное здравоохранение в Казахстане: Концепция, проблемы и перспективы. Алматы. -2001. –с.100.
3. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения, статья 35. Текст с изменениями и дополнениями от 12.03.2011 года.
4. Организация системы здравоохранения в странах СНГ. Журнал «Вестник Росздравнадзора». -2010.-№6.-с.21-25.
5. Конституция РК, статья 29, принятая на республиканском референдуме 30 августа 1995 года, (с изменениями и дополнениями по состоянию на 02.02.2011 г.).
6. Постановление РК «Об утверждении Правил и условий оказания платных услуг в организациях здравоохранения» от 30 декабря 2009 года №2299.
7. Налоговый кодекс РК, статья № 135 от 10 декабря 2008 года № 99-IV «О налогах и других обязательных платежах в бюджет», (с изменениями и дополнениями по состоянию на 12.01.2012 г.).
8. С.А. Столяров. Рынок медицинских услуг: некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления. Журнал «Здравоохранение».-2001.-№1.-с.21-28.
9. Шарабчиев Ю.Т. Маркетинговая стратегия в управлении здравоохранением. Здравоохранение Беларуси.-2003.-№ 1. -с. 20-23.
10. Иншакова Н.Н. Формирование и развитие рынка платных медицинских услуг: организационно-экономические аспекты. Автореферат на соискание к.м.н.-2005; -с.21.
11. Сомов Д.А. Проблемы ценообразования медицинских услуг // Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России: сб. науч. тр. / под общей ред. Ю.В. Михайловой. М.: РИО ЦНИИОИЗ. - 2006. - с. 124-127.
12. Боханов С.Ю. Предпосылки использования маркетинга в здравоохранении. Журнал Маркетинг в России и за рубежом. -2002.-№2.-с.12-15.
13. Лебедев А.А. Использование маркетинговой философии в деятельности медицинских учреждений государственной системы здравоохранения // Экономика здравоохранения. -1997. –J.7, -с. 31-37.
14. Филатов В.Б. Стратегическое планирование в управлении здравоохранением на территориальном уровне: Автореферат на соискание. д-ра мед. наук. М.- 1996.-48с.
15. Белозор А.А., Даненков В.С. Маркетинг платных медицинских услуг //Амбулаторная хирургия, 2006, №3. – с. 63-64.
16. Тогунов И.А. Соотношение и адекватность

понятий модели маркетинговой системы и категорий системы здравоохранения, функционирующей в условиях рынка // «Экономика здравоохранения», 1998. - N 7.-с 24-27.

17. Evens R.G. // Eur. Radiol. — 2000. — V. 10, N 16. — P. 413–414.

18. Lipton M.J., Metz C.E. // Eur. Radiol. — 2000. — V. 10, N 16. — P. 390–392.

19. Поляков И.А., Чернов А.Е., Зеленская Т.М. Основные направления развития маркетинга медицинских услуг в коммерческих организациях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и

истории медицины 2004. - № 3. - с. 32-36.

20. Токарев Б.Е. Маркетинговые исследования: учебник. М.: Экономиста, 2007. - 624 с.

21. Юлдашева О.У. Когнитивный маркетинг: основные положения и терминологический аппарат//Маркетинг. 2006. - № 1. - с. 34-43.

22. Walton M. The deming management method. New York.-1996.-p. 263.

23. Kotler P. Marketing management: analysis, planning, implementation, and control, 1997.- Englewood cliffs, NJ: Prentice Hall.-p.756.

Тажина А. С.

АҚЫЛЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕРДІҢ ЗАҢДЫ АСПЕКТІЛЕРІ ЖӘНЕ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА ҰЙЫМДАРДА ОНЫҢ ДАМУ БОЛАШАҚТАРЫ

Мақалада, мемлекеттік медициналық мекемелерінің өз қызметтерін ақылы түрде атқаруының заңды аспектілері көрсетілген. Қазіргі уақытта мемлекеттік медициналық мекемелерінің ақылы түрде қызметті атқарылуы «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексында, «Ережелді бекіту және денсаулық сақтау мекемелерінде ақылы қызметтердің көрсету шарттары туралы» ҚР Қауылында іске асырылып жатыр. Мақала сондай-ақ мемлекеттік мекемерде ақылы қызмет атқарудың басымдылықтары мен үміттерін көрсетілген.

Tazhina AS.

LEGISLATIONS ASPECTS OF PAID MEDICAL SERVICES AND THEIR PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT IN PUBLIC HEALTH FACILITIES

The legislations acts reflecting of legislation medical services in public medical facilities are presentable in this article. Nowadays providing of medical services are realized according to low «About health people and system of health care» and Resolution of Republic of Kazakhstan «About determining of rules and conditions of providing of paid medical services in healthcare organizations». The article also reflects advantages and perspective of public medical organizations in providing of paid medical services.



Аскарова Д.С.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА - ПАРОДОНТИТ

ИП Анашбаев Е.К., стоматологическая клиника, г.Караганда

Актуальность. Здоровье полости рта и целого организма неразделимо от здоровья тканей пародонта, ведь залог зубного здоровья - это здоровые ткани пародонта. Здоровье зубов является основой стоматологического долголетия. При этом стоматологическое долголетие - это основа функциональной гармонии всего организма человека.

Мы осознанно не иллюстрируем данную статью фотографиями пациентов, к сожалению, это достаточно «неприглядная» патология.

Целью нашей работы явилось составление вопросника для пациентов с целью ранней диагностики заболеваний пародонта.

Материал и методы. В качестве материала исследования взято взрослое население, обратившиеся в нашу клинику в возрасте с 18 лет и старше (по согласованию). Всего исследовано в 2009-2010 году 78 пациентов.

Результаты и обсуждение. **Пародонтит** - это воспалительное заболевание тканей пародонта, носит хронический характер. Клинические проявления заключаются в воспалении десны и резорбции костной ткани, заболевание длительно протекает со слабовыраженными симптомами, и приводит к потере зубов [1].

Когда речь идёт только о воспалении слизистой десны, то, говорят об обратимом заболевании - гингивите, важно вовремя диагностировать заболевание и не допустить перехода его в следующую необратимую стадию - пародонтит.

В связи с вышесказанным, по результатам полученных исследований нами составлен вопросник, для ранней диагностики заболеваний пародонта:

«Имеются ли у Вас, нижеперечисленные изменения в полости рта?» - ответ: Да, Нет:

1. Наличие зубных отложений: мягкого налёта или зубного камня;

2. Болезненность и кровоточивость десны при чистке зубов или при приёме пищи, а так же при использовании таких средств гигиены, как зубная нить или зубные ёршики;

3. Застывание пищи между зубами и трудности при её извлечении;

4. Оголение шеек зубов;

5. Чувствительность от холодного, горячего, кислого, а так же от механических раздражителей (иногда просто от прикосновения);

6. Неприятный привкус во рту;

7. Неприятный запах (галитоз) из полости рта;

8. Изменение внешнего вида десны (покраснение, увеличение или уменьшение в размерах, наличие синюшного оттенка и т. д.);

9. Любое отделяемое из зубодесневого прикрепления;

10. Подвижность зубов;

11. Изменение положения, выдвигание зубов;

12. У Вас в семье есть родственники, страдающие пародонтитом;

13. Ваш супруг страдает воспалительными заболеваниями пародонта;

14. У Вас имеются протезы со сроком службы более 5 лет;

15. У Вас имеются пломбы, «мешающие» на десне, а та же пломбы, не восстанавливающие контакт между зубами.

Каждый пациент нашей клиники уже на первой бесплатной консультации проходит первичное пародонтологическое обследование. Получает консультацию по правилам ухода за полостью рта и рекомендации по подбору средств личной гигиены. Лечащий врач учит правильно чистить зубы и применять дополнительные средства гигиены. Огромное значение уделяется своевременному лечению, дальнейшему наблюдению и общеукрепляющим процедурам.

Врачи-пародонтологи всего мира постоянно сталкиваются с одним и тем же вопросом: как наиболее эффективно оказать помощь своим пациентам. Увы, на сегодняшний день не существует такой «таблетки», которая бы являлась гарантированным, полным решением основной проблемы пародонтита – атрофии костной ткани и образования костных карманов. Однако существуют основы, которые позволяют придерживаться принципа стабилизации уровня кости и стойкой ремиссии. Во-первых, это своевременная диагностика факторов риска, способствующих к развитию патологии пародонта. Во-вторых, это устранение ряда предрасполагающих к данной патологии факторов: скученность зубов, укороченные уздечки языка или губ, нависающие края коронок, а также многое другое. В-третьих, это нормализация микробной флоры в полости рта [2].

Таким образом, только при комплексном подходе, адекватно проведённой диагностике, правильно подобранной программе лечебных и профилактических мероприятий, можно добиться полного излечения или длительной ремиссии заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов В.С. Заболевания пародонта. - Профилактика воспалительных заболеваний пародонта. - М.:ООО «МИА», 2007. - 80с.
2. Грудянов А.И. Овчинникова В.В.

Аскарова Д.С.

ПАРОДОНТ ТІНДЕРІНІҢ АУРУЫ – ПАРОДОНТИТ

Пародонтит - бұл қызыл иектің қабынуы мен сүйек тіндерінің сорылуынан болатын, тістердің түсуіне бейім, пародонт тіндерінің созылмалы қабынбалы ауруы. Пародонт ауруларын ерте анықтау үшін біздің емханада пародонтологиялық тексеруді жүргізу барысында қолданылатын сұраулық құрастырылды.

Тек ерте жүргізілген диагностика барысында, дұрыс емдеу шараларының бағдарламасын құрғанда, кешенді көмек көрсеткенде ғана толық емдеу және ұзақ мерзімдік жазылуға қол жеткізуге болады.

Askarova D.S.

PARODONTA DISEASE – PERIODONTITIS

Periodontitis - a disease of inflammatory periodontal tissues, is chronic, manifested sore gums and tissue resorption, leading to loss of teeth. In this regard we have for the primary parodontologicheskogo examination for early diagnosis of periodontal diseases compiled questionnaire. Only a comprehensive approach, adequately performed the diagnosis, treatment program correctly selected meropryaty, you can achieve a cure or prolonged remission of the disease.



Байкенова Ж.Ш.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ: ИНГИБИТОРОВ АПФ И
БЛОКАТОРОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ 2 И 3 СТЕПЕНИ**

ЦКГИОБ. г. Астана.

Цель: Изучить эффективность и переносимость комбинированного применения антигипертензивных препаратов: ингибиторов АПФ и блокаторов кальциевых каналов при лечении артериальной гипертензии 2 и 3 степени.

Обоснование исследования: Артериальная гипертензия важная проблема современного здравоохранения, так более четверти взрослой популяции во всем мире страдают этим заболеванием, и оно становится все более распространенным с каждым годом (по прогнозам частота артериальной гипертензии возрастет на

25% с 2000 до 2025 г). ИБС является одной из причин смерти во всем мире Риск развития в течении жизни ишемической болезни сердца к 40 годам составляет 49% у мужчин и 32% для женщин. Назначение фиксированных комбинаций рекомендовано международными руководствами для оптимизации лечения артериальной гипертензии.

Характеристика исследования: В исследование были включены 30 больных в возрасте от 45 до 60 лет. В исследование включали пациентов, ранее не принимавших регулярно

ТӘЖІРИБЕДЕ КЕЗДЕСЕТІН ОҚИҒАЛАР

антигипертензивных препаратов. У 60% имело место АГ 2, у 40% АГ 3. Среднее по группе систолическое артериальное давление клиническое составило 164,2(+)-12,2 мм рт.ст, диастолическое (105,6+-8,4) мм рт.ст. Пациентам назначалось один из группы препарата ингибиторов АПФ и один препарат блокатор кальциевых каналов. Если через две недели терапии снижение АД оказывалось не достаточным, то доза удваивалась. Длительность наблюдения 8 недель. Исходно и через 8 недель терапии всем больным выполняли биохимическое исследование крови с определением глюкозы, креатинина, мочевины, холестерина, аспаратаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ). Во время визитов больного (исходно, через 2,4 и 8 недель лечения) измерялось АД, оценивалось состояние

больного и регистрировались побочные явления. На протяжении всего исследования пациенты осуществляли самоконтроль АД. За критерий эффективности антигипертензивной терапии по АД принимали снижение ДАД на 10% или на 10 мм рт.ст и САД на 15 мм рт.ст от исходного уровня. Целевым уровнем АД на фоне терапии считали АД <140\90 мм

Результаты и обсуждения: За время исследования побочных эффектов препаратов зарегистрировано не было. Через две недели АД снизилось со 164,2(+)-12,2\105,6(+)-8,4 до 146(+)-12,9\96,3(+)-8,4 мм рт.ст. -ДАД =-18,9(+)-9,3\ -10,2(+)-8,1мм рт.ст. К8 неделе произошло дополнительное снижение АД со 146,3(+)-12,9\96,3(+)-8,4 до 140,5(+)-11,4\91,9(+)-6,7 мм рт.ст. -ДАД -6,8(+)-10,2\ -5,4(+)-6,9.мм рт.ст.

Таблица №1 Динамика показателей биохимического анализа крови.

Показатель	До назначения препарата	Через 8 недель лечения
Креатинин ммоль\л	99,0+-15,7	94,6+-13,7
Мочевина ммоль\л	4,3+-1,3	4,2+-1,3
Глюкоза ммоль\л	5,4+-0,6	5,4+-0,4
ОХС ммоль\л	7,2+-1,5	6,9+-1,6
ТГ ммоль\л	1,5+-0,6	1,3+-1,1
ХС ЛПВП ммоль\л	1,2+-0,3	1,5+-0,3
АЛТ,ед	34,0+-15,7	37,9+-24,9
АСТ,ед	24,3+-10,8	22,4+-7,8

В таблице №1 приведены результаты биохимического анализа крови.

до и после приема препаратов. За время приема препаратов уровень глюкозы крови не менялся. Появилась тенденция к улучшению показателей липидного обмена-некоторое снижение общего холестерина, триглицеридов и повышение липопротеинов высокой плотности. За время исследования не выявлено существенных изменений

показателей, отражающих функцию печени и почек.

Выводы: Комбинированное применение антигипертензивных препаратов ингибиторов АПФ и блокаторов кальциевых каналов привели (88%) к нормализации АД, к улучшению защиты артерий, снижению риска сердечно-сосудистой смертности, уменьшению вероятности отека нижних конечностей.

Байкенова Ж.Ш.

АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ 2 ЖӘНЕ 3 ДӘРЕЖЕСІ КЕЗІНДЕ ГИПЕРТЕНЗИЯҒА ҚАРСЫ ПРЕПАРАТТАРДЫ ҚОЛДАНУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ: АПФ ИНГИБИТОРЫ МЕН КАЛЬЦИЙ ӨТКЕЛДЕРІНІҢ БЛОКАТОРЛАРЫ

АПФ ингибиторы мен кальций өткелдерінің блокаторларын қосарлы қолдану артериялық қысымның қалыптасуына (88%), артерияның қорғаныс қасиетінің жақсаруы мен жүрек-тамыр жүйесі ауруларының төмендеуіне, аяқ қолдың ісіктерінің төмендеуіне мүмкіндік береді.

Baykenova Zh.Sh.

EFFICIENCY COMBINED PRIMENEIY ANTIGIPERTENZIVNYKH OF PREPARATIONS: INHIBITORS APF AND BLOCKERS OF CALCIUM CHANNELS AT TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION OF 2 AND 3 DEGREES

The combined application of hypertension preparations of APF inhibitors and blockers of calcium channels led (88%) to normalization the HELL, to improvement of protection of arteries, decrease in risk of cardiovascular mortality, reduction of probability of hypostasis of the bottom extremities.

Гатауова М.Р., Беспалько А.Б., Агибаева К.К., Петухова Н.А., Лапушкина А.Г.

СИНДРОМ ANDREN — BJERSING — WILLIAMS

Городской роддом №1, г. Астана
АО «Медицинский университет Астана»

Введение. В современных условиях, несмотря на совершенствование методов пренатальной диагностики отмечается большой процент детей с врожденными пороками развития. Более 50% этих пороков имеют почечное происхождение. Синдром Andren — Bjersing — Williams (синонимы: PRUNE BELLY, Eagle-Barrett syndrome - Синдром сливочного живота, «синдром подрезанного живота»- характерный сморщенный внешний вида кожи в области живота) относится к редким порокам мочеполовой системы, его частота составляет 1 случай на 35 000 - 50 000 новорожденных, исключительно у лиц мужского пола.[1] Синдром включает триаду: полный или частичный дефект мускулатуры нижней части передней брюшной стенки; двусторонний крипторхизм; расширение почечных лоханок (гидронефроз) и мочеточников с дисплазией почек. Иногда сочетается с аномалиями кишечника, сердца и скелета. Клинически условно выделяют три степени тяжести синдрома. Легкая – наличие трех характерных основных признаков; при средней, дополнительно к триаде, наблюдается расширение мочеточников; при наиболее тяжелой форме синдрома - гидроуретер, гидронефроз, дисплазия почек, а также возможно развитие гипоплазии легких, скелетных деформаций и характерных особенностей лица из-за выраженного маловодия. [2] Ультразвуковая диагностика синдрома prune belly возможна с 14-15 нед беременности. В начале II триместра беременности основным эхографическим признаком является мегацистис, при этом увеличенный мочевой пузырь может занимать большую часть брюшной полости плода. Во II-III триместре беременности эхографическая картина характеризуется наличием резко расширенного, неопорожняющегося мочевого пузыря с гипертрофией его стенок и истончением передней брюшной стенки. При выраженном процессе отмечается присоединение двустороннего мегауретера, гидронефроза и маловодия. В результате прогрессирования патологических изменений может развиваться мочевой асцит. Пренатальное обследование должно включать кариотипирование и тщательное ультразвуковое исследование, включающее подробную оценку анатомии лица и внутренних органов плода.[3-5] В случае гибели плода или новорожденного показано тщательное патологоанатомическое исследование. При выявлении синдрома prune belly, сочетающегося с выраженным маловодием, следует предложить прерывание беременности, так как прогноз при таком сочетании крайне неблагоприятный. В 20% случаев наступает

антенатальная гибель и 50% детей умирают в первые два года жизни. В отечественной литературе недостаточно информации по данной патологии, в связи с чем мы описали этот редкий клинический случай.

Анамнез заболевания. Ребенок Б. Возраст 3 дня. От 1 беременности на фоне ОРВИ, кандидоза. Возрастная первородящая. Брак незарегистрирован. Возраст 29 лет. Регулярное наблюдение в женской консультации. В 19 недель на УЗИ был выявлен ВПР - Andren — Bjersing — Williams, от прерывания беременности мать отказалась по религиозным убеждениям.

St.ptraesens. Родился мальчик весом 2800. По шкале Апгар 6-7 баллов (роды срочные 39-40 недель. закричал сразу). Состояние ребенка при рождении тяжелое за счет пороков развития, поражения ЦНС. Вялый. Общая гипотония, гипорефлексия. Рефлексы врожденного автоматизма не вызываются в полном объеме, быстро истощаемы. Кожные покровы бледно-розовые, подкожно-жировой слой истончен. Умеренная одышка, дыхание с втяжением межреберий. Множественные петехиальные кровоизлияния в области лица, туловища, в проекции мочевого пузыря. Стула нет. Моча светлая, прозрачная.

В ходе обследования ребенка выявились следующие пороки развития ребенка, которые и подтвердили синдром Andren — Bjersing — Williams.

Со стороны ЖКТ: аплазия мышечного слоя в области передней брюшной стенки. Живот дряблый, увеличен в объеме, распластан, и имеет вид «сморщенной сливы», свисает по бокам, при пальпации мягкий. Рис.1. Через переднюю брюшную стенку контурируются петли кишечника. Печень + 1,5см. Причина формирования дефекта абдоминальной стенки неизвестна, но существуют 2 теории относительно происхождения порока. Одна из теорий предполагает наличие дефекта зачатка мезодермы, из которой формируется передняя брюшная стенка и мочевыводящие пути в раннем эмбриональном периоде. Другая теория имеет больше сторонников и заключается в том, что уретральная обструкция приводит к значительному расширению мочевого пузыря и мочеточников и повышение давления в последних приводит к атрофии мышц передней брюшной стенки.

Со стороны мочеполовой системы: При проведении УЗИ органов брюшной полости и почек: Синдром Andren — Bjersing — Williams. Врожденный порок развития мочеполовой си-

стемы. Гидронефроз. Гипоплазия правой почки. Двухсторонний крипторхизм.

Со стороны костно - **мышечной системы:** правосторонняя косолапость, правая голень в объеме меньше чем левая, стопа в положении внутренней ротации и эквинуса, в нормальное положение выводится не полностью и не удерживается. Реберные дуги со 2 ребра развернуты.



Рис.1 Аплазия мышечного слоя. Синдром «сливового живота»

На 3 сутки жизни в результате острой почечной недостаточности несмотря на проводимые реанимационные мероприятия ребенок погибает. На аутопсии выявлена триада врожденных аномалий, составляющих синдром Andren — Bjersing — Williams: аплазия мышечного слоя в области передней брюшной стенки; двухсторонний крипторхизм; гидронефроз, гипоплазия правой почки с удвоением мочевого пузыря; аномалии кишечника и скелета: мегаколон, правосторонняя косолапость.

Таким образом, приведенный клинический случай представляет определенный интерес в неонатологической практике, в ранней диагностике и профилактике которого несомненно играет важную роль УЗИ исследование внутренних органов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Diao B, Diallo Y, Fall PA, Ngom G, Fall B, Ndoye AK, Fall I, Ba M, Ndoye M, Diagne BA: Prune Belly syndrome: Epidemiologic, clinic and therapeutic aspects. *Prog Urol* 2008, 18(7):470-474.
2. Woods AG, Brandon DH: Prune belly syndrome. A focused physical assessment. *Adv Neonatal Care* 2007, 7(3):132-143.
3. Kotb A Metwalley, Hekma S Farghalley and Alaa A Abd-Elsayed Prune belly syndrome in an Egyptian infant with Down syndrome: A case report *Journal of Medical Case Reports* 2008, 2:322doi:10.1186/1752
4. Beverly P Wood, John Karani. Prune Belly Syndrome. <http://emedicine.medscape.com/article/447619-overviewOct29,2009>
5. Vogt BA, Davis ID, Avner ED: Eagle-Barrett syndrome. In *Care of the High-risk Neonate. 5th edition. Edited by Klaus MH, Fanaroff AA. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2001:443.*

Гатауова М.Р., Беспалько А.Б., Агибаева К.К., Петухова Н.А., Лапушкина А.Г.

ANDREN — BJERSING — WILLIAMS СИНДРОМЫ

Осы жұмыста зәр шығу жолдарының сирек кездесетін ауытқулары - ANDREN — BJERSING — WILLIAMS синдромы көрсетілген. Клиникалық оқиға келесі белгілерімен сипатталған: құрсақтың бұлшықетінің аплазиясы, гидронефроз, оң бүйректің гипоплазиясы. Науқаста крипторхизм мен бірге ішектің және сүйек жүйесінің ауытқулары - мегаколон және оң жақты маймақтық табылды.

Gatauova M.R., Bepalko A.B., Agybaeva K.K.,
Petuhova N.A., Lapushkina A.G.

ANDREN — BJERSING — WILLIAMS SYNDROME

This paper describes a clinical case of a rare anomaly of the urogenital system - the syndrome Andren — Bjersing — Williams. The characteristics of this pathology: aplasia of the muscular layer of the anterior abdominal wall, and bilateral cryptorchidism, hydronephrosis, hypoplasia of the right kidney with a doubling of the urinary bladder, intestine and skeletal anomalies: megacolon, right-sided clubfoot



Жубаньязова Б. С.

ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Стоматологическая клиника «Интерстом».
 Врач-стоматолог – терапевт, ТОО «ЛИК – СТ»
 г. Астана.

Лечение воспалительных заболеваний пародонта в связи их высокой частотой и интенсивностью поражения являются актуальной проблемой современной стоматологии. Прогрессирующее течение болезней пародонта приводит к преждевременной потере зубов, нарушению функции жевания, эстетики, изменениям в височно-нижнечелюстном суставе.

Классификация заболеваний пародонта.

Всесоюзное научное общество стоматологов (Ереван 1983)

1. Гингивит - воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

Форма: катаральная, гипертрофическая, язвенная.

Течение: острое, хроническое, ремиссия.

Тяжесть процесса: легкой, средней, тяжелой степени.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

2. Пародонтит – воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией пародонта и кости.

Течение: острое, хроническое, обострение, ремиссия.

Тяжесть процесса: легкой, средней, тяжелой степени.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

3. Пародонтоз – дистрофическое поражение пародонта.

Течение: хроническое, ремиссия.

Тяжесть процесса: легкой, средней, тяжелой степени.

Распространенность процесса: генерализованный.

4. Идиопатическое заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта (пародонтолизис) – поражение пародонта при симптомах и синдромах Папийона-Лефевра, Иценко-Кушенга, эозинофильной гранулемы (болезнь Таротынова), болезнях крови.

5. Пародонтомы – опухоли и опухолеподобные процессы в пародонте (фиброматоз десен, пародонтальная киста, эпюлис и т. д.)

Лечение заболеваний пародонта.

Восстановление функции жевания, норм эстетики, устранение отрицательного влияния патологического процесса в тканях пародонта на организм в

целом – это главные цели лечения пародонта.

К основным принципам лечения пародонта относятся комплексность, индивидуальность, этиотропная терапия, патогенетическая терапия, и восстановительное лечение.

Этиотропная терапия основана на устранении действующей причины болезни. Претворение данного принципа связано с достижениями фармакологической науки, появлением новых химиотерапевтических препаратов.

Составление плана лечения пациента с патологией пародонта должно строиться с учетом индивидуальных особенностей пациента – общего состояния организма, давности заболевания, ранее проводимого лечения и его эффективности.

Современные тенденции при терапии воспалительных заболеваний пародонта направлены на максимальное восстановление морфологических и функциональных структур зубо – пародонтального комплекса, что определяет саногенический принцип и восстановительное лечение.

Лечение катарального гингивита начинается с обучения гигиене полости рта, устранения местных раздражающих факторов: снятие зубных отложений, пломбирование кариозных зубов. Затем проводится местная противовоспалительная терапия с использованием фитопрепаратов, рекомендуется для улучшения микроциркуляции: физиотерапевтическое лечение, аутомассаж десен с раствором куриозина, гидромассаж, электрофорез.

Лечение язвенного гингивита включает устранение болевого синдрома, удаление некротических тканей с помощью протеолитических ферментов, снижение интоксикации, назначение антибактериальных и витаминных препаратов.

В связи с ведущей ролью в этиологии язвенного гингивита симбиоза фузобактерий и спирохет целесообразно применение различных лекарственных форм на основе клиона и куриозина.

Одним из эффективных препаратов является клион – синоним метронидазол, из группы имидазолов обладающий активностью в отношении многих анаэробных бактерий, спирохет, простейших при незначительном побочном действии, совместим со всеми антибиотиками. Минимальная подавляющая концентрация клиона составляет от 0,25 до 1 мкг/мл для фузобактерий, и от 2 до 32 мкг/мл для пигментообразующих бактериодов.

Препарат назначают внутрь, так как он способен создавать достаточную высокую концентрацию в пародонтальном кармане. Рекомендуемая дозировка препарата внутрь по 0,25 г три раза в сутки в течение 5 – 7 дней.

С целью профилактики кандидоза в комплексной терапии заболеваний пародонта при системном применении антибиотиков целесообразно назначение системного противогрибкового препарата широкого спектра действия – микосист, содержащего флуконазол.

Особенностью данного препарата является то, что он накапливается в поверхностных слоях эпителия слизистой оболочки полости рта. Рекомендуемая профилактическая дозировка при назначении препарата микосиста внутрь в капсулах – 50 мг в сутки в течение 7 дней.

Лечение десен аппаратом « Вектор»

Пациенты с генерализованным пародонтитом редко жалуются на наличие глубоких зубодесневых карманов или зубного камня. В основном их беспокоят такие проблемы, как воспаление, кровоточивость и, особенно, рецессия десны, приводящая к удлинению шеек зубов и соответствующим эстетическим нарушениям. Целью стоматологического лечения является быстрое, надежное и безболезненное устранение этих проблем.

Средняя степень пародонтита в большинстве случаев воспринимается пациентами как неприятное состояние, создающее определенные проблемы, а не опасное заболевание.

Система Вектор позволяет проводить все первичное вмешательство в одно посещение. Этот метод является гораздо менее болезненным, чем традиционные методы и воспринимается как значительно менее неприятной. Обычно после такого лечения не наблюдается ретракция десны. В соответствии с результатами апробирования методики в университете Майнца, использование аппарата Вектор рекомендовано в качестве предпочтительного метода по сравнению с применением других ультразвуковых устройств. После короткого периода освоения устройства было вынесено заключение, что использование аппарата Вектор является предпочтительным как при первичном вмешательстве, так при поддерживающих мероприятиях. Контролируемое клиническое исследование, проведенное в Франкфуртском университете, показало очень высокую клиническую эффективность аппарата Вектор. Аппарат Вектор намного более эффективен в отношении уменьшения глубины пародонтальных карманов по сравнению с традиционными удалением зубного камня и обработкой поверхности корня. Кроме того, его использование позволяет добиться лучшего прикрепления десны по сравнению с контролируемой группой.

Принципы методики работы с системой Вектор.

Создание системы Вектор в 1990 году совпало с открытием того факта, что причиной заболеваний пародонта является нарушение взаимодействия между бактериальной инфекцией и иммунной защитой. Система Вектор передает энергию ультразвуковой динамики так, что стоматолог может работать контролируемо и атравматично. До настоящего времени была очень велика опасность, что неконтролируемое и колеблющиеся инструменты

окажут в пародонтальных карманах больше вреда, чем пользы. При использовании инструментов Вектор единичным проводимым движением является линейное, параллельно поверхности корня. Отличительная особенность системы Вектор благодаря непрямоу связыванию ультразвуковой энергии стало возможным щадящее удаление бактериальной биопленки и зубных отложений. При этом не происходит повреждение твердых тканей, и не травмируются мягкие ткани. Благодаря суспензии, содержащей микрочастицы, значительно повышается эффективность очистки корня.

Энергия инструмента мягко подается в пародонтальный карман через гидрооболочку. Пародонтальный карман интенсивно обрабатывается и промывается, без образования аэрозоля. Во время этого процесса частицы применяемой суспензии работают как зубная паста, удаляя мягкие и твердые зубные отложения, даже из самых сложных участков. Результатом этого является гладкие и чистые поверхности корней и значительное снижение количества бактерий, что приводит к быстрому и успешному излечению.

Принципиально новые наконечники передают усиленную ультразвуковую энергию на специальный инструмент Вектор скалер. Так как жидкость подается внутри инструмента, как и при использовании пародонтального наконечника, практически не происходит образования аэрозоля. Это также дает возможность использовать полировочную суспензию. Усиление ультразвуковой энергии достигается благодаря дополнительному пьезокерамическим диском, что дает возможность быстро удалять самые упорные зубные отложения. Поверхности корней очищаются и полируются с помощью Вектор флюид полиш, суспензии, содержащей частицы гидроапатита. Добавление абразивной суспензии путем нажатия на кнопку позволяет проводить выборочное микроинвазивное препарирование, используемые с этой целью металлические инструменты гладкие, обеспечивают хороший доступ и в зависимости от предъявляемых к ним требований, могут быть асимметричными, тупыми с одной стороны или полыми, повышая качество препарирования.

В противоположность алмазным инструментам, энергия подается непрямым способом – через частицы карбида кремния, носителем которых выступает вода.

Таким образом, препарирование при помощи систем Вектор проводится без воздействия высоких температур и безвредно для пульпы. При этом не ослабляются эмалевые призмы, что обеспечивает высокое качество краевого прилегания последующих реставраций. При применении системы Вектор происходит микроинвазивное препарирование зубодесневых карманов, что приводит к очищению корней, поверхность которых становится гладкими. Также появление лекарственных препаратов нового поколения позволяет поднять на качественно новый уровень лечение воспалительных заболеваний

пародонта. Применение различных паст, в составе которых есть препараты куриозина, обеспечивает стойкий противовоспалительный эффект. При на-

значении препарата клион, одновременно назначаем противогрибковое средство.

ЛИТЕРАТУРА:

1. М. Т. Копбаева «Диагностика и лечение воспалительных заболеваний пародонта» Алматы 2007 год.

та. Патогенез, диагностика, лечение.» Москва. 2004 год.

2. А. С. Григорьян и другие. «Болезни пародон-

3. С. И. Сивовал. «Клинические аспекты пародонтологии» Москва. 2001 год.

Жубаньязова Б. С.

ПАРОДОНТ ҚАБЫНУ АУРУЫНЫҢ ЕМДЕЛУІ

Вектор системасы арқылы емделу кезінде жоғарғы температуралар қолданбағандықтан ол ұлпа үшін зиянсыз. Ем кезінде эмалдік призмалар әлсіремейді, сондықтан алдағы жасалатын бітемелердің сапасы жоғары болады. Вектор системасы қолданғанда тіс шырышты қалтасында микроинвазиялық егеу жүргізіледі, ол түбірдің тазалануына және тегіс болуына әкеледі. Сонымен қатар, жаңа дәрі түрлерінің пайда болуы пародонт қабынуының емделуін жаңа деңгейге көтереді. Құрамында куриозин препараты бар сықпаларды қолдану мығым қабынуға қарсы нәтиже береді. Клион дәрісін қабылдаған кезде кандидозға қарсы дәрілерді ішу керек.

Zhubaniazova B.S.

THE TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASE OF PARODONTIUM

Preparation by the means of Vector system is carried out without high temperature exploration and harmless for pulpa. And the enamel column is not weakened and it enables to marginal seal of following instaurations. Applying of the Vector system the microinvasive preparation of dental pockets results to cleaning of roots, surface of which becomes smooth. Also the appearing of pharmaceuticals of new generation enables to get the treatment of inflammatory disease of parodontium to a totally new level. Use of various pastes, which contain curiosin, provides persistent anti-inflammatory effect. Simultaneously with the klion drug antimycotic agents are put on.



Жубаньязова Б. С.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭНДОДОНТА

Врач – стоматолог-терапевт. ТОО «ЛИК – СТ» Стоматологическая клиника «Интерстом»

Для постановки диагноза пульпита, периодонтита используют основные методы обследования: опрос, осмотр пациента, зондирование, перкуссию, пальпацию, реакцию на температурные раздражители, а также дополнительные методы (электроодонтодиагностику, рентгенографию)

Диагноз определяет план эндодонтического лечения, правильный выбор которого влияет на регенерацию периапикальных тканей.

Цели лечения пульпита и периодонтита:

1. Ликвидация очага воспаления и тем самым устранение боли;
2. Стимуляция процессов заживления;

3. Восстановление формы и функции зуба;

При определенной форме пульпита и локализации кариозной полости у молодых пациентов (до 40 лет) без сопутствующей патологии возможно применение так называемого биологического метода лечения. В этом случае воспаленную пульпу не удаляют, а сохраняют, используя для этого различные лечебные прокладки.

В большинстве случаев при пульпите воспаленную пульпу удаляют, а при периодонтите удаляют распад пульпы. Удаление коронковой части пульпы называется ампутацией, а метод лечения - ампутационным. Удаление всей пульпы – это

экстирпация, а метод лечения - экстирпационный.

Все эндодонтические манипуляции на зубах с живой пульпой можно проводить под анестезией. В таких случаях методы лечения называются витальной ампутацией и витальной экстирпацией. Эндодонтическое лечение проводимое после предварительной некротизации пульпы с помощью мышьяковистого ангидрида параформальдегидной пасты - это девитальная ампутация или девитальная экстирпация. Метод девитальной ампутации применяется строго по показаниям (узкие, облитерированные, искривленные корневые каналы у лиц пожилого возраста, наличие тяжелой соматической патологии), используют лекарственные средства для импрегнации остатков предварительно некротизированной пульпы.

Эндодонтическое лечение подразделяется на ряд этапов:

1. Обработка кариозной полости или удаление пломбы. Иногда необходима трепанация интактной коронки зуба.

2. Раскрытие полости зуба с удалением нависающих краев, удаление воспаленной пульпы или распада коронковой пульпы.

3. Создание доступа к корневым каналам, расширение устьев каналов, измерение длины корневого канала.

4. Эндодонтическая обработка корневых каналов (удаление корневой пульпы при пульпите, распада корневой пульпы при периодонтите, расширение каналов, придание им конусности)

5. Медикаментозная обработка корневых каналов, высушивание их.

6. Пломбирование корневых каналов.

7. Восстановление целостности коронки зуба. Для этого используют различные методы:

- пломбирование;
- реставрация (в том числе с использованием анкерных и других штифтов);
- изготовление штифтово - культевой вкладки с последующим покрытием искусственной коронкой.

Инструментальная обработка корневого канала. Для обработки корневого канала используются различные методы: техника «шаг назад», техника « от коронки вниз», метод сбалансированных сил.

Техника «шаг назад» от меньшего к большему заключается в равномерном расширении канала от верхушки корня зуба к коронковой части путем обработки его несколькими инструментами (преимущественно римерами) постепенно возрастающих размеров. Недостатком метода является то, что после обработки канал имеет почти цилиндрическую форму. После каждой смены файла возвращаются к инструменту предыдущего размера, чтобы дентинные опилки не закрыли просвета канала.

Техника шаг назад является базовой методикой обработки корневых каналов.

Помимо этого применяют методику от коронки вниз согласно которой, вначале обрабатывают

устьевую часть корневого канала постепенно достигая верхушки.

Методика применяется преимущественно для обработки искривленных каналов. Расширение канала с помощью эндодонтического наконечника, последовательно меняя внутриканальный инструментарий.

Обычно обработку канала начинают с инструмента размера 0,25 или 0,30, который вводят в канал примерно на 1/2 длины, что соответствует прямому участку канала. Затем профайлами следующих размеров (035-045) завершают обработку устевой части канала. После каждой смены файла канал промывают раствором антисептика (раствор гипохлорида натрия) с использованием эндодонтического шпирца для удаления инфицированного содержимого канала, одновременно в канал вводят препараты на основе ЭДТА для химического расширения.

После обработки устевой части профайлом 030 проходят канал на 3/4 длины под контролем рентгенограммы. Затем сменив профайлом на меньшей -025, доходят до физиологической верхушки корня. Глубину прохождения канала можно проконтролировать с помощью апекслокатора. Последовательно используя инструменты все большего диаметра, расширяют канал до требуемого размера. Стенки канала выравнивают Н- файлами.

Преимущество техники в том, что обеспечиваются лучший доступ к верхушечной части канала, удаление инфицированного содержимого корневого канала в результате расширения коронковой части, лучшее промывание за счет создания конусообразной формы канала.

Депозит гидроксид меди-кальция. Стремление повысить эффективность и надежность эндодонтического лечения, обеспечить длительный благоприятный результат при «проблемных» корневых каналах привело к разработке метода депозита гидроксид меди-кальция. Создателем этой технологий является профессор А. К. Кнапиво (Германия). Сущность депозита состоит в следующем. Корневые каналы проходят и расширяют на 1/3 – 2/3 длины. После этого в один из каналов помещают водную суспензию гидроксид меди-кальция, вводят игольчатый электрод (-), замыкают электрическую цепь и проводят процедуру. Затем аналогичным образом производят обработку других каналов. После окончания курса депозита каналы допломбировывают специальным содержащим мед, цементом.

Механизм терапевтического действия депозита. При проведении процедуры, под действием постоянного электрического тока, гидроксид - ионы и ионы гидроксипрата проникают в апикальную часть как основного канала, так и в дельтовидные ответвления. В просвете каналов гидроксид меди – кальция накапливается, частично выпадают в осадок и

выстилает их стенки. В области верхушечного отверстия в нейтральной среде происходит распад их в слаборастворимый гидроксид меди 2, который также выпадает в осадок. При этом образуются «медные пробки», которые надежно obtурируют все выходы апикальной дельты на поверхности корня.

В результате описанных процессов в просвете канала и окружающих тканях происходят следующие явления:

1. Разрушение мягких тканей, находящихся в просвете канала и апикальной дельте. Продукты распада элиминируются в периапикальные ткани и резорбируются организмом.

2. Стерилизация просвета «основного» канала и апикальной дельты за счет сильного бактерицидного действия применяемых препаратов.

3. Выстилание стенок и создание депо гидроксида меди-кальция в незапломбированной части «основного» канала, а также в дельтовидных ответвлениях. Образование «медных пробок», которые obtурируют все выходы апикальной дельты на поверхности корня. Это обеспечивает герметичность, обеззараживание и длительную стерильность этой наиболее «проблемной» части корневого канала.

4. Стимуляция функции остеобластов и регенерации костной ткани в периапикальной области за счет ошелачивания среды и лечебного эффекта гидроксида меди-кальция.

Применение депофореза гидроксида меди-кальция показано, в первую очередь, при эндодонтическом лечении зубов с непроходимыми корневыми каналами. Кроме того, этот метод рекомендуется применять при сильном инфицировании содержимого канала, отлом инструмента в просвете канала (без выхода за верхушку), в случаях безуспешного лечения зуба «традиционными» методами, повторном эндодонтическом лечении (перелечивании), при наличии широкого апикального отверстия. Наряду с этим, депофорез рекомендуется применять при методе витальной экстирпации пульпы. Рекомендация использовать депофорез при перелечивании зубов, ранее леченных резорцин-формалиновым методом является спорной и требует дополнительного изучения. Противопоказания к проведению депофореза: злокачественные новообразования, тяжелые формы аутоиммунных заболеваний, беременность, непереносимость электрического тока, аллергическая реакция на медь, а также обострение хронического периодонтита, нагноившейся киста челюсти и наличия серебряного штифта. (Боровский Е. В.)

Следует помнить, что перед проведением депофореза пульпа в канале обязательно должна быть девитализирована.

Методика проведения депофореза гидроксида меди-кальция. Сначала препарируют кариозную полость, раскрывают полость зуба и создают эндодонтический доступ. Если пульпа в зубе живая, ее некротизируют либо с помощью

девитализирующей пасты, либо проводят электрохимический некроз, а затем приступают к депофорезу. Для обеспечения гарантированного, стойкого эффекта достаточно трех сеансов с интервалом 8-14 дней.

В первое посещение корневые каналы проходят и расширяют примерно на 2/3 длины. Обрабатывать каналы следует до инструмента № 35-50. Устья каналов расширяют несколько больше, чтобы создать достаточное депо для суспензии гидроксида меди-кальция. После обработки каналов зуб изолируют от слюны и высушивают. Суспензию гидроксида меди-кальция разводят дистиллированной водой до сметанообразной консистенции и вводят каналонаполнителем в обработанную часть канала. Затем в канал на глубину 4-8 мм вводят активный игольчатый электрод.

Пассивный электрод (анод) размещают за щекой с противоположной стороны, между электродом и щекой помещают ватный валик, смоченный водой. При проведении процедуры силу тока медленно увеличивают до появления в области зуба мягкого ощущения тепла или покалывания, затем силу тока уменьшают и еще медленнее, с интервалами, увеличивают достигая силы тока 1-2 миллиампер.

Время процедуры рассчитывают, исходя из того, что в течение одного сеанса на один канал должно быть получено количество электричества, равное 5 ма/мин.

После окончания процедуры канал и полость зуба промывают дистиллированной водой, в канал вводят свежую порцию гидроксида меди-кальция, герметично закрывают временной пломбой.

Второе, третье посещение процедуры повторяются. После заключительной процедуры обработанную часть канала допломбировывают специальным щелочным, содержащим медь, цементом «Атацамит»

В данной статье приведу рентгеновские снимки пациентки Жумагуловой А. до лечения, рисунок №1, после лечения, рисунок №2, шесть месяцев после лечения, рисунок №3.

Положительные стороны депофореза:

- возможность успешного эндодонтического лечения зубов с непроходимыми каналами;
 - Высокая (до 96%) клиническая эффективность;
 - снижение риска осложнений, возникающих в процессе инструментальной обработки канала;
 - отсутствие необходимости определения рабочей длины;
 - минимальный риск выведения пломбировочного материала за верхушку;
 - обеззараживание всей апикальной дельты;
- Недостатки депофореза:

1. Отсутствие объективных диагностических тестов, позволяющих достоверно оценить качество obtурации.

2. Техническая сложность проведения, в процессе процедуры необходимо обеспечить абсолютную сухость зуба в течение 4-5 минут.

3. После проведения лечения коронка зуба приобретает желтоватый оттенок.

4. Длительное время лечения.

Несмотря на перечисленные недостатки депофорез открывает дополнительные возможности в эндодонтии.

В заключение можно сказать, что депофорез может быть не только самостоятельным методом лечения и частью комплексного эндодонтического лечения, цель которого достижение максимальной эффективности, надежность и безвредность для пациента. С появлением метода лечения депофорез зубы с диагнозом хронический периодонтит в

данный момент есть возможность сохранить. Контрольный рентген снимок, проводимый через шесть месяцев после лечения, показывает рассасывание патологического процесса. Останавливаясь на методах лечения эндодонта, можно сказать, что техника «шаг назад», в практической деятельности является основным методом обработки канала. Применение методики «от коронки вниз» используется для обработки искривленных каналов. Преимущество техники в обеспечении лучшего доступа к верхушечной части канала.

ЛИТЕРАТУРА

1. А. И. Николаев. Л. М. Цепов. «Практическая терапевтическая стоматология» Москва «Медпресс-информ» 2008.

2. Борковский Е.В, Клиническая эндодонтия М.

Стоматология 1999-176 с.

3. М.М. Пожарицкая Т.Г. Симакова «Пропедевтическая стоматология» Москва

Медицина 2004г.

Жубаньязова Б. С.

ЭНДОДОНТ АУРУЛАРЫНЫҢ ЕМДЕУ ТӘСІЛДЕРІ

Қортындылай келе, депофорез комплекстік емнің ішінде ғана емес, өзі де емнің жеке түрі бола алады. Емнің мақсаты түбегейлі, сенімді емделу және науқас үшін зиянсыз болу. Депофорез тәсілі пайда болғаннан бері созылмалы периодонтит диагнозы бар тістерді сақтап қалу мүмкіндігі туды. Алты айдан кейін істелген бакылау рентген суреті патологиялық процесстің жойылуын көрсетеді. Эндодонт ауруларының емдеу тәсіліне тоқтай келе, келесіні айтуға болады кадам артқа техникасы күнделікті практикада негізгі әдіс болады. Коронкадан төмен тәсілі, көбінесе, қисық өзектерде пайдаланылады. Тәсілдің басымдылығы өзектің түб жағына жақсырақ қол жеткізуге болады.

Zhubaniazova B.S.

TREATING METHODS OF ENDODONTIST DISEASE

Instead of the listed faults of depoforez it represents additional capabilities in endodontics. In conclusion it may be said that depoforez can be not only a self-acting treatment method but also a part of a mixed endodontic treatment, the aim of which is achievement of maximum effectiveness, safety and harmlessness towards the patient. As the method appeared it is possible to remain teeth with the chronic periodontitis diagnosis. The checking X-ray image can show a borderline cancellation resorption. Dwelling on the endodontist treatment the “step backward” technique in practical activities is the main method of treatment of canal. The appliance of the “from crownwork and down” method is used for treatment of curving canals. The advantage of the technique is in the better access to the upper part of the canal.



ФАРИНГИТ И ЛАРИНГИТ КАК ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

ТОО «Дом здоровья», Астана, Казахстан

Известно, что около 25% случаев гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) протекает только с внепищеводными симптомами [1]. Выступая на передний план, они определяют клиническую картину, а значит и диагностическую тактику, и подходы к лечению.

Монреальский консенсус (2006), опираясь на принципы доказательной медицины, классифицировал внепищеводные проявления ГЭРБ следующим образом:

1) доказанные ассоциации:

- синдром кашля, ассоциированного с рефлюксом;

- синдром рефлюкс-ларингита;

- синдром рефлюкс-астмы;

- синдром зубных рефлюкс-эрозий.

2) предполагаемые ассоциации:

- фарингит;

- синусит;

- идиопатический легочный фиброз;

- рецидивирующее воспаление среднего уха.

Как очевидно из вышеизложенного, фарингит, сопутствующий клиническим проявлениям ГЭРБ, а зачастую являющийся единственным проявлением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, входит пока в раздел «предполагаемые ассоциации». Рефлюкс-ларингит относится к бесспорно доказанным фактам.

Ниже я хочу привести данные, полученные методом статистического анализа случаев ГЭРБ у моих пациентов, обратившихся на амбулаторный прием к гастроэнтерологу ТОО «Дом здоровья» в течение 26 месяцев (2010-2012 г.). Диагноз ГЭРБ верифицировался эндоскопически (наличие рефлюкс-эзофагита). Эндоскопически негативными было 4 случая (1.1%): поскольку не было возможности проведения суточной рН-метрии, но имелись клинические симптомы и положительный омега-зольный тест, сомнения были отнесены в пользу ГЭРБ. Гистологически подтвержденный пищевод Баретта – 1 случай (0.3%). Рентгенографически подтвержденная ГПОД – 7 случаев (1.9%). Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, поджелудочной железы для выявления и лечения сопутствующей патологии (рефлюкс дуоденального содержимого с желчными кислотами).

Всего пациентов с основным заболеванием ГЭРБ – 368, из них впервые установленных случаев – 80 (21.7%). Направленных ЛОРом – 108 (29.3%), другими специалистами (кардиологом, стоматологом, ревматологом, пульмонологом, терапевтом, эндоскопистом) – 81 (22.0%), самообра-

щение с симптомами изжоги и регургитации – 144 (41.8%), выявленных в связи с обращением по поводу других заболеваний желудочно-кишечного тракта – 35 (9.5%).

Из 108 пациентов, направленных ЛОРом, у 8 (2.2%) не отмечалось никакой другой симптоматики, кроме отоларингологической, в том числе: фарингит – 3 (0.8%), ларингит+фарингит – 5 (1.4%). Всего же пациентов с ГЭРБ и ЛОР-проявлениями (более чем в 2/3 случаев – симптомы фарингита) – 208 (56.5%).

По данным разных авторов отоларингологические проявления ГЭРБ включают в себя: фарингит, ларингит, синусит, ринит, средний отит, оталгию, латеральную боль в шее. Фарингит (обычно гипертрофический) проявляется ощущением кома (инородного тела) в гортле, глоточной парестезией – globus hystericus/sensation, жжением в глотке, затруднением и болезненностью при глотании. Ларингит – это в основном laryngitis posterior, так называемый «задний ларингит», при котором ларингоскопически в области задней трети голосовых связок обнаруживают отек, гиперемию, эрозии, воспалительные гранулемы, гиперкератоз, «певческие узелки», изредка – ларингеальный круп, ларингоспазм. Описан также папилломатоз и рак гортани. Значительно реже встречается средний отит, ринит, синусит. Появление признаков поражения глотки и гортани (персистирующий непродуктивный кашель, утренняя охриплость голоса – дисфония, повышенное слезообразование, слюнотечение) связаны с достижением рефлюксатом проксимального отдела пищевода. Под повреждающим воздействием соляной кислоты, желчных кислот воспаляется задняя стенка гортани и область черепалонадгортанной складки (особенно в ночное время, когда снижается тонус верхнего пищеводного сфинктера) [2,3,4,5].

Следует отметить настороженность ЛОР-врачей ТОО «Дом здоровья» в отношении ГЭРБ. Плохо поддающиеся стандартной терапии фарингит и ларингит, наличие характерных для рефлюкс-поражений изменений носоглотки и гортани, всегда служит поводом для консультации гастроэнтеролога [2,7,8].

Всем 368 пациентам с ГЭРБ проводилось исследование на инфицированность *H.pylori* и курс эрадикации бактерий при их наличии. В настоящее время признана точка зрения, что *H.pylori* не является патогенетическим фактором развития ГЭРБ и не играет никакой протективной роли при этом заболевании. Эрадикация *H.pylori* не ухудшает течения ГЭРБ (Маастрихт-III, 2005 г.). В тоже время

необходимость длительного применения ингибиторов протонной помпы (ИПП) при лечении ГЭРБ, диктует необходимость проведения курса эрадикации *H. pylori* с целью снижения риска развития атрофического гастрита и рака желудка.

Согласно «Стандартам диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *H. Pylori* заболеваний» (Четвертое Московское соглашение, 2010 г.), рекомендуемая в настоящее время длительность приема ИПП для лечения ГЭРБ с внепищеводными синдромами, - составляет 12 недель. При классическом рефлюксном синдроме (эндоскопически негативной ГЭРБ), а также при неэффективности ИПП, возможна монотерапия альгинатами продолжительностью не менее 6 недель. При выявлении нарушений эвакуаторной функции желудка и выраженном дуоденогастроэзофагеальном рефлюксе показано назначение прокинетики. По показаниям - непереносимость, недостаточная эффективность, рефрактерность к ИПП - возможно применение антагонистов H₂-рецепторов гистамина (фамотидин). Критерии эффективности терапии

- достижение клинико-эндоскопической ремиссии. В частности, регрессирование ЛОР-синдромов и симптомов рефлюкс-эзофагита. Далее - подбор дозы ИПП для проведения непрерывной поддерживающей терапии или прием ИПП «по требованию» исходя из клинической ситуации.

Не стоит забывать о тщательном соблюдении пациентом антирефлюксных мероприятий и регулярном (при появлении симптомов) посещении ЛОР-врача и гастроэнтеролога.

Следует отметить, что показаний к хирургическому лечению в указанной группе пациентов на сегодняшний день не было.

Выводы:

1) фарингит и ларингит рефлюксного происхождения можно отнести к наиболее часто встречаемым в амбулаторной клинической практике внепищеводным проявлениям ГЭРБ;

2) в диагностике и лечении ГЭРБ с внепищеводными проявлениями необходимо взаимодействие ЛОР-врача и гастроэнтеролога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Масловский Л.В., Минушкин О.Н. *Терапевтические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни//Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии. - 2008, - №1, - С.2-7.*

2. Иванникова Н.В. *Изменения ЛОР-органов при заболеваниях органов пищеварения//Жаршысы. Вестник МЦ УДП РК. - 2011, - №2(40), - С. 154-156.*

3. Маев И.В., Юренев Г.Л., Бурков С.Г., Сергеева Т.А. *Бронхолегочные и орофарингеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни//Consilium Medicum. - 2006, - №2, - С.22-27.*

4. Фадеенко Г.Д. *Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни//Здоров'я України. - 2006, - №9, - С.30-32.*

5. Жихарева Н.С. *ГЭРБ: современные вопросы патогенеза, диагностики, терапии//Практика педиатра. Гастроэнтерология. - 2007, - №10.*

6. Исаков В. *Эпидемиология ГЭРБ: восток и запад//Клиническая и экспериментальная гастроэнтерология. - 2004, - №5.*

7. Бурков С.Г., Алексеева Е.П., Арутюнов А.Г., Шипова Т.М. *Влияние антисекреторной терапии омепразолом на ночные симптомы бронхиальной астмы при ее сочетании с ГЭРБ//РЖГТК. - 2008, - №4, - С. 28-31.*

8. Бурков С.Г., Юренев Г.Л. *Современные возможности терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни//Consilium-Providorum. - 2005, - Т. 04, -№3.*

Ю.В. Канажеевская

ГЭРА-ДЫҢ АСҚОРЫТУДАН ТЫС ФАРИНГИТ ПЕН ЛАРИНГИТТІК КӨРІНІСТЕРІ

ГЭРА-ның асқорытудан тыс фарингит және ларингиттік рефлюксті көріністері амбулаторлы клиникалық тәжірибеде жиі кездеседі, сондықтан ЛОР дәрігері мен гастроэнтерологтың көмегіне жүгінеді.

U. V. Kanazhevskaya

GERD-RELATED EXTRAESOPHAGEAL SYMPTOMS: PHARYNGITIS AND LARYNGITIS

Reflux-related pharyngitis and laryngitis are the most common GERD-related extraesophageal symptoms in outpatients, requiring interdisciplinary collaboration of Otorhinolaryngologist and Gastroenterologist.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТЕОСПАЗМИЛА В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕАТИТА

ТОО «Дом здоровья», Астана, Казахстан

Известно, что в патогенезе панкреатита имеет место нарушение оттока секрета поджелудочной железы и рефлюкс в ее протоки дуоденального содержимого (желчных кислот, трипсина и т.д.). В результате – увеличение давления в протоковой системе с разрывами мелких протоков, «уклонением» ферментов в кровь, панкреатической токсемией, нарушением микроциркуляции, гипоксией клеток поджелудочной железы, повышением содержания в крови гистамина, серотонина.

Клиническими проявлениями обострения панкреатита являются болевой синдром за счет растяжения плотной капсулы в результате отека, синдром экзокринной недостаточности с нарушением ассимиляции (переваривания и всасывания), диспепсический синдром в основном связанный с дуоденостазом (отрыжка, изжога, тошнота) и эндокринные расстройства (симптомы сахарного диабета или гипогликемии).

Купирование болевого синдрома, восстановление процессов пищеварения и предотвращение осложнений – основная задача в лечении панкреатита.

При висцеральной боли, связанной со спазмами гладкой мускулатуры, традиционно используют спазмолитики и холинолитики. К ним относятся атропин, дротаверин, папаверина гидрохлорид, платифиллина гидротартрат, метацин. В настоящее время чаще применяют блокаторы натриевых и кальциевых каналов. Представителями последнего поколения подобных препаратов являются гидрохлорида мебеверин, пинаверия бромид и альверина цитрат [1,6].

Альверина цитрат – блокатор кальциевых каналов путем прямой инактивации кальция в клетках гладкой мускулатуры (спазмолитическое действие). В тоже время он не вызывает гипотонию кишечника и сфинктера Одди, сочетая спазмолитический и прокинетический эффект. Кроме того, альверина цитрат связывается с рецепторами 5-HT_{1A}, локализующимися на чувствительных нейронах блуждающего и спинномозговых нервов, выступая антагонистом нейромедиаторам (серотонину и др.), активирующим эти рецепторы с формированием болевого очага в коре головного мозга [1,2]. В результате повышается порог болевой висцеральной чувствительности.

Альверина цитрат в дозе 60 мг в комбинации с 300 мг симетикона входит в состав метеоспазмилла (Франция). Симетикон – кремний содержащий адсорбент и пеногаситель без таких побочных эффектов как задержка стула, связывание микроэлементов, витаминов, лекарственных веществ и компонентов нормальной микрофлоры [3]. Комбина-

ция с симетиконом делает метеоспазмилл еще более привлекательным в качестве препарата выбора для лечения обострений панкреатита, протекающих с болевым синдромом и нарушением пищеварения: недостаточно переваренная пища, попадая в кишечник, приводит к процессам брожения и гниения, дисбиозу, повышенному газообразованию, вызывая дискомфорт, метеоризм, кишечную колику, флатуленцию [4,5].

Цель исследования: оценить эффективность применения метеоспазмилла у пациентов с обострением панкреатита по двум основным синдромам: абдоминальная боль и нарушение пищеварения. Провести сравнительный анализ с аналогичной группой пациентов, получивших курс стандартной терапии без применения метеоспазмилла.

Материалы и методы: для исследования методом случайного отбора было сформировано две группы пациентов по 16 человек с неосложненным хроническим панкреатитом, обратившихся на амбулаторный прием с февраля по май текущего года с симптомами обострения. Двое не были включены в исследование из-за низкой приверженности к лечению. Пациенты, получавшие помимо стандартной терапии метеоспазмилл, составили основную группу. Пациенты, получавшие только стандартную терапию (диета, ИПП, ферменты, спазмолитики иных групп, абсорбенты, пробиотики, полинутрицевтики, антидепрессанты и др. по показаниям), составили контрольную группу. Средний возраст пациентов в первой (основной) группе составил 54.38 ± 7.6 , во второй (контрольной) – 52.38 ± 10.0 .

Метеоспазмилл назначался 3 раза в день за 10-15 минут до еды. Длительность приема устанавливалась индивидуально, не менее 7 суток от начала лечения. Лишь 2 (12.5%) пациентам основной группы было решено продолжить терапию метеоспазмиллом «по требованию» еще на неделю (до 14 дней) в связи с периодически возобновлявшимися симптомами. Тогда как в контрольной группе спустя неделю симптоматически прибегали к спазмолитикам и абсорбентам 5 пациентов (31.3%). Пациент осматривался через сутки, затем на третьи и седьмые сутки от начала лечения, далее – по показаниям (в основном, через неделю).

Пациенту предлагалось оценить степень выраженности болевого синдрома по вербальной шкале (нет боли, умеренная, сильная, очень сильная, нестерпимая), а также симптомы кишечной диспепсии - метеоризм и флатуленцию (отсутствуют, умеренные, сильные, очень сильные).

Результаты и обсуждение: абсолютные показатели по группам приведены в таблицах №1 и №2.

ТӘЖІРИБЕДЕ КЕЗДЕСЕТІН ОҚИҒАЛАР

Табл.№1: Оценка степени выраженности болевого синдрома

Оценка (абсолютно- еколичество пациентов)	До начала лечения		Сутки от начала лечения							
			1-е сутки		3-и сутки		7-е сутки		~14-е сутки	
	Осн. гр	Контргр	Осн. гр	Контр. гр	Осн. гр	Контр. гр	Осн. гр	Контр. гр	Осн. гр	Контр. гр
Пациентом:										
-нет боли,	0	0	1	1	6	4	14	12	15	13
-умеренная,	2	1	8	7	10	11	2	4	1	3
-сильная,	5	5	7	8	0	1	0	0	0	0
-оч.сильная,	8	10	0	0	0	0	0	0	0	0
-нестерпимая	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Табл.№2: Оценка степени выраженности метеоризма и флатуленции

Оценка (абсолютно- еколичество пациентов)	До начала лечения		Сутки от начала лечения							
			1-е сутки		3-и сутки		7-е сутки		~14-е сутки	
	Осн. гр	Контргр	Осн. гр	Контр. гр	Осн. гр	Контр. гр	Осн. гр	Контр. гр	Осн. гр	Контр. гр
Пациентом:										
-нет симпт-в,	2	1	1	0	13	8	14	11	14	12
-умеренная,	4	4	9	7	2	8	2	5	2	4
-сильная,	8	9	6	7	1	0	0	0	0	0
-оч. сильная	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0

Оценивая цифровые показатели, следует отметить, что к первым суткам лечения и основной, и в контрольной группах по 1 (6.3%) пациенту говорили об отсутствии болевого синдрома. К третьим суткам лечения в группе с применением метеоспазмилла на болевой синдром не указывали 6 (37.5%) пациентов, к седьмым – 14 (87.5%). Тогда как при лечении без применения новых возможностей фармакотерапии в контрольной группе эти цифры составили 4 (25.0%) пациента на третьи сутки и 12 (75.0%) пациентов на седьмые сутки.

Симптомов метеоризма не отмечали к первым суткам 1 (6.3%), к третьим - 13 (81.3%), к седьмым - 14 (87.5%) пациентов в основной группе. В контрольной группе эти цифры составили: 0,8 (50%) и 11 (68.8%) соответственно.

Кроме указанного, следует добавить, что в группе пациентов, принимавших метеоспазмил, быстрее наступала нормализация частоты стула, не наблюдалось затрудненного стула. Отмечался эффект в купировании симптомов дуоденостаза в

комплексной терапии (отдельная тема для исследования). Пациенты уже после приема первой дозы метеоспазмилла отмечали снижение чувства переполнения, тошноты, боли и дискомфорта, что значительно улучшало общий психо-эмоциональный фон и повышало приверженность к лечению.

Таким образом, комбинация альверина цитрата в дозе 60 мг и симетикона в дозе 300 мг в препарате Метеоспазмил (Франция) делает его особенно привлекательным в качестве препарата выбора для лечения обострений панкреатита, протекающих с болевым синдромом и нарушением пищеварения. Длительность приема препарата индивидуальна, в зависимости от степени выраженности абдоминального болевого синдрома и экзокринной недостаточности. Хорошо сочетается с ферментами, ингибиторами протонной помпы, поливитаминами, пробиотиками. Позволяет отказаться от приема анальгетиков, спазмолитиков и абсорбентов, так как все эти эффекты присутствуют в Метеоспазмиле.

ЛИТЕРАТУРА

1. Парфенов А.И. Болевой синдром в практике гастроэнтеролога// *Русский медицинский журнал*. - 28 января 2008. - № спец.
2. Клиническое испытание: Эффективность комбинации цитрата альверина/симетикона при абдоминальной боли/дискомфорте в случае синдрома раздраженной толстой кишки – рандомизированное двойное слепое плацебо контролируемое исследование. Т. Виттманн, Л. Парадовски, Ф. Дюкромте, Л. Буэно, М.-К. Андро Делестрен.// *Alimentary Pharmacology&Therapeutics (AP&T)*. – 2010, March.
3. Гуреев А.Н. Синдром повышенного газообразования.// *Русский медицинский журнал*. – 2010. - №5.
4. Парфенов А.И. Синдром нарушенной ассимиляции пищевых веществ.// *Русский медицинский журнал*. – 2012. - №5.
5. Губергриц Н.Б. Синдром недостаточности питания (мальнутриции) при заболеваниях поджелудочной железы и его лечение.// *Здоров'я України*. - *Гастроэнтерологія. Гепатологія. Колопроктологія*. – 2007. - №4.
6. Изатуллаев Е.А., Пичхадзе Г.М., Ташенова Л.Г. Современные представления о хронических гиперферментемических и гипоферментемических панкреатитах. – Алматы. – 2005. – С. 5-7.
7. Кузин М.И., Данилов М.В., Благовидов Д.Ф.

Хронический панкреатит. - Москва. – Медицина. – *чешская гастроэнтерология.* – Москва. – 1994. – С.46-56.

8. Кольцов П.А., Шатихин А.И. *Практи-*

Ю.В. Канажеская

ПАНКРЕАТИТ ЕМІНДЕ МЕТЕОСПАЗМИНДІ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Метеоспазмил (Франция) препаратындағы альверин цитратының 60 мг дозасы мен симетиконның 300 мг дозасынан құралған қоспа осы препараттың сапасын арттыра отырып, ауырсыну сезімі мен асқорыту жүйесіндегі бұзылыстармен өтетін жедел панкреатиттің емінде тиімді қолданыс тапқан. Препаратты қолдану ұзақтығы абдоминалды ауырсыну синдромы мен экзокринді жетіспеушіліктің дәрежесіне байланысты әр тұлғаға жеке тағайындалады. Ферменттер, поливитаминдер, пробиотиктер және протон ингибиторларының помпасымен жақсы әсерлеседі. Анальгетиктерді, спазмолитиктерді және абсорбенттерді қолданудан бас тартуға болады, өйткені бұл әсерлердің барлығы Метеоспазмилдің әсерлерінің ішіне кіреді.

U. V. Kanazhevskaya

EXPERIENCE WITH METEOSPASYL USE IN TREATMENT OF PANCREATITIS

The combination of 60 mg alverine citrate and 300 mg simethicone in Meteospasmyl (France) is particularly effective, making this product a potential treatment of choice for aggravations of chronic pancreatitis accompanied by abdominal pain and alteration of digestive process. The length of treatment with Meteospasmyl varies depending on the intensity of abdominal pain and degree of pancreatic exocrine insufficiency. Meteospasmyl can be co-administered with enzyme preparations, proton pump inhibitors, multivitamins and probiotics. Combined effects provided by alverine citrate/simethicone combination in Meteospasmyl can help avoiding additional use of analgesics, antispasmodics and absorbents.



Кусаинова М.С.

МЕЗОТЕЛИОМА

ГККП на ПХВ «Городская поликлиника»

Мезотелиома (mesothelioma;; синоним: целомический рак, саркоматозная эндотелиома) — опухоль, развивающаяся из мезотелия. Встречается редко. Опухоль длительное время может протекать бессимптомно и поэтому нередко выявляется в поздних стадиях, что отрицательно влияет на прогноз (исход) болезни.

Различают три типа злокачественных мезотелиом:

1. Эпителиоидный тип, составляющий 50-70% среди всех мезотелиом и имеющий наилучший прогноз (исход).
2. Саркоматоидный тип (7-20%).
3. Смешанный тип (20-35%).

Почти 3/4 мезотелиом возникает в грудной полости и носят название мезотелиом плевры. В 10-20% случаев опухоль развивается в животе — мезотелиомы брюшины. Мезотелиомы перикарда встречаются очень редко.

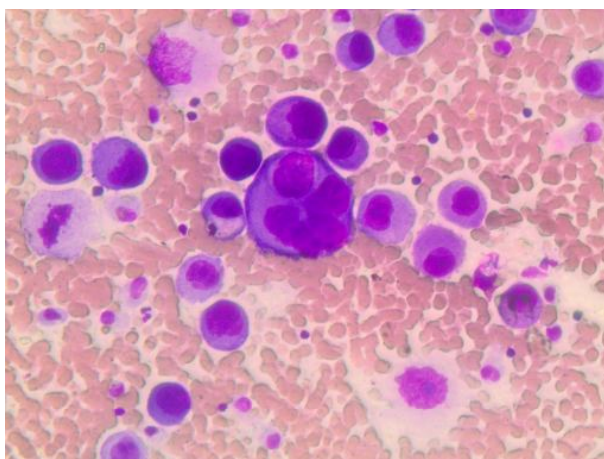
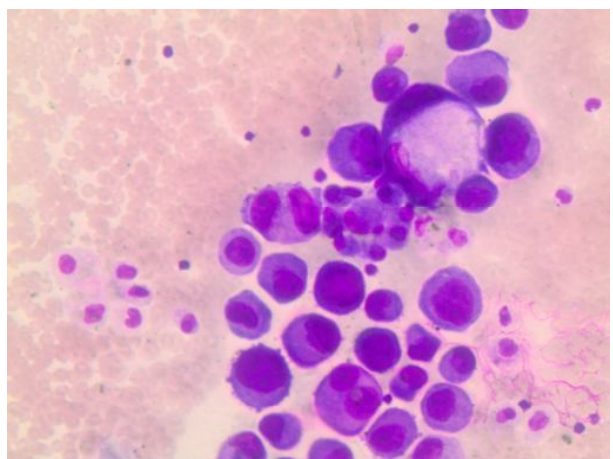
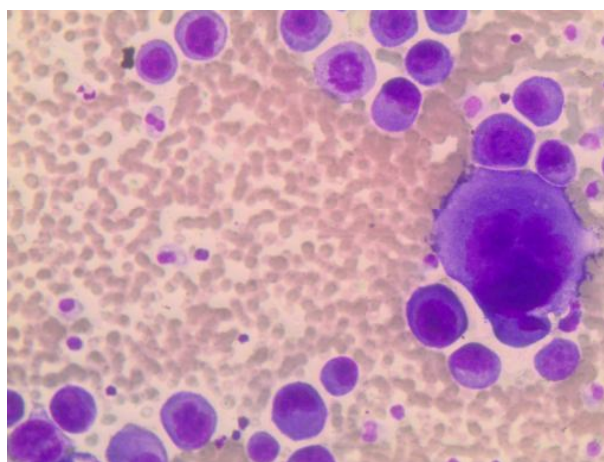
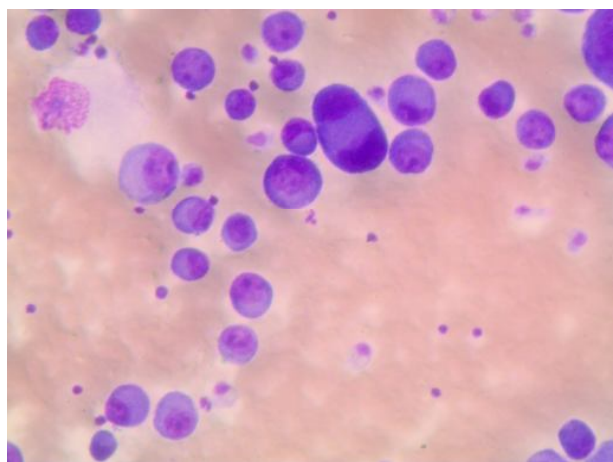
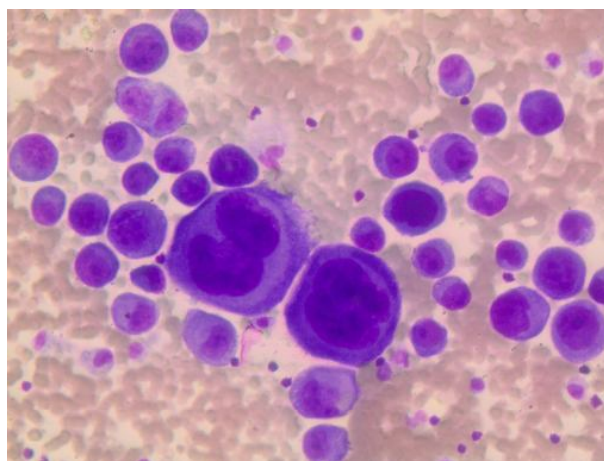
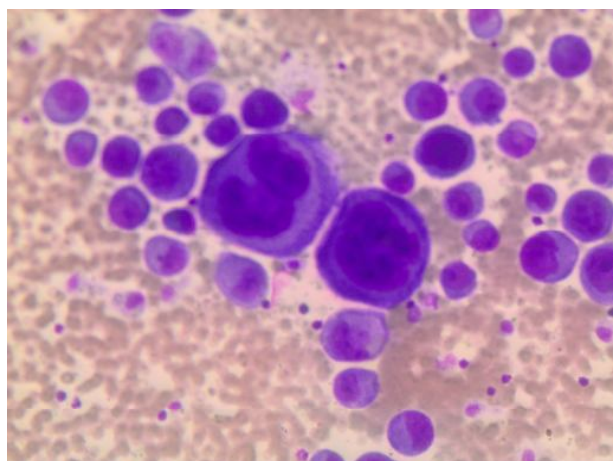
Мезотелиома плевры развивается из покровного

эпителия плевры (мезотелия), отсюда и название.

Гистологически опухоль чаще всего имеет строение аденокарциномы или солидного рака. Кроме того, выделяют фиброзную, тубулярную и смешанную форму мезотелиомы плевры. Злокачественные мезотелиомы метастазируют в регионарные лимфатические узлы (96,5%), в другое лёгкое и плевру (75%), в перикард. Гематогенные метастазы наблюдаются значительно реже.

Симптомы Мезотелиомы плевры:

Заболевание в ранней стадии проявляется болями в грудной клетке и сухим кашлем. К ранним проявлениям болезни относится и выпотной плеврит, вначале серозный, в последующем геморрагический. Нарастание количества экссудата в плевральной полости приводит к сдавлению лёгкого и к одышке. Довольно постоянный симптом — лихорадка. Нередко выраженные явления остеоартропатии. При локализации опухоли на медиастинальной плевре может развиваться



медиастинальный компрессионный синдром. Течение заболевания обычно быстрое, опухоль рано метастазирует по плевре, в средостение и в отдалённые органы.

Диагностика Мезотелиомы плевры:

Диагноз устанавливается на основании рентгенологического исследования.

Морфологическая верификация диагноза.

Цитологическое исследование плевральной жидкости в большинстве случаев является первым этапом морфологического подтверждения диагноза, так как у многих пациентов имеется выпот в плевральной полости.

Гистологическая верификация диагноза. Биопсия парietальной плевры с помощью иглы Abrams . Характеризуются недостаточным количеством получаемого материала, что приводит к затруднениям в определении гистологического варианта опухоли.

Торакоскопическая диагностика. Позволяет получить достаточное количество материала под визуальным контролем, помогает в уточнении стадии заболевания и оценке резектабельности опухоли.

Диагностическая торакоскопия. Играет немаловажную роль в стадировании заболевания,

помогая оценить распространение опухоли на висцеральную плевру.

Переданы стеклопрепараты на консультацию больной Ш, 72 года.

Больная Ш. поступила в районную больницу г.Щучинска экстренно. Жалобы на одышку, слабость, боли в грудной клетке справа. Консультирована хирургом, гинекологом. Проведены УЗИ органов малого таза, щитовидной железы - патологии не обнаружено.

Данные лабораторных исследований: общий анализ крови: Нb-103 г/л, эритроциты – $3,39 \times 10^{12}$, лейкоциты – $6,2 \times 10^9$, с – 58, э – 2, моноциты – 8, лимфоциты – 32. СОЭ – 30 мм/ч.

Рентгенологическое исследование : плеврит. Проведена плевральная пункция, количество жидкости – 300 мл.

Были сделаны мазки на цитологическое исследование. Количество присланных стеклопрепаратов – 3.

По всем полям зрения клеточные элементы расположены разрозненно, с различной степенью атипии, многоядерные, с выраженными ядрышками, цитоплазма клеток оптически плотная и ее окраска варьирует от базофильной до эозинофильной, феномен «клетка в клетке»: более мелкие клеточные элементы внедряются в более крупные, фенестрация цитоплазмы, обусловленная образованием мелких светлых вакуолей по периферии цитоплазмы, много атипических митозов, клеток типа перстневидных. (фото № 1,2,3,4,5,6)

Заключение: мезотелиома, возможно эпителиоидного типа.

Заключение. В статье представлен случай из практики злокачественной формы мезотелиомы с теоритическим обоснованием : классификация, симптомы, результаты обследования и диагностический материал – цитологические стеклопрепараты с полной характеристикой и представлением фотоматериала.

Кұсаинова М.С.

МЕЗОТЕЛИОМА

Макалада теориялық дәлелдеуі бар мезотелиоманың кәтерілі формасының тәжірибеде болған жағдайы көрсетілген: классификациясы, симптомдары, талдауы. Симптомдар, тексерудің нәтижелері мен диагностикалық материал сипатталған, толық мінездемесі бар цитологиялық стеклопрепараттар мен фотоматериалдар ұсынылған.

Kusainova MS.

MESOTHELIOMA

In article the case from practice of the malignant form mesothelioma with a theoretical substantiation is presented: classification, symptoms and diagnostics. Symptoms, results of inspection and a diagnostic material - cytologic glasspreparations with a total characteristic and representation of a photographic material of the patient are described.



Мажитова Г. С.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ХОЛИСАЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

ГККП – «Аркалыкская региональная больница»

В статье приведены данные о местном применении препарата «холисал» при лечении заболеваний слизистой полости рта у детей. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта остаются важной проблемой терапевтической стоматологии, не смотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения. Среди заболеваний слизистой полости рта значительное место (около

60 %) занимают эрозивно-язвенные процессы. Тяжесть течения, склонность к рецидивам, тенденция к увеличению их частоты в последние годы обуславливают необходимость внедрения новых средств лечения этой патологии.

Целью нашего исследования явилось применение лекарственного препарата «холисал» при лечении заболеваний слизистой полости рта у детей.

В поликлинике наблюдалось 10 пациентов из них с диагнозом: 5 с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, и 5 с травматической эрозией. Для оценки эффективности проводимой терапии проводились индексные оценки: определение гигиенического индекса по Федоровой-Володкиной, по Грин-Вермилльону, пробы Шиллера-Писарева. Пациентам было назначено комплексное лечение: общее и местное. В общем лечении была назначена витаминотерапия. В первое посещение все пациенты были обучены индивидуальной гигиене полости рта. Пациентам с диагнозом хронический рецидивирующий афтозный стоматит проведена антисептическая обработка полости рта, в качестве местного медикаментозного средства был использован стоматологический гель «хोलисал», в состав которого входят активные вещества: холин салицилат, циталкония хлорид, который использовался в виде аппликации на элемент поражения. Экспозиция 10-15 минут.

У пациентов с рецидивирующим афтозным

стоматитом исчезновение болезненности и уменьшения афты в размере наблюдалось на 2-е сутки. Полная эпителизация элемента поражения наблюдалось на 8-е сутки лечения. У пациентов с травматической эрозией после устранения причинного фактора (острый край пломбы, некачественная пломба, ношение ортодонтического аппарата) была проведена антисептическая обработка полости рта, наложение геля «хोलисал» в виде аппликации на эрозивные поверхности. Эпителизация эрозии наблюдалась на 3-й день лечения. Положительная динамика субъективных и объективных показателей подтвердила клиническую эффективность препарата «хोलисал». Также в ходе лечения выявлены местные противовоспалительные, анальгезирующие и слабодезинфицирующие свойства.

Таким образом выявили положительные результаты лечения заболевания слизистой полости рта у детей стоматологическим препаратом «хोलисал».

Мажитова Г. С.

БАЛАЛАРДА АУЫЗ ҚУЫСЫ СІЛЕМЕЙЛІ ҚАБАТЫНЫҢ АУРУЛАРЫН ЕМДЕУДЕ «ХОЛИСАЛ» ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ

Бұл мақалада балаларда ауыз қуысы сілемейлі қабатының ауруларын емдеуде «Холисал» препаратын қолданудың тиімділігі жөніндегі мәселе қарастырылған.

Mazhitova G. S.

PREPARATION APPLICATION «HOLISAL» AT TREATMENT OF DISEASES OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY AT CHILDREN

In this article application of the preparation “holisal” at treatment of diseases of the mucous membrane of the oral cavity at children is considered results of research.



Мажитова Г. С.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА У ДЕТЕЙ

ГККП – «Аркалыкская региональная больница»

Сохранить временные зубы до сроков их смены на постоянные зубы возможно в однокорневых и многокорневых зубах с хорошо доступными и проходимыми каналами, при отсутствии выраженных деструктивных изменений в периодонте и отсутствии зубов. В остальных случаях расширены показания к удалению временных зубов с хроническим периодонтитом.

Роль временных и первых постоянных моляров в формировании физиологических функций, прикуса и роста челюсти велика. У детей все чаще

встречается осложненный кариес в молярах, и именно эти зубы являются наиболее частой причиной воспалительных процессов в челюстно-лицевой области.

Обострение хронической одонтогенной инфекции у детей происходит после переохлаждения организма или перенесенных острых респираторных заболеваний, некачественного консервативного лечения временных моляров по поводу хронического периодонтита.

- Лечение хронических периодонтитов

временных зубов продолжает оставаться важной, потому что до сих пор отсутствуют клинические симптомы, определяющие показания к консервативному лечению зуба. Рентгенологические исследования не во всех случаях возможны. Поэтому в практике детского стоматолога укрепилось мнение, что определить показания к хирургическому или консервативному лечению можно, ориентируясь на возраст ребенка. Показанием для консервативного лечения периодонтита временного зуба являются не возраст ребенка, не сроки прорезывания постоянного зуба, а характер деструктивных изменений в периодонте и степень распространения патологического процесса на фолликулы, и зачатки постоянных зубов. Из клинического наблюдения мы подчеркиваем, что желание сохранить временные зубы до сроков их смены на постоянные зубы вполне оправданы. Это возможно в однокорневых и многокорневых зубах с хорошо доступными проходными каналами, а также при отсутствии выраженных деструктивных изменений в периодонте и распространения патологического процесса на зачатки постоянных зубов. Раннее удаление временных зубов ведет к снижению жевательной функции, раннему прорезыванию постоянных зубов, нарушению последовательности и парности их прорезывания, возникновению различных аномалий положений зубов, зубных рядов и прикуса. Не следует лечить временные зубы с хроническим периодонтитом:

- когда временный зуб с периодонтитом является очагом хронической интоксикации организма ребенка;
- когда до смены временного зуба осталось

2 года и меньше;

- при неоднократном обострении хронического процесса временного зуба после его консервативного лечения;
- при развитии таких осложнений, как периостит, остеомиелит, абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области;
- при патологической резорбции корня временного зуба на $\frac{1}{2}$ его длины;
- когда деструктивный процесс костной ткани распространяется на соседние зубы.

При хроническом периодонтите временных зубов, когда в патологический процесс вовлекаются фолликулы и зачатки постоянных зубов возможны следующие осложнения:

- нарушение полноценного формирования тканей постоянного зуба, которое клинически проявляется в виде гипоплазии тканей зуба;
- гибель зачатка постоянного зуба;
- преждевременное прорезывание постоянных зубов;
- развитие одонтогенных кист челюстей;
- смещение зачатков постоянных зубов и развитие аномалий положения зубов, зубных рядов и прикуса.

В заключении отметим, что в детском возрасте сохранение временных зубов любой ценой во имя профилактики зубочелюстных аномалий является одной из причин роста одонтогенных воспалительных заболеваний ЧЛЮ. **Таким образом**, учитывая, что одонтогенные воспалительные заболевания возникают как осложнение кариеса, можно их предупредить путем широкого внедрения профилактики стоматологических заболеваний.

Мажитова Г. С.

БАЛАЛАРДА СОЗЫЛМАЛЫ ПЕРИОДОНТИТТИ ЕМДЕУ

Бұл мақалада одонтогенді қабынулық аурулардың әсерінен болатын тісжегінің пайда болуының алдын алу тәсілдері қарастырылған.

Mazhitova G. S.

TREATMENT OF CHRONIC PERIODONTITIS AT CHILDREN

Odontogen inflammatory diseases arise as caries complication, it is possible to warn them by wide introduction of prevention of stomatologic diseases.



*Мажитова Р.Т.***СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ТЕРАПИИ НЕФРИТА ШЕЙНЛЯЙН –ГЕНОХА***АО «РДЦ» консультативное отделение,
детский нефролог*

Системные васкулиты – группа потенциально опасных для жизни аутоиммунных заболеваний соединительной ткани, которые характеризуются воспалением сосудов и полиорганным поражением. Хотя васкулиты относятся к числу редких заболеваний, очень важно раннее установление диагноза с целью избежания долгосрочной заболеваемости и смертности. Клинический спектр системных васкулитов разнообразен в отношении органов, вовлеченных в патологический процесс и размера пораженных сосудов. Отсутствие лечения приводит к высокой смертности. Например, смертность в течение одного года при генерализованном гранулематозе Вегенера достигает 80% (DP D' Cruz, 2005 г.)

После того, как для лечения системных васкулитов начали применять циклофосфамид (1971г), прогноз заболеваний значительно улучшился, и 5-ти летняя выживаемость составила более 80%. Однако на фоне такого лечения возникало большое количество побочных эффектов. Длительный прием циклофосфамида перорально ассоциировался с повышенным риском возникновения инфекционных осложнений, токсическим воздействием на костный мозг, возникновением геморрагического цистита, рака мочевого пузыря и развитием бесплодия (Stillwell T.J., Bensjn R.S. et al, 1988 г.). Поэтому начали применять менее продолжительный курс приема циклофосфамида (3-6 мес. В качестве индукционной терапии) с последующим назначением менее токсических препаратов (азатиоприн). Метотрексат использовался как в индукционной, так и в поддерживающей терапии при легких формах васкулитов.

Под нашим наблюдением находилась больная Жакиянова Жулдыз 18 –ти лет, вес 51 кг, рост 153 см, артериальное давление 100/70 мм рт.ст. Ребенок от 4 беременности, 3 родов. Вес при рождении 3900,0. Перенесенное инфекционное заболевание – ветряная оспа в 6-ти летнем возрасте. Наследственность отягощена: у брата девочки хроническая почечная недостаточность на фоне нефрита Шейнляйн-Геноха, дважды перенес трансплантацию почек.

В анамнезе дебют заболевания в 2005 году, т.е. в 14 лет, когда впервые после перенесенной ангины появилась макрогематурия, обратилась в ГДБ №2, госпитализирована в отделение нефрологии с диагнозом Острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом. В 2006 году консультирована профессором Канатбаевой А.Б. был выставлен диагноз Нефрит Шейнляйн-Геноха, гематурическая форма. Ребенок получил пульс терапию циклофосфамидом в дозе 2,0 г/м² поверхности тела, каждые 3 месяца с продолжительностью лечения два года, всего 6 пульсов. В течении 3-х лет состояла на учете у нефролога, со слов мамы отмечалась клинико-лабораторная ремиссия.

В январе 2009 года обследована в АО «РДЦ» г. Астаны, выявлена протеинурия до 0,099 г\л, микрогематурия 10-12 в п\зр, в общем анализе крови выявлен лейкоцитоз с нейтрофиллезом и девочка была госпитализирована в нефрологическое отделение ННЦМД, где при обследовании УЗИ щитовидной железы и консультации эндокринолога выставлен диагноз Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма, эутиреоз. При проведении ИФА крови выявлен Hbs Ag. Проведена комплексная терапия: антибиотикотерапия (знацеф), витаминотерапия: группы В, сосудистые: пираретам, трентал; гипотензивный, а также нефротективный препарат – теветен (600 мг).

После проведенного лечения наблюдалось улучшение со стороны анализов крови и мочи, т.е. восстановилась формула крови до нормальных показателей, исчез белок в моче, микрогематурия уменьшилась до 3 в п\зр. Девочка была выписана под наблюдение врача нефролога по месту жительства с рекомендациями: продолжить теветен 600 мг в сутки в течении 3-х месяцев, L- тироксина 25 мг в сутки в течении 3-х месяцев.

В целом, у нашего пациента Жакияновой Жулдыз наступила клинико-лабораторная ремиссия и прогноз заболеваний больных с системным васкулитом на фоне пульстерапии циклофосфамидом улучшилась, но имеет тенденцию к рецидивированию.

*Мажитова Р.Т.***ШЕЙЛЯЙН-ГЕНОХАНЫҢ НЕФРИТ АУРУЫН ЕМДЕУДІҢ ТӘЖІРИБЕДЕ КЕЗДЕСУІ**

Жүйелік васкулит аутоиммунды дәнекер тінінің қауіпті ауруларына жатады. Бұл мақалада зерттеуге алынған баланың емнен кейін қан және зәр анализдері қалыптасқандығы, зәрінде белоктың жоғалғандығы, микрогематурияның 3 есеге азайғандығы анықталды. Қыз бала жергілікті нефрологтың бақылауына алынуы бойынша Қыз бала жергілікті нефрологтың бақылауына алынуы бойынша 3 ай аралығында 600 мг теветан, L- тироксинді 25 мг тәулігіне тағайындау қажеттігі жөніндегі ұсыныспен шығарылды.

Mazhitova R.T.

CASE OF EARLY IDENTIFICATION AND TREATMENT OF A RARE DISEASE OF NEPHRITIS OF SHEYLYAYN-GENOKH

System vasculitis are among rare diseases, early establishment of the diagnosis for the purpose of avoidance of long-term incidence and mortality is very important. The clinical range system vasculitis is various concerning the bodies involved in pathological process and the size of struck vessels. At inspection of ultrasonography of a thyroid gland of our patient and consultation of the endocrinologist the diagnosis Autoimmune, an atrofichesky form, is exposed. At carrying out IFA of blood Hbs Ag is revealed. The child received pulse therapy tsiklofosfamid in a dose of 2,0 g/m² of a surface the bodies everyone 3 months with duration of treatment two years, only 6 pulses.



Нурманова К.М.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

ГККП «Перинатальный центр» г. Астана

Актуальность. Термин «недоношенные дети» принят в 1929 году и признан во всем мире. Группа детей с массой тела менее 1500 и ниже составляет менее 1 процента от живорожденных, но именно эта группа формирует показатели неонатальной смертности.[1,2] По данным министерства здравоохранения республики Казахстан за три месяца 2012 года показатель материнской смертности снизился на 21,3 процента, младенческой смертности - на десять процентов. Выживаемость недоношенных детей непосредственно зависит от степени недоношенности, массы тела при рождении, а также уровня организации перинатальной помощи в регионе.[3,4]. По мере развития неонатологии совершенствуются перинатальные технологии выхаживания детей, что привело к существенному увеличению выживаемости недоношенных детей. Сегодня перед нами стоят новые задачи — выхаживание детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

Цель: выявить причину рождения недоношенных нов и провести анализ заболеваемости перинатального периода у детей с задержкой внутриутробного развития

Материалы и методы. Проведен анализ собственной отчетной документации: 1099 историй болезни и общей документации отделения патологии новорожденных и ухода за недоношенными детьми, пролеченных в ГККП «Перинатальный центр» г.Астана в динамике за период с 2009-2011гг. Детям проводился комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Мониторинг осуществлялся на прикроватных мониторах «LIFE SCOPE», «DASH», «INFINITY VISTA»

Результаты и обсуждение. Перинатальный центр является медицинским учреждением 3 уров-

ня, принимающего рожениц со сроком гестации 22 недели и более. Соответственно увеличено и количество койко-дней (9621 в 2011году в сравнении с 2009годом: 7499 койко-дней). При проведенном анализе историй болезней выявлено следующее. Из инфекционных болезней матери как причины недонашивания на первом месте стоят грипп и другие острые респираторные заболевания(13.54%), эпидемический гепатит, из соматических - почечная и сердечная патология(11,8%), гипертоническая болезнь и гипотония(9,1%) .В патогенезе недонашивания играют роль и некоторые виды эндокринопатий: сахарный диабет(0,5%), гиперфункция надпочечников и гипофункция щитовидной железы (0,8%), а также тиреотоксикоз, при котором гормоны щитовидной железы действуют на желтое тело(2,4%). Большое значение в происхождении преждевременных родов и самопроизвольных выкидышей придается внутриутробному инфицированию плода, возбудителями которого являются вирусы, микопlasма, различная бактериальная флора: стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, а также генерализованным инфекциям плода: токсоплазмозу, цитомегалии.(39.4%) Предрасполагающим фоном для возникновения недонашивания является возраст матери: наиболее высокий показатель недоношенности у первородящих отмечался в возрасте до 18 лет и старше 30 лет. (18,9%).

В структуре заболеваний детей (таблица1) первое место занимали различные проявления гипоксическо-ишемического и гипоксическо-геморрагического поражения ЦНС(65.6%), второе – респираторные расстройства недоношенных детей(25%) третье – врожденные пороки развития. При анализе врожденных пороков развития: из 7 детей. У 2-ВПС(ДМЖП), 2- ВПР лицевого черепа и ВПР костно-суставной системы, Болезнь Гирш

ТӘЖІРІБЕДЕ КЕЗДЕСЕТІН ОҚИҒАЛАР

пругна-1 и двое детей с врожденным пороком развития мочеполовой системы. Причем обращает внимание на себя тот факт, что только двое детей родилось с низкой массой тела (ВПР мочеполовой системы - Удвоение левой почки, гидронефротиче-

ская трансформация; вес при рождении-1875г) и ВПР Лицевого черепа(полная левосторонняя расщелина верхней губы, твердого и мягкого неба - третий ребенок из тройни).

Таблица 1. Динамика заболеваемости детей в перинатальный период

нозология	2009г		2010г		2011г	
	абс	%	абс	%	абс	%
P91.Ишемия головного мозга	59	46.8	189	64	229	65.6
P12.0 Родовые травмы	-	-	-	-	13	3.9
Q00-Q99.Врожденные пороки развития	3	2	10	2.5	7	1.3
P.35.1.2 Инфекции, специфичные для перинатального периода	15	11.8	9	2.8	4	1.1
P.27.1Бронхолегочная дисплазия	-	-	4	1.4	6	2
P.23.9, P28 СДР	34	28.1	66	22,3	54	15
Всего	126	88.1	295	72.9	349	65

Риск развития бронхолегочной дисплазии обратно пропорционален гестационному возрасту новорожденного и массе тела.[5,6] В нашем случае БЛД развилось у детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела (Табл.1) . Недоношенные новорожденные имеют более высокий риск развития расстройств зрения, включая ретинопатию (РН), косоглазие и значимые дефекты рефракции. Распространенность РН, по данным зарубеж-

ных авторов, составляет от 17% до 43% [7]. Развитие РН был у нас зафиксирован у детей с массой тела при рождении до 1000 г и превышал 89.9 %.

Внедрение новых лечебных технологий способствовало значительному увеличению процента выхаживания детей с преждевременным сроком рождения, особенно в группе с экстремально низкой и низкой массой тела при рождении. (Рис.1)

Среди детей, родившихся с экстремально низкой массой тела в 2011г средний вес составил 0.756+-0.9. За прошедший год удалось значительно увеличить выживаемость этой группы детей, что наглядно иллюстрирует рисунок 2. Так, удалось сохранить жизнь 16 детям с экстремально низкой массой тела при рождении. В структуре летальности недоношенных на первом месте находится гипоксическо-геморрагическое поражение ЦНС, чаще всего внутрижелудочковые кровоизлияния I-III ст., в части случаев с явлениями перивентрикулярной лейкомаляции, на втором – респираторный дистресс синдром (РДС) первого типа, внутриутробное инфицирование (ВУИ), нередко с исходом в сепсис, аномалии развития, несовместимые с жизнью.

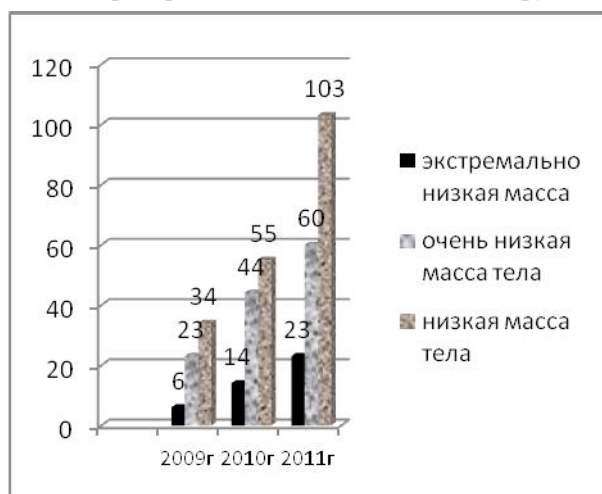


Рис.1 Динамика рождаемости недоношенных детей с низкой массой тела

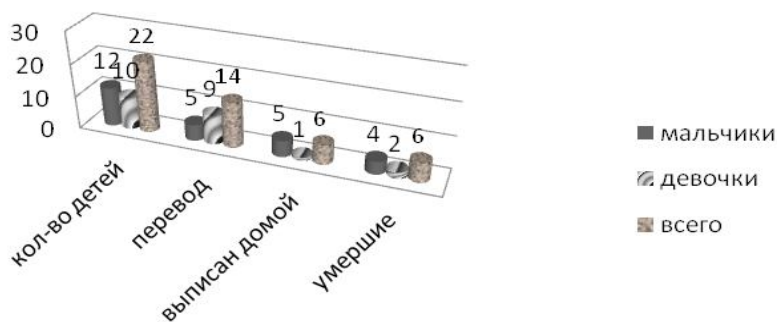


Рис.2. Структура детей с экстремально низкой массой тела в 2011г.

Заключение. Таким образом, для достижения положительных результатов в лечении недоношенных необходима преемственность работы роддома, педиатра и узких специалистов. Данный

контингент нуждается в длительном медицинском наблюдении и лечении в связи с формированием неврологической патологии, в частности ДЦП, заболеваний органов дыхания, нарушения зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. LaHood A., Bryant C.A. *Outpatient Care of the Premature Infant. Am Fam Physician.* 2007; 76: 1159-1164
2. Володин Н.Н. *Новые технологии в решении проблем перинатальной медицины // Педиатрия.* 2004. №3.
3. Дементьева Г.Н., Рюмина И.И., Фролова М.И. *Выхаживание глубоконедоношенных детей. Современное состояние проблемы // Педиатрия.* 2004. №3. С. 60.
4. Суханова, Л. П. *Здоровье новорожденных детей в России / Л.П. Суханова.* – М. : [б.и.], 2007. – 320 с.
5. Яцык, Г. В. *Выхаживание и ранняя реабилитация детей // Лечащий врач.* – 2007. – № 7. – С. 10-12.
6. Яцык, Г. В. *Алгоритмы диагностики, лечения и реабилитации перинатальной патологии маловесных детей / Г.В. Яцык.* – М. : [б.и.], 2002. – 135 с.
7. Катаргина Л.А., Хватова А.В., Коголева Л.В., Денисова Е.В. *Проблемы и перспективы профилактического лечения ретинопатии недоношенных. // Вестн. офтальмол.* – 2005. – №2. – с.38–41.

Нурманова К.М.

ШАЛА ТУҒАН БАЛАЛАР АРАСЫНДАҒЫ СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚТЫ ТАЛДАУ

2009-2011 жылда Астана қаласының Перинаталдық орталығындағы 1099 шала туған балалардың сырқатнамаларының талдауы өткізілген. Балалардың ауруларының құрылымында орталық нерв жүйесінің патологиясы (65.6%) - гипоксиялық - ишемия және гипоксиялық-геморрагиялық бұзылыстар бірінші орын алады. Екінші орында- балалардың тыныстық бұзылыстары (25%) кездеседі. Дамытудың туа біткен кемістіктері үшінші орында орналасады.

Nurmanova K.M.

ANALYSIS OF MORBIDITY AMONG OF PREMATURE INFANTS

The analysis of the balance sheet of its own documentation: 1099 medical records and general documentation of the pathology and neonatal care for premature babies treated in the “Perinatal Center,” Astana in the dynamics for the period from 2009 to 2011. n the structure of diseases of children first occupied the various manifestations of hypoxic-ischemic and hypoxic-hemorrhagic lesions of the Central Nervous System (65.6%), the second - respiratory disorders in preterm children (25%), the third - congenital malformations.



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 p) 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 подрисуночные 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, сокращения 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 расшифровываются 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.