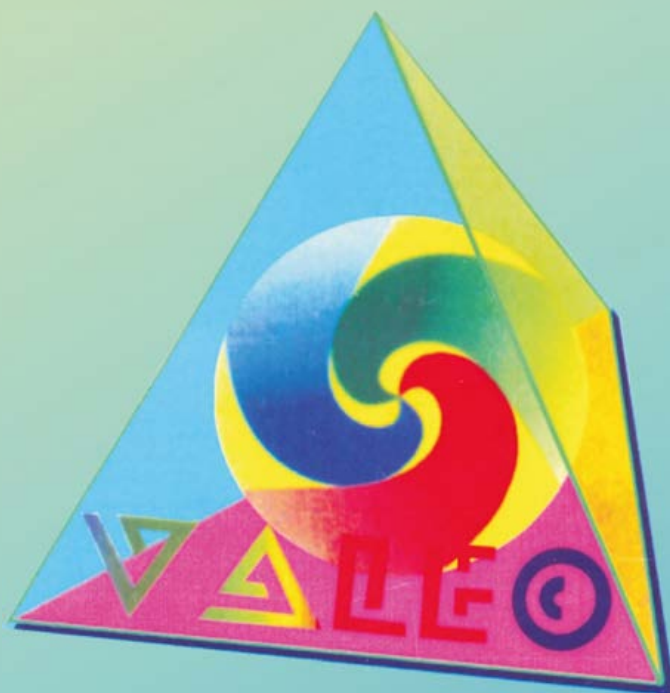


ВАЛЕОЛОГИЯ



Здоровье

Болезнь

Выздоровление

04/2009

АСТАНА



Қазақстан Республикасының Валеология Академиясы
"Астана Медицина Университеті" АҚ
Тағамтану Проблемалары Институты

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

Ғылыми – практикалық журнал

ВАЛЕОЛОГИЯ

ДЕНСАУЛЫҚ - АУРУ - САУЫҚТЫРУ

№ 4 2009

Журнал Қазақстан Республикасы мәдениет, ақпарат және әлеуметтік келісім
Министрлігінде 10. 03. 2001 жылы (№1135 – Ж) тіркелген

Редакция алқасы:

Даленов Е.Д. - бас редактор
Қарсыбекова Н.М. - бас редактордың
орынбасары
Абдулдаева А.А. - жауапты хатшы
Сливкина Н.В. - ғылыми редакторы
Саттыклышев Б.С. - техникалық
редакторы

Мекен жайы:
010000, Астана қ.,
Бейбітшілік көшесі, 49
Тел.(факс): 8(7172) 53-95-34
8-701-408 43 87
сайт: www.ipp.kz
e mail: tagamtanu_astana@mail.ru

Офсеттік басылым. Тиражы 300 экз.

Редакциялық кеңес:

Агаджанян Н.А. (Ресей)
Азар Н. (АҚШ)
Ақанов А.А. (Алматы)
Апсалықов К.Н. (Семей)
Досқалиев Ж.А. (Астана)
Ерекешов А.Е. (Астана)
Жанәділов Ш.Ж. (Астана)
Ізімбергенов Н.И. (Ақтөбе)
Ізтілеуов М.К. (Ақтөбе)
Коман И.И. (АҚШ)
Миронюк Н.В. (Астана)
Мырзаханов Н.М. (Қарағанды)
Рақыпбеков Т.К. (Семей)
Роберт Дарофф (АҚШ)
Розенсон Р.И. (Астана)
Шарманов Т.Ш. (Алматы)
Шандор Г. (Венгрия)
Цой И.Г. (Алматы)

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

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

THE SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

VALEOLOGY

HEALTH - ILLNES - RECOVERY

№ 4 2009

*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
Karsybekova N.M. - vice-editor
Abduldayeva A.A. - editor
Slivkina N.V. - scientific-editor
Sattyklushov B.S. - technical editor*

Address:
010000, Astana, 49 Beybitshilik str.,
Tel., fax: (7172) 53-95-34,
8-701-408 43 87
caŭm: www.ipp.kz
e mail: tagamtanu_astana@mail.ru

Editorial advice:

*Agadzhanyan N. A. (Russia)
Azar N. (USA)
Akanov A. A. (Almaty)
Apsalikov K. N. (Almaty)
Komann I.I. (USA)
Doskaliev Zh. A. (Astana)
Erekeshov A. E. (Astana)
Zhanadilov SH. Zh. (Astana)
Izimbergenov N. I. (Aktobe)
Iztleuov M. K. (Aktobe)
Mironyuk N. V. (Astana)
Myrzahanov N. M. (Karaganda)
Rahipbekov T. K. (Semey)
Rozenon R. I. (Astana)
Robert Daroff (USA)
Sharmanov T. Sh. (Almaty)
Shandor (Hungary)
Tsoy I.G. (Almaty)*

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ
БАС МАҚАЛАЛАР

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ
СТАТЬИ

Әбілмәжінов М.Т.

Тобық буынының сынып-шығуына байланысты консервативті ем түрлерін жетілдіру жолдары

Әбілмәжінов М.Т.

Сынықтарды емдеудің қазіргі кездегі бағыттары

Байсеркин Б.С.

Қазақстан Республикасында санитарлық-эпидемиологиялық қызмет органдары мен ұйымдарының жұмыс-тарын ғылыми қамтамасыз ету

Байсеркин Б.С.

Қазақстан республикасында санитарлық-эпидемиялық қызметтің жұмыстарын ғылыми қамта-масыз етуді жетілдірудің әдістемелік тәсілі

Бекенова З.О.

Медицинада эхинацеяны емдеу негізінде өсімдік препараттары мен ББК қолдану

Абакиров К.А.

Өңеш обырымен ауыратын науқастарды хирургиялық емдеудің қазіргі жағдайы

Сарсенова С.В., Кемелова Б.К., Печера З.В., және т.б.

Созылмалы гломерулонефритте қан тоқтату жағдайы

Байжанов А.Б.

Пейрони ауруының диагностикасы мен оны емдеу мәселесінің қазіргі кездегі жағдайы

Мақсұтова Д.Ж.

Магнитті-резонансты томографияның бақылауы мен жатырдың миомасын емдейтін фокусдыбысты абляция әдістері

Сапарова Л.Т.

Респираторлық алергоздармен ауыратын балалардағы спецификалық иммунотератияның нәтижелілігі

Дайырова С.М., Ким Т.Т.

Тағам талшықтарын қолданудағы ғылыми негіздеме

8 Абылмәжінов М.Т.

Пути совершенствования консервативного лечения перелома-вывихов голеностопного сустава

Абылмәжінов М.Т.

15 Современные подходы к лечению переломов

Байсеркин Б.С.

19 Научное обеспечение деятельности органов и организаций санитарно-эпидемиологической службы в Республике Казахстан

Байсеркин Б.С.

23 Методологические подходы к совершенствованию научного обеспечения деятельности санитарно-эпидемиологической службы в Республике Казахстан

27 Бекенова Ж.О.

Применение лекарственных препаратов и препаратов БАД с эхинацеей в медицине

29 Абакиров К.А.

Современное состояние хирургического лечения больных раком пищевода

34 Сарсенова С.В., Кемелова Б.К., Печера З.В., и др.

Состояние гемостаза при хроническом гломерулонефрите

Байжанов А.Б.

37 Современное состояние проблемы диагностики и лечения болезни Peyroni

Мақсұтова Д.Ж.

44 Технология фокусированной ультразвуковой абляции миомы матки под контролем магнитно-резонансной томографии

46 Сапарова Л.Т.

Эффективность специфической иммунотерапии у детей, больных респираторными алергозами

50 Дайырова С.М., Ким Т.Т.

Научное обоснование применения пищевых волокон

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

Исинова Г. Н.

Жоғары техногенді күштеме түсетін аймақтағы жасөспірімдердің физикалық және жыныстық жетілуі

Бейсембаева К.Н., Елеусізова Д.Л.

Астана қаласы жеткіншектерінің 2006-2008 ж. жалпы және алғашқы сырқаттанушылық көрсеткіштері

Бағай Назарбайұлы

Акупунктуралық еммен нерв жүйесіне әсер ету

**ТӘЖІРИБЕЛІК ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ
МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ**

Оспанов О.Б., Әбілов К.У., Суқашев А.Т.

Гастроэзофагеалды рефлюкстік аурумен ауыратын науқастарды тәуліктік РН-метрия қорытындысы бойынша эндоскопиялық антирефлюкстік операцияларға көрсетілімдерін анықтау

Бегембетова Л.Қ., Әжібаева Ұ.С.,

Өмірзақова К.Ә.

Вегетативті-қан тамырлы дистония кезінде фенотропил әсері

Бекмухамбетов Е.Ж., Жакиев Б.С., Акатаев Н.А., және т.б.

Билиопанкреатодуоденалды аймағы рагының хирургиялық емі

Жүсіпова Г.К.

Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі кезіндегі ырғақты құбылу ерекшеліктері

Қабдолданова А.К., Изтелеуова Л.Х.,

Жабақов М.К.

Бактериурия ауруы байқалмаған жүкті әйелдердің иммуннограммасының ерекшеліктері

Қабдолданова А.К., Изтелеуова Л.Х.,

Жабақов М.К.

Бактериурия ауруы байқалмаған жүкті әйелдердің иммундық жағдайының өзгеруі

Календарева Г.А.

Тіс жегісінің асқинуларын емдеуде түбірлі өзектерді дәрілермен өңдеудің қазіргі күнгі тәсілдері

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

53 Исинова Г. Н.

Физическое и половое развитие подростков в регионе с высокой техногенной нагрузкой окружающей среды

58 Бейсембаева К.Н., Елеусізова Д.Л.

Показатели заболеваемости подростков г. Астана за 2006-2008 гг.

59 Бағай Назарбай

Лечебное воздействие акупунктуры при заболеваниях нервной системы

**ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ
И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

Оспанов О.Б., Абилов К.У., Сукашев А.Т.

65 *Определение показаний к эндоскопическим антирефлюксным операциям по результатам суточной РН-метрии у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью*

68 Бегембетова Л.К., Ажибаева У.С.,

Умирзакова К.А.

Влияние фенотропила при вегетативно-сосудистой дистонии

70 Бекмухамбетов Е.Ж., Жакиев Б.С., Акатаев Н.А. и др.

Хирургическое лечение рака билиопанкреатодуоденальной зоны

73 Жусупова Г.К.

Особенности вариабельности ритма сердца при хронической сердечной недостаточности

77 Кабдолданова А.К., Изтелеуова Л.Х.,

Жабаков М.К.

Особенности иммунограммы у беременных с бессимптомной бактериурией

80 Кабдолданова А.К., Изтелеуова Л.Х.,

Жабаков М.К.

Изменения иммунного статуса у беременных при бессимптомной бактериурии

82 Календарева Г.А.

Современные методы медикаментозной обработки системы корневых каналов при лечении осложненных форм кариеса

- Катендарёва Г.А.
Уақытша обтурациядан кейінгі созылматы периодонтит кезіндегі түбірлі өзектердің микробиологиялық ағымы
- Келімбердиев М.С.
Тәжірибелік қант диабеті кезінде ұйқы безінің фетальды жасушасын еңгізгеннен кейін аутоиммунды реакцияны бағалау
- Келімбердиев М.С., Засорин Б.В., Омарова К.П.
Ұйқы безінің фетальды жасушасының *in vitro* кезінде әртүрлі сақталу ережелеріндегі өмірге бейімділігінің сатыстырмалы бағасы
- Котлярова Т.В.
Өнеркәсіп кәсіпорындарында тырнақтардың санырауқұлақты ауруларының терапиясы мен алдын алуы
- Пилитенко В.З., Ткачев В.А., Ямицкова Е.А., және т.б.
Лямблиоз: емдеу түрлері және мәселелері
- Сапаров А.И., Төлегалиева А.Г., Сейдахметов Б.Е. және т.б.
Балалар лапароскопиялық отасында сатыстырмалы түрде оңтайлы анестезия тәсілін таңдау
- Сәрсенова С.В., Аскарова К.М., Омралина Э.Т., және т.б.
Ренопаренхиматозды артериалды гипертензиямен асқынған созылматы пиелонефрит
- Батпенев Н.Ж., Набиев Е.Н., Рахимов С.К., және т.б.
Бұғананың акромиондық бөлігінің шығуы мен сынып-шығуы бар науқастарды емдеудегі біздің тәжірибеміз
- Колос А.И., Григоревский В.П., Асабаев А.Ш. және т.б.
Бауыр мен екіжақты өкпе альвеококкозы қосарлана кездескен клиникалық жағдай.
- Фурсов А.Б.
Операциядан кейінгі науқастардағы өнеш және асқазан шырыштық қабықтың микроциркуляциясы
- Байғалиев А.А.
Вирусты гепатит кезінде өткелді-
- 86 Катендарёва Г.А.
Динамика микробиологии корневых каналов при хроническом периодонтите после временной обтурации
- 89 Келімбердиев М.С.
Оценка аутоиммунных реакций при экспериментальном сахарном диабете после введения фетальных клеток поджелудочной железы
- 91 Келімбердиев М.С., Засорин Б.В., Омарова К.П.
Сравнительная оценка жизнеспособности фетальных островковых клеток поджелудочной железы при различных режимах хранения *in vitro*
- 94 Котлярова Т.В.
Терапия и профилактика грибковых заболеваний ногтей на промышленных предприятиях
- 97 Пилитенко В.З., Ткачев В.А., Ямицкова Е.А., и др.
Лямблиоз: проблемы лечения и выбор терапии
- 101 Сапаров А.И., Төлегалиева А.Г., Сейдахметов Б.Е. и др.
Сравнительная характеристика выбора метода анестезии при лапароскопических операциях у детей
- 103 Сәрсенова С.В., Аскарова К.М., Омралина Э.Т., и др.
Хронический пиелонефрит осложненный ренопаренхиматозной артериальной гипертензией
- 106 Батпенев Н.Ж., Набиев Е.Н., Рахимов С.К., и др.
Наш опыт лечения вывихов и переломовывихов акромиального конца ключицы
- 109 Колос А.И., Григоревский В.П., Асабаев А.Ш. и др.
Клинический случай сочетанного альвеококкоза печени и обеих легких
- 113 Фурсов А.Б.
Микроциркуляция слизистой оболочки пищевода и желудка у послеоперационных больных
- 118 Байғалиев А.А.
Характеристика энергетического дисбаланса

меридиалды жүеде энергиялық дисбаланстың сипаттамасы

Ахмедьянова Г.У., Сухоцкая М.А., Биктепова Р.С., және т.б.
Амбулаториялық кезеңінде жатыр мойнының патологиясын емдеу тәжірибесі

ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Даленов Е.Д., Абдулдаева А.А.
Өсімдік негізіндегі тағамдық талшықтар мен "мілқубоот-плюс" қоспасының балабақшалардағы 3 және 6 жас аралығындағы балалардың реактив-тілігіне әсері

Абдулдаева А.А., Абдрахманова Р.Е.
Астана қаласы балабақшаларындағы балалардың нутриционалдық статусы

Даленов Е.Д., Қарсыбекова Н.М., Исакова С.А., және т.б.
Астана қаласындағы емшекпен емізу тәжірибесінің ерекшеліктері

Қарсыбекова Н.М., Исакова С.А., Досыбаев М. және т.б.
Астана қаласы орта оқу орындарындағы тамақтанудың ерекшеліктері

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

Күлімбетов А.С.
Арал төңірегінiң қазіргі кезеңдегі экологиялық мәселелері

Күлімбетов А.С.
Балалардағы құлақ және жоғарғы тыныс алу жолдары ауруларының таралуы

в канально-меридиальной системе при вирусном гепатите

¹²¹ Ахмедьянова Г.У., Сухоцкая М.А., Биктепова Р.С., и др.
Опыт лечения патологии шейки матки на амбулаторном этапе

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ

¹²⁶ Даленов Е.Д., Абдулдаева А.А.
Влияние растительных пищевых волокон и "Милкубоот-Плюс" на реактивность детей детских садов от 3 до 6 лет

¹³¹ А.А. Абдулдаева, Р.Е. Абдрахманова
Нутрициональный статус детей детских садов города Астана

¹³⁵ Даленов Е.Д., Карсыбекова Н.М., Исакова С.А., и др.
Особенности практики грудного вскармливания в г. Астане

¹³⁹ Карсыбекова Н.М., Исакова С.А., Досыбаев М.К. и др.
Особенности питания в средних образовательных учреждениях г. Астаны

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

¹⁴⁴ Кулімбетов А.С.
Экологические проблемы Приаралья

¹⁴⁶ Кулімбетов А.С.
Распространенность заболеваний уха и верхних дыхательных путей у детей

Глубокоуважаемые коллеги!

Валеология (valeo - здоровье, выздоровление, logos - слово, учение) рассматривает человека и как биологическое существо, и как элемент общества, и как элемент биосферы; его здоровье - физическое, психическое и нравственное - как равноценные компоненты. Валеология конкретизирует основные механизмы поддержания и восстановления ЗДОРОВЬЯ, барьерные системы и основные защитно-приспособительные механизмы, закономерности взаимодействия органов и систем организма, а самого организма - с окружающей средой, с множеством природных факторов, как способствующих здоровью, так и действующих деструктивно. Валеология рассматривает, как сохраняющие здоровье, не только основные физиологические механизмы, но, наряду с ними - типовые патологические процессы, которые, в основе своей - также физиологические, также постоянно существующие и постоянно действующие в направлении поддержания здоровья. Они неотделимы от основных физиологических механизмов, как лихорадочная реакция неотделима от системы терморегуляции, как отек и экссудация неотделимы от процессов трансмембранной диффузии и переноса, как повреждение неотделимо от процессов регенерации, роста и развития и т.п. Любой типовой патологический процесс обязан присутствовать и присутствует в норме, в состоянии здоровья. Мало того, это необходимое условие развития, роста, реактивности и резистентности, адаптации, иммунных реакций и иммунологического надзора. Валеология акцентирует внимание на том, что Жизнедеятельность - в сущности есть взаимодействие, что существующие в организме механизмы и процессы однотипно отвечают на различные по своей природе агенты.

Любое взаимодействие предполагает изменение, а зачастую и повреждение взаимодействующих сторон. В связи с этим повреждение определяется как валеологический феномен, как естественный компонент жизни, активизирующий защитно-приспособительные силы, процессы воспаления, терморегуляцию и гипертермическую реакцию, регенерацию и другие. Все вышесказанное относится к общей валеологии.

Можно выделить и частную валеологию отдельных органов и систем, причем не изолировано, а в совокупности, с взаимодействием как между собой, так и с окружающей реальностью. К компетенции частной валеологии будут относиться также вопросы развития детского организма и старения, климатическая, гелиофизическая и экологическая валеология, валеология биоритмов, труда и производственных процессов, валеология сексуальных отношений и многие другие аспекты.

Следует помнить, что здоровье и болезнь - не отделимые друг от друга понятия, что здоровье - это своеобразное балансирование организма на грани "норма" - "не норма". В сущности, человек постоянно находится в "третьем состоянии" - динамического равновесия между здоровьем и болезнью. Процесс перехода от "нормы" к "не норме" и наоборот может относиться не только к человеку, но и к обществу, к окружающей среде. Соответственно, валеологическое мышление необходимо не только врачу (медицинская валеология), но и человеку любой другой специальности, будь это учитель (педагогическая валеология), работник искусства, религиозный деятель (нравственная, этическая и эстетическая валеология), экономист, эколог или государственный служащий (социальная и общественная валеология). Все выше сказанное и определяет тематику нашего журнала.

Л.Тель

М.Т.Абильмажинов

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХОВ ГОЛЕНСТОПНОГО СУСТАВА

АО "Медицинский университет Астана" г. Астана

Лечение больных с переломами вывихами голеностопного сустава является одной из самых сложных и до конца нерешенных проблем современной травматологии.

Большинство травматологов лечат подобные повреждения голеностопного сустава консервативно, путем ручной или аппаратной репозиции с наложением гипсовой повязки. Только при неудовлетворительном положении отломков ставится вопрос об оперативном лечении.

Мы не противопоставляем консервативное лечение оперативному, а стремимся определить роль и место каждого из них, их достоинства и недостатки. Они не являются конкурирующими, а дополняют друг друга, умножают возможности врача в каждом конкретном случае с учетом всех особенностей тяжести повреждений голеностопного сустава.

В 1942 году Lauge-Hansen и Ankelburd [23] опубликовали работу по переломам голеностопного сустава и предложили классификацию, основанную на механизме их возникновения. В дальнейшем травмы голеностопного сустава были разделены Lauge-Hansen [24,27,34] на четыре группы, которые состояли из подгрупп и описывали последовательность стадий формирования повреждений.

Приведенная классификация объясняет механизм повреждения всех структур и учитывает состояние связок [26,38,53]. Она применима для консервативного лечения больных с повреждениями данного сустава [28,32,44], так как воспроизведение в обратном порядке движений, при которых произошла травма, помогает врачу выполнить удачную закрытую репозицию. Однако наличие 4 групп, состоящих из 13 подгрупп (стадий), делает её достаточно сложной для клинического использования. Иногда возникают проблемы постановки

диагноза, так как бывает трудно этой классификацией объяснить все повреждения.

Danis [39,51] разработал анатомическую классификацию переломов лодыжек для оперативного лечения, модифицированную Weder. Сейчас она носит название классификации АО [19] и разделяет все повреждения в зависимости от уровня перелома малоберцовой кости на три типа [23,30,33,36,45,53].

Классификация АО не трудна для клинического использования, легко запоминается и учитывает важность для конгруэнтности и стабильности сустава таких структур, как синдесмоз и наружная лодыжка.

В 1987г. Tile [29,30] создал новую классификацию переломов лодыжек. Он считал, что уровень перелома на малоберцовой кости так же важен, как и стабильность голеностопного сустава. Все переломы голеностопного сустава могут быть стабильными или нестабильными, и оценка стабильности должна быть заключена в классификации. Поэтому за основу взят был уровень перелома малоберцовой кости, клинические и рентгенологические показатели стабильности сустава.

В публикациях отечественных и зарубежных авторов описано большое количество различных методик и способов лечения переломов дистальных метаэпифизов костей голени, начиная с гипсовых повязок и скелетного вытяжения до различных видов остеосинтеза. Вместе с тем, актуальной остается проблема разработки и поиск эффективных, малотравматичных методов и технологий лечения данных повреждений, при условии точной репозиции отломков, стабильной фиксации и возможности осуществления ранней функции, оптимизации процессов

репаративной регенерации, профилактики осложнений [20,37,46].

Некоторые авторы отдают предпочтение открытому вправлению костных отломков с фиксацией различными металлоконструкциями [43,47,48,49,52], а другие хирурги предпочитают остеосинтез различными аппаратами внешней фиксации на основе спиц и стержней [21,31,35,42,50].

С 60-х годов прошлого столетия для лечения повреждений голеностопного сустава и стопы стали применяться аппараты чрескостного остеосинтеза.

В РНЦ "ВТО" им. акад. Г.А.Илизарова разработаны принципиально новые методики лечения сложных переломов в области голеностопного сустава. Преимущества предложенных методик заключается в малой травматичности, точном сопоставлении и стабильной управляемой фиксации костными фрагментами, а также в возможности совмещения по времени периодов консолидации переломов и восстановления функции повреждённого сустава [21,50].

В научно-исследовательском центре Татарстана "Восстановительная травматология и ортопедия" (НИЦТ "ВТО") метод Илизарова получил дальнейшее развитие. Разработана и успешно применяется методика чрескостного остеосинтеза при различных типах переломов. Созданы оригинальные компоновки аппарата Илизарова, спицестержневых аппаратов внешней фиксации. Особенностью является биомеханический принцип в лечении переломов [35,42].

Разработанная Н.О. Каллаев и др.(2004) система для динамической компрессии костных фрагментов состоит из внешней опоры, прогивоупорных спицестержневых фиксаторов и компрессирующего устройства. Пружинный механизм прессирующего устройства обеспечивает постоянное давление спицы с упором на отломок в динамике остеосинтеза с учетом физиологической резорбции на стыке костных фрагментов. Суть метода состоит в раннем восстановлении анатомической формы поврежденного сустава с сохранением конгруэнтности суставных поверхностей, до

сращения перелома без выключения функции голеностопного сустава в условиях малой инвазивности конструкции.

За период до 1992г. М.В.Волковым и О.В.Оганесяном было предложено 7 моделей шарнирно-дистракционных аппаратов. В 1992г О.В.Оганесяном разработан модернизированный аппарат, который позволяет одновременно или постепенно сопоставлять суставные концы и их фрагменты, поддерживать постоянство суставной щели заданной величины по всей поверхности сустава как в статическом положении, так и при движениях, дает возможность производить активные и пассивные движения в разгруженном суставе строго в соответствии с его биомеханикой, обеспечивает оптимальные условия для адекватного течения восстановительных процессов в костно-суставных структурах и окружающих сустав мягкотканых образованиях [8].

Разработанная технология лечения переломов дистальных метаэпифизов костей голени с использованием аппарата для внеочагового остеосинтеза спицестержневого типа позволила уменьшить число перфоративных отверстий в тканях в два раза по сравнению с методом Илизарова, сократить время монтажа аппарата. Уменьшение громоздкости конструкции, исключение проведения стержня и спиц сгибательно-разгибательный мышечный массив голени, опасности повреждения сосудисто-нервных образований снижает инвазивность вмешательства и обеспечивает оптимальные условия для течения репаративных процессов, раннего восстановления функции поврежденной конечности, тем самым позволяя повысить эффективность лечения [37].

При лечении с внутрисуставными переломами в области голеностопного сустава В.Н.Гришин (2005) использует разработанный пружинный фиксатор. Фиксатор состоит из W-образно изогнутой спицы Киршнера с прямыми рабочими ножками, треугольной пружинной ножки со спиралевидной пружиной и отверстием под дополнительную соединяющую спицу. Имплантация фиксаторов возможна в двух

вариантах. При первом варианте фиксаторы формирует в ранах. При втором варианте осуществляется минимально инвазивная имплантация. При его имплантации создаются условия для минимальных движений синдесмоза и наружной лодыжки, что обеспечивает возможность биологической компрессии для отломка внутренней лодыжки [14].

Открытая репозиция с использованием погружных металлоконструкций не всегда удовлетворяет поставленным требованиям. Жесткая фиксация межберцового синдесмоза шурупом или стяжкой часто вызывает ишемию тканей, что в последующем приводит к резкому ограничению движений в голеностопном суставе. Различные способы оперативного метода лечения (сшивание связочного аппарата поврежденного сустава, остеосинтез спицами Киршнера, тонкими стержнями, наkostными пластинами и т.д.) кроме опасности развития осложнений инфекционного характера часто предусматривают дополнительную гипсовую иммобилизацию и ограничение осевой нагрузки на травмированную конечность, что также приводит к длительным срокам функциональной реабилитации.

Поэтому не случайно, что сроки нетрудоспособности у вышеуказанной категории больных варьируют от 5 до 8 месяцев [11]. Некоторые авторы [31] указывают на высокий процент (18-20%) осложнений, встречающихся при лечении этой группы пострадавших и приводящих к большому количеству неудовлетворительных анатомо-функциональных результатов - до 25% [12,15].

Применяемые в настоящее время традиционные консервативные и оперативные методы лечения оказываются неэффективными в 20-52% случаев [1,2,3,4].

Среди переломов дистального суставного конца костей голени преобладают пронационно-эверсионные, на долю которых, по данным И.О.Панков и др.(2007) приходится более 60%.

Основным методом лечения подобных повреждений является одномоментное закрытое ручное вправление отломков,

наложение лонгеты и её фиксация. При правильном положении отломков к U-образной лонгете добавляют заднюю гипсовую лонгету и обе лонгеты укрепляют циркулярными гипсовыми бинтами.

В застарелых случаях для вправления подвывиха стопы и ликвидации межберцового диастаза рекомендуется пользоваться сдавливающим аппаратом В.А.Сартана. Обычно при хорошем сдавливании берцовых костей после снятия аппарата вилка не расходится. Ю.М.Свердлов предложил сдавливающий аппарат со съемными упорами. А.В.Каплан для сближения берцовых костей в нижнем соединении и устранения подвывиха стопы предложил воздушные баллончики, которые помещаются под гипсовой повязкой на уровне лодыжек, ниппельные клапаны баллончиков располагаются над ней снаружи [5].

В работе В.В.Органов и др.(2002) был использован метод графо-аналитического (математического) моделирования усилий, действующих в области поврежденного сустава. В качестве исходной модели рассмотрен случай пронационного перелома обеих лодыжек с разрывом межберцового синдесмоза, т.е. исследован вариант заведомо нестабильного повреждения голеностопного сустава. При этом предполагается, что ручной одномоментной репозицией удалось добиться анатомичного вправления отломков, а гипсовая повязка наложена точно по контуру мягких тканей.

Рассмотрим обычную ситуацию, когда пациент лежит спокойно на спине, а травмированная конечность уложена на ортопедическую подушку. Удобным и привычным для нижней конечности будет такое положение, при котором нога согнута под небольшим углом в тазобедренном и коленном суставах и несколько ротирована кнаружи. Стопа при этом несколько отклонена кнаружи. Примем величину наружного отклонения стопы (ротация конечности) равной 30° по отношению к вертикали и рассмотрим, какие силы при этом действуют на стопу в статике. Для расчета использованы следующие данные. Средний вес пациента - 730Н, при этом собственный

вес стопы составляет 10Н [40], вес бедра и голени (конечности) - 135Н, вес гипсовой повязки принят равным 15Н. Гипсовая повязка расположена вокруг голени и стопы равномерно, т.е. ее центр массы совпадает с центром массы дистального отдела конечности. Сила трения кости в местах перелома не учитывалась, так как прижимающая сила на лодыжки не действует.

Согласно данным В.И.Евсеева (1975) [41], в норме межберцовые связки выдерживают усилие 580?200Н т.е. величина раздвигающего усилия, которое таранная кость оказывает на наружную лодыжку сравнима с прочностью связок межберцового синдесмоза. Другими словами, при повороте (ротации) стопы кнаружи таранная кость создает значительные усилия, стремящиеся сместить кнаружи латеральную лодыжку, а вслед за ней и стопу.

Как показывают расчеты, таранная кость при определенных условиях стремится раздвинуть берцовые кости с силой 375Н. Нетрудно себе представить, что происходит с лодыжками в ближайшем посттравматическом периоде, при периодическом действии таких значительных для сустава сил. Любое уменьшение объема мягких тканей под гипсовой повязкой приведет к большему или меньшему смещению латеральной лодыжки, возможно, и всей стопы кнаружи. Кроме указанных сил, на голеностопный сустав действуют и другие силы, стремящиеся сместить стопу кнаружи. Эти силы обусловлены физиологическим тонусом мышц и физиологическим мышечным дисбалансом в области голеностопного сустава. В норме этот мышечный дисбаланс полностью нивелируется связочным аппаратом голеностопного сустава. Однако при переломе лодыжек этот фактор стабилизации не работает. Суммарная величина этих сил в 6-7 раз меньше расклинивающего эффекта таранной кости, однако эти силы реально существуют и, в отличие от "расклинивающей" силы, действие их постоянно, так как определяется физиологическим тонусом мышц [9].

С.Н.Хорошков и др.(2004) пересмотрели

устоявшийся принцип проведения закрытой репозиции, когда периферическому отломку придают положение, ответное центральному. Согласно разработанному способу закрытая репозиция сводится к приложению репонирующего усилия к незакрепленному дистальному концу костного фрагмента, т.е. совмещается суставная поверхность дистального метаэпифиза большеберцовой кости с закрепленной суставной поверхностью блока таранной кости между двумя базовыми уровнями закрепления поврежденного сегмента [10,13].

Репонирующее усилие при применении данного способа меньше, чем при традиционном за счет использования длины плеча длинного костного фрагмента, к которому оно прикладывается. При необходимости площадка приложения репонирующего усилия может смещаться вдоль продольной оси поврежденного сегмента, что зависит от длины каждого костного фрагмента. При этом необходимо добиваться максимального уменьшения пространства (толщины мягких тканей) между костью и гипсовой повязкой на всех рассчитанных на стабилизацию необходимых уровнях фиксации отломков момент её наложения больному. Это достигается путем местного выжимания посттравматического отека или гематомы руками или аппаратами [16].

Как известно, особенно затруднено удержание костных отломков лодыжек во вправленном состоянии наложенной гипсовой повязкой или ортезом при смене положения травмированной конечности и спадении посттравматического отека. Поэтому С.Н.Хорошков и др.(2004) осуществляют фиксацию переломов лодыжек с подвывихом стопы через затвердевающую бесподкладочную гипсовую повязку "сапожок" площадками, расположенными на трех уровнях [6].

Для предупреждения повторного смещения вправленного перелома лодыжек и заднего края большеберцовой кости А.В.Каплан (1979), R.Baumgartner, P.E.Ochsner (1992) в некоторых случаях с успехом использовали закрытую трансоссальную и трансартикулярную фиксацию с помощью

тонких спиц. В одних случаях применяли трансоссальную фиксацию репонированного заднего отломка большеберцовой кости с помощью двух спиц, проведенных по обеим сторонам ахиллова сухожилия. В других случаях трансартикулярную фиксацию двумя спицами проводили со стороны подошвы, через пяточную, таранную кость, голеностопный сустав и нижнюю часть большеберцовой кости [7].

В последнее десятилетие на основе сплавов из никелида титана разрабатываются принципиально новые устройства для остеосинтеза. Им присущи такие свойства, как высокая твердость, пластичность, эффект запоминания формы, демпферирование нагрузок. Однако, необходимо подчеркнуть, что на современном этапе они еще не в состоянии во многих ситуациях одновременно гарантировать постоянную компрессию отломков и надежное шинирование кости. Поэтому эти конструкции чаще всего сочетают с обычными средствами погружного остеосинтеза (интрамедуллярными фиксаторами, на костных пластинами), иногда - с внеочаговыми аппаратами [17,18].

Статистические данные последних лет убедительно указывают на тенденцию к постоянному росту числа больных с сосудистыми осложнениями при переломах

костей конечностей. Сложность данной проблемы обусловлена еще и тем, что практические врачи не только недостаточно знакомы с клиникой острого нарушения периферического венозного кровообращения, но и не придают значения этой патологии при переломах лодыжек. Помимо самого повреждения суставных концов, predisposing факторами являются сдавление вен гематомой, неустраненное смещение отломков, длительная иммобилизация конечности глубокой гипсовой повязкой, изменение коагуляционных свойств крови. Бездумное использование привычной классической гипсовой повязки на фоне неоднократной репозиции усугубляет нарушение венозного кровообращения голени, ведет к несращению переломов, развитию посттравматического деформирующего артроза и хронического флеботромбоза. В связи с этим, при лечении переломов голеностопного сустава необходимо соблюдение определенных принципов: точная атрауматичная репозиция в ранние сроки после травмы, стабильная фиксация, применение сопроводительной медикаментозной терапии и при подозрении на флеботромбоз обязательное проведение ультразвукового ангиосканирования [22].

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдрахманов А.Ж. //Ортопед. травматол. - 1990. - №5. - С.40-43.
2. Абдрахманов А.Ж., Баймагамбетов Ш.А., Гуревич В.М. //Ортопед. травматол. - 1990. - №5. - С.45-46.
3. Антониади Ю.В., Бердюгин К.А., Галаятудинов А.Ф. и др. Современные технологии в лечении переломов лодыжек // Травматологи и ортопедия России. - 2006. - №2(40). - С.22.
4. Гришин В.Н. О возможности биологического остеосинтеза при повреждениях в области голеностопного сустава //Вестн.травматл. и ортопед. им. Н.Н.Приорова.- 2005. - №4. - С. 23-28.
5. Голубев В.Г., Кораблева Н.Н., Ондар В.С. Диагностика и лечение поврежденных голеностопного сустава, осложненных посттравматическим флеботромбозом // Вестн.травматл. и ортопед. им. Н.Н. Приорова.- 2002. - №3. - С. 79-82.
6. Гурьев В.Н. Консервативное и ортопедическое лечение повреждений голеностопного сустава. - М., 1971. - С.165.
7. Давлетов Ж.М. Оперативное лечение переломов лодыжек с применением пластины с ограниченным контактом //Травматология және ортопедия. - 2007. №2. Том II. - С.53.
8. Евсеев В.И. Математическое обоснование механизма переломов малоберцовой кости и повреждений межберцового синдесмоза. / Тр.КазНИИТО "Клиника и лечение повреждений голеностопного сустава". - Казань, 1975. - С.32-42.
9. Каллаев Н.О., Лыжина Е.Л., Каллаев Т.Н. Сравнительный анализ оперативных методов

- лечения около- и внутрисуставных переломов и переломовывихов голеностопного сустава // *Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н. Приорова.* - 2004. - №1. - С. 32-35.
10. Кодиров М.Ф., Шодиев Б.У. Хирургическое лечение переломов лодыжек // *Ортопед. травматол.* - 2001. №3. - С.82-84.
11. Колобков В.А. Применение аппарата внешней фиксации в системе лечения больных со сложными переломами области голеностопного сустава: Автореф. дис...канд. мед.наук. - Н.Новгород, 1992. - 17с.
12. Котенко В.В. Межфрагментарная компрессия в лечении переломов костей // *Актуальные вопросы имплантологии и остеосинтеза.* - Новокузнецк; СПб., 2001. - С.3-5.
13. Львов С.Е., Вадаккадат М.К., Кулыгин В.Н. Классификации переломов лодыжек. Взгляд на пороге XXI века (обзор литературы) // *Травматология и ортопедия России.* - 2003. - №1. - С.59-66.
14. Малевский А.М. // *Ортопед. травматол.* - 1980. - №1. - С.62-63.
15. Оганесян О.В., Коршунов А.В. Применение модифицированного шарнирно-дистракционного аппарата при застарелых поврежденных голеностопного сустава и стопы // *Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н. Приорова.* - 2002. - №3. - С. 83-87.
16. Оноприенко Г.А., Шевырёв К.В., Волошин В.П. и др. Деротационно-удлиняющая остеотомия малоберцовой кости в лечении последних поврежденных голеностопного сустава // *Лечение повреждений и заболеваний костей таза. Новые технологии в лечении повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы:* Тез. докл. международ. науч.-практ. конф. травматолог. - ортопед. - Екатеринбург - Ревда, 2001. - С.185-186.
17. Органов В.В., Тяжелов А.А., Мусса Д. Биомеханика вторичных смещений стопы при пронационных повреждениях голеностопного сустава // *Ортопед. травматол.* - 2002. - №1. - С.25-27.
18. Панков И.О., Емелин А.Л. Хирургическое лечение тяжелых пронационно-эверсионных переломов дистального суставного конца костей голени // *Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н. Приорова.* - 2007. - №1. - С. 8-14.
19. Панков И.О. Чрескостный остеосинтез по Илизарову при переломах заднего края дистального эпиметафиза большеберцовой кости // *Гений ортопедии.* - 2002. - №2. - С.30-33.
20. Панков И.О. Чрескостный остеосинтез по Илизарову при лечении сложных переломов дистального эпиметафиза костей голени // *Современные аспекты чрескостного остеосинтеза по Илизарову.* Тез. докл. науч. конф. - Казань, 1991. - С.82-83.
21. Пастернак В.Н., Матекин А.В. Лечение переломов дистальных метаэпифизов костей голени методом чрескостного остеосинтеза // *Ортопед.травматол.* - 2001. - №1. - С.14-17.
22. Патент 2063731 RU. Устройство для лечения повреждений голено-стопного сустава /С.Н. Хорошков. - №93051715; Заявл. 09.11.93.
23. Патент 213114 RU. Способ закрытой репозиции переломов /С.Н. Хорошков. - №95111881; Заявл. 13.07.95.
24. Патент 2102041 RU. Способ местного устранения отека при переломах конечностей /С.Н. Хорошков. - №94040224; Заявл. 31.10.94.
25. Патент 2193364 RU. Способ фиксации переломов в отсутствие смещений костных фрагментов /С.Н. Хорошков. - №981233472; Заявл. 22.12.98.
26. Сабаев С.С., Плоткин Г.Л., Клепиков С.А. Лечение травм в области голеностопного сустава с использованием конструкций из никелида титана // *Травматология и ортопедия России.* - 2004. - №1. - С.17-20.
27. Селуянов В.Н., Чугунова Л.Г. // *Современные проблемы биомеханики.* - Нижний Новгород: изд-во Института прикладной физики РАН, 1992. - Вып.7. - С.124-143.
28. Сысенко Ю.М., Бунов Д.В. Лечение больных со сложными переломами голеностопного сустава методом чрескостного остеосинтеза по Илизарову // *Гений ортопедии.* - 2003. - №3. - С.29-32.
29. Шабанов А.Н., Каем А.И., Сартан В.Н. Атлас переломов лодыжек и их лечение. - М.: Медицина, 1972. - 76с.
30. Шапошников Ю.Г. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей. В 3-х т. - М.: Медицина, 1997. - Т.2. - 575 с.
31. Baumgartner R., Ochsner P.E. *Chesklister Orthop?die (Chesklister der aktuellen Medizin).* - 3., ?berarb. Aufl. - Stuttgart; New York: Thieme, 1992. - 392p.
32. Belcher G.L., Radomisli T.E., Abate J.A. et

- al. //Journal of Orthopaedic Trauma. - 1997. - N2. - P.106.
33. Conolly J.F. Fractures and dislocations, closed management. 1st ed. Vol. 2. - N.Y., 1995. - P.846-886.
34. Dabezies E., D'Ambrosia R.D., Shoi H. Classification and treatment of ankle fractures // Orthopaedics. - 1979. - Vol. 1, N3. - P.365-373.
35. Danis R. The aims of internal fixation //Clin. Orthop. - 1979. - N138. - P.23-25.
36. Danis R., 1949 - цум. no Rockwood C.A., Green D.P., 1996.
37. Klein E.A., Campbell W.C. Fractures of the lower extremity //Campbell's operative orthopaedics. 8th ed. Vol.2. - St. Luis, 1998. - P.2043-2168.
38. Lauge-Hansen N., Ankelburd I., 1942 - цум. no Rockwood C.A., Green D.P., 1996.
39. Lauge-Hansen N. Ligamentous ankle fractures. Diagnosis and treatment //Acta Chir. Scand. - 1949. - Vol. 97, N5. - P. 544-550.
40. Lauge-Hansen N. Fractures of the ankle. 2. Combined experimental-surgical and experimental-roentgenologic investigations //Arsh. Surg. - 1950. - Vol. 60, N8. - P. 957-985.
41. Lauge-Hansen N. Fractures of the ankle. 3. Genetic roentgenologic diagnosis of fractures of the ankle //A.J.R. - 1954. - Vol. 71, N4. - P.456-471.
42. Lindsjx U. Classification of ankle fractures: The Lauge Hansen or AO system? //Clin. Orthop. - 1985. - N199. - P.12-16.
43. Magnusson R. On the results in non-operated cases of malleolar fractures: Clinical-roentgenological-statistical study: fractures by externalotation //Acta Chir. Scand. - 1994. - Vol. 160. - P.1-36.
44. Marty R., Raaymakers E.-L.-F.-B. Nolte R.-A. Malunitead ankle fractures. The hate results of reconstruction //J.Bone Joint Surg. - 1990. - Vol. 72, N4. - P.709-713.
45. Michelson J.D. Current concepts review: Fractures about the ankle //J.Bone Jt. Surgery. - 1995. - Vol. 77-A, N2. - P.142-152.
46. Michelson J.D., Solocoff D., Waldman D. et al. Ankle fractures, Lauge-Hansen classification revisited //Clin.Orthop. - 1997. - N345. - P198-205.
47. Muller M.E., Allgower M., Schneider R. Malleolar fractures //Manual of internal fixation, techniques recommended by A.O. Group. 3rd ed. - Berlin, 1991. - P.595-612.
48. Pankovich A. Fractures of the fibula proximal to the distal tibiofibular syndesmosis //J.Bone Jt. Surgery. - 1978. - Vol. 60-A, N2. - P.221-229.
49. Petrone F.A., Mitchell G., David P., Thomas F. Quantitative criteria for prediction of the results after displaced fractures of the ankle //J. Bone Jt. Surgery. - 1983. -Vol. 65-A, N5. - P.667-677.
50. Phillips W.A., Schwartz H.S., Keller C.S. A prospective randomized study of the management of severe ankle fractures //J.Bone Jt. Surgery. - 1985. - Vol. 65-A, N1. - P.67-77.
51. Rockwood C.A., Green D.P. Fractures of the ankle //Fractures in adults. 4th ed. - Philadelphia, 1996. - P.2202-2218.
52. Schatzker J., Tile M. Переломы в пределах голеностопного сустава //Пер. с англ. //Margo Anterior. Совместное издание АО/ASIF и МАТИС Медикал для России и стран СНГ. - 1999. - №2-3. - С.8-15.
53. Thordarson D.B. //Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. - 2000. - Vol. 8, N4. - P.253-265.

ТОБЫҚ БУЫНЫНЫҢ СЫНЫП-ШЫҒУЫНА БАЙЛАНЫСТЫ КОНСЕРВАТИВТІ ЕМ ТҮРЛЕРІН ЖЕТІЛДІРУ ЖОЛДАРЫ

Әбілмәжінов М.Т.

· Бірнеше рет жасалған репозициядан кейін классикалық гипсті таңғышты себепсіз қолдану, тобық буынының қан айналымын нашарлатады, сынықтың бітуін тежейді және жарақаттан кейін пайда болатын деформациялық артроздың дамуына әкеледі. Осыған байланысты, тобық буынының сынықтарын емдеуде белгілі бір ұстанымдарды сақтау қажет: жарақаттан кейін ерте кезеңде нақты атрауматикалық репозиция, тұрақты бекіту және сонымен бірге медикаментозды терапия қолдану.

WAYS OF IMPROVEMENT IN CONSERVATIVE TREATMENT OF FRACTURAL
DISLOCATION OF TALOCRURAL JOINT

M.T. Abilmazhinov

Unproductive use of classical gypsum bandage on the background of repeated reduction increase the process of blood supplying in talocrural joint. It leads to the fractural nonunion and development of posttraumatic deformative arthrosis. In connection with fractural treatment of talocrural joint you should follow the definite principles: definite atraumatic reduction in a short time after you get trauma, stable fixation and application of accompanying medical therapy.



M.T.Абильмажинов

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ

АО "Медицинский университет Астана" г. Астана

Накопленный огромный опыт внутренней фиксации и его анализ привели в последнее время многих исследователей к пересмотру существовавших принципов. Перспектива улучшения результатов лечения, по мнению авторов, кроется в сохранении кровоснабжения костных фрагментов и мягких тканей, что является основным условием для репаративной регенерации кости: только живая кость может срастись при наличии микроподвижности, которая, в свою очередь, служит биологической предпосылкой для наступления консолидации. В этой связи возникли новые идеи и появились новые способы, получившие названия "рациональной", "менее инвазивный", "минимально инвазивный", "биологический (биологичный)" остеосинтез, которые объединяет общая цель - сохранение жизнеспособности тканей в зоне перелома. Данная тема была главной на 2-м Европейском съезде травматологов (1996г., Давос) и на 3-м Съезде травматологов стран Центральной Европы (1998г., Амстердам). При этом не создавалась принципиально новая стратегия, а пересматривались некоторые давно известные положения.

Термин "биологический остеосинтез", предложенный S.Weller еще в 1974г., в

последнее время стал применяться для обозначения большинства способов погружного остеосинтеза, в которых используются специальные хирургические доступы. Однако многие специалисты считают, что называть остеосинтез биологическим в любом случае, даже при минимальной интраоперационной травматизации мягких тканей, некорректно. Именно поэтому чаще используются термины "минимально инвазивный" или "биологический" (биология+логика) остеосинтез [4,12,19].

Не меньшее значение имеет тезис о биологичности остеосинтеза, о чем В.Д.Чаклин говорил и неустанно повторял более 50 лет назад, что в зарубежной печати последние 5-10 лет выдают за новый метод - биологический остеосинтез.

Первое пленарное заседание XIV съезда ортопедов-травматологов Украины (г. Одесса, 2006г.) было посвящено лечению диафизарных переломов длинных костей и формированию соответствующей национальной концепции. Доклады, прозвучавшие на данном заседании, объединяло одно общее положение - приоритет должен быть отдан биологическому подходу к остеосинтезу, в

противовес механической теории лечения перелома кости.

Сейчас перспективу улучшения результатов лечения переломов видят в сохранении жизнеспособности мягких тканей и костных отломков. И не в абсолютно прочном их скреплении, а в обеспечении межфрагментарной микроподвижности, служащей биологической предпосылкой для наступления консолидации.

Исследованиями последних лет доказано, что часто наблюдаемая потеря костной массы под пластиной *in situ* обусловлена не "шунтированием нагрузки", как считалось ранее, а ремоделированием кости вследствие давления пластины на периост и, самое главное, недостаточностью кровоснабжения [3,15,23]. В.Э.Гюнтер считает, что погружной фиксатор часто функционирует вне всякой связи с организмом, что отрицательно сказывается на жизнеспособности кости [6]. Нарушения консолидации в дополнение к расстройствам трофики вызваны отсутствием такого важного стимула, как микроподвижность отломков [24], точнее говоря, это не микроподвижность, а микродеформация [16]. Последний фактор, обладающий высокочастотными, но низкоамплитудными характеристиками по определению К.Еckert-H?bner, L.Claes [18] и St.Wolf с соавторами [24] обеспечивает микрорастяжение костной ткани, способствующее реваскуляризации и стимулирующее репаративный остеогенез. S. Larsson с соавторами [21] развивают эту мысль далее. Они подчеркивают, что стресс, возникающий в результате эластичной деформации кости под влиянием физиологических воздействий, способствует пролиферации периостальной мозоли на ранней стадии на ранней стадии репаративного остеогенеза и ускоряет процесс ремоделирования в конечную фазу. Здесь уместно вспомнить гипотезу С.Т.Зацепина, согласно которой сразу после травмы костная ткань теряет присущую ей память формы, и клетки костной мозоли вновь обретают ее лишь через 2-3 месяца [10].

В соответствии с требованиями минимально инвазивного остеосинтеза

отломки сопоставляют закрытым, непрямым путем с использованием внешних съемных репозиционных устройств [8,9]. На основании топографо-анатомических исследований определяют менее инвазивные доступы, выделяют сектора безопасного расположения фиксаторов и границы зон безопасности [8,9]. Применяют пластины с ограниченным, минимальным и точечным контактами, а также бесконтактные, поскольку степень нарушения кровоснабжения кости зависит не только от травматичности операции, но и от площади контакта имплантата с костью [2,3,7,8,9,18].

Обсуждая вопросы биологического и минимально инвазивного остеосинтеза переломов длинных костей конечностей, А.К.Дулаев с авторами [7,8,9], А.Ф.Лазарев, Э.И.Солод [12] подчеркивают, что следует добиваться не абсолютно прочной фиксации, а такой, которая позволила бы начать ранее реабилитационное лечение. Известно, что ранняя активная мобилизация предупреждает развитие "болезни переломов" [13].

Любой перелом с точки зрения биомеханики можно охарактеризовать как нестабильность, обусловленную отсутствием непрерывной жесткости [11,17]. В последние годы все чаще стали писать о том, что все названные средства (за исключением, пожалуй, аппаратов внешней фиксации) не способны решить проблему послеоперационного программируемого компримирующего воздействия на зону повреждения. Избыточное давление, испытываемое отломками, может привести к угнетению репаративной регенерации, некрозу на стыке и перенапряжению костной ткани с ее разрушением, с другой стороны, недостаточная компрессия сопряжена с нестабильностью [11,17] и особенно отрицательно сказывается на ранних стадиях остеогенеза [20]. Чтобы не случилось ни того, ни другого, остеосинтез должен стать не просто средством фиксации, а механизмом, способствующим заживлению костной раны [12,19], что снова возвращает нас к такому определению остеосинтеза как биологический. Здесь уместно вспомнить, что еще в 1932г.

S.Girdlestone писал: "Консолидацию нельзя обеспечить, ей можно только способствовать". Недаром А.П.Барабаш и Л.Н. Соломин указывают на необходимость разработки технологии лечения переломов конкретного пострадавшего, строящейся на теории и практике использования основных способов и средств фиксации костных отломков, на современных тенденциях и направлениях развития остеосинтеза [1,5].

А.П.Барабаш [5] философски объединяет эти две точки зрения: сохранение васкуляризации костных фрагментов и небольшая взаимоподвижность отломков, на оптимальную степень фиксации отломков, полагая, что они не являются взаимоисключающими, а лишь подтверждают известные законы диалектики - отрицания, отрицания и борьбы противоположностей. Это подтверждается и многочисленными практическими наблюдениями, когда при абсолютной стабильности и безукоризненной анатомической репозиции мы видим несращение перелома и в то же время отмечаем хорошее сращение при неполной репозиции и наличии микроподвижности фрагментов. Поэтому особенно важно понять, какие условия должны быть созданы для сращения перелома и, что особенно значимо, как при этом не помешать ему.

В последние 30-40 лет не только было выполнено больше ортопедических операций, но изменился и сам тип хирургических вмешательств. В 60-е годы на первом месте стояли внутренняя фиксация переломов и эндопротезирование, в 70-е произошел переворот в диагностической артроскопии и реконструктивной хирургии связок, особенно коленного сустава, в 80-е годы основное развитие получили оперативная артроскопия, хирургия позвоночника и микрохирургия.

В большой степени достигнутые успехи явились результатом новаторства многих хирургов-ортопедов. Однако они были бы невозможны без тесного сотрудничества с

развивающейся промышленностью. Удачные результаты поисковых работ стимулировали интенсивные исследования в области биомеханики. Кроме того, появились большие возможности для безопасного использования современных технологий, что стало результатом совершенствования смежных дисциплин, особенно таких как анестезиология, переливание крови, борьба с инфекцией, тромбозом и эмболией. Применение новых имидж-методов позволило существенно улучшить диагностику. Успех операций больше не зависит только от знаний и опыта хирурга. Тщательное предоперационное планирование дает возможность в значительной степени предсказать исход хирургического вмешательства.

Morscher E.(1994) отмечает, что консервативные методы лечения - изначальная опора ортопедии - становятся, по-видимому, менее привлекательными. Так, исходно Научный комитет I Конгресс EFORT выделил "Консервативное ортопедическое лечение" в отдельную тему. Однако из 1100 представленных тезисов ей были посвящены только 8. В связи с этим тему пришлось снять, что, возможно, является отражением неблагоприятной тенденции [22].

Важное значение надежной и функционально выгодной наружной иммобилизации при лечении переломов и ложных суставов костей конечностей (в том числе нередко и при оперативном лечении) не вызывает сомнений. Так, в последние годы отечественные специалисты начали обращать внимание на возможности ортезирования при лечении переломов. М.Баракат (2004) при сегментарных переломах конечностей рекомендует использовать ортезы в течение года после прекращения лечебной иммобилизации, считая, что при таких травмах продолжительность процессов минерализации и перестройки кости значительно увеличивается [14].

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуразаков У.А. Остеосинтез и пути его развития //Травматология және ортопедия. Астана. 2003.- №2.- С.4-6.
2. Анкин Н.Л., Анкин Л.Н. Опыт применения накостного малоинвазивного остеосинтеза / /Человек и его здоровье: Материалы /VIII Российский национальный конгресс. - СПб., 2003. - С.135.
3. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Пластины с минимальным контактом для биологического стабильно-функционального остеосинтеза // Травматология и ортопедии России. - 1995. - №5. - С.14-15.
4. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л., Лакша А.М. Аппарат и имплантаты для биологического остеосинтеза /Современные методы лечения и протезирования при заболеваниях и повреждениях опорно-двигательной системы: Материалы международного конгресса. - СПб., 1996. - С.45-46.
5. Барабаш А.П., Соломин Л.Н. Комбинированный напряженный остеосинтез /Благовещенск: АмурЭко, 1992. - 71с.
6. Гюнтер В.Э. Сверхэластичные материалы с памятью формы для травматологии и ортопедии //Анналы травматологии и ортопедии - 1996. - №3. - С.23.
7. Дулаев А.К., Дыдыкин А.В., Шакур Д.А. Основы перспективы развития биологического и минимально инвазивного остеосинтеза переломов длинных костей конечностей пластинами //Человек и его здоровье: Материалы /VIII Российский национальный конгресс. - СПб., 2003. - С.85-86.
8. Дулаев А.К., Кошич А.Ю., Дыдыкин А.В. и др. Разработка хирургических доступов для минимально инвазивной внутренней фиксации переломов костей голени //Человек и его здоровье: Материалы /VIII Российский национальный конгресс. - СПб., 2003. - С.84-85.
9. Дулаев А.К., Кошич А.Ю., Дыдыкин А.В. и др. Топографо-анатомические основы минимально инвазивного применения пластин для внутреннего остеосинтеза переломов бедренной кости //Человек и его здоровье: Материалы /VIII Российский национальный конгресс. - СПб., 2003. - С.83-84.
10. Зацепин С.Т. Синдром С.Т.Зацепина " память формы костной ткани (тканей) и потеря памяти формы костной ткани (тканей)" //Конгресс травматологов-ортопедов России с международным участием: Материалы. - Ярославль, 1999. - С. 143.
11. Каллаев Т.Н., Каллаев Н.О. Биомеханическое обоснование компрессионного остеосинтеза при около- и внутри- суставных переломах //Вестн.травматологии и ортопед. им. Н.Н Приорова. - 2002. - №1. - С.44-48.
12. Лазарев А.Ф., Солод Э.И. Биологический погружной остеосинтез на современном этапе //Вестн.травматологии и ортопед. им. Н.Н Приорова.- 2003. - №3. - С. 20-26.
13. Львов С.Е., Васильев Е.Б., Мочалов В.П. Шаг вперед или два назад? //Реабилитация больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательной системы. - Иваново, 1996. - С.12-15.
14. Паршиков М.В., Никитин С.Е. Ортезотерапия при переломах костей конечностей и их последствиях // Вестн.травматологии и ортопед. им. Н.Н Приорова. - 2005. - №3. - С. 68-74.
15. Семиозоров А.Н., Верещагин Н.А., Муршед А. К методике исследования остеопороза при заболеваниях костей и суставов. - Нижний Новгород, 2001. - С.101-104.
16. Ткаченко С.С., Руцкий В.В., Хомутов В.П. Накостный остеосинтез при лечении переломов и ложных суставов //Ортопедия, травматология. - 1988. - №1. - С.53-57.
17. Bhandari M., Tornetta P., Sprague et al. Predictors of reoperation following operative management of fractures of the tibial shaft / /J.Ortop. Trauma. - 2003. - Vol. 17, N5. - P. 353-361.
18. Eckert-H?bner K., Claes L. Callus tissue differentiation and vascularization under different conditions //J. Ortop. Trauma. - 1999. - Vol. 13, N4. - P.282-283.
19. Helfet D.L. From whence we cometh //J.Ortop. Trauma. - 1999. - Vol. 13, N1. - P.397-401.
20. Klein P., Schell H., Streitpath F. et al. Early stages of healing are especially sensitive to mechanical conditions //J.Ortop. Trauma. - 2003. -Vol. 17, N2. - P.159.
21. Larsson S., Kim W., Caja V.L., et al. Effect of early axial dynamization on tibial bone healing / /Clin. Ortop. - 2001. - N388. - P. 240-251.

22. Morscher E. Будущее ортопедической хирургии в Европе: ортопедия 2000 года. Перевод из "Journal of Bone and Joint Surgery" N1. 1994 //Вестн.травматологии и ортопед. им. Н.Н Приорова. - 1995. - №1-2. - С. 76-78.
23. Neubauer Th., Wagner M., Hammerbauer Ch. Система пластин с угловой стабильностью

(LCP) - новый АО стандарт на костного остеосинтеза //Вестн.травматологии и ортопед. им. Н.Н Приорова. - 2003. - №3. - С. 27-35.
24. Wolf St., Augat P., Eckert-H?bner K. et al. Effect of high-frequency, low-magnitude mechanical stimulus on bone healing //Clin. Orthop. - 2001. - N385. - P. 192-198.

СЫНЫҚТАРДЫ ЕМДЕУДІҢ ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ БАҒЫТТАРЫ

Әбілмәжінов М.Т.

Көптеген авторлардың хабарлауы бойынша сынықтарды емдеу нәтижесінің болашағы сүйектің репаративті регенерациясының жағдайы үшін негізгі белгісі болатын жұмсақ тіндер мен сүйек фрагменттеріндегі қан айналымының сақталуында жатыр: тек тірі сүйек микроқозғалғыштықтың арқасында ғана бітісіп кете алады, ол өз кезегінде биологиялық консолидацияның алдын ала бастауы болып табылады.

CONTEMPORARY APPROACHES OF THE FRACTURES TREATMENT

M.T. Abilmazhinov

Some authors consider that, perspective of the fractures treatment results conclude preservation of blood supplying of bone fragments and soft tissues. It is the main condition for reparative regeneration of bones: only a living bone may knit at the existence of the microvitality which is considered to be the biological prerequisite for consolidation.



Байсеркин Б.С.

НАУЧНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ И ОРГАНИЗАЦИЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Комитет государственного санитарного надзора МЗ РК

Научные исследования, проводимые в сфере здравоохранения, свидетельствуют о том, что многие проблемы отрасли по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия, формированию здорового образа жизни, улучшения качества социальной, психологической и экологической среды на настоящий момент еще не решены.

Основной целью научного обеспечения деятельности организаций санитарно-эпидемиологической службы (СЭС) является повышение эффективности деятельности

научно-исследовательских организаций СЭС, направленной на совершенствование системы мероприятий по охране здоровья и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Казахстан.

Основные направления научных исследований организаций науки СЭС должны обеспечивать:

- совершенствование научных основ эпидемиологического надзора, создание научно-обоснованных систем паспортизации

территорий;

- разработка и внедрение в практику современных алгоритмов мониторинга, методов и средств лабораторной диагностики и профилактики инфекционных болезней;

- разработка и совершенствование методов стандартизации и контроля медицинских иммунобиологических препаратов;

- совершенствование методов анализа и прогнозирования санитарно-эпидемиологической ситуации;

- научное обоснование деятельности органов и организаций СЭС в сфере санитарно-эпидемиологического надзора;

- совершенствование системы мероприятий, направленных на обеспечение химической, биологической и радиационной безопасности, в том числе, при возникновении чрезвычайных ситуаций;

- оптимизация технологии государственного санитарно-эпидемиологического надзора с целью профилактики неинфекционных заболеваний;

- совершенствование методов профилактики нарушения здоровья, в том числе посредством формирования здорового образа жизни;

- разработка и внедрение в практику эффективных методов гигиенической оценки и управления риском влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье человека;

- разработка высокочувствительных методов обнаружения, идентификации, количественного определения и контроля загрязнителей окружающей и производственной среды, пищевых продуктов, товаров для детей, парфюмерно-косметических средств и другой продукции, способной оказывать прямое или косвенное воздействие на здоровье населения;

- разработка, внедрение и оценка безопасности применения нанотехнологий и наноматериалов.

Организациями науки СЭС в последние годы получен ряд приоритетных результатов по проблемам гигиены, экологии человека, токсикологии, профессиональной патологии, эпидемиологии, микробиологии, иммунологии, диагностики и профилактики

актуальных инфекционных и неинфекционных болезней.

В Казахстане имеются 22 Научно-исследовательских института и Научных центров. Из них: 18 клинических и 4 неклинических. Научные исследования проводятся также в 6 государственных ВУЗах, ВШОЗ, АГИУВ.

Координация и планирование научных исследований, и внедрение результатов НИР в практику здравоохранения (санитарно-эпидемиологического надзора) осуществляется в рамках целевых программ, а также отраслевых научно-исследовательских программ.

В 2008 г. завершена научно-техническая программа "Научные основы обеспечения биологической безопасности в Республике Казахстан по карантинным и зоонозным заболеваниям человека". По результатам проведенных исследований разработаны инструктивно-методические документы, направленные на совершенствование эпидемиологического надзора, диагностики и профилактики карантинных и особо опасных зоонозных инфекций. В частности, в эпидемиологический надзор за зоонозными инфекциями внедряются ГИС-технологии, применяются молекулярные методы исследований, совершенствуются методы стандартной диагностики и методы получения диагностических препаратов. Продолжается выполнение НТП "Разработка тест-систем по совершенствованию диагностики социально-значимых болезней".

В результате проведенных научно-исследовательских работ получено:

Два предварительных патента на изобретение:

1. "Штамм вируса Пуумала № 1 геморрагической лихорадки с почечным синдромом для производства диагностических препаратов" - № 18708.

2. "Способ клонирования вируса Пуумала геморрагической лихорадки с почечным синдромом для получения цитопатической активности на перевиваемой культуре клеток" - № 18709.

Два авторских свидетельства:

1. Прогнозно-аналитическая модель

динамики эпидемической ситуации инфекционных заболеваний в зоне последствий землетрясения (на примере бруцеллёза и шигеллёза);

2. Программа KRelRisk для вычисления показателя относительного риска для Linux и Windows.

Регистрационное свидетельство: эритроцитарный вирусный диагностикум геморрагической лихорадки с почечным синдромом.

Утверждены приказом Главного государственного санитарного врача № 133 от 4 ноября 2008 г.:

1. Методические указания по проведению лабораторных предрегистрационных испытаний средств дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации и антисептиков.

2. Методические рекомендации по проведению лабораторных предрегистрационных испытаний средств дезинсекции и дератизации.

Утверждены директором департамента развития науки человеческих ресурсов МЗ РК: методические рекомендации "Бактериологический контроль питательных сред для диагностики холеры".

Постоянное внимание при выполнении НИР уделяется анализу и разработке нормативной и методической документации (санитарных норм и правил, методических указаний, методических рекомендаций и т.п.) с учетом гармонизации санитарного законодательства с действующими международными требованиями, стандартами и нормами.

Успешно развивается международное научное сотрудничество ученых научно-исследовательских институтов СЭС в рамках многосторонних и двусторонних соглашений с международными правительственными и неправительственными организациями (ВОЗ, СНГ, ЕврАзЭС и др.) в решении глобальных проблем, связанных с сохранением среды обитания, обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия населения, эффективной реализацией международных соглашений, договоров и программ.

Несмотря на обилие медицинских

организаций образования и науки следует отметить наличие явных сдерживающих факторов развития медицинской науки:

- неэффективное управление медицинской наукой и ресурсами отрасли;

- ограниченное и нерациональное финансирование научно-медицинских исследований;

- слабая материально-техническая база в организациях медицинской науки и вузов;

- разобщенность медицинской науки и профессионального образования с практическим здравоохранением;

- неконкурентоспособность и не востребо-ванность отечественной медицинской науки.

Таким образом, приоритетными направлениями научной деятельности санитарно-эпидемиологической службы являются:

- Совершенствование научно-методического обеспечения органов и организаций;

- Организация, планирование и координация деятельности организаций науки;

- Реализация современной кадровой политики в научных центрах;

- Развитие международной научной деятельности.

Для эффективного функционирования системы управления медицинской наукой и ее интеграции с образованием и практическим здравоохранением определены следующие целевые индикаторы реализации данного направления:

- Увеличение доли публикаций в международных изданиях.

- Увеличение доли научных кадров, обученных менеджменту и стандартам научных исследований с привлечением зарубежных специалистов.

- Увеличение доли международных патентов.

- Увеличение количества центров доказательной медицины.

- Увеличение доли организаций науки и образования в составе профильных научно-образовательно-практических кластеров.

- Увеличение доли научно-технических программ, выполняемых медицинскими вузами.

Реформирование медицинской науки

диктует необходимость межотраслевой координации и прежде всего синхронной работы с министерством образования и науки, а именно:

- разработка единых критериев отбора приоритетных научных направлений;
- расширение объема выделяемых средств на выполнение фундаментальных исследований;
- разработка единых национальных стандартов менеджмента научных исследований на основе международных требований;

- содействие в привлечении организаций образования всех уровней и организаций науки других отраслей в процесс интеграции медицинской науки, образования и практического здравоохранения;
- организация стажировки в ведущих зарубежных научных центрах сотрудников организаций СЭС;
- субсидирование средств на закупку оборудования для научных организаций;
- утверждение государственных стандартов и технологических регламентов.

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА САНИТАРЛЫҚ-
ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТ ОРГАНДАРЫ МЕН ҰЙЫМДАРЫНЫҢ
ЖҰМЫСТАРЫН ҒЫЛЫМИ
ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ**

Байсеркин Б.С.

Медицина ғылымы тәуелсіздік жылдарында елеулі өзгерістерге ұшырады - оң тенденциясымен қатар біздің еліміздің барлық ғылымына тән бір қатар шешілмеген мәселелері бар. Олар қазіргі талаптарға жауап бермейтін материалдық-техникалық база, жеткіліксіз қаржыландыру, ғылым жетістіктерінің төмендеуі, инновациялық белсенділіктің төмендеуі және т.б. Медицина ғылымын модернизациялау үрдісінің басында өте маңызды шараларды қабылдау қажеттілігі туып отыр.

Санитарлық-эпидемиологиялық қызмет (СЭҚ) ұйымдарының жұмысын ғылыми қамтамасыз етудің негізгі мақсаты ҚР тұрғындарының денсаулығын қорғау және санитарлық-эпидемиологиялық жақсартуды қамтамасыз ету бойынша шаралар жүйесін жетілдіруге бағытталған СЭҚ ғылыми-зерттеу ұйымдары жұмыстарының тиімділігін арттыру болып табылады.

**SCIENTIFIC MAINTENANCE OF BODIES ACTIVITY AND THE
ORGANIZATIONS OF SANITARY-AND-EPIDEMIOLOGIC SERVICE IN
REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

Bayserkin B.S.

The medical science for years of independence has undergone appreciable changes - along with positive tendencies there is a variety of the problems inherent in all science of our country. It is a weak, not meeting modern requirements, the material base, insufficient financing, decrease in a science prestige, low innovative activity and others. There is a need in acceptance of cardinal measures to start process of medical science modernization.

Main objective of scientific maintenance of activity of the organizations of sanitary-and-epidemiologic service is increase of efficiency of activity of the research organizations SES directed on perfection of actions system for health protection and sanitary-and-epidemiologic maintenance well-being of Kazakhstan's population.



Байсеркин Б.С.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ НАУЧНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Комитет государственного санэпиднадзора МЗ РК

Совершенствование научного обеспечения призвано способствовать развитию новых, перспективных направлений научных исследований на основе межотраслевой и межведомственной кооперации (оценка риска, безопасность нанотехнологий и наноматериалов, молекулярная биология, биотехнология и др.) и эффективному внедрению результатов исследований в деятельность органов и организаций санитарно-эпидемиологической службы (СЭС).

Приоритетные направления реализации данного направления могут изменяться и дополняться, исходя из приоритетов государственной политики.

1. Совершенствование научно-методического обеспечения органов и организаций СЭС.

Несмотря на формирование во всех научных организациях СЭС ежегодных планов научно-исследовательских работ, которые должны быть ориентированы на достижение конкретных результатов, обеспечивающих осуществление основных направлений деятельности СЭС, выполняемые НИР не всегда имеют значение для практики. Недостаточно взаимодействие научных центров СЭС с органами и организациями СЭС при реализации ведомственных целевых программ и при разработке региональных программ, направленных на решение конкретных задач обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, что приводит к тому, что результаты научных исследований неэффективно внедряются в практику санитарно-эпидемиологического надзора.

Не используется в должной мере научный потенциал научных организаций СЭС для проведения обучения специалистов

Управлений и Центров гигиены и эпидемиологии, и, в то же время, неэффективно используются материально-техническая база и информационные ресурсы (результаты социально-гигиенического мониторинга, данные по осуществлению санитарно-эпидемиологического надзора и т.п.) для организации и проведения совместных научно-практических работ в интересах санитарно-эпидемиологической службы.

Основными задачами данного направления являются:

1. Разработка и внедрение критериев оценки деятельности научных организаций СЭС, включая оценку эффективности результатов внедрения научных исследований.

2. Разработка нормативно-методических документов, имеющих важное практическое значение для обеспечения деятельности органов и организаций СЭС.

3. Усовершенствование системы внедрения результатов научных и методических разработок в практику работы СЭС.

4. Развитие информационно-аналитического и прогнозно-моделирующего направлений в эпидемиологии.

5. Развитие инновационных технологий и их внедрение в органы и организации СЭС, разработка алгоритмов практического применения современных методов анализа.

6. Проведение работ, направленных на гармонизацию нормативных и методических документов санитарного законодательства Республики Казахстан с действующими международными требованиями, стандартами и нормами.

7. Пересмотр и совершенствование действующей базы нормативно-методических документов санитарного законодательства.

II. Организация, планирование и координация

деятельности научных организаций СЭС.

Анализ координации и планирования научных исследований в научных организациях СЭС показал, что наблюдается частичное дублирование тем НИР, в то время как ряд актуальных вопросов обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения остаются без необходимого научно-методического обеспечения.

Отсутствует важное звено в механизме координации фундаментальных научных исследований - проблемные комиссии по ряду направлений гигиены, эпидемиологии, микробиологии и др.

Необходима разработка ежегодных планов работы научных центров СЭС по всем основным направлениям деятельности: организационно-методической работе, научно-исследовательской работе и подготовке кадров высшей квалификации, работе ученых советов, советов молодых ученых и специалистов, режимных комиссий, деятельности клиничко-диагностических подразделений, участию в организации и проведении съездов, конгрессов, конференций, симпозиумов, публикации научных трудов и т.д.

При планировании научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ научных организаций должны ориентироваться на решение задач, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также на разработку приоритетных направлений научных исследований в области эпидемиологического мониторинга, биотехнологии и биоинженерии, геномных и постгеномных технологий, безопасности нанотехнологий и наноматериалов, ГИС технологий, биобезопасности и противодействия терроризму, управлением риском здоровьем населения и технологий снижения риска и уменьшения последствий природных и техногенных катастроф и др.

Основными задачами данного направления являются:

1. Развитие системы анализа, планирования и прогнозирования научных исследований.
2. Концентрация финансовых средств и

кадровых ресурсов на приоритетных и инновационных направлениях развития медицинской науки, ориентированных на конечный результат.

3. Создание единого информационно-технического пространства, оптимизация информационного обмена, обеспечение реализации задач информационной поддержки деятельности органов и организаций СЭС.

4. Совершенствование системы учета результатов научных исследований и технологических разработок, полученных организациями науки СЭС, обеспечение доступа к этой информации.

5. Организация деятельности проблемных комиссий по основным направлениям профильной деятельности научных организаций с включением в их состав ведущих специалистов практических организаций СЭС.

6. Участие организаций науки в реализации целевых и отраслевых программ; в конкурсах на получение грантов (отечественных и международных), государственных заказов.

7. Своевременное обеспечение лицензирования основных видов деятельности организаций науки и аккредитации лабораторий в установленном порядке для проведения санитарно-эпидемиологических исследований и испытаний.

8. Развитие материально-технической базы научных организаций СЭС.

9. Научное обоснование оценки экономической эффективности деятельности организаций науки, в том числе по критерию предотвращенного риска для жизни и здоровья граждан.

III. Реализация современной кадровой политики в научных центрах СЭС.

Модернизация кадровой политики в научных центрах СЭС обусловлена необходимостью повышения престижа профессии научного работника, оптимизации соотношения непосредственных участников научного процесса к числу вспомогательного и хозяйственного персонала, совершенствования подготовки кадров высшей квалификации, усиления притока молодых ученых и специалистов и разработки

эффективных механизмов их закрепления и карьерного роста, организации непрерывного послевузовского образования ученых и специалистов.

Основными задачами данного направления являются:

1. Разработка мероприятий по совершенствованию кадровой политики; обеспечение своевременного повышения квалификации научных сотрудников и специалистов; осуществление подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре, докторантуре.

2. Взаимодействие с медико-профилактическими факультетами и профильными кафедрами медицинских ВУЗов, направленное на решение кадровых вопросов.

3. Проведение целенаправленной работы с молодыми учеными и специалистами.

4. Осуществление научного взаимодействия организаций науки с организациями Академии наук, а также с зарубежными научными организациями.

5. Развитие и поддержка научных школ в системе организаций науки, обеспечение преемственности научных исследований и накопленных баз знаний.

6. Обеспечение взаимосвязи уровня подготовки научных кадров высшей квалификации по номенклатуре и объему с потребностями реализации приоритетных направлений развития науки, технологий и техники, важнейших инновационных проектов государственного значения.

7. Поддержка деятельности Советов (Обществ) молодых ученых и специалистов в организациях науки СЭС.

IV. Развитие международной научной деятельности.

Приоритетами международного научного сотрудничества научных организаций являются следующие направления: укрепление на двусторонней и многосторонней основе международных научных связей в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в том числе в рамках работы межгосударственных форумов и организаций (СНГ, ЕврАзЭС, ШОС и др.); научное обеспечение работы по гармонизации

нормативно-правовых актов с зарубежными научными центрами, международными организациями и нормами (ВОЗ, ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ, МПА, КЕС и др.); наращивание международного потенциала действующих на базе организаций науки СЭС сотрудничающих центров ВОЗ и референс-лабораторий, включая получение международной аккредитации референс-центров, созданных в научных центрах СЭС; участие казахстанских ученых в международных конгрессах, конференциях, симпозиумах и других мероприятиях; стажировка научных сотрудников в зарубежных научных центрах и обеспечение стажировки зарубежных специалистов в организациях науки СЭС.

Результатом международной научной деятельности организаций науки СЭС должно стать развитие научно-технического обмена с зарубежными странами; продвижение на международном уровне казахстанской науки и технологий в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (исследований, разработок, экспертизы, обучающих программ); научно-обоснованное участие Республики Казахстан в работе руководящих и управляющих органов международных организаций, а также в деятельности межгосударственных форумов и организаций.

Основными задачами данного направления являются:

1. Развитие и систематизация взаимодействия с ВОЗ и другими международными организациями и объединениями.

2. Установление партнерств и осуществление совместных планов работ с зарубежными научными центрами.

3. Обеспечение подготовки высококвалифицированных научных кадров путем стажировок на рабочем месте в ведущих мировых научных центрах.

4. Повышение эффективности (отдачи) участия в международных конференциях, симпозиумах, совещаниях.

5. Развитие потенциала по обучению зарубежных специалистов на базе организаций науки и создание

международных центров повышения квалификации кадров в рамках сотрудничества СНГ, ШОС, ЕврАзЭС и др.

6. Совершенствование анализа современных международных научных практик в целях адаптации их применения в Республике Казахстан.

Таким образом, реализация вышеизложенных направлений позволит:

- оценить и повысить эффективность деятельности научно-исследовательских организаций, направленную на научно-методическое обеспечение органов и организаций СЭС;
- определить порядок планирования и координации научных исследований, оптимизировать соотношение фундаментальных и прикладных научных работ;
- совершенствовать взаимодействие организаций науки с органами и

организациями СЭС, сконцентрировать усилия научных коллективов на достижение практических результатов, необходимых для организаций СЭС, обобщить положительный опыт внедрения результатов исследований в практику санитарно-эпидемиологического надзора;

- обеспечить необходимый информационный обмен между научными и практическими организациями СЭС;
- активизировать подготовку научных кадров высшей квалификации и поддержку молодых ученых и специалистов;
- разработать механизмы рационального использования научного оборудования и бюджетных средств в организациях науки СЭС;
- развивать международные научные связи СЭС на основе многосторонних и двухсторонних соглашений.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІҢ ЖҰМЫСТАРЫН ҒЫЛЫМИ ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІ ЖЕТІЛДІРУДІҢ ӘДІСТЕМЕЛІК ТӘСІЛІ

Б.С.Байсеркин

Тәуелсіздік жылдарында медицина ғылымының оң тенденциясымен қатар біздің еліміздің барлық ғылымына тән бір қатар шешілмеген мәселелері бар: олар материалдық-техникалық база, жеткіліксіз қаржыландыру, ғылым жетістіктерінің төмендеуі, инновациялық белсенділіктің төмендеуі және т.б. Соған байланысты, санитарлық-эпидемиологиялық қызметке қатысты медициналық ұйымдардың қызметін ғылыми қамтамасыз ету үшін әдістемелік тәсілдерге өзгерістер енгізу қажет.

СЭҚ саласында медициналық ғылымды жетілдіруде жаңа әдістемелік тәсілді өңдеу ғылымды тәжірибемен жақындастырады, ғылыми зерттеулердің тиімділігін арттырады, ал кадрлық саясатты модернизациялау ғылыми қызметкер мамандығының беделін арттырады.

METHODICAL APPROACHES TO PERFECTION OF SCIENTIFIC MAINTENANCE OF SANITARY-AND-EPIDEMIOLOGIC SERVICE ACTIVITY IN REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Bayserkin B.S.

Along with positive tendencies of development of a medical science for years of independence, there is a variety of the problems inherent to all science of our country: it is the weak material base, insufficient financing, decrease in prestige of a science, low innovative activity, etc. In this connection change of methodical approaches for scientific maintenance of activity of the medical organizations is necessary, that the full concerns and sanitary-and-epidemiologic service.

Working out of new methodical approaches to perfection of a medical science in the field of Sanitary Epidemiological Service will allow to approach a science to practice, to raise an efficiency of scientific research, and personnel modernization selection will raise prestige of scientific worker.

Бекенова Ж.О.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И ПРЕПАРАТОВ БАД С ЭХИНАЦЕЕЙ В МЕДИЦИНЕ

Международный Казахско-Турецкий университет имени Х.А.Яссауи

В настоящее время отмечается широкое распространение вторичных иммунодефицитов, связанных с урбанизацией, химизацией, повышенной стрессовой нагрузкой, приводящих к срывам в функционировании иммунной системы. Такие состояния нуждаются в иммунокоррекции. Но, иногда, это трудно осуществимо из-за высокой ценовой стоимости препаратов и их возможных побочных эффектов. В этой связи актуальной проблемой является целенаправленный поиск лекарственных растений, обладающих иммуномодулирующим действием. Таким образом, использование лекарственных растений, обладающих иммуностропным действием, потенциально может быть использовано в практике иммунореабилитации у лиц с вторичными иммунодефицитными состояниями, в том числе в качестве терапии сопровождения химиотерапии инфекций, при онкологических и аутоиммунных заболеваниях.

Эхинацея одно из наиболее применяемых растений, используемых в лечебных целях Североамериканскими индейцами. Впервые была введена в медицину доктором Х.К.Фомом, который, начиная с 1871 использовал её для приготовления "очистителя крови", который применял в комплексной терапии различных заболеваний. К 1920-году эхинацея была одним из наиболее популярных препаратов. Эхинацея была представлена в Европе в 1930-ых, экстенсивно исследовалась в 1950-ых, в настоящее время интенсивно применяется в медицине [1].

Родина Эхинацеи - Северная Америка. Она относится к семейству астровых (Asteraceae) и включает девять разновидностей. Одна из них, *Echinacea purpurea*, (Рудбекия пурпурная), широко используется в медицине и интенсивно

изучается. Менее популярными разновидностями считаются *E. pallida* (рудбекия бледно-пурпурная), и *E. angustifolia* (рудбекия узколистная) [2].

Химический анализ растений рода *Echinacea* определил в их составе 7 групп биологически активных веществ, которые включают полисахариды, флавоноиды, производные кофейной кислоты, эссенциальные липиды, алкиламины и другие классы соединений [1,2].

Эхинацея оказывает лечебное действие при различных болезненных состояниях за счет повышения естественных защитных сил организма. В результате фармакологических исследований показано стимулирующее действие эхинацеи на иммунную систему. Это действие проявляется не только у взрослых, но и у детей с неустановившейся иммунной системой, а также у лиц преклонного возраста, у которых функции этой системы в связи с общим старением организма понижены [3].

Эхинацея используется при заболеваниях, связанных с ослаблением функционального состояния иммунной системы, вызванных хроническими воспалительными заболеваниями, воздействием ионизирующей радиации, ультрафиолетовых лучей, химиотерапевтических препаратов, длительной терапией антибиотиками [3,4].

Эхинацея используется также с профилактической целью при первых признаках простуды, при длительном приеме антибиотиков, оздоровлении лиц, перенесших воздействие радиации или проживающих в зонах, неблагоприятных по радиационному уровню [4].

Изучение иммуномодулирующих свойств эхинацеи при её приёме позволило установить повышение в крови общего количества лейкоцитов за счет увеличения гранулоцитов (на 34-89%). Этот эффект обусловлен

стимулирующим действием эхинацеи на функцию костномозгового кроветворения. Одновременно наблюдается повышение фагоцитарной активности как лейкоцитов, так и ретикулоэндотелиальных клеток печени.

Эти данные послужили основанием к использованию препаратов эхинацеи при заболеваниях, связанных, в первую очередь, с ослаблением функционального состояния иммунной системы, вызванных различными этиологическими факторами: хроническими воспалительными заболеваниями, воздействием ионизирующей радиации ультрафиолетовых лучей, химиотерапевтических препаратов, длительной терапии антибиотиками [4].

Эхинацея может стать полезным вспомогательным средством в лечении рака. С помощью эхинацеи можно корректировать уровень лейкоцитов при облучении или химиотерапии [5].

В настоящее время в ряде стран выпускают настойки эхинацеи пурпурной. Рекомендуемая доза: 10-30 капель утром и днем в течение 3-8 недель. Существуют также таблетированные препараты из эхинацеи [6].

При рекомендуемых, а также более

высоких дозах, не отмечалось острой или хронической токсичности. Тесты *in vitro* и *in vivo* не обнаружили мутагенной активности [7,8].

Биологически активная добавка к пище эхинацея рекомендуется к применению: при заболеваниях, связанных с ослаблением функционального состояния иммунной системы, вызванных хроническими воспалительными заболеваниями, воздействием ионизирующей радиации, ультрафиолетовых лучей, химиотерапевтических препаратов, длительной терапией антибиотиками [9].

Применение эхинацеи противопоказано при прогрессирующих системных болезнях, в том числе: туберкулезе, лейкозах, коллагенозах, рассеянном склерозе и известной гиперчувствительности к препарату [10].

Анализ литературы показал, что эхинацея пурпурная - перспективный источник биологически активных соединений и перспективное растительное сырье для дальнейшего изучения фармакологической активности при различных патологических состояниях организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Chevallier A. *The Encyclopedia of Medicinal Plants*. London, England: DK Publishing, 1996: P. 222-223.
2. Челова Лариса Владимировна. Фармакогностическое изучение эхинацеи пурпурной, культивируемой в условиях Ставропольского края, и разработка на ее основе новых лекарственных средств : Диссертация ... кандидата фармацевтических наук. Пятигорск, 2004. - 146 с.
3. Кузык В.В., Зюзук: Б.М., Рыбак О.В. Иммуно-корректирующие и противовоспалительные свойства биологически активных веществ растений рода *Echinacea Moench*" Львовский государственный медицинский университет, 1998. - 56 с.
4. Корзунова, Алевтина Николаевна Эхинацея - ваша панацея незаменимое растение в борьбе с вирусами М.: Эксмо, 2006. - 93 с.
5. Minker, Margaret *Echinacea M'nchen: Dt. Taschenbuch Verl.*, 1998- 68с.
6. Зиборова Е.Ю. Эхинацея: двойная польза М.: Эксмо - 2002-26 с.
7. Озерова В. М. Эхинацея в лечении вирусных и кожных заболеваний.- СПб.: Весь, 2005 - 88 с.
8. Sloley B.D., Urichuk L.J., Tywin C., Coutts R.T., Pang P.K., Shan J.J. Comparison of chemical components and antioxidants capacity of different *Echinacea species* // *J. Pharm. Pharmacol.* - 2001. - 53(6). - P. 849-857.
9. Schulten B., Bulitta M., Ballering-Bruhl B., Koster U., Schafer M. Efficacy of *Echinacea purpurea* in patients with a common cold. A placebo-controlled, randomised, double-blind clinical trial // *Arzneimittelforschung.* - 2001. - 51(7). - P. 563-568.

10. Lindenmuth G.F., Lindenmuth E.B. The efficacy of echinacea compound herbal tea preparation on the severity and duration of upper respiratory and flu symptoms: a randomized, double-blind placebo-controlled study // *J. Altern. Complement. Med.* - 2000. - 6(4). - P. 327-334.

МЕДИЦИНАДА ЭХИНИЦЕЯНЫ ЕМДЕУ НЕГІЗІНДЕ ӨСІМДІК ПРЕПАРАТТАРЫ МЕН ББК ҚОЛДАНУ

Бекенова З.О.

Эхиницеямен ББК препараттары иммунды жүйені қалыпқа келтіреді. Әдебиеттерге шолу барысында пурпурлы эхиницеяны емдеу негізінде, сонымен қатар адам организмінің түрлі патологиялық процестері кезінде биологиялық белсенді қоспалар мен өсімдік текті өнімдердің фармакологиялық белсенділігін зерттеу қолға алынып отыр.

APPLICATION OF MEDICAL PRODUCTS AND PREPARATIONS BUD WITH ECHINACI IN MEDICINE

Bekenova Z.O.

Preparation of Biologically active additives with echinaci stabilises immune system of adults and children. The analysis of the literature has shown, that ehinaceja purple - a perspective source of biologically active connections and perspective vegetative raw material for the further studying pharmacological activity at various pathological conditions of an organism.



Абакиров К.А.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА

Национальный центр онкологии МЗ КР

Эпидемиология. Одной из наиболее часто встречающихся локализаций злокачественных опухолей является рак пищевода, составляющий около 90% всех заболеваний пищевода [3,11,19].

Среди всех злокачественных новообразований рак пищевода в Кыргызстане занимает 5-6 место по заболеваемости, а в структуре смертности - прочно занимает 4 место (2,8 на 100000 населения) после рака желудка, легкого и рака молочной железы. Общая заболеваемость в мире за 2002 год составила 6,81 на 100000 населения [2,3].

Сохраняется стабильно высокая доля больных с местно-распространенным

процессом, когда вовлекаются в процесс регионарные лимфатические узлы, соседние органы, что отчасти и обуславливает неудовлетворительные отдаленные результаты. По данным литературы, в 80% случаев диагностируются 3 и 4 стадии заболевания; частота выявления раннего рака составляет всего 3-4% от числа впервые заболевших [8].

Роль хирургии в лечении рака пищевода.

Многообразие подходов в лечении и значительная степень риска хирургических вмешательств у больных раком пищевода определяют повышенный интерес к этому сложнейшему разделу клинической медицины. Главной стратегической целью

хирургов-онкологов является увеличение выживаемости и улучшение качества жизни пациентов.

На настоящем этапе развития онкологии рассчитывать на достижение высоких результатов возможно лишь с применением комбинированного лечения с неoadъювантной либо адъювантной химиолучевой терапией.

Лечение рака пищевода остается одной из самых трудных задач современной клинической онкологии. Хирургический метод - основной в лечении больных раком грудного отдела пищевода, возможности которого еще далеко не исчерпаны.

При этом основным методом выбора хирургического лечения, получившие наиболее распространение в клинической онкологии является операции Льюиса и Герлока. Частота радикальных резекций пищевода при выполнении трансторакальной эзофагэктомии составляет 60-90%, послеоперационная летальность - 1,5-23%, а 5-летняя выживаемость - 10-25%. При I стадии заболевания 5 лет живут более 50% пациентов, а при поражении лимфоузлов средостения не более 10-25% [1,4,7].

Разработка и внедрение функциональных и надежных анастомозов, расширенной лимфодиссекции обусловили повышение радикализма хирургического вмешательства и снизило риск так называемых "хирургических" осложнений и послеоперационной летальности. Появились возможности существенно расширить показания к оперативному лечению рака пищевода и оперировать больных с серьезными сопутствующими заболеваниями и низкими функциональными резервами организма. При этом послеоперационная летальность снизилась до 2-9% [14,15,21].

Неудовлетворенность двухэтапными операциями, когда лечебный этап (резекция пищевода) и восстановительный (эзофагопластика) были разделены во времени (операция Добромыслова-Торека), привела хирургов к необходимости совершенствовать свой метод и разрабатывать одномоментную резекцию и пластику пищевода. Этот вариант, бесспорно,

более предпочтителен с точки зрения функциональности, косметического эффекта и качества жизни пациентов [3,5,39].

Хирургическое лечение рака пищевода складывается из двух основных компонентов: резекционного и восстановительного. Разработано в эксперименте и применено в клинике множество различных вариантов пластики - желудком, тонкой и толстой кишкой. Наиболее часто используемым и соответствующим высоким требованиям безопасности и качества жизни был признан желудочный трансплантат.

Также оптимальной следует признать колоэзофагопластику [1, 14, 15, 28]. Вывод о том, что трансдиафрагмальная колоэзофагопластика не сопровождается увеличением частоты послеоперационных осложнений и летальности и должна применяться у молодых пациентов с хорошим прогнозом, или в тех случаях, когда адекватность кровоснабжения желудка под сомнением, сделан в работах и других авторов [9,21,23,29]. Доказано, что внутривисцеральная локализация пищевода является значимым фактором хороших функциональных результатов [25,31].

Развитие анестезиологии и торакальной реаниматологии обеспечили дальнейшую эволюцию хирургического метода. Стали возможными резекции пищевода с местнораспространенными и осложненными формами рака, однако 5-летняя выживаемость, по данным многих авторов, не превышает 4-25% [4,5]. Часто это связано с распространенностью опухолевого процесса у большинства пациентов к моменту лечения - III-IV стадия у 65-75% больных [3,27].

Объем оперативного вмешательства.

Рак пищевода характеризуется высоким потенциалом раннего лимфогенного метастазирования. По данным литературы, уже при прорастании подслизистого слоя (T1) частота метастатического поражения лимфатических узлов составляет 40%, при поражении опухолью адвентиции - до 90% [17, 20, 24, 26]. По данным исследований Stilidi L., Davydov M., (2003) [27], из 147 больных,

подвергшихся расширенным хирургическим вмешательствам, у 122 (83%) выявлены метастазы в лимфатические узлы. Даже при прорастании подслизистого слоя (pT1) частота лимфогенного метастазирования составила 81,3%. При T4 этот показатель достигает 88,9%. При любой локализации опухоли лимфогенные метастазы могут обнаруживаться в различных зонах в средостении, в забрюшинных и шейно-надключичных лимфоколлекторах.

Вышесказанное делает целесообразным внедрение в клиническую практику приемов лимфодиссекции - моноблочного удаления пораженного опухолью органокомплекса с лимфатическими узлами, лимфатическими сосудами и клетчаткой. В настоящее время стандартом в хирургическом лечении рака пищевода следует считать расширенные 2-зональные (2F) операции (согласно классификации Ide H. и соавт., 1998), когда в средостении выполняется лимфодиссекция до верхней апертуры, а в брюшной полости - диссекция D2 как при раке проксимального отдела желудка.

Идеология хирургии рака пищевода на современном этапе - моноблочная расширенная лимфодиссекция по принципиальным соображениям, с учетом путей регионарного лимфогенного метастазирования.

Как показал опыт, правосторонняя торакотомия позволяет:

- безопасно "на глаз" резецировать пищевод,
- надежно формировать пищеводное соустье,
- создает оптимальные условия для расширенной лимфодиссекции.

Таким образом, левосторонний доступ не может обеспечить выполнение радикальной резекции пищевода по поводу рака. Основным видом хирургического вмешательства при раке пищевода является расширенная субтотальная резекция, одномоментная пластика пищевода широким желудочным стеблем комбинированным лапаротомным и правосторонним торакотомным доступом (операция типа Льюиса).

Выживаемость и прогноз.

Общая 5-летняя выживаемость у больных

раком грудного отдела пищевода, оперированных с профилактической лимфодиссекцией, достигает 30-43% [7,13,36]. В литературе встречаются сообщения о 10-летней выживаемости после радикальной операции по поводу плоскоклеточного рака грудного отдела пищевода - 19,3% (Stein H.J., Siewert J.R., 1998).

Исследования, проведенные в Японии, Европе, России, показывают, что хирургическое излечение возможно в случаях поверхностных опухолей пищевода в стадии T1 [8,10,28,32]. В частности, 5-летний уровень выживаемости при раке, который не выходит за пределы слизистой оболочки, составляет около 100%, более низкие цифры наблюдаются, если опухоль распространяется на подслизистую оболочку (40-70%). В целом радикальные операции характеризуются 10-20%-ной пятилетней выживаемостью [34, 37,].

Исследователями даются данные выживаемости 147 пациентов, подвергшихся расширенным хирургическим вмешательствам [4,7], где самым значимым фактором, влияющим на выживаемость, было наличие пораженных лимфатических узлов. Так, 3- и 5-летняя выживаемость при N1 стадиях составила 47,4% (ДИ95 35,9-58,9%) и 12,9% (ДИ95 0-31,8%), а при N0 - 68,6% (ДИ95 46,5-90,7%) и 54,8% (ДИ95 25-84,6%) соответственно ($p < 0,05$).

Трехзональная лимфодиссекция применяется японскими хирургами с ранних 80-х годов. Обоснованием внедрению в клиническую практику подобных операций послужил тот факт, что почти у 40% больных плоскоклеточным раком пищевода после радикальных операций в дальнейшем выявляются метастазы в шейные лимфатические узлы [18,26]. Многие авторы сообщили об улучшении 5-летней выживаемости при сравнении с результатами 2-зональных операций [19].

Долгое время в Европе и Северной Америке к 3-зональным операциям относились сдержанно, обосновывая это высокой частотой пареза голосовых связок (до 70% в некоторых сообщениях), а также принимая во внимание высокий удельный вес

аденокарциномы пищевода в этих странах. Тем не менее, недавно появились сообщения о применении таких операций и в западных клиниках [6,20]. Общая 5-летняя выживаемость после 3-зональных операций

составила 65% при плоскоклеточном раке и 46% при аденокарциноме ($p > 0,05$). При этом 25% больных, имеющих метастазы в шейные лимфатические узлы, пережили 5-летний срок наблюдения [6,40].

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев А.И. Операция Льюиса в системе лечения рака пищевода. автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. код спец. 14.00.27. 14.00.14. Воробьев А. И.- 2007.
2. Ганул В.П., Рак пищевода. Руководство для онкологов и хирургов. В.Л. Ганул, С.И. Киркилевский- 2003.
3. Давыдов М.И., Стилиди И. С. Рак пищевода. Москва, 2007г.
4. Стилиди И.С.; Тер-Ованесов М.Д. Результаты и перспективы хирургического лечения больных раком грудного отдела пищевода. -Москва 2003, С.70-75.
5. Мустафин Д.Г. Сравнительная оценка различных вариантов желудочной эзофагопластики при раке пищевода. Мустафин Д.Г., Злыгостев П.Н. Малиновский Е.Г. - Краснодар, 2004.-с. 35-36.
6. Андросов ПИ. Искусственный пищевод из толстой кишки // Вестн. хир. - 1959. - Т 82, № 2 - С. 9-17.
7. Беневский АИ, Сапрыкин СП. Рак верхнегрудного отдела пищевода // Рос. мед. журн. - 1999. - № 3. - С. 21-24.
8. Березов Ю.Е. Рак пищевода.: Медицина, 1979. С. 191.
9. Бойко А.А., Черниченко А.В., Дарьялова С.Л. и др. Брахитерапия в паллиативном лечении онкологических больных // Паллиат. мед. и реабилит. - 2003. - № 2. - С. 91-92.
10. Гребенев А.Л. Рак пищевода. Руководство по гастроэнтерологии. М., "Медицина", 1995, С.240-265.
11. Грунд К.Е. Циндель К, Фарин Г. Применение метода аргоноплазменной коагуляции (АРС) в "гибкой" эндоскопии // Немецкий еженедельный медицинский журнал. - 1997. - № 122. - С. 432-438.
12. Грунд К.Е., Циндель К., Фарин Г. Практические указания по применению метода аргоноплазменной коагуляции (АРС) в "гибкой" эндоскопии // Эндоскопия сегодня. -1996. - № 4. - С. 338-343.
13. Давыдов М.И. Внутривлепуральный пищеводно-желудочный анастомоз при резекции пищевода по поводу рака // III Всерос. съезд онкол.: Тезисы докладов. - Ростов н/Д, 1986. - С. 417-418.
14. Давыдов М.И., Стwиуди И.С., Бохан ВЮ, Степанов АА. Внутривлепуральная толстокишечная пластика в хирургии рака пищевода // Приоритетные направления противораковой борьбы в России. - Екатеринбург, 2001. - С. 221-223.
15. Давыдов М.И., Ан Ф.Г., Кухаренко В.М., Матвиенко Ю.В. и соавт. Эволюция хирургической тактики при резектабельном раке н/трети пищевода. Труды I съезда онкологов Республики Узбекистан с международным участием. 28-30 ноября 1994, Ташкент, 1994, С. 19-20.
16. Двойрин В.В., Аксель Е.М., Трапезников НН. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ - М., 1996.
17. Двойрин В.В., Аксель ЕМ., Герасименко В.Н. Состояние онкологической помощи населению России и некоторых стран СНГ в 1993 г. М., "Медицина", 1994.
18. Дулганов К.П., Перимов А.П., Дулганов В.К. Результаты лечения рака пищевода // Тезисы докл. Рос. науч. конф. "Комбинированная и комплексная терапия злокачественных новообразований органов дыхания и пищеварительного тракта". - М., 1996. - С. 50-51.
19. Дулганов К.П. Вестник хирургии, 1990, № 2,
20. Зубарев Д.Я., Синченко Г.И., Кобак М.Э. Хирургическое лечение рака пищевода и кардии // Современная многопрофильная клиническая больница: проблемы и перспективы. - СПб., 1995. - С. 44-46.
21. Колосов А.Е., Захарьян А.Д. Рецидивы злокачественных опухолей и прогноз для больных. - Киров, 1995, С. 448.

22. Кувшинов Ю.Л., Поддубный Б.К., Ефимов О.Н. и др. Эндоскопическая хирургия опухолевых и послеоперационных стенозов у больных раком пищевода и желудка // *Соврем. онкол.* - 2000. - Т. 2, № 3. - С. 72-78.
23. Луцевич Э.В., Праздников Э.П., Мешков Е.М. и др. Сравнительная оценка эндоскопических методов реканализации опухолевых стриктур пищевода // 5-й Моск. междунар. конгр. по эндоскоп, хир. / Сб. тезисов. - М., 2001. - С. 109-110.
24. Майстренко Н.А., Андреев А.Л. Эндопротезирование пищевода // *Terra med.* - 2000. - № 1. - С. 37-39.
25. Мамонтов А.С., Бойко А.В., Трофименко Ю.Г., Верещагин В.Г. Анализ результатов комбинированного лечения рака пищевода с послеоперационной лучевой терапией. Актуальные вопросы онкологии. Материалы международного симпозиума, Санкт-Петербург, 14-17 мая 1996, С. 206.
26. Мамонтов А.С., Верещагин В.Г. Результаты хирургического лечения рака грудного отдела пищевода // *Хирургия.* - 1986. - № 7. - С. 93-98.
27. Мамонтов А.С., Соколов В.В., Верещагин В. Лечебная тактика при нерезектабельном раке пищевода с дисфагией II-IV степени: обходное шунтирование, гастростомия или эндопротезирование? // *Паллиат. мед. и реабилит.* - 2003. - № 2. - С. 88-89.
28. Пирогов А.И., Рындин В.Д., Давыдов М.П. и др. Современные аспекты лечения рака пищевода // *Вопр. онкол.* - 1989. - Т. 35, № 2. - С. 131-141.
29. Симонов Н.Н., Гуляев А.В., Чарпгоржинский В.Д. и соавт. Одномоментные резекции пищевода при кардиоэзофагеальных злокачественных опухолях желудка и рака пищевода. Тез. докл. Всерос. конф.: Опухоли висцеральных локализаций - ранняя диагностика, профилактика и лечение, Томск, 1995, С. 258-259.
30. Соколов В.В., Мамонтов А.С., Чиссов В.Я. и др. Эндоскопические методы лечения рака пищевода: 14-летний клинический опыт МНИОИ им. П.А. Герцена // 6-й Моск. междунар. конгр. по эндоскоп, хир. / Сб. тезисов. - М., 2002. - С. 355-356.
31. Соколов В.Т., Филоненко В., Карпова Е.С. и др. Эндоскопическая хирургия, ФДТ и эндопротезирование стенозирующего рака пищевода у инкурабельных больных // *Паллиат. мед. и реабилит.* - 2003. - № 2. - С. 91.
32. Сторек Д., Грунд К.Е., Шютц А. и др. Аргоноплазменная коагуляция в "гибкой" эндоскопии - замена лазеру? // *Эндоскопия сегодня.* - 1994. - № 2. - С. 163-170.
33. Странадо Ф., Мешков В.М., Толстых М.Л. Эндоскопическая лазерная реканализация при раке пищевода // *Рос. онкол. журн.* - 2000. - № 6. - С. 39-42.
34. Тюляндин С.А. Рациональная тактика лечения операбельного рака пищевода. // Материалы X Российской Онкологической конференции. Москва. 23-24 ноября 2006. - С. 85-87.
35. Чиссов В.И., Старинский В.В., Борисов В.И. *Клин. медицина*, 1992, № 5-6, С. 9-12.
36. Agha Z., Whitehouse W. Carcinoma of the esophagus: its varied radiological features // *Mt. Sinai J. Med.* - 1984. - Vol. 51. - p. 430-440.
37. Alfonco P.G., Mendez S.G., Criado P.L et al. 21st Congr. of the European Soc. Med. Oncol, November 1-5, 1996, Vienna. *Ann. Oncol.*, 1996, V.1, Suppl.6, P.52.
38. Kent M., Altorki N., Ferrara C., Port. Three-field lymph node dissection for squamous cell and adenocarcinoma of the esophagus // *Ann. Surg.* - 2002. - Vol. 236, № 2. - P. 177-183.
39. Skinner D., Altorki N.K. Occult cervical nodal metastasis in esophageal cancer: preliminary results of three-field lymph node dissection // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* - 1997. - Vol. 113(3). - P. 538-544.
40. Ruol A., Ancona E., Santi S. et al. *Acta chir. Ital.*, 1995, V.51, No. 4, P.308-309.

**ӨНЕШ ОНЫРЫМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ
ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУДІҢ ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙЫ**

Абакиров К.А.

Асқазан обырына асқину, ерте метастаздану және өлім-жітімділік тән. Асқазанның обырын емдеу қазіргі клиникалық онкологияның қиын мәселелерінің бірі. Өнештің кеуде бөлігінің обыры (кылтамақ) бар науқастарды емдеуде негізінен хирургиялық әдіс қолданылады. Клиникалық онкологияда кең тараған

хирургиялық әдіс ол, Льюис пен Гекфлоктың операциялары.

MODERN CONDITION OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH A CANCER OF A GULLET

For a gullet cancer high neglect, early metastasis and high death rate is characteristic. Treatment of a cancer of a gullet remains to one of the most difficult problems of modern clinical oncology. A surgical method - the basic in treatment sick a cancer of chest department of a gullet a method of a choice of the surgical treatment, extended most in clinical oncology are Lewis's operations and Gerloka.



*Сарсенова С.В., Кемелова Б.К., Печера З.В., Малаева Н.Т.,
Даутбаева Л.Б.*

СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

АО "Медицинский университет Астана"

Хронический гломерулонефрит (ХГН)- это сборная группа заболеваний, каждое из которых имеет свои особенности происхождения, течения, клинко-морфологические проявления и прогноз. ХГН - заболевание, характеризующееся неуклонным прогрессирующим, начавшись, процесс постепенно приводит к склерозированию почечной ткани. Случаи выздоровления казуистически редки. Исходом ХГН является уремия [1,2,3]. Одной из причин необратимого прогрессирования ХГН и поддержания активности нефрита являются нарушения в системе гемостаза, тесно связанные с иммунными изменениями [4,5]. Одним из проявлений иммунной реакции является образование тромбов внутри клубочковых капилляров, выпадение фибрина в полости капсулы Шумлянско-Боумана, внутри эндотелиальных клеток и вдоль базальной мембраны, приводящее в последующем к прогрессирующей облитерации клубочков. Фибриновые тромбы в клубочках и артериолах, способны уменьшать

клубочковую фильтрацию и приводить к почечной недостаточности [2,3,6,7]. Одной из тяжелых форм хронического гломерулонефрита является нефротический вариант. Избыточная экскреция белков плазмы с мочой, называемая в клинической практике протеинурией - это один из достоверных маркеров повреждения почечной ткани. Плазменные белки, прошедшие через гломерулярную мембрану приобретают способность оказывать нефротоксическое действие: активно участвовать в повреждении ткани почки, усиливать воспаление и в ряде случаев индуцировать почечный фиброгенез [2,7]. Нефротический синдром, помимо выраженной протеинурии, нарушений в белково-липидном спектре сыворотки крови и отеков, характеризуется своеобразными изменениями гуморальных протеолитических систем гемостаза. Установлено, что у больных с нефротической формой ХГН имеются признаки повышения свертываемости крови [8]. При ХГН, нефротическом варианте с сохранной

функцией почек отмечено повышение толерантности плазмы к гепарину, высокое содержание фибриногена и фибринстабилизирующего фактора, указывающие на повышение свертывающей активности. Отмечено более резкое увеличение фибриногена у больных с ХГН. Так при нефротической форме ХГН содержание фибриногена и продуктов расщепления фибриногена (ПРФ) равняется в среднем $14,8 \pm 2,0$ г/л ($p < 0,001$) и $3,6 \pm 0,2$ мкг/мл ($p < 0,001$). Данные изменения гемостаза указывают на процесс активации свертывающей системы крови с развитием ДВС-синдрома [7,8]. О повышенном тромбообразовании по результатам тромбоэластографии можно судить по укорочению времени свертывания крови (К) - по мере нарастания ХПН отмечается тенденция к увеличению коагуляционных свойств крови.

Фибринолитическая система при нефротическом синдроме страдает существенно уже в ранние сроки. Ее изменения начинают выявляться уже при изолированном мочевом синдроме и резко усиливаются по мере формирования и утяжеления нефротического синдрома - происходит снижение фибринолитической активности крови и уровня свободного гепарина крови. Главные изменения наблюдаются в снижении содержания плазминогена, активатора плазминогена, ослаблении фибринолитической активности общей и эуглобулиновой фракции, увеличении активности антиплазминов [9]. У больных ХГН с нефротическим синдромом снижены как показатели естественного, так и спонтанного фибринолиза. Ослабление фибринолитической активности плазмы может быть в результате увеличения количества циркулирующих ингибиторов активации плазмينا, в частности α_1 и α_2 -макроглобулина и снижении уровня активаторов фибринолиза, немаловажное значение в этом процессе играют нарушения метаболизма жиров и белков. При активно протекающих формах ХГН (нефротической, смешанной) - наблюдается достоверное снижение антитромбинового потенциала, обусловленное истощением антитромбина

III, вследствие чего резко возрастает степень тромботического риска. Ряд авторов считает, что снижение активности антитромбина III в крови при НС в результате связывания его ферментами свертывающей системы крови, прежде всего тромбином. Поэтому в диагностике внутрисосудистой коагуляции антитромбин III должен рассматриваться лишь в совокупности с другими показателями свертывающей системы крови. Распознавание хронического процесса внутрисосудистой коагуляции при НС затруднено вследствие высокого уровня прокоагулянтов крови и депрессии фибринолиза, поэтому требует динамического исследования этих показателей. При ХГН с НС выявлено снижение урокиназной активности мочи, повышенное выделение с мочой продуктов деградации фибрин-фибриногена (ПДФ), плазминогена, снижение активности неферментного фибринолиза за счет ингибирования его комплексных соединений. При столь резких изменениях отдельных показателей коагулограммы, общая свертываемость крови была либо нормальной либо несколько повышенной [8,9].

Со стороны тромбоцитарного гемостаза у больных нефротической формой ХГН обнаружена статистически достоверная разница цитохимических показателей ферментов тромбоцитов крови по сравнению со здоровыми, причем изменение ферментного профиля тромбоцитов зависит от выраженности активности воспалительного процесса и степени тяжести. В то же время известно, что при диффузных заболеваниях почек, наряду с тромбоэмболическими, наблюдаются геморрагические осложнения [10], так по данным проведенного исследования из 600 человек с ХГН нефротического типа при обострении у 12 пациентов развился ДВС-синдром - с распространенной кровоточивостью (III стадия ДВС-синдрома).

При анализе показателей гемостаза в зависимости от морфологической формы ГН выявлены следующие особенности. У больных с мембранозным гломерулонефритом (МБГН) все показатели гемостаза находились на верхней границе нормы. При

мезангиопролиферативном гломерулонефрите (МзПГН) нарушения гемостаза проявлялись более выраженным удлинением ПВ, повышением РФМК при нормальном АЧТВ. Прогностически неблагоприятное нарушение показателей гемостаза, вплоть до ДВС - синдрома, обнаружено у больных с мезангиокапиллярным гломерулонефритом (МзКГН), что проявлялось значительным удлинением АЧТВ, ПВ, повышением РФМК и фибриногена при нормальных цифрах ПО, МНО, тромбинового времени [5].

Выявлено, что у пациентов с хроническим гломерулонефритом, осложненным хронической почечной недостаточностью достоверно выше уровень фактора Виллебранда ($p < 0,01$), укорочено АЧТВ. Кроме того, достоверно выше протромбиновое отношение и тромбиновое время ($p < 0,01$) [4]. Снижается деформирующая способность и возрастает агрегация эритроцитов. Торможение внутреннего пути активации ХПа-зависимого лизиса свидетельствует о возрастании фибринолитической активности плазмы. У

больных ХПН достоверно выше как спонтанная, так и индуцированная АДФ агрегация тромбоцитов ($p < 0,02$). Помимо гиперкоагуляции, имеет место достоверно более высокий уровень фибриногена. Имеющие место у больных с хронической почечной недостаточностью гиперфибриногенемия и гиперкоагуляция становятся фактором риска возникновения синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания. При хроническом гломерулонефрите с ХПН высокий уровень растворимых фибрин-мономерных комплексов [4]. Таким образом, в клинической практике необходим строго дифференцированный подход к оценке гемокоагуляционных и фибринолитических процессов для проведения адекватной антикоагулянтной и антиагрегатной терапии. Воздействуя на факторы прогрессирования ХГН на современном развитии нефрологии и медицины в целом в значительной степени можно управлять течением болезни, отдаляя тем самым развитие терминальной почечной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тареева И.Е., Мухин Н.А. Механизмы прогрессирования гломерулонефрита // *Нефрология*. - М.: Медицина, 1995. - С.20-28.
2. Тареева Е.М. Клиническая нефрология: Руководство для врачей. - М.: Медицина. - 2008. - 688 с.
3. Беркинбаев С.Ф. Хроническая почечная недостаточность при различных поражениях почек// *Материалы международной научно-практической конференции "Почечная недостаточность. Современные методы лечения у взрослых и детей"*. - Алматы, 2000. - С.63.
4. Ивлиев С.В., Татаренко Н.Е., Гринштейн Ю.И., Кульга И.В. Особенности поражения системы гемостаза при гломерулонефрите и хронической почечной недостаточности// *Нефрология и диализ*. - 2005 г., №3.- С.25.
5. Туганбекова С.К., Исакова А.К., Нарманова О.Ж. Дислипидемия и нарушения гемостаза как факторы прогрессирования хронического гломерулонефрита у больных, проживающих в условиях Казахстана// *Нефрология и диализ*. - 2005 г., №3.- С.37.
6. Краснова Т.Н., Швецов М.Ю., Иванова Л.В. Современные возможности лечения гломерулонефритов (по материалам 37-го конгресса Европейской почечной ассоциации) // *Тер. архив*.-2001.-№6.-С.76-78.
7. Мухин Н.А., Полянцева Л.Р., Козловская Л.В., Козловская Н.Л., Чарыев Б.М. Клиническое значение исследований гемостаза в нефрологии// *Тер. архив*.-1988.-т.60, №6.-С.7-13.
8. Ярошевский А.Я., Жаворонкова Е.К. Почка и свертываемость крови.-Ленинград.-1972 г.-175с.
9. Сократов Н.В. Состояние ферментативного и неферментативного фибринолиза при различных заболеваниях почек//*Тер. архив*.-1983.-т.55.-№6.-С.55-58.
10. Козловская Н.Л. ДВС-синдром при заболеваниях почек// *РМЖ*.-1997.-№23.- т.5.

**СОЗЫЛМАЛЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ
КЕЗІНДЕ ГЕМОСТАЗ ЖАҒДАЙЫ**

*Сарсенова С.В., Кемелова Б.К., Печера З.В., Малаева Н.Т.,
Даутбаева Л.Б.*

Созылмалы гломерулонефриттің үдеуінің бір себебі қан тоқтату жүйесінің бұзылуы. Клиникалық тәжірибеде антикоагулянттық және антиагрегаттық теңбе-тең емдеуді жүргізу барысында, гемокоагуляциялық және фибринолитикті үдеулерді бағалауда мұқият болу қажет.

**THE CHARACTERISTIC OF HEMOSTASIS AT PATIENTS WITH
GLOMERULONEPHRITIS.**

*Sarsenova S.V., Kemelova B.K., Pechera Z.B., Malaeva N.T.,
Daytbaeva L.B.*

Early revealing of the disturbances in coagulate hemostasis at patients with glomerulonephritis lets to duly prevention of thrombosis complication that gives high economic efficiency in a consequence of the decreasing invalidity rate.



Байжанов А.Б.

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ**

С XIII в. и до наших дней умы врачей, целителей, ученых, исследователей, простых обывателей продолжает волновать проблема, казалось бы, простого, не сопряженного с риском для жизни заболевания - болезни Пейрони. В 1267г. Theodorick написал главу, посвященную твердым "туберкулемам" полового члена, которые в отличие от "черных бородавок" не "отпадали" и вызывали "трудности в растяжении полового члена". Fallopius в 1561г описал симптомы болезни Пейрони; в начале 17 века симптомы болезни Пейрони также были изложены датскими исследователями. Однако наиболее полно данное заболевание впервые описано и популяризовано хирургом короля Людовика XV - Франсуа Жиго де ля Пейрони в 1743г., в трактате "о некоторых препятствиях к естественной эякуляции" он сообщил о 3 больных, у которых наблюдалось фиброзное утолщение полового

члена, а также боль и искривление его при эрекции. С момента описания данного заболевания было предложено более 50 различных теорий этиопатогенеза, более 100 различных способов лечения, но на сегодняшний день проблема так и остается нерешенной и с уверенностью болезни Пейрони можно присвоить эпитет самой загадочной болезни. Заболевание имеет ряд названий, так, в советской литературе, оно встречается под названием пластическое затвердевание полового члена или фибропластическая индурция полового члена, американцы называют болезнью Van Buren, французы - болезнью Пейрони, - на страницах литературы большее распространение получил данный термин.

Болезнь Пейрони (БП) или фибропластическая индурция полового члена, раньше считалась редким заболеванием. Сведения о распространенности болезни Пейрони по

данным литературы неоднозначны. В обзоре Polkey (1928) собрано 550 сообщений о болезни Пейрони, Soiland (1944) - 648 наблюдений, А. Я. Пытеля и Е. Б. Мазо (1963) - более 1140 случаев, Williams и Thomas (1968) более 1500 больных, Frank и Scott (1971) - более 2000 наблюдений. С 1963г. по 1977г. в литературе опубликовано более 4200 случаев. По мнению Н. J. Heite и Н. Siebrecht случаи заболевания заметно участились после второй мировой войны, что, по их мнению, связано с гормональной дисфункцией, копулятивной дисфункцией, ухудшением общего состояния, недостатком питания, психическими травмами.

Диагностика болезни Пейрони

Установление диагноза болезни Пейрони затруднений не представляет и основывается на характерных жалобах, данных анамнеза и результатах пальпации полового члена. Однако, определение самого по себе факта наличия заболевания недостаточно, необходимо получить максимально полное представление о распространенности патологического процесса. Методы диагностики должны способствовать определению показаний к консервативному или оперативному методу лечения, кроме того, предпринимаемые методы диагностики в процессе лечения должны оценивать эффективность проводимой терапии. Пальпаторно бляшки определяются относительно легко, но выяснить их истинные размеры посредством пальпации, как правило, невозможно. Исследователи находят тому несколько объяснений: подвижность кожи полового члена затрудняет пальпацию, бляшки могут располагаться на глубине, возможное наличие нескольких патологических участков. В результате - размеры бляшек, определенные посредством пальпации не соответствуют размерам бляшек удаленных во время операции.

При обследовании пациентов с болезнью Пейрони в течение нескольких десятилетий применяется ряд дополнительных инструментальных методов диагностики. Одним из первых методов примененных для диагностики данного заболевания является рентгенография полового члена. Впервые

Lowsley, Воусе получили рентгенологическое изображение кальцификатов полового члена у пациентов с болезнью Пейрони. Ранее существовало мнение, что информативность рентгенографии выше при использовании мягкого длинноволнового излучения, - при использовании аппарата маммограф. Однако позже выяснено, что возможности рентгенографии полового члена в диагностике болезни Пейрони весьма ограничены. Рентгенография полового члена в мягких лучах, выполняемая с помощью маммографа, информативна для выявления кальцинированных и оссифицированных патологических участков, однако некальцифицированную и неоссифицированную бляшку эта методика выявить неспособна. Даже в случае визуализации кальцификатов по рентгенограмме затруднительно определить размеры и локализацию пораженного участка. Это обусловлено тем, что депонирование солей кальция происходит очагово и их изображение не создает представления о степени поражения, так как фиброзная бляшка является рентгеногегативной (П.А.Щеплев, 1984). Учитывая недостаточную диагностическую ценность мягкотканой рентгенографии, впервые в 1962 г. при болезни Пейрони была применена кавернозография - рентгеноконтрастная визуализация эректильной ткани.

Относительно применения кавернозографии при диагностике болезни Пейрони в литературе встречаются прямо противоположные мнения. Первые сообщения об информативности кавернозографии были весьма обнадеживающими. Считалось, что посредством этого метода можно точно определить локализацию и размеры патологического участка, а также проводить контроль эффективности консервативного лечения. Однако уже в 1974 году на большом клиническом материале (42 наблюдения) было показано, что посредством этого метода можно выявить только интрасептальное поражение. При применении данного метода диагностики возникали следующие осложнения: экстравазаты, болезненные эрекции, приапизм, в последующем приведший к

импотенции.

В 1979 году Fipa и соавт. и Nohar и соавт. независимо друг от друга применили метод ультразвукового сканирования полового члена при болезни Пейрони. При этом сразу были оценены достоинства ультразвукового исследования: простота, безопасность, быстрота выполнения, возможность многократного применения. Ультразвуковой метод диагностики болезни Пейрони получил широкое распространение, и до сегодняшнего дня активно используется. Данный метод исследования в большинстве случаев позволяет объективно оценить размеры, локализацию, количество бляшек на любой стадии заболевания, дает возможность проводить морфологическую оценку бляшки, функциональную оценку анатомии, выявлять утолщение белочной оболочки кавернозных тел полового члена, фиброз кавернозного тела дистальнее бляшки. По результатам различных авторов эхографический уровень установления бляшки составляет 39 -72%.

К недостаткам ультразвукового метода исследования можно отнести невозможность получить изображение бляшек при локализации последних в позадилонной части полового члена, малоинформативность в оценке активности воспалительного перипроцесса; а данный критерий, как известно, имеет решающее значение в выборе тактики и метода лечения.

Применение метода доплерографии на фоне медикаментозной эрекции при болезни Пейрони не представляет диагностической ценности, поскольку не дает дополнительной информации влияющей на выбор тактики и метода лечения. Сообщения об обнадеживающих результатах применения компьютерной томографии в диагностике болезни Пейрони опубликованы Rollandi G.A. et all, Musante F. et all. В советском союзе инициатива использования компьютерной томографии при данном заболевании принадлежит Лопаткину Н.А. и Щеплеву П.А. По сведениям Andresen R. et. al. компьютерная томография позволяет получить высококачественное изображение кальцифицированных бляшек белочной оболочки, тогда как некальцифицированные бляшки четко не визуализируются.

Следующим параметром, подлежащим измерению, является состояние эректильной функции у пациентов с болезнью Пейрони. Большинство исследователей данный критерий признан самым важным для пациента. Многие пациенты субъективно оценивают качество эрекции до и после лечения в сравнительном аспекте. Для максимальной объективизации диагностики данного параметра целесообразно применять анкетный опрос международного индекса эректильной функции II EF.

В диагностике болезни Пейрони кроме оценки размера, локализации, структуры и количества бляшек важное значение имеет определение угла искривления полового члена - как одного из симптомов заболевания. Как известно, именно эректильная деформация является основной причиной сексуальной несостоятельности больных, что заставляет пациентов обратиться за медицинской помощью. Значение данного параметра трудно переоценить, - документально зафиксированная оценка искривления полового члена, в процессе наблюдения и лечения дает возможность отслеживать динамику развития патологического процесса, отражая эффективность проводимой терапии, и в случае отрицательной динамики позволяет своевременно корректировать лечебные мероприятия. Измерение угла эректильной деформации выполняется разными методами. Правильное соблюдение методики измерения, максимально возможная физиологичность процедуры зачастую имеют решающее значение в достоверности полученных результатов, помогают избежать неточности и субъективной интерпретации. По мнению некоторых авторов, распространенная ошибка в оценке эректильной деформации, заключается в измерении угла на фоне изменчивой ригидности полового члена. На страницах печати опубликованы сведения о применении угломера, транспортира для измерения искривления полового члена во время эрекции.

В этой связи, мы считаем основной задачей, позволяющей избежать расхождения результатов, - это создание максимально

комфортных, физиологичных условий для проводимой процедуры измерения угла. Создание аппарата, измеряющего угол искривления полового члена одновременно в двух плоскостях, при этом мобильного, простого понятного в эксплуатации для любого пациента, позволяющего применения в домашних, комфортных условиях, во время физиологичной эрекции, и в то же время достоверного, точного - по нашему мнению является ключом к решению данной задачи. Точное измерение угла эректильной деформации позволит применить данный показатель как объективный критерий в оценке развития динамики заболевания, эффективности проводимой терапии.

Лечение болезни Пейрони

С момента описания данного заболевания предложено более 100 различных способов лечения и их количество постоянно увеличивается. Такое множество вариантов лечения объясняется тем, что точная этиология и патогенез заболевания до конца не изучены. Немало из предложенных способов, применявшихся как для локальной, так и для пероральной терапии, на сегодняшний день имеют лишь историческое значение: камфора, ртуть, мышьяк, сера, йод, минеральная вода, сульфат меди, прокарбазин, калия бромид.

Все методы разделяются на консервативное лечение, проводимое на ранних сроках заболевания и оперативное лечение, выполняемое в период стабилизации патологического процесса.

Консервативная терапия направлена на уменьшение воспалительного и ограничение фибропластического процессов. Среди методов консервативного лечения различают: пероральную терапию, локальную терапию, физиотерапию, дистанционную ударно-волновую и комбинированную терапию.

Результаты консервативного лечения, по данным литературы, оставляют желать лучшего, что толкает исследователей к поиску альтернативных методов лечения. Согласно доступным изучению литературным источникам, Butz M. в 1995 применил установку минилитотриптора Minilith SL -1 для ударно-волновой терапии

пациентов с болезнью Пейрони, результаты лечения оценены как хорошие. В последующем опубликовано несколько научных работ, где авторы использовали аппараты дистанционной литотрипсии в качестве метода терапевтического воздействия на фиброзные бляшки полового члена при болезни Пейрони. Анализируя приведенные результаты лечения необходимо отметить различную эффективность ударно-волновой терапии по данным разных авторов. Наблюдается противоречивость мнений относительно побочных эффектов метода, влияния ударно-волновой терапии на размер бляшки, угол искривления, болевой синдром, эректильную составляющую. Отсутствуют сведения о количестве необходимых курсов ударно-волновой терапии в различных клинических ситуациях.

Оперативное лечение болезни Пейрони берет свое начало с конца XIX - начала XX века, когда появились первые сообщения о хирургическом лечении. В 1910г. Horwitz успешно резецировал участок индукции ткани. Однако неудовлетворительные результаты, частые рецидивы патологического процесса дискредитировали хирургический метод лечения. В настоящее время, все основные способы хирургического лечения болезни Пейрони, условно можно разделить на 3 группы.

Операции I группы.

В 1965 году Несбит описал метод хирургической коррекции искривления пениса. На фоне артифициальной эрекции на стороне противоположной искривлению, в месте максимального изгиба эллиптическим разрезом, направленным перпендикулярно к оси полового члена, в ширину до 1 см и в длину на половину окружности пениса иссекается белочная оболочка. Дефект белочной оболочки ушивается поперечно медленно рассасывающимися швами. Данная методика сначала применялась у пациентов с врожденным искривлением полового члена. При болезни Пейрони эта операция впервые была выполнена в 1977г., о чем спустя 2 года сообщается в публикации Pryor J. Выпрямление полового члена при болезни Пейрони указанным способом выполняется на протяжении более

30 лет и имеет большую популярность. Эффективность операции Несбита при болезни Пейрони составляет 79-94%. Преимущество данной операции - это несложность выполнения. Среди недостатков необходимо отметить уменьшение длины полового члена, что может служить причиной прекращения половых отношений. После выполнения операции Несбита укорочение полового члена на 2 см и более отметили 4,7 % из 359 пациентов по сообщению Ralph D. и на 1,5 см заметили 14% больных по данным Savocsa G. После операции возможен ранний рецидив эректильной деформации в сроках до 3 месяцев, что связано с прорезыванием или рассасыванием швов, поздний рецидив деформации возможен спустя 9 -15 месяцев по причине прогрессирования заболевания. Позднее в середине 80-х годов прошлого столетия были предложены ряд модификаций операции Несбита, относящиеся к пликационным методикам. Согласно модификации, которую предложили А.Ф. Даренков и Jonas белочная оболочка не удаляется, а инвагинируется и создается ее дубликатура, без вскрытия кавернозных тел. Данная модификация предполагает применение нерасасывающегося шовного материала. Среди осложнений встречается образование гранулем, которые формируются на концах нерасасывающихся нитей. Для избегания подобных осложнений Mufty G с соавт. предложили максимальное обрезание концов нитей и укрытие их фасцией Бука. Модификация Jonas - Щеплева, применяемая в странах постсоветского пространства, заключается в накладывании на белочную оболочку отдельных проленовых швов в форме эллипса с целью коррекции деформации.

Операции II группы.

Впервые успешные операции графтинга выполнены Lowsley O.S., техника указанных операций заключалась в иссечении фиброзной бляшки с последующим замещением дефекта белочной оболочки жировой тканью из передней брюшной стенки.

Оригинальный способ хирургического лечения болезни Пейрони предложен Devine и Horton в 1974 году. Фиброзная бляшка

иссекалась, а дефект белочной оболочки закрывался аутодермой. Трансплантат обычно брался с кожи на один поперечный палец выше передней верхней подвздошной ости. Острым путем эпидермис удалялся от остальной кожи, после чего дерма иссекалась как свободный трансплантат. Далее к краям дефекта белочной оболочки полового члена подшивался трансплантат. По данным Wild и соавт. эффективность данной методики операции достигалась в 84%. Однако, в сообщении Melman и Holland указывались противоположные данные: у всех пациентов, оперированных с применением аутодермы, несмотря на удовлетворительный косметический результат, отмечалась эректильная дисфункция. Кроме того, по данным других авторов в послеоперационном периоде у пациентов возникал рецидив эректильной деформации, который у 17% пациентов стал причиной повторной операции. Неудовлетворительные результаты использования кожного лоскута также отметили Puyog и Fitzpatrick. По их данным эректильная дисфункция в послеоперационном периоде наблюдалась в 12% случаях. Позднее при операциях графтинга в качестве пластического материала разными авторами использовались различные материалы: ауто трансплантаты (вена, фасции, влагалищная оболочка яичка), аллотрансплантаты (трупный перикард, твердая мозговая оболочка), гетеротрансплантаты - синтетические материалы (дакрон, дексон, гортекс, силастик). В результате подобных операций происходит выпрямление полового члена за счет удлинения белочной оболочки на стороне поражения. По данным П.А.Щеплева метод оперативного лечения с замещением дефекта в белочной оболочке влагалищной оболочкой яичка не оправдан, по причине частого рецидивирования заболевания в послеоперационном периоде

Операции III группы.

Протезирование полового члена как метод оперативного лечения показан при сочетании болезни Пейрони и эректильной дисфункции, не поддающейся терапии ингибиторами фосфодиастеразы. Как правило, имплантации

пенильных протезов бывает достаточной для выпрямления полового члена. Имплантация фаллопротезов сопровождается моделированием полового члена на нем - это позволяет выпрямить половой член без рассечения бляшки. Однако при значительных углах эректильной деформации протезирование полового члена может не устранить искривления. В таких случаях дополнительно делают рассечение бляшки, а при больших дефектах белочной оболочки выполняют графтинг.

До недавнего времени применяли популярные полужесткие и гидравлические трехкомпонентные модели фаллопротезов. Среди преимуществ полужестких протезов указываются: надежность, доступность, несложная техника имплантации. Из недостатков отмечается постоянная эрекция полового члена, что не может не причинять неудобства пациентам. Трехкомпонентные гидравлические протезы отличаются наилучшими функциональными и эстетическими свойствами, но широкому использованию может препятствовать высокая их стоимость. По данным обзора, проведенного Kadioglu A, количество удовлетворительных результатов после операций фаллопротезирования достигает 79-100%.

Выводы:

Обзор мировой научной литературы, посвященный данной проблеме, показывает, что исследования по изучению распространенности болезни Пейрони проводились американскими и европейскими учеными, безусловно, эти работы не могут объективно отражать степень распространенности заболевания в Казахстане. Вместе с тем, при изучении отечественной литературы, мы не смогли найти работ, посвященных эпидемиологическому исследованию болезни Пейрони в Казахстане. Тем временем, по данным статистики на 2007г. по г. Алматы, такой первостепенный социально важный показатель, как продолжительность жизни, возрос с 67 до 69 лет, общая смертность населения снизилась на 10%, что отражает улучшение демографической ситуации в стране

(Новости здравоохранения №1 (13), от 15 января, 2008г.). Данная тенденция сопровождается увеличением численности мужчин с болезнью Пейрони среди пожилого мужского населения, значительно снижая качество их жизни; соответственно, необходимость изучения распространенности данного заболевания в нашей стране, несмотря на возможные сложности в связи с интимностью данной проблемы и нежеланием многих мужчин обсуждать эти вопросы, кажется нам очевидной.

Взгляды на этиологию и патогенез до сегодняшнего дня разные, однако, предложенные теории не противоречат, а скорее дополняют друг друга, определяя болезнь Пейрони как полиэтиологическое заболевание, при котором такие факторы как наследственность, травма, иммунитет, гормональный дисбаланс могут оказывать определенную роль. В патогенезе развития болезни принято полагать, что обызвествление фиброзной бляшки происходит за счет инфильтрации микроэлементом кальций. Однако, в литературе доступной изучению мы не встретили убедительных сведений о преобладающем содержании кальция в бляшках полового члена при болезни Пейрони. Тем временем изучение данного аспекта, по нашему мнению, может способствовать повышению эффективности терапевтического воздействия при лечении заболевания. Таким образом, ценность научных исследований, направленных на изучение этиологических факторов, понимание всей сложности патогенетических механизмов развития болезни Пейрони, трудно переоценить, однако истинные причины возникновения данного заболевания до настоящего времени не найдены и требуют дальнейшего изучения.

Угол эректильной деформации является определяющим при оценке показаний к хирургическому лечению и выборе способа оперативного лечения. Следовательно точное определение угла эректильной деформации является принципиально важным моментом, позволяющим принять правильную тактику лечения. Степень эректильной деформации до сих пор

измеряется "подручными" средствами и приспособлениями, которые отличаются отсутствием универсальности измерения при различных уровнях деформации, неудобством, субъективностью интерпретации.

Основной задачей, позволяющей избежать расхождения результатов при определении эректильной деформации, мы считаем создание максимально комфортных, физиологичных условий для проводимой процедуры измерения угла.

Анализирую приведенные результаты лечения необходимо отметить различную эффективность, локальной, ударно-волновой терапии по данным разных авторов. Наблюдается противоречивость мнений относительно побочных эффектов метода ударно-волновой терапии, влияния его на размер бляшки, угол искривления, болевой синдром. При этом остается не достаточно изученным действие ударно-волновой

терапии на эректильную составляющую пациентов. Недостаточно удовлетворительными выглядят результаты оперативного лечения. Отмечается высокий процент рецидивирования в послеоперационном периоде, поиск путей решения данной проблемы продолжается. Изучение факторов, способствующих рецидивированию болезни Пейрони в послеоперационном периоде может улучшить результаты оперативного лечения.

Анализ литературы посвященный оперативному лечению болезни Пейрони показывает, что подавляющее большинство способов хирургического лечения имеют большой процент осложнений, рецидивирования, обладают рядом недостатков, это диктует необходимость поиска и разработки альтернативных способов оперативного лечения.

ПЕЙРОНИ АУРУЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ МЕН ОНЫ ЕМДЕУ МӘСЕЛЕСІНІҢ ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ ЖАҒДАЙЫ

А.Б. Байжанов

Әртүрлі авторлардың әдебиет деректері бойынша соққы - толқынды терапияның тиімділігін көрсетті. Шұғыл емдеу нәтижелері айтарлықтай қанағаттанарлық емес. Пейрони ауруының операциядан кейін қайтадан оршуіне себеп болатын факторларды зерттеу шұғыл емдеу нәтижелерін жақсартуы мүмкін. Аталған мәселені шешу жолдарын табу әлі де жалғасуда.

MODERN CONDITION OF PROBLEMS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT PEIRONI DISEASE (LITERATURE REVUE)

Baizhanov A.B.

The analysis of literature data revealed various effectiveness of local and wave-striking therapy according to different authors. The results of operative treatment are not sufficiently satisfactory. Factors' study, which promote recurrence of disease in postoperated period, may improve results of operative treatment. The ways of solution of this problem is being searched.



Д.Ж. Максумова

ТЕХНОЛОГИЯ ФОКУСИРОВАННОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АБЛАЦИИ МИОМЫ МАТКИ ПОД КОНТРОЛЕМ МАГНИТНО- РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Кафедра акушерства и гинекологии №2
Казахский национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова

Возможности применения высокоинтенсивного фокусированного ультразвука под контролем МРТ (ФУЗ-МРТ) в терапевтических целях давно привлекали к себе внимание ученых и становились объектом широких клинических исследований. Способность высокоинтенсивного ультразвука вызывать биологические эффекты на тканях впервые была обнаружена и изучена на одноклеточных организмах, лягушках и рыбах Wood R. и Loomis A. в 1926 г. [12]. Lynn J. и др. [6] впервые в 1942 г. исследовали потенциальные применения ФУЗ в терапевтических целях экспериментально. Они смогли обработать участок ткани в глубине печени быка, не повредив окружающие ткани. Клинические испытания на людях начались в 1959 г. после того, как эксперименты на животных показали, что с помощью датчиков можно создавать некроз заданного участка ткани. В 1970 г. Ока М. сообщил об успешном применении ФУЗ для лечения рака щитовидной и молочной желез [7]. В 1980-х г. были получены перспективные результаты в ходе экспериментов по применению ФУЗ в офтальмологии: для лечения глаукомы и отслойки сетчатки [2,10,11]. Группа исследователей из Лиона (Франция, INSERM) исследовала действие ФУЗ на опухоли печени, проводились работы и по лечению заболеваний простаты. Результаты их работ были обнадеживающие - наблюдалось существенное уменьшение размера опухоли [8,9]. Тем не менее, этим методом не хватало точности, и не было возможности отслеживать изменения температуры во время процедуры. В 1993 г. Нупунен К. предложил новаторскую идею - проводить ФУЗ-операции в МР-томографе,

чтобы отслеживать разрушение ткани и нацеливать луч по ходу процедуры [4]. Первое исследование, проведенное с использованием системы (которая в итоге послужила прототипом системы ExAblate) ФУЗ-МРТ, по аблации опухоли на мышцах скелета у кролика было проведено в 1995 г. Cline H.E. [1]. Авторы пришли к выводу, что МРТ позволяет точно выбирать мишень, управлять термотерапией на разнообразных тканях, а также получать визуальные изображения изменения температуры во время процедуры. Компания InSightec, объединив свои усилия с Нупунен К. из гинекологической больницы Бригэма (г. Бостон), впервые применила ФУЗ-МРТ для целого ряда клинических приложений и постепенно улучшала характеристики этого метода. В 2001г. они опубликовали результаты своего исследования по применимости неинвазивной процедуры ФУЗ-МРТ для лечения доброкачественных фиброаденом молочной железы [3]. Всего у 9 пациенток было проведена обработка 11 фиброаденом под местным наркозом. В обработанных фиброаденомах наблюдалось полное или частичное отсутствие контрастирования на T1-взвешенных изображениях, сделанных после процедуры, что свидетельствовало об успешности процедуры. В октябре 2004 г. Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) одобрило применение ExAblate 2000 для удаления миом матки. Это решение базировалось на перспективном нерандомизированном клиническом исследовании 109 пациенток с симптомными миомами матки в нескольких клиниках различных стран мира. Через 6 мес. после процедуры 70,6% пациенток отметили

существенное клиническое улучшение. В ходе исследования результаты, полученные на ExAblate, сопоставлялись с данными пациенток, которым была проведена тотальная абдоминальная гистерэктомия. Ученые, принимавшие участие в клинических исследованиях, резюмировали свои взгляды на терапию ФУЗ-МРТ следующим образом: "Мы полагаем, что ФУЗ-МРТ является потенциально важным

новым неинвазивным и эффективным методом лечения миом матки, особенно для женщин, желающих избежать инвазивного и болезненного лечения. Мы также считаем, что ФУЗ-МРТ абляция миом матки может оказаться важной моделью для распространения этой неинвазивной, точной, контролируемой технологии разрушения ткани на другие поражения в различных органах и тканях"[3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Cline H.E., Hynynen K. et al. Focused US system for MR imaging-guided tumor ablation. *Radiology* 1995;194(3):731-737.
2. Coleman D., Lizzi F. et al. Treatment of experimental lens capsular tears with intense focused ultrasound. *Br J Ophthalmol* 1985;69:645-649.
3. Hindley J., Gedroyc W. et al. MRI guidance of focused ultrasound therapy of uterine fibroids: early results. *American Journal of Roentgenology* Volume 183, Issue 6, December 2004.
4. Hynynen K., Damianou C. et al. The feasibility of using MRI to monitor and guide noninvasive ultrasound surgery. *Ultrasound Med Biol* 1993;19(1):91-92.
5. Hynynen K., Pomeroy O. et al. MR imaging-guided focused ultrasound surgery of fibroadenomas in the breast: a feasibility study. *Radiology* 2001;219(1):176-185.
6. Lynn J., Zwemer R., Chick A., Miller A. A new method for the generation and use of focused ultrasound in experimental biology. *J Gen Physiol* 1942; 26:179-193.
7. Oka M. Progress in studies of the potential use of medical ultrasonics. *Wakayama Medical Report (Japan)* 1977;20:1-50.
8. Prat F., Centarti M. et al. Extracorporeal high-intensity focused ultrasound for VX2 liver tumors in the rabbit. *Hepatology* 1995;21(3):832-836.
9. Sibille A., Prat F. et al. Extracorporeal ablation of liver tissue by high-intensity focused ultrasound. *Oncology* 1993;50(5):375-379.
10. Rosecan L., Iwamoto T. et al. Therapeutic ultrasound in the treatment of retinal detachment: clinical observation and light and electron microscopy. *Retina* 1985;5:115-122.
11. Silverman R., Vogelsang B. et al. Therapeutic ultrasound for the treatment of glaucoma. *Am J Ophthalmol* 1991;111:327-337.
12. Wood R., Loomis A. The physical and biological effects of high frequency sound waves of greater intensity. *The London, Edinburgh, and Dublin Philosophical Magazine and Journal of Science* 1927;4: 417-436.

МАГНИТТИ-РЕЗОНАНСТЫ ТОМОГРАФИЯНЫҢ БАҚЫЛАУЫ МЕН ЖАТЫРДЫҢ МИОМАСЫН ЕМДЕЙТІН ФОКУСДЫБЫСТЫ АБЛАЦИЯ ӘДІСТЕРІ

Максұтова Д. Ж.

Бұл мақалада медицинада қолданылып жүрген фокусдыбысты әдістердің тарихы қаралады. Оған қоса бұл әдістің магнитті резонансты томография әдістерімен қоса қолданылуының және бұл әдістердің жатыр миомасын емдеуде зор болашағы бар екендігі зерттелген.

THE EVOLUTION OF THE TECHNOLOGY OF THE USE FOCUSED ULTRASOUND TO CONTROL MAGNETIC - RESONANCE TOMOGRAPHY IN MEDICINE

D.Zh.Maxutova

The paper examines the history of the use focused ultrasound in medical purposes and what new possibility opens with the appearance of technology with the combination of focused ultrasound and magnetic-resonance tomography.

Сапарова Л.Т.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ
У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ РЕСПИРАТОРНЫМИ АЛЛЕРГОЗАМИ**

АО "Медицинский университет Астана"

Проблема лечения атопии в разработке программы аллергических заболеваний остается одной из самых актуальных [1,2]. Новые направления в разработке эффективных фармакологических препаратов, несомненно, помогают решить эти вопросы. Но в значительной степени действие лекарственных средств носит симптоматический характер. Именно отсутствие стойкого эффекта после отмены препарата и делает их действие недостаточным. Поэтому специфическая иммунотерапия, как метод патогенетического воздействия сохраняет свою значимость в качестве одного из эффективных способов в лечении аллергических заболеваний [3,4, 5,6]. Эффективность метода иммунотерапии аллергических заболеваний у детей, по данным различных авторов, колеблется от 70 до 90% [5,6].

В работах зарубежных и отечественных исследователей сообщается, что проведение специфической иммунотерапии при атопической бронхиальной астме у детей способствует продолжительной клинической ремиссии заболевания [8,9].

При проведении СИТ необходимо учитывать длительность заболевания и возраст, так как детям до 5 лет алерговакцинация не назначается [11]. Однако, СИТ должна проводиться по возможности в наиболее ранние периоды формирования аллергического заболевания, когда еще не возникла повышенная чувствительность к широкому спектру аллергенов. Вместе с тем, нельзя не заметить, что такая позиция находится в явном противоречии с утверждениями, появившимися в международных согласительных документах по алергологии. Такая тактика приведет к формированию более тяжелых форм бронхиальной астмы и необходимости постоянного использования

фармакологических препаратов [3,4,5,6,8,9].

По некоторым данным зарубежных авторов СИТ необходимо проводить в течение 3-х лет, не прерывая даже в период цветения растений, а, только вдвое уменьшая поддерживающую дозу [10]. Для взрослых даже рекомендуется увеличить длительность до 5 лет [11]. Показано, что круглогодичное лечение более эффективно, чем предсезонное [3,4].

Эффективность специфической иммунотерапии различными причинно-значимыми аллергенами подтверждается как при парентеральном, так и при пероральном способах введения лечебного аллергена в организм [10,12].

В последние годы в зарубежной и отечественной литературе проводится сравнительная оценка эффективности парентерального и мукозального метода проведения алерговакцинации [13,14,15].

Так, Балаболкиным И.И. (1997) была проведена сравнительная оценка эффективности парентерального, эндоназального и перорального методов специфической иммунотерапии у детей с бронхиальной астмой. При этом установлено, что наиболее выраженный положительный эффект наблюдался именно при парентеральном введении аллергена [9].

Гервазиевой В.Б. с соавт. (1994) были получены клинические и иммунологические данные, свидетельствующие об эффективности применения клещевого аллергена при СИТ детей с респираторными аллергическими заболеваниями, обусловленными сенсibilизацией клещами домашней пыли. Эффективность СИТ клещевыми аллергенами авторами была показана, также у детей с бронхиальной астмой ранее пролеченных аллергеном домашней пыли с неудовлетворительными результатами [16].

Хутуева С.Х. с соавт. (2000) изучили отдаленные в катамнезе результаты

специфической иммунотерапии у детей с бронхиальной астмой. При этом выявлено, что приступы удушья прекратились в детском возрасте в 78,3% случаев. Продолжительность клинической ремиссии у 78,3% пациентов составила от 10 до 28 лет. Следовательно, результаты исследования указывают, что своевременно проведенная аллерген-специфическая иммунотерапия в детском возрасте позволяет предотвратить трансформацию детской астмы во взрослую [11].

Следует отметить, что в настоящее время большое внимание уделяется совершенствованию режимов, схем и способов введения лечебных аллергенов в организм [17,18,19,20,23].

Респираторные инфекции - это одна из наиболее распространенных причин ухудшения состояния пациентов с бронхиальной астмой и аллергической риносинусопатией [21]. И наиболее частой основой рецидивирующих инфекции являются первичные и вторичные нарушения иммунной системы [21]. При дисбалансе в системе иммунитета макроорганизма под действием бактерий может произойти угнетение иммунной системы, обусловленное как продуктами секреции бактерий, так и эндотоксинами, освобождаемыми в процессе бактериолиза. При этом иммуностимуляции, усиливающейся с ростом числа бактерий, противостоит обусловленная ими иммуносупрессия. В то же время даже новые антибактериальные и противовоспалительные средства не только не решают проблему, но и создают основу для хронизации, постоянного рецидивирования и повышенной сенсibilизации [22]. Поэтому некоторыми исследователями для повышения результативности специфической иммунотерапии разрабатываются схемы совместного применения различных иммуотропных средств [20,23]. Отмечена положительная роль иммуномодуляторов: полиоксидония, дицифона, ликопида в повышении осложненными вторичными иммунодефицитами.

Доказана эффективность СИТ в комбинации с миелонидом, рекомбинантным гамма-интерфероном, циклофероном, вобэнзимом [17, 18, 19, 20, 23].

Отдельные ученые изучали эффективность сочетанной терапии полиоксидония, препаратов интерферонового ряда и СИТ у детей с респираторным аллергозом. При анализе данных, отмечено, что эти иммуномодуляторы способствовали повышению исходного сниженного содержания Е-РОК-клеток, CD3+ лимфоцитов, IgA, IgG, снижению исходно повышенного содержания CD4+ лимфоцитов, без существенного изменения уровня IgE [17, 18, 19].

Г.И. Дрыновым и др. (2001) проведена специфическая иммунотерапия 64 больным бронхиальной астмой и аллергическим ринитом на фоне приема иммуностимулирующего препарата растительного происхождения - тонзилгон. При этом установлено, что у больных получавшей сочетанное лечение, то есть СИТ+тонзилгон эффект оказался несколько выше. Выявлена динамика ряда показателей иммунитета, существенно возросло абсолютное и относительное количество лимфоцитов, Т-лимфоцитов, Т-супрессоров, абсолютное количество Т-хелперов, а также возрос уровень IgG и IgE. Клиническая эффективность выражалась в уменьшении частоты ОРВИ, обострений хронического тонзиллита и в сокращении клинических проявлений астмы и аллергического ринита, непосредственно связанных с инфекциями верхних дыхательных путей [23].

На протяжении ряда лет в Институте иммунологии МЗ РФ выполняются работы по созданию лечебных препаратов на основе алергоидов пыльцевых аллергенов и иммуностимулятора полиоксидония. Эти препараты в настоящее время подготовлены для проведения клинических испытаний [24]. Механизмы действия данного метода лечения, применяющегося более 80 лет, до сих пор не ясны. Однако, учеными представлены некоторые аспекты патогенеза [24, 25, 26].

Так, Кау А.В. (2003) предположил, что при успешной СИТ происходит переключение Th2 клеточного иммунитета, продуцирующих ИЛ-4,5,6,10 на Th1 вырабатывающие INF-?, ИЛ-1 [24]. СИТ способствует повышению содержания клеток, продуцирующих ИЛ12, появление рецепторов для ИЛ12, способствует переключению Th2 ответа на

Th1 ответ, что приводит к формированию Т-лимфоцитарной толерантности. СИТ угнетает вызванную аллергеном пролиферацию Т-лимфоцитов и одновременно повышает число аллергенспецифических CD8+ Т-лимфоцитов [25,26, 27].

Известно, что у больных атопической бронхиальной астмой в период естественной аллергенной экспозиции возникает прирост содержания в крови IgE антител [27,28]. СИТ сопровождается торможением такого прироста IgE антител, а после повторных курсов СИТ наступает и некоторое уменьшение уровня IgE антител по сравнению с исходным. Однако прямой связи между степенью торможения продукции IgE антител и выраженностью клинического эффекта все же не существует [27,28,30].

Ранее существовала точка зрения о том, что основной механизм СИТ состоит в перестройке характера иммунного ответа на действие аллергена, состоящей в образовании так называемых "блокирующих" антител, принадлежащих к IgG и лишенных способности сенсibilизировать ткани, но и обладающих аллергенсвязывающей активностью, за счет чего они уменьшают вероятность взаимодействия аллергена с IgE антителами [31]. И все же не всегда значительное увеличение содержания аллергенспецифических IgG-антител совпадает с выраженным

клиническим улучшением состояния больных, то есть эти изменения остаются спорными[31].

В последнее время появились сведения о том, что и образование анти- IgE антител может быть вкладом в лечебное действие СИТ. Вероятно, что образование IgG-антител, анти- IgE антител и угнетение продукции анти- IgE антител опосредует механизм СИТ лишь частично и в комплексе как друг с другом, так и с иными процессами.

В настоящее время накоплены сведения, указывающие на то, что после СИТ в тканях уменьшается содержание тучных клеток, тормозится высвобождаемость медиаторов из клеток-мишеней аллергии [5,6,7].

Действие СИТ затрагивает также и лимфоидные клетки, в результате, происходит смещение их профиля от Th2- клеток в сторону Th1-клеток [32,33]. Следует отметить, что механизм действия бактериальных иммуномодуляторов системного действия на иммунном уровне аналогично, что и явилось основой при выборе групп иммуномодуляторов, для усиления действия СИТ, особенно среди больных бронхиальной астмой с частыми обострениями хронических очагов инфекции. Приведенные данные указывают на перспективность изучения и совершенствования метода аллергеновакцинации с целью повышения его лечебных возможностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. NHLBI/WHO Workshop Report: Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2002, 192с.
2. Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения, профилактика". Москва, 1997, 85с.
3. WHO Position Paper. Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases // *Allergy*, 1998, V.53, №2, P.1-42.
4. Ross R.N., Nelson H.S., Finegold I. Effectiveness of specific immunotherapy in the treatment of asthma: a meta-analysis of prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled studies // *Clin. Ther.*, 2000, V.22, №3, P.329-341.
5. Li J.T., Lockey R.F., Bernstein I.L., Portnoy J.M., Nicklas R.A. Allergen immunotherapy: a practice parameter // *An. Allergy Asthma Immunology*, 2003, V.90, №2, P.35.
6. Frew A.J. Immunotherapy of allergic disease // *J. Allergy Clin. Immunol.*, 2003, V.111, P.712-719.
7. Rolland J.M., Douglass J., O'Hehir R.E. Allergen immunotherapy: current and new therapeutic strategies // *Expert. Opin. Investig. Drugs.*, 2000, V.9, №4, P.515-527.
8. Cantani A. Specific immunotherapy in children: past and present // *Eur. Rev. Med. Pharmacol.Sci.*, 1999, V.3, №1, P.93-95.
9. Балаболкин И.И. Специфическая

- иммунотерапия детей с бронхиальной астмой // *Педиатрия*, 1997, №6, С.68-71.
10. Passalacqua G., Canonica G.W. Alternative routes for specific allergen immunotherapy // *Investig. Allergol. Clin. Immunol.*, 1996, V.6, №1, P.81-87.
11. Хутуева С.Х., Федосеева В.Н. Аллергенспецифическая иммунотерапия бронхиальной астмы. Москва, 2000, 252с.
12. Петрова Т.И., Гервазиева В.Б., Герасимова Г.А. Эффективность ускоренного метода специфической иммунотерапии детей с аллергическими заболеваниями // *Иммунология*, 1999, №5, С.39-41.
13. Балаболкин И.И., Кувшинова Е.Д., Ксензова Л.Д. и др. Эффективность сублингвальной аллергенспецифической иммунотерапии детей, страдающих поллинозами // *Аллергология и иммунология*, 2001, №1, С.171-174.
14. Балаболкин И.И., Юхтина Н.В., Бабаева С. и др. Эндоназальная специфическая иммунотерапия детей с бронхиальной астмой, обусловленной бактериальной сенсibilизацией // *Педиатрия*, 1994, №5, С.62-64.
15. Выхристенко Л.Р. Методы мукозальной специфической алерговакцинации // *Иммунопатология, алергология, инфектология*, 2001, №4, С.49-67.
16. Гервазиева В.Б., Петрова Т.И., Агафонов В.Е. Эффективность специфической иммунотерапии у детей с заболеваниями респираторного тракта, обусловленными клещевой сенсibilизацией // *Пульмонология*, 1994, №4, С.26-31.
17. Михеева Г.Н. Полиоксидоний при специфической иммунотерапии atopических заболеваний, осложненных вторичной иммунной недостаточностью // *Астма, алергия и клиническая иммунология*, 2000, №1, С.43.
18. Котова Г.Ю., Порошина Ю.А., Федосеева М.Н. и др. Специфическая иммунотерапия поллиноза алергоидом, конъюгированным с полиоксидонием // В сб. "Современные проблемы алергологии, клинической иммунологии и иммунофармакологии". Москва, 1997, С.604.
19. Медуница Е.Н., Латышева Т.В., Ярилин А.А. Алерген-специфическая иммунотерапия в комбинации с препаратами интерферонов нового ряда // *Immunorehabilitation*, 2000, №2, С.22.
20. Луткова Т.С., Петрова Т.И., Кожевникова С.Л., Андреева Н.П. Подготовка детей с алергическими заболеваниями к алергенспецифической иммунотерапии // Сб. тезисов научно-практической конференции "Фармакотерапия алергических болезней у детей", Москва, 2002, С.33.
21. Anderson G.P. The immunobiology of early asthma // *MJA*, 2002, V.177, №4, P.47-49.
22. Nowak D., von Mutius E. Bronchial asthma in children and adults: risk factors, diagnosis and standard treatment // *Dtsch. Med. Wochenschr.*, 2004, V.129, №10, P.509-516.
23. Дрынов Г.И., Иванюшина О.К., Дьякова Ф.Н. Профилактика и терапия респираторных инфекций при проведении курса специфической иммунотерапии // *Лечащий врач*, 2001, №3, С.45.
24. Kay A.B. Immunomodulation in asthma: mechanisms and possible pitfalls // *Curr Opin Pharmacol.*, 2003, V.3, №3, P.220-226.
25. Ndiaye M., Dhivert-Donnadien H., Demoly P. Specific immunotherapy for respiratory allergies. A modern treatment // *Press. Med.*, 2003, V.32, №3, P.1508-1516.
26. Crimi E., Voltolini S., Troise C. et al. Local immunotherapy with *Dermatophagoides* extract in asthma // *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1991, V.87, №5, P.721-728.
27. Van Nierkirk G.N., De Wet J.I. Efficacy of grass-maize pollen oral immunotherapy in patients with seasonal hay fever. A double-blind study // *Clin. Allergy*, 1987, V.17, №1, P.507-513.
29. Ильина Н.И., Михеева Г.Н., Червинская Т.А. Специфическая терапия в лечении бронхиальной астмы, осложненной сопутствующими заболеваниями // *International Journal on Immunorehabilitation*, 1997, №7, P.79-83.
30. Durham S.R., Kay A.B., Hamid Q. Changes in allergic inflammation associated with successful immunotherapy // *Int. Arch Allergy Immunol.*, 1985, V.107, P.282-284.
31. Караулов А.В. Клиническая иммунология и алергология. Москва, 2002, 651с.
32. Колосова Т.С. Клинико-лабораторная оценка эффективности иммунотерапии atopической бронхиальной астмы // *Здравоохранение Беларуссии*, 1989, №10, С.27-30.
33. Нугманова Д.С. Специфическая иммунотерапия бронхиальной астмы // *Пульмонология*, 1994, №4, С.77-81.

**РЕСПИРАТОРЛЫҚ АЛЛЕРГОЗДАРМЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДАҒЫ
СПЕЦИФИКАЛЫҚ ИММУНОТЕРАПИЯНЫҢ НӘТИЖЕЛІЛІГІ**

Л.Т.Сапарова

Спецификалық иммунотерапия респираторлық аллергоздармен ауыратын балаларды емдеудің нәтижелі тәсілі болып табылады және оның емдеу мүмкіндіктерін жоғарылату мақсатында аллерговакциналық әдісті болашақта жетілдіру талап етіледі.

THE EFFECTIVENESS OF SPECIFIC IMMUNOTHERAPY OF CHILDREN SUFFERING FROM RESPIRATORY ALLERGY

L. Saparova

Specific immunotherapy is the effective method of children treatment that suffers from respiratory allergy and requires further improvement of allergyvaccination method for improving of its treatment qualities.



Дайырова С.М., Ким Т.Т

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПИЩЕВЫХ
ВОЛОКОН**

Институт проблем питания Казахской академии питания, Астана

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Европе, около 1/2 смертности среди лиц до 65 лет вызвано болезнями, обусловленными неправильным питанием. Это связано с увеличением потребления рафинированных продуктов и снижением потребления населением растительных пищевых волокон. В то же время ВОЗ определила рекомендуемую дозу потребления пищевых волокон - не менее 30 г в сутки. Однако фактически ни в одной стране в мире население не потребляет такое количество пищевых волокон. Даже в Южной Европе, которую считают лидером по этому показателю, потребляется около 20 г в сутки. Для сравнения, средний уровень потребления пищевых волокон жителями Америки - в среднем 12,5 г.

В целом в рационе современного человека

содержится в три раза меньше пищевых волокон, чем в рационах начала XX века и требуют рекомендуемые медицинские нормы потребления [1].

Пищевая промышленность использует практически весь спектр природных пищевых волокон, постоянно увеличивая и расширяя ассортимент благодаря изучению новых свойств натуральных полисахаридов и появляющимся новым разработкам модифицированных продуктов (модифицированные целлюлозы, резистентные крахмалы и.п.). В производстве продуктов широко применяют препараты как натуральных пищевых волокон, так и полученные из натурального сырья путем различных химических модификаций [1].

А также в мире идет высокая тенденция по использованию пищевых добавок с пищевыми волокнами к пище по созданию и внедрению новейших традиционных и нетрадиционных (травы, древесина и древесная зелень) технологии в пищевой промышленности. В качестве источников пищевых волокон (ПВ) используется и вторичные продукты переработки зерна (отруби, цветочные пленки), винограда, фруктов, сахарной свеклы, овощей [2,3,4,5]. Авторы дают оценку о способности ПВ, выделенных из вторичных продуктов переработки винограда, сорбировать вредные экологические вещества из их водных растворов. Оказалось, что эти виды ПВ способны связывать 0,1-5,0 мг/г фенола, формальдегида, свинца, нитратов и другие виды ионы тяжелых металлов [6].

Энтеросорбенты растительного происхождения - пищевые волокна (ПВ), представляют собой большую группу нутриентов, источниками которых, служат растительные продукты (Рыженков В.Е. и соавт., 1991, Yun J.W., 1996). Доказана их способность усиливать внутрикишечный синтез витаминов, стимулировать рост нормальной флоры кишечника, уменьшать инвазию в энтероциты и проникновение бактерий через стенку кишечника, оказывать антиоксидантный и иммунокорректирующий эффект [7].

Благодаря своим ионообменным, адсорбционным свойствам ПВ адсорбирует значительное количество желчных кислот, а также метаболиты, токсины и электролиты, чем способствуют детоксикации организма [13,14].

В качестве природного энтеросорбента широко используется пищевой продукт "Бапол" разработанное Казахстанскими учеными (патент 3671), в состав которого входят специальная фракция обработанных по специальной технологии мелкодисперсных пшеничных отрубей (90%) и мучка (10%), обеспечивают хороший контакт со слизистой кишечника и ворсинками кишечника для профилактики нарушений функций кишечника, предупреждения развития желчно - каменной и почечнокаменной болезни, сердечно - сосудистых заболеваний,

атеросклероза, нарушений гормонального и витаминного обмена, нарушения половой функции, риске заболевания сахарным диабетом и ожирением [8,7,10,11].

Обладая высокой сорбционной и пребиотической активностью "Бапол" с успехом используется при лечении дисбактериоза, а также как природный энтеросорбент [12].

Под воздействием тех или иных неблагоприятных факторов (стресс, сопутствующие заболевания, массивное медикаментозное воздействие, экологические факторы и проч.) меняется инфраструктура микробиоты за счет уменьшения числа анаэробов и роста аэробов (в первую очередь условно-патогенных и патогенных), тем самым дает начало развитию дисбактериозу.

Понятно, что лечение должно базироваться на использовании таких веществ, с помощью которых можно целенаправленно воздействовать на те или иные бактерии микробного пула с тем, чтобы они сами продуцировали для организма метаболиты, витамины, антибиотики и регуляторы. К таким веществам относятся пребиотики.

Использование пребитиков, подтверждается эффективным способом коррекции микрoэкологических нарушений в кишечнике, что является дополнением в комплексной терапии дисбактериоза, а также нормализацией микробиоценоза кишечника детей, перенесших сальмонеллез, а именно: снижением численности высеваемости атипичных E.coli, условно-патогенных энтеробактерий, S.aureus, гемолитических вариантов E.faecalis E.coli, грибов рода Candida, восстановлением резидентной флоры [12].

Нарушения колонизационной резистентности служат снижение общего количества бесспорных анаэробных бактерий, как бифидо- и лактобактерии, а также увеличение уровня представителей транзитных микроорганизмов (стафилококков, протеев, клебсиелл, синегнойных палочек) [14].

Таким образом, пребиотики - полисахариды, не гидролизующиеся собственными пищеварительными

ферментами организма, являются пищевым субстратом анаэробной микрофлоры кишечника и его комбинирование с пробиотиками дает возможность повысить эффективность препаратов, способствовать

избирательному заселению кишечника представителями того вида, который наиболее физиологичен микробиоценозу конкретного индивидуума.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пищевые волокна: новый взгляд на традиционные добавки. // "Бизнес пищевых ингредиентов" №3, июнь 2008
2. Дудкин М. С., Щелкунов Л. Ф. Пищевые волокна и новые продукты питания // *Вопр. питания.* 1998.-№ 2.-С
3. Рыженков В.Е., Ремезова О.В., Беляков Н.А. Пищевые волокна и синтетические неспецифические энтеросорбенты: гиполлипидемическое и антиатеросклеротическое действие // *Вопр. питания.*-1991.-№ 5.-С. 11-18.
4. Дудкин М.С., Щелкунов Л.Ф. Об использовании термина "Пищевые волокна" и их классификация // *Вопр. питания.* - 1997. № 3. - С. 42-43..
5. Дудкин М.С., Щелкунов Л.Ф. // *Садоводство, виноградарство и виноделие в молдове.*- 1993. - № 7,8.с- 26-28.
6. Погожева А.В. Пищевые волокна в лечебном питании // *Вопр.питания.*- 1998, № 1.- с. 39-42.
7. Е.Д.Даленов, С.П.Лысенков, Ж.Б.Кашкинбаева, А.М.Калин, и соавт. // *Научные основы применения пищевого продукта "Бапол" для реабилитации больных. Валеология.*
8. Байканова Р.К. Биотехнологические и физико-химические свойства пищевого продукта "Бапол". Автореферат на соискание учен.степени канд.мед.наук. Астана 2007г, с 26.
9. Елеусизова Д.И., Сарбасова Ш.И., Даленов Е.Д. Экспериментальное обоснование использования пищевой добавки "Бапол" для нормализации кишечной микрофлоры // *Материалы I Междунар. конф. по проблемам формирования здорового образа жизни в рамках стратегии "Казахстан - 2030".* Астана, 1998.-С. 193.
10. Елеусизова Д.И. Опыт коррекции дисбактериоза новой пищевой добавкой "Бапол". Астана медициналық журналы. Астана 1999, №3. С. 80-83.
11. Цечоева Т.А. Влияние энтеросорбентов на динамику показателей реактивности организма при сальмонеллезе: Автореф. На соискание уч.степ. канд. мед. наук. Астана, 2004. С. 26.
12. И.В.Фадеева. Разработка комплексного пробиотического препарата на основе лактобактерий. // *Дисс. на соискание учен.степени кандидата биологических наук.* Пермь 2004г.
13. Ванштейн С.Г., Масик А.М. Пищевые волокна в профилактической и лечебной медицине.- М., 1985.
14. Дудкин М. С., Щелкунов Л. Ф. Пищевые волокна и новые продукты питания // *Вопр. питания.*1998.-№ 2.-С

ТАҒАМ ТАЛШЫҚТАРЫН ҚОЛДАНУДАҒЫ ҒЫЛЫМИ НЕГІЗДЕМЕ

Дайырова С.М., Ким Т.Т.

Өсімдік тағам талшықтарының дәстүрлі, дәстүрлі емес жана түрлері. Тағам талшықтарын пробиотиктермен қосып қолданудың ғылыми негіздемесі.

SCIENTIFICALLY SUBSTANTIATION APPLICATION FOOD FIBRES

Daiyrova S.M., Kim T.T.

New kinds of traditional and nonconventional vegetative food fibres. Scientifically substantiation application food fibres in a complex with probiotic.

Исинова Г. Н.

ФИЗИЧЕСКОЕ И ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ПОДРОСТКОВ В РЕГИОНЕ С ВЫСОКОЙ ТЕХНОГЕННОЙ НАГРУЗКОЙ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Казахский Национальный медицинский университет им.
С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

Физическое развитие детей и подростков отражает социальное благополучие и состояния здоровья населения, уровень которого тесно связан с экологическими и социально-гигиеническими условиями жизни [1]. Выявившаяся в последние годы тенденция свидетельствует о том, что все чаще определяются низкие значения роста у детей пубертатного возраста [2], что можно оценить как один из признаков децелерационного процесса и окончания процессов акселерации [3].

Есть мнение, что в последнее десятилетие прошлого века имелась тенденция к снижению темпов продольного роста, астенизации телосложения, изменение формы лица в сторону его удлинения [4], а также удлинению сроков полового созревания подрастающего поколения.

Результаты наблюдения ряда авторов особенностей физического развития детей и подростков на рубеже веков требуют повсеместного проведения в Казахстане социально-гигиенического мониторинга.

В данной работе изучение физического и полового развития подростков г. Павлодара предпринято нами именно с позиции влияния экотопогенов на рост и развитие подрастающего поколения. Для решения этой задачи в программу комплексного осмотра подростков в возрасте 16-20 лет мы включили изучение основных параметров их физического развития: роста, массы тела и объема грудной клетки. Осмотрено 1000 подростков г. Павлодара, в том числе юношей 508 (50,8%), девушек - 492 (49,2%).

Одновременно нами обследовано 500 подростков того же возраста, проживающих в микрорайоне "Орбита" г. Алматы.

возрастно-половой состав их соответствовал показателям основной группы. Выбор микрорайона "Орбита" основан результатами многоплановых исследований [5], позволивших на основе анализа суммарных коэффициентов качества окружающей среды в г. Алматы определить мкр-н "Орбиту" [Ксум = 9,17] как зону "х" - с минимальным коэффициентом загрязнения. По данным Дакеновой К.Т. (2002), при изучении морфофункциональных показателей физического развития школьников (8-17 лет), проживающих в зоне "х" г. Алматы, получены результаты, свидетельствующие о гармоничности их развития. Это дало нам основание зону "х" г. Алматы с низкими коэффициентами загрязнения окружающей среды определить как контрольный регион.

У подростков г. Павлодара во всех возрастных группах выявлена тенденция к снижению средних величин длины тела по сравнению со сверстниками г. Алматы. Разница средних величин в возрастных группах колебалась от 1,62 см до 5,62 см. В группе 16-летних подростков средняя длина

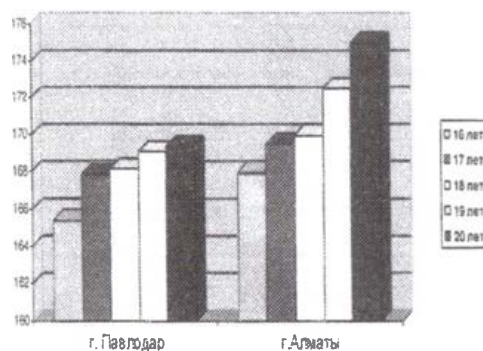


Рис.1 - Показатели длины тела подростков

тела жителей Павлодара была достоверно меньше на 2,56 см ($p < 0.05$). В возрастных группах 17-18 летних подростков среднее значение длины тела алматинцев также было выше, чем в основной группе, но разница оказалась недостоверной ($p > 0.05$).

При проведении исследований выявлен достоверно низкий годовой прирост длины тела у подростков Павлодара в сравнении с контролем в возрастных группах 19 и 20 лет. Так, у 19-летних павлодарцев годовой прирост длины тела составил лишь 0,95 см, в то время как в контрольной группе прирост составил 2,54 см. В результате чего разница средних величин роста была 3,42 см ($p < 0.05$). Более того, в возрастной группе 20-летних павлодарцев прирост вообще был ничтожен (0,22 см), в контрольной группе он составил 2,48 см. Вследствие чего разница сравниваемых средних величин составила 5,62 см в пользу алматинцев ($p < 0.05$). Между тем длина тела (или рост) - один из главных соматометрических показателей физического развития детей и подростков (рис. 1).

Анализ величин массы тела показал, что у подростков павлодарского контингента средние величины массы тела во всех изученных возрастных группах были выше аналогичных показателей контрольной группы подростков, но разница величин, колебавшаяся от +2,15 кг до +3,62 кг оказалась недостоверной (рис. 2).

Наш выбор пал на индекс Quetelet, где масса-ростовой индекс вычисляется по формуле: $\text{масса}/\text{рост}^2$ [6]. Результаты

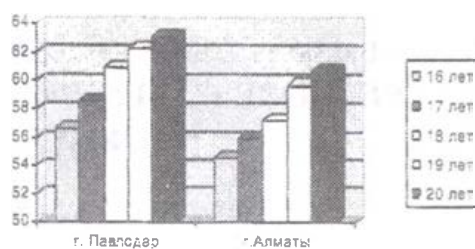


Рис. 2- Показатели массы тела подростков

представлены в табл. 1.

Критерии оценки величин масса-ростового индекса Quetelet по инструкции автора приведены ниже:

- индекс менее 18,5 - оценивается как недостаточное питание;
- индекс менее 18,6-24,9 - нормальный нутритивный статус;
- индекс менее 25,0-29,9 - избыточная масса тела;
- индекс менее 30,0 и более оценивается как ожирение.

Согласно критериям, приведенным выше, показатели масса-ростового индекса Quetelet у подростков обеих регионов соответствовали нормальному нутритивному статусу. Некоторая разница величин индекса между группами за счет превышения величин у павлодарцев не выходила за пределы нормальных показателей. Это позволяет заключить, что у подростков г. Павлодара нарушений нутритивного статуса не установлено.

Показатели окружности грудной клетки подростков г. Павлодара по средним

Табл. 1- Показатели масса-ростового индекса Quetelet у обследуемых подростков

Возрастные группы (в годах)	Показатели масса-ростового индекса			
	подростки г. Павлодара	подростки г. Алматы	Разница средних величин	Достоверность различий
	M±m			
16 лет	20,7±0,99	19,3±1,42	1,4	>0,05
17 лет	21,0±0,83	19,6±0,50	1,4	>0,05
18 лет	21,5±0,84	19,8±1,27	1,7	>0,05
19 лет	22,8±0,93	20,2±1,57	2,6	>0,05
20 лет	22,1±0,67	20,0±1,34	2,1	>0,05

Табл. 2 - Различия физического развития юношей и девушек г. Павлодара

Возраст (лет)	Подростки г. Павлодара		Разница средних величин	Достоверность различий
	юноши	девушки		
	M1±m	M2±m	M1 – M2	P
Длина тела (см)				
16	168,67±0,72	162,53±1,43	+ 6,14	<0,01
17	169,28±1,30	164,12±0,82	+ 5,16	<0,01
18	172,87±1,26	164,81±0,92	+ 8,06	<0,01
19	173,44±1,31	164,99±0,92	+ 8,45	<0,01
20	174,91±1,33	165,50±1,04	+ 9,41	<0,01
Масса тела (кг)				
16	55,51±0,73	53,47±1,19	+ 2,04	>0,05
17	60,01±1,38	56,42±0,82	+ 3,59	<0,05
18	65,06±1,56	58,56±0,93	+ 7,64	<0,01
19	65,82±1,72	59,07±1,06	+ 6,75	<0,01
20	66,81±1,12	60,68±1,07	+ 6,73	<0,01
Окружность грудной клетки (см)				
16	84,47±0,42	82,32±0,99	+ 2,15	<0,05
17	86,09±0,94	83,82±0,53	+ 2,27	<0,05
18	88,62±0,89	86,23±0,48	+ 2,39	<0,05
19	89,66±0,78	88,49±0,54	+ 1,17	>0,05
20	90,24±0,94	89,32±0,56	+ 0,92	>0,05

величинам во всех возрастных группах превышали аналогичные показатели алматинцев. Достоверность различий подтверждена у 16-ти, 19-ти и 20-летних подростков ($p < 0,05$).

Факт наличия более высоких средних величин окружности грудной клетки у подростков-павлодарцев, чем у сверстников г. Алматы, может быть проявлением защитно-приспособительной реакции организма в условиях длительного воздействия загрязнения окружающей среды г. Павлодара [7].

Согласно приводимым в литературе сведениям, соматометрические показатели

детей и подростков различного пола, проживающих в одном регионе, свидетельствуют о наличии полового полиморфизма. В связи с чем нами проведен сравнительный анализ соматометрических показателей у обследованных подростков юношей и девушек г. Павлодара (табл. 2).

Материалы табл. 2 свидетельствуют, что длина тела юношей всех возрастных групп была однозначно выше, чем у девушек. Разница средних величин колебалась от 5,16 см до 9,41 см и была достоверной ($p < 0,01$, $p < 0,05$).

Масса тела юношей также превышала аналогичный показатель девушек. Разница

Табл. 3 - Сроки наступления менархе у девушек-подростков г. Павлодара

Сроки появления менархе	Абс. число (n=492)	% (100)
С 12 лет 6 месяцев до 13 лет 2 месяцев	244	49,6
С 13 лет 2 месяцев до 14 лет	151	30,7
Позже 14 лет	60	12,2
Позже 15 лет	37	7,5

величин колебалась от 2,04 кг до 7,64 при $p < 0,05$, за исключением 16-летних подростков, у которых разница оказалась недостоверной. Годовой прирост массы тела преобладал у юношей, хотя по темпам роста он был схож с приростом массы тела девушек.

Сравнительная оценка показателей окружности грудной клетки юношей и девушек показала преобладание объема грудной клетки у юношей. Разница окружности грудной клетки колебалась от 2,15 см (у 16-летних) до 2,39 см - у 18-летних. В старших возрастных группах небольшое преобладание данного показателя у юношей было недостоверным ($p > 0,05$).

Итак, изучение физического развития подростков 16-20 лет г. Павлодара выявило наличие отклонений соматометрических показателей в сравнении со сверстниками контрольного региона. Отличие выражалось в низкорослости и ретрадации (замедлении) роста и превышении показателей объема грудной клетки. Установлены признаки полового диморфизма, характеризующиеся преобладанием показателей роста, массы тела и окружности грудной клетки у юношей. Низкорослость, ретрадация роста и тенденция к повышению массы тела у подростков г. Павлодара, являющегося регионом с высокой экопатологической нагрузкой, могут быть проявлением экологически обусловленной патологии. Длительное воздействие антропогенных факторов окружающей среды могут

обусловить увеличение грудной клетки по принципу защитно-приспособительной реакции организма [7].

Известно, что показатели физического и полового развития тесно взаимосвязаны. Так, у девушек с нарушением репродуктивной функции отклонения массы тела выявляются в 1,5-3 раза чаще, чем у здоровых [8]. По мнению ряда авторов [9], при потере массы тела на 17% от исходной наступает аменорея, сопровождающаяся регрессией нервно-эндокринных механизмов регуляции. При комплексном медицинском осмотре 492 девушек-жителей г. Павлодара нами были установлены у них следующие сроки наступления менархе (табл. 3).

Опрос показал, что у 80,3% девушек-подростков менархе наступило своевременно - до 14 лет. Однако у 19,7%, т.е. примерно 1/5 обследованных выявлено запоздание начала менархе. Среди последних установлено и наличие нарушения менструального цикла.

У 5,6% юношей выявлено запоздание развития вторичных половых признаков.

Таким образом, наличие загрязнения окружающей среды (атмосферы, воды, почвы) антропогенными химическими соединениями, избыток или дефицит природно-обусловленных факторов (для Павлодара - дефицит йода), отставание физического и полового развития подростков подтверждают наличие в г. Павлодаре сложившейся биогеохимической провинции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснов В.М. Состояние здоровья детей и подростков в йоддефицитном регионе // *Рос. педиатр. журнал.* - 2002. - №1. - С.17-21.
2. Зарытовская Н.В., Катмыкова А.С., Ткачева Н.В. с соавт. Особенности физического развития и заболеваемость хроническими болезнями школьников в йоддефицитном регионе // *Педиатрия.* - 2002. - №6. - С.50-53.
3. Ямпольская Ю. А. Оценка физического развития школьников Москвы в последние десятилетия // *Вестник Рос. Академии мед. наук.* - 2003. - №8. - С.10-13.
4. Година Е. З. Динамика процессов роста и развития у человека: пространственно-временные аспекты: Автореф. дис....д-ра биол. наук. - Москва, 2001.
5. Даулетбакова М.И., Кулманов М.Е., Амрин К.Р. Системный подход к изучению влияния комплекса факторов окружающей среды на состояние здоровья населения г. Алматы//Сб. материалов итоговой конференции по выполнению координационного плана совместных НИР учреждений АН КазССР, Минздрава КазССР и других ведомств за 1981-1985гг.-Алма-ата.-Наука, 1986.-С.81-83.
6. Buckler J.M.H. A Reference Manual of Growth and Development. -2-nd.Ed.-Oxford, 1997.
7. Даутов Ф.Ф. Изучение здоровья населения в связи с факторами среды // *Казань: Казанский университет, 1990.* - С.117-119.
8. Путинцева О.Г., Марущенко В.И., Маслова Л.В. с соавт. Возрастные особенности и возможности прогнозирования становления репродуктивной системы Амурской области// *Акуш. и гинекология.* -1991. -№9. -С.26-29.
9. Багданова Е.А., Антипина Н.Н., Долженко И.С. Роль массы тела и роста в становлении менструальной функции// *Акуш. и гинекология.* -1984. -№5. -С.69-71.

ЖОҒАРЫ ТЕХНОГЕНДІ КҮШТЕМЕ ТҮСЕТІН АЙМАҚТАҒЫ ЖАС ӨСПІРІМДЕРДІҢ ФИЗИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЖЫНЫСТЫҚ ЖЕТІЛІУІ

Исинаова Ф.Н.

Зерттеуде 16-20 жастағы Павлодар қаласындағы жас өспірімдердің физикалық жетіліу ерекшілігі көрсетілген. Тексеру барысында жас өспірімдердің соматометрлік көрсеткіштерінің төмен мөлшерлі өзгерісі байқалады. Қыздар арасында 19,7% -да, ер балалар арасында 5,6% -да жыныстық жетілу төмен деңгейде екендігі анықталған.

PHYSICAL AND SEXUAL DEVELOPMENT OF TEENAGERS IN THE REGION WITH HIGH ENVIRONMENTAL TECHNOGENIC PRESSURE

G.N.Issinova

Study of physical development of teenagers of 16-20 years old from Pavlodar city revealed deviations in somatometrical indexes in comparison with equals in age from control region that was expressed in dwarfness and retardation (slowing-down) of growth and excess of indexes in chest capacity. Late menarche, violation of menstrual cycle were determined at 19,7% of girls and late development of secondary sex characters at 5,6% of boys.



К.Н. Бейсембаева, Д.Л. Елеусизова

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДРОСТКОВ Г. АСТАНА ЗА 2006-2008 ГГ.

ГККП "Городская поликлиника №3"

Эффективность экономического развития любого государства определяется основными тремя факторами экономического роста. Это человеческий капитал (60%), физический капитал (16%) и природный капитал (24%). Развитие человеческого капитала в основном зависит от меры разумных инвестиций в его образование, мобильность и в его здоровье. Оптимальное здоровье человека является бесценным даром, которое даёт возможность осуществления полноценной жизнедеятельности индивида, семьи, государства [1,2].

Всемирная организация здравоохранения определило здоровье "как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов". Это определение отражено в Уставе ВОЗ (1948г.) и провозглашён принцип, в соответствии с которым "обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека".

Лисицын Ю.П. [1] рассчитал, что на здоровье влияют:

50 - 49 % - условия и образ жизни, 20 - 21% - состояние внешней среды, 20 - 22 % - генетические факторы, 10- 8 % - состояние

здравоохранения.

Здоровье в различные периоды жизни имеет свои особенности.

Каждый возрастной период характеризуется специфическими физиологическими особенностями [3,4,5].

Лица в возрасте от 10 до 20 лет считаются



**ЦВЕТОК
ЗДОРОВЬЯ
ПОДРОСТКОВ**

- 1 — ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ
- 2 — ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ
- 3 — ВОСПРИИМЧИВОСТЬ К РАБОТЕ
- 4 — ВОСПРИИМЧИВОСТЬ К СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ
- 5 — СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ
- 6 — ЗДОРОВЬЕ
- 7 — РИТОРИКА
- 8 — ВОСПРИИМЧИВОСТЬ К НАСЛЕДСТВЕННОСТИ
- 9 — ЗЕМЛЯ
- 10 — ОБЩЕСТВО
- 11 — ОБЩЕСТВО
- 12 — ВНЕШНЯЯ СРЕДА

Рис. 1

подростками (ВОЗ,1977г.), а в РК к подростковому периоду относят граждан с 15 до 18 лет.

Охрана здоровья подростков - одна из важнейших государственных социальных задач общества. Подростки представляют

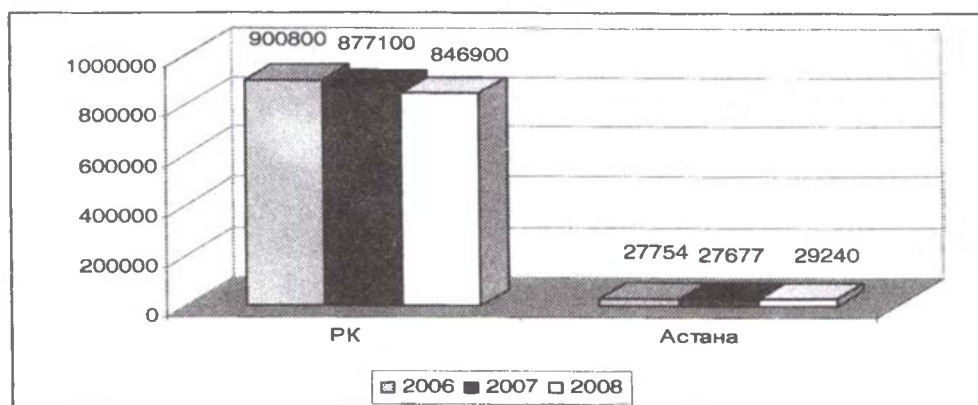


Рис. 2. Показатели численности подростков в РК и в г. Астана за 2006-2008 гг.

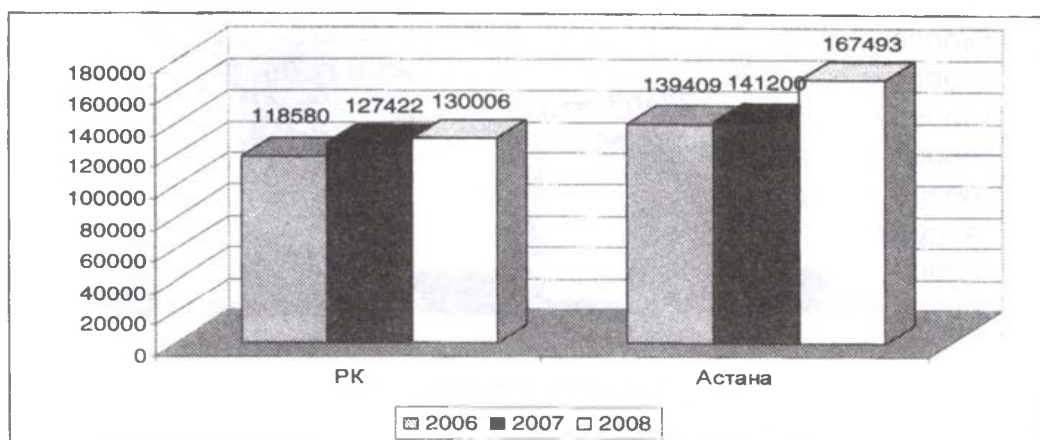


Рис. 3. Показатели общей заболеваемости на 100000 населения среди подростков за 2006-2008 г

собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный и культурный резерв государства. ВОЗ подчёркивает, что обеспечение и сохранение здоровья подростков - самая важная и перспективная инвестиция общества в свой экономический, политический и нравственный резерв. В противном случае социальные и экономические потери будут огромны и неизмеримы [6,7,8,9].

Модель здоровья подростков и факторы, его определяющие.

Все факторы, обеспечивающие и как-то влияющие на соматическое, психическое и репродуктивное здоровье можно представить в виде модели, которая названа "Цветком здоровья подростков" (3).

Фигурально, здоровый подросток - это

геометрически правильный, красивый "цветок" (рис.1), имеющий пропорциональность и гармоничность "лепестков" биологического развития и в соответствии с этим - полноценное соматическое, психическое и репродуктивное здоровье. Красоту "цветка" определяют следующие факторы: наследственность, семья, отношение общества к проблемам молодого поколения, внешняя среда, а также функции гипоталамуса (отвечает за интеграцию всех видов биологического развития и здоровья в пубертатном периоде) и состояние позвоночника [3,9].

Цель исследования - изучение структуры заболеваемости и определение преобладающей нозологии среди подросткового населения города Астаны.

Материалы и методы: анализ заболеваемости подростков г. Астана с 2006

Табл.1. Структура общей заболеваемости на 100 тыс. населения

Нозология	2006 год		2007 год		2008 год	
	РК	г. Астана	РК	г. Астана	РК	г. Астана
Заболеван. органов дыхания	34390 (29%)	35558 (25,5%)	37803 (29,7%)	39545 (28%)	39604 (30,5%)	52670 (31,4%)
Болезни глаз	9885 (8,3%)	23200 (16,6%)	10551 (8,3%)	24937 (17,7%)	11202 (8,6%)	23200 (17,5%)
Костно-мышечная система	2955 (2,5%)	19067 (13,7%)	3364 (2,6%)	13950 (9,9%)	2989 (2,2%)	17274 (10,3%)
ЖКТ	12043 (10,2%)	5202 (3,7%)	13805 (10,8%)	5636 (4,0%)	12889 (9,9%)	5629 (3,4%)

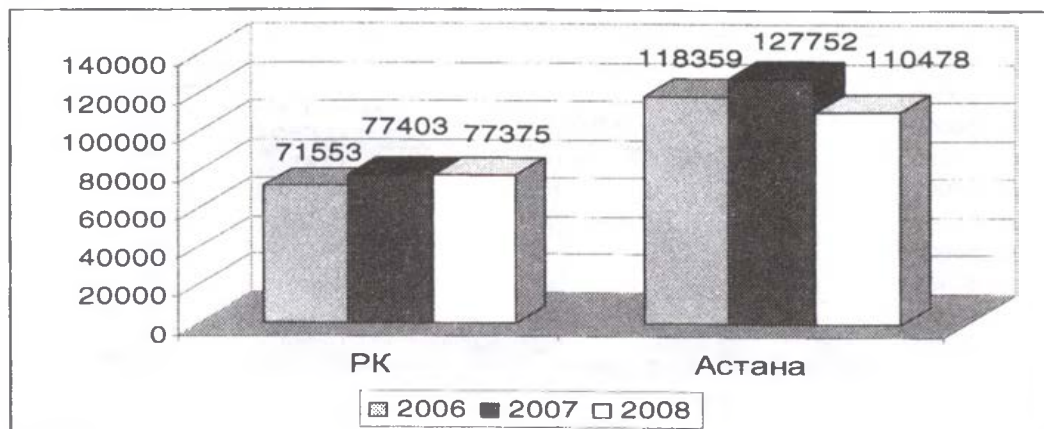


Рис. 4. Показатели первичной заболеваемости по г. Астана за 2006-2008 гг.

по 2008 годы по данным статистической отчетности городской поликлиники №3.

Анализ статистических сборников за 2006-2008гг показал, что количество подростков в РК составило в 2006г.- 900800, в 2007и 2008гг. - 877100 и 846900 соответственно.

В г.Астане проблемами подросткового здоровья занимается городская поликлиника №3. По данным возрастной сетки количество подростков, прикрепленных к городской поликлинике №3, составило в 2006г. - 27754, в 2007г.- 27677, а в2008г. - 29240.

Как видно из диаграммы общая заболеваемость среди подростков г.Астаны превышает республиканские показатели.

Как представлено на таблице с 2006 по 2008гг 1 место в структуре общей

заболеваемости как по РК, так и по г. Астана составляют заболевания органов дыхания. На втором месте по РК заболевания ЖКТ, а по г.Астана - болезни глаз. На третьем месте по РК - болезни глаз, по г.Астана - заболевания костно-мышечной системы.

Как видно по диаграмме первичная заболеваемость подростков по г.Астана за исследуемые годы превышает республиканские показатели, в 2006 г. в 1,6 раза; в 2007г. в 1,6 раза; в 2007 г. в 1,4 раза.

Как указано в таблице №2 в структуре общей и первичной заболеваемости на первом месте, как в РК. так и в г. Астана находятся болезни органов дыхания.

На втором месте по г. Астана с 2006 по 2007гг.- составляют травмы, в 2008г.- болезни глаз. По РК на втором месте с 2006

Табл. 2. Структура первичной заболеваемости на 100000 населения за 2006-2008 гг.

Года	2006г.		2007г.		2008г.	
	По ГП №3	По РК	По ГП.№3	По РК	По ГП №3	По РК
Органов дыхания	37767,1 (31,9%)	27800,7 (38,9%)	37671,6 (29,5%)	30836,0 (39,8%)	40911,3 (37%)	30732,1 (39,7%)
Болезни КМС	9169,7 (7,7%)	2955,8 (4,1%)	8468,5 (6,6%)	3364,3 (4,3%)	8810,0 (8%)	2989,8 (3,9%)
Травмы и отравления	10538,3 (8,9%)	5171,2 (7,2%)	9426,9 (7,4%)	6004,4 (7,8%)	8571,6 (7,8%)	6861,0 (8,9%)
ЖКТ	3902,7 (3,3%)	6197,1 (8,7%)	4200,0 (3,3%)	6773,9 (8,8%)	2795,3 (2,5%)	6395,7 (8,3%)
Болезни крови (анемии)	8630,1 (7,3%)	4834,7 (6,8%)	7232,3 (5,7%)	4703,0 (6,1%)	4703,0 (5,7%)	4363,2 (5,6%)

по 2007гг. - занимают болезни ЖКТ, а в 2008г. - травмы.

На третьем месте по г. Астана с 2006 по 2008гг. - болезни костно-мышечной системы, по РК с 2006 по 2007гг. - травмы. в 2008г.- болезни ЖКТ.

Выводы:

1. Показатели общей и первичной заболеваемости подростков г.Астана выше республиканских.

2. В структуре общей заболеваемости у подростков г.Астана наибольший удельный вес занимают болезни органов дыхания, глаз и костно-мышечной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.А.Медик, В.К.Юрьев - Курс лекций "ПМСП: управление и организация" по общественному здоровью и здравоохранению часть 1,2,3 Москва 2003г.
2. А.К.Байгенжин, О.Т.Жузжанов - Инвестиции в здоровье человека - основа развития общества Астана 2006г.
3. Л.И.Лёвина, А.М.Куликов - Подростковая медицина издание 1, 2 Санкт-Петербург, Москва 1999г., 2006г.
4. Л.Н. Галанкин, Г.С. Корчагина, А.М.Куликов - Здоровая молодёжь - здоровое общество Санкт-Петербург 2005г.
5. ВШОЗ МЗРК - Учебные материалы "ПМСП: управление и организация" М.К.Кульжанов, С.У.Мустафаев б.М.Р.Сапин, В.И.Сивоглазов - Анатомия и физиология человека с возрастными особенностями детского организма Москва 2008г.
7. В.В.Юрьев, А.С.Симахдский, М.М.Хомич, П.Н.Воронова - Рост и развитие ребёнка Краткий справочник 3 издание Москва, Санкт-Петербург 2007г.
8. С.Л.Адамович, М.А.Ахметова, З.К.Ержанова и др. - Если ребёнок болен Алма-Ата 1986г.
9. Г.Н.Костюрина, Н. М. Корнев - Справочник врача подросткового кабинета Киев 1991г.

АСТАНА Қ. ЖЕТКІНШЕКТЕРІНІҢ 2006-2008 Ж. ЖАЛПЫ ЖӘНЕ АЛҒАШҚЫ СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІ

Бейсембаева К.Н., Елеусизова Д.Л.

Жұмыста 2006-2008 ж. Астана қ. жеткіншектерінің жалпы және алғашқы сырқаттанушылық көрсеткіштері №3 қалалық емхананың статистикалық есебі бойынша талданған. Зерттеулер Қазақстан Республикасы бойынша жалпы көрсеткіштермен салыстырыла отырып, талдау әдісімен жүргізілген. Талдау нәтижесінде, Астана қ. жеткіншектерінің жалпы және алғашқы сырқаттанушылығы республика бойынша жоғары екені анықталды. Астана қ. және республика бойынша жалпы мен алғашқы сырқаттанушылықтың ішінде тыныс жолдарының, көз, сүйек-бұлшықет жүйесі және асқазан-ішек жолдарының аурулары басым түсті.

**IN THE ARTICLE AND PRIMARY MORBIDITY INDICES OF THE ASTANA CITY
ADOLESCENTS FOR 2006-2008 YEARS**

Beisembaeva K.N. Eleusizova D.L.

In the article and primary morbidity indices of the Astana city adolescents for 2006-2008 years were analyzed based on the statistical account of the urban polyclinic. Studies were carried out by the method of comparative analysis with the indices in the republic. As a result of analysis it was revealed that the general and primary among the adolescents of Astana city is higher that in the republic. In the structure of primary morbidity in Astana city and in the republic the diseases of the respiration and eyes organs, osteomuscular system and gastrointestinal tract prevail.



Багай Назарбайұлы

**АКУПУНКТУРАЛЫҚ ЕММЕН НЕРВ ЖҮЙЕСІНЕ
ӘСЕР ЕТУ**

Астана МУ АҚ , тағамтану және профилактикалық медицина кафедрасы

Акупунктураның әртүрлі әдістерін қолдану процесстерінде биологиялық активті заттардың физиологиялық деңгейін зерттеу әрбір белгілі ауру жағдайында тәсілдік объективті бағалауда қолдануға болады.

T.Lundeberg (1984) жедел және созылмалы аурулық сезіммен азап шегетін 66%-ке, вибростимуляцияны қолданды және 70% жағдайда жеңілдік алған. Вибростимуляцияның нәтижелігі вибриорды 50-220 Гц триггерді зоналарға 45 минут қойғанда жоғарылаған. Жедел аурулық сезіммен сырқаттанғандар 6 -12 сағат ішінде

басылады, созылмалы аурулық сезімде редукция ұзақ емес.

В.С.Гойдонко қатарлы авторлар жедел және созылмалы остеохондроздың аурулық синдромы кезінде классикалық АП бір түрі болып келетін өздері жасаған микроинетерпияның нәтижелігіне зерттеу жүргізеді. Емдік әсер интеграциясында орталық нерв жүйесіне сегмент үсті түзілістерінің жетекші рөлі анықталған [9], вертебральді аурулық синдромда компенсация мен жазылу процесстерінің жалпы координациялық механизмі ретінде

орталык нерв жүйесі тежеудегі рөлі белгілі болды [2].

К.Б.Фомберштейн [10] АП немесе фонопунктура мен сульфитті ванналар комбинациясының үлкен нәтижелігін көрсетеді. Классикалық акупунктурамен қазіргі кездегі түрлерін салыстырғанда бір айға дейінгі рефлекторлы синдромдар мен айқын аурулық сезімдерді АП, ЭП және ЭАП жоғары нәтижелігі, ал айдан көп, асқинуы бар түбіртектік синдром мен ауырып, қоңыржай аурулық сезімде фоно және фотопунктураның нәтижелігі анықталған.

В.С.Гойденко және авторлар [22] РТ қолдану емдік заттар әсерін күшейтетінін анықтаған. ИРТ өндірістік жұмысшыларға жасағанда 62% айқын жақсару, 28% жақсару байқалған, 10% өзгеріс болмаған, 100 жұмысшыға шаққанда жылына науқастар саны 4,4 тен 2,3 дейін; жұмысқа қабілетсіздік 40,8 ден 23,4 дейін қысқарған.

Нейродистрофиялық люмбоишалгиялық ауруларды емдегенде әсер ету нүктесін жүйелі түрде таңдау қажет. ИРТ қолданылуында сезімталдылық, рефлекторлық, вегетативті тамырлық және дистрофиялық бұзылыстар дәреже бойынша орналасқан [6].

АП қолдану жағдайлары туралы жеке авторлар баяндамасы бел остеохондрозы бар науқастарды кешенді емдеуде келесі қорытындыға келді: қазіргі кезде әртүрлі сезімталдық, қозғалтқыштық және рефлекторлы бұзылыстары бар бел остеохондрозын емдеуде медикаментозды терапия, физиотерпия, массаж, РТ, ортопедиялық шаралар бірігетін емдік әсерлер кешені түрінде жүргізіледі [9]. Жергілікті сегіменаралық әсер вегетативті нерв жүйесі мен ішкі мүшелер патологиясын [9] есепке ала отырып толықтырылады.

Механикалық-дисфиксациялық тітіркену кезінде әсерлікті мификсация [5] әдісі ұсынылған. Жылы өткізгіштігі жоғары пластиналар қолданылады [4]. А.М.Таулов қатарлы авторлар [1] акупунктуралық ем бойынша арнайы неврологиялық бөлімнің жұмысын талдайды [1]. Барлық емдеушілердің 68% шеткі нерв жүйесі

науқастарды құрайды; бел бөлімі 42.2%, мойын бөлігі 10.2%, стационарда жатқан уақыты 25 күннен 18 күнге дейін қысқарды. Акупунктуралық емнің түрлері - инерефлексотерапия мен электроakupунктура, нүктелік және оңқалық (боночный) массаж, балшықтытық ем, нүктелер бойынша жылту. Бел сегіз-көз радикулиті кезінде автор инепунктуралық және мануальды терапиямен емдейді. Емнің ұзақтығы 20-25 күн, науқастардың 6 айдан кейін 38.4%-де 3 жылдан кейін 56.8% жақсы нәтиже береді.

Инепунктуралық миофиксациялық жаңа әдістерді В.Л.Веселовский, Е.С.Борисова қатарлы авторлар тапты; люмбаго және люмбоишалгияда зақымдалған сегментарлық бұлшық етке инені кіргізеді. А.А.Эсертас [8] бел ауруын емдегенде түбіртектік генезді емес таңдаулы эффект оңқалық массаждан төмен АП және ЭАП-данда төмен оңқалық массаж.

Н.М.Черных [7] нұсқасы бойынша фонопунктура әдісі эффективтілігі НППО кезінде орташа және әлсіз ауырсыну синдромды көрсетеді.

И.В.Руденко [3] элекьроakupунктуралық интенсивтік эффективтілікгі "Фазак-2" аппаратының көмегімен неврологиялық статусты еске ала отырып ауырусыну синдромын зерттейді.

Толық ауырсынудың 57.6% ауруларда байқалады, айқын жақсару 32.7% және эффективті емес 9.7% ауруларда байқалады.

А.А.Сушко, И.Л.Пшетаковский [5] электроakupунктура және электропунктуралық емдік бағытта невропатиялары бар науқастарға негізінде инепунктура, ЭАП, ЭП қолдану эффективтілігін зерттейді.

Неврологиялық статустық нәтижелері айқындалды, осцилография, баскада жақсы терапевтік әсері 96% ауруда айқындалды. Еңбекке уақтша жарамсыздық 3 есе кеміді. ЭП мен ЭАП ерте қолданса емдік әсері жоғарырақ болады, ауыр жағдайда науқастарда баска емдік әдістермен бірілікте қолданылады.

ӘДЕБИЕТ

1. Молчанова Л.Б., Шапкин В.И., Носов А.Г. Применение рефлексотерапии в комплексном санаторно-курортном лечении больных остеохондрозом позвоночника и неврологическими проявлениями // Рефлексотерапия в курортной медицине: Сб. трудов.-Пятигорск. -1986. -С. 16-21.
2. Организация этапного лечения больных неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза: методические рекомендации // Сост. И.П. Антонов и др. -М.,-1982. -18 с.
3. Руденко И.В. Электростимуляция в лечении болевых синдромов поясничного остеохондроза // Теория и практика рефлексотерапии: Тез. докл. -Л., -1984, -С. 221-222.
4. Улащик В.С. Новые методы и методики физической терапии. - Мн.: Беларусь. -1986. -196 с.
5. Черных Н.М. Некоторые вопросы оптимизации в иглотерапии // Оптимизация воздействий в физиотерапии, -Мн.: Беларусь - 1980. -С. 141-148.
6. Черных Н.М., Соловей Н.В. Рефлексотерапия вегетативных поражений периферической нервной системы // Здоровоохранение Белоруссии. - 1980. -№12, -С. 54-56.
7. Черных Н.М., Соловей Н.В. Дифференцированная рефлексотерапия стойкого болевого синдрома при неврологических проявлениях поясничного остеохондроза// Физические методы в реабилитации нервных болезней. -М.-Т.-1985, -С.308-309.
8. Шапкин В.И., Авдейко В.М. Дифференцированное применение рефлексотерапии в корпоральные и аурикулярные точки при вертеброгенных болевых синдромах // Механизмы лечебного действия и практического применения рефлексотерапии: Тез. докл. -Л.,-1984.-С. 96-99.
8. Bahr F. Grundsatzliches zur Laseranwendung in der Akupunktur - Akupunkturarzt, 1986 - №3 P 59-66.
9. Tedeschi M. Ja Laser-terapia nill trattamento della algic - Riv. Ital. Agopunrt - 1983. 16. №47. S. 53-56.

ЛЕЧЕБНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ АКУПУНКТУРЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Багай Назарбай-ұлы

Известны исследования доказывающие эффективность использования методов акупунктуры при лечении больных с неврологическими проявлениями. Это подтверждают и результаты наших исследований.

THE INFLUENCE OF ACUPUNCTURE TREATMENT ON NERVOUS SYSTEM.

Bagay Nazarbayuly

Patients' recovery with neurological exponents using acupuncture method was proved and introduced to the findings of different investigations. General exponents of acupuncture method in practice were given. Positive treatment results of neurological exponents by acupuncture method were also proved.



Оспанов О.Б., Абилов К.У., Сукашев А.Т.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ АНТИРЕФЛЮКСНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СУТОЧНОЙ pH-МЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Национальный научный медицинский центр, Астана

Введение. В настоящее время проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) привлекает к себе внимание ученых и практикующих врачей многих стран мира, по праву считаясь заболеванием XXI века, и практически ни один большой симпозиум или конгресс не проходит без обсуждения этой темы [1,2,3,4,5]. Актуальность заболевания определяется возможностью развития осложнённых форм: кровотечений, стриктур, метапластической трансформации в пищевод Барретта или злокачественной трансформации. Консервативная терапия не устраняет желудочно-пищеводный рефлюкс [6,7]. В этой связи возникает необходимость выделения категории пациентов, которым требуется проведение оперативная коррекция ГЭРБ.

Целью исследования. Определение показаний к эндоскопическим антирефлюксным операциям с использованием суточного pH-мониторинга.

Материал и методы исследования. Проанализированы клинические данные 29 пациентов с симптомами ГЭРБ. Больные были разделены на три группы. Первую группу составили 10 пациентов с катаральным рефлюкс-эзофагитом. Вторую группу - 9 пациентов с эрозивным рефлюкс-эзофагитом ст. А и В. Третью группу - 10 пациентов с эрозивным рефлюкс-эзофагитом ст. С и D (Лос-Анджелесская классификация 1994 г.). Все пациенты проходили обследование, которое включало: эндоскопическое исследование пищевода, желудка и ДПК; хромэндоскопическое исследование пищевода с применением раствора Люголя; биопсию слизистой пищевода; рентгенологическое исследование пищевода и желудка; суточную pH-метрию

аппаратом "Гастроскан-24", ЭКГ, ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, поджелудочной железы.

Результаты и обсуждение. Изучение жалоб, которые предъявляли пациенты, позволило установить, что у 25(89%) пациентов имеется изжога, у 15(52%) - отрыжка. 13(45%) пациентов предъявляли жалобы на боли в эпигастрии, связанные с приемом пищи. У 6(21%) пациентов во время приема пищи возникало "неприятное ощущение" при прохождении пищи по пищеводу. У 3(10%) пациентов через 20-30 минут после еды появлялись перебои в работе сердца в виде экстрасистолии.

Хромэндоскопическое исследование пищевода с применением 2% раствора Люголя и биопсией слизистой пищевода позволило выявить очаги метаплазии по кардиальному типу у 5(17%) больных.

Оценка параметров суточной pH-метрии позволила установить, что наиболее значимыми показателями, которые в определенной степени соответствуют эндоскопической картине, являются: общее время, при котором в пищеводе $pH < 4$; время "стоя", при котором в пищеводе $pH < 4$; время "лёжа", при котором в пищеводе $pH < 4$; общее число рефлюксов; число патологических рефлюксов; самый длительный рефлюкс; составной показатель (индекс De Meester); время, в течении которого в теле желудка $pH < 2$ (% от времени обследования). Эти результаты представлены в таблице.

Анализ приведенных результатов показывает, что у больных 3-ей группы показатели pH-метрии пищевода превышают предельно допустимые значения в среднем в 7-10 раз.

Показатель среднего значения pH пищевода

имеет наибольшее значение у больных 1-й его значение не превышает критического группы и наименьшее - в 3-й группе, однако (рН=4). Анализ типа желудочной секреции

Таблица 1. Результаты исследования секреторной функции желудка методом суточной рН-метрии

№	Показатели рН-метрии	Эндоскопическая характеристика изменений слизистой пищевода		
		Катаральный эзофагит	Эрозивный эзофагит ст. А-В	Эрозивный эзофагит ст. С-Д
1	Общее время рН<4	3,19±2,5	6,9±2,6	41,1±7,5
2	Время «стоя» Рн<4	4,1±1,9	7±2,4	43,5±3,4
3	Время «лежа» рН<4	1,7±0,7	10,5±4,4	17,7±2,2
4	Общее число рефлюксов	25±13,2	54,8±19,3	105±91,1
5	Число патологических рефлюксов	2±1,4	4,2±1,7	9,7±7,6
6	Самый длительный рефлюкс	6,7±3,3	19,6±11,2	371,8±112,8
7	Составной показатель	0,8±0,3	3±0,4	7,4±3,4
8	Среднее рН пищевода	6,1±0,3	5,9±0,3	4±1,6
9	Мах рН пищевода	7,9±0,5	7,9±0,9	7,9±0,7
10	Min рН пищевода	1,4±0,6	0,9±0,5	0,8±0,4
11	Среднее рН кардии	2,5±1,1	2,3±0,9	2,2±0,9
12	Мах рН кардии	7,3±0,7	6,2±2,4	7,2±1,3
13	Min рН кардии	0,7±0,2	0,6±0,2	0,6±0,3
14	Среднее рН тела желудка	2,4±0,9	2,4±1,1	2,7±1,1
15	Мах рН тела желудка	7,8±1,1	6,7±2,6	7,8±0,8
16	Min рН тела желудка	0,6±0,1	0,6±0,3	0,6±0,3
17	Гиперацидность	90%	89%	50%
18	Гипоацидность	10%	11%	50%
19	Наличие ночных ДГР	80%	78%	60%
20	рН<2 в теле желудка (% от времени обследования)	84,5±18,4	88,3±11,3	91,3±9,9

показал, что у 26(90%) больных 1-й группы наблюдается гиперацидность и непрерывное кислотообразование. Примерно такой же показатель у больных 2-й группы. В третьей группе у 14(50%) больных выявлено гипоацидное состояние. Однако детальный анализ рН-грамм показал, что у этих пациентов наблюдаются выраженные ночные дуоденогастральные рефлексy, которые приводят к ошелачиванию содержимого желудка, в результате чего итоговый тип секреции расценивается как гипоацидное состояние.

Выявление этой группы больных потребовало детального осмотра желчного пузыря, желчных протоков и печени методом ультразвуковой диагностики, что позволило у 4(13%) больных выявить наличие камней в желчном пузыре, у 2(7%) признаки хронического воспаления желчного пузыря. Признаки хронического холецистита были выявлены также у 7(24%) больных 2-й и 8(27%) больных 1-й группы. Таким образом, число больных с патологией желчевыводящих путей составило 72% (21 пациент). Рентгенологическое исследование пищевода позволило установить, что у 20% больных 1-й группы, у 89% больных 2-й группы и 100% больных 3-й группы имеется грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

Таким образом, показанием для антирефлюксной операции у больных с ГЭРБ, является сочетание следующих признаков:

1. Наличие жалоб, характерных для ГЭРБ;
2. Отсутствие эффекта от консервативной терапии или частые рецидивы заболевания;
3. Превышение нормальных показателей рН-метрии пищевода в 7-10 раз;
4. Наличие

септического эрозивного рефлюкс-эзофагита ст.С и D, особенно в сочетании с метаплазией кардиального эпителия;

5. Наличие ГПОД.

В результате всем 29(100%) больным была выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссен.

После операции медикаментозная консервативная терапия не назначалась. Через месяц после операции выполнено контрольное эндоскопическое исследование и рН-метрия. Результаты исследования у всех больных соответствовали нормальным.

Выводы:

1.Суточный рН-мониторинг с признаками гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является необходимым и наиболее объективным методом диагностики.

2.Гипоацидное состояние в теле желудка требует детального анализа рН-грамм для выявления ночных дуоденогастральных рефлюксов.

3.Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь достаточно часто сочетается с патологией билиарного тракта, что является основанием для обязательного ультразвукового исследования печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей.

4.Комплексный анализ результатов суточной рН-метрии в сочетании с эндоскопическим и рентгенологическим исследованием позволяет определить четкие показания к лапароскопической фундопликации.

5.Контрольная суточная рН-метрия является наиболее объективным методом оценки эффективности антирефлюксной операции.

ЛИТЕРАТУРА

1.Болезни пищевода / Под редакцией В.Т. Ивашкина, А.С. Трухманова. - М.: Триада-Х. - 2000.-179 с.

2.Годжелло Э.А. Пищевод Барретта: эндоскопическая диагностика, стратегия наблюдения и лечения // РЖГТК. - №5. - 2002. - С.67-71.

3.Профилактика и лечение хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта/ Под редакцией академика

РАМН В.Т. Ивашкина. - М: МЕД пресс-информ. / 2002. - 127 с.

4.Рекомендации по обследованию и лечению больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Пособие для врачей.- М.: Минздрав РФ, 2002. - 20 с.

5.Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. - Consilium medicum. - Т.2 - №7. - 2000.- С. 76-79.

6.Adachi K., Hashimoto T., Hamamoto N. et al.

Symptom relief in patients with reflux esophagitis: comparative study of omeprazole, lansoprazole and rabeprazole// J. Gastroenterol. Hepatol. - 2003 Dec. - V. 18 (12). - P. 1392-1398.
7.Andersson T., Rohss K., Bredberg E. et al.

Pharmacokinetics and pharmacodynamics of esomeprazole, the S-isomer of omeprazole// Aliment. Pharmacol. Ther. - 2001. - V. 15, № 10. - P. 1563-1569.

**ГАСТРОЭЗОФАГАЛДЫ РЕФЛЮКСТИК АУРУМЕН АУЫРАТЫН
НАУҚАСТАРДЫ ТӘУЛІКТІК pH-МЕТРИЯ ҚОРЫТЫНДЫСЫ БОЙЫНША
ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ АНТИРЕФЛЮКСТИК ОПЕРАЦИЯЛАРҒА
КӨРСЕТІЛІМДЕРІН АНЫҚТАУ**

О.Б. Оспанов., Қ.У. Әбілов., А.Т. Сүқашиев

Тәуліктік тексеру pH-метриясы гастроэзофагеальдық рефлюкстік аурумен ауыратын пациенттерге антирефлюкстік операция жасаудың тиімділігін бағалаудың объективті әдісі болып табылады.

DEFINITION OF THE INDICATIONS TO ENDOSCOPIC ANTIREFLUX TO OPERATIONS BY RESULTS OF DAILY pH-METRI AT THE PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

O. B. Ospanov., K. U. Abilov., A. T. Sukashev

Control daily pH-metri is the most objective method of an estimation of efficiency antireflux of operation at the patients with gastroesophageal reflux disease.



Бегембетова Л.К., Умирзахова К.А., Ажибаева У.С.

ВЛИЯНИЕ ФЕНОТРОПИЛА ПРИ ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ

ЦГсПМВД РК., БМЦУДП РК., ГККП №7.

Проблема вегетативно-сосудистой дисфункции уже давно вышла за рамки частного вопроса клинической психо-неврологии и терапии, представляет в настоящее время одну из актуальных проблем современной медицины. Вегетативно-сосудистая дистония в настоящее время относится к болезням дисрегуляции, обусловленной бурным развитием цивилизации с ее стрессовыми факторами, ускоренными темпами жизни, информационными

перегрузками, стремительными изменениями внешней среды, социально-экономической напряженностью.

Долгие годы вегетативно-сосудистая дистония рассматривалась либо в рамках неврозов, либо как патология вегетативной нервной системы, либо как начальная форма других заболеваний, например, артериальной гипертензии, церебрального атеросклероза.

По-видимому, нет большого противоречия в том, что учение вегетативно-сосудистой

дистонии складывалось из этих трех аспектов, ибо патогенетически и феноменологически вегетативно-сосудистая дистония тесно связана с проблемой психосоматических расстройств, по патофизиологической сущности она является заболеванием вегетативной нервной системы, а как синдром входит в картину очень многих неврологических и соматических заболеваний. По мере прогресса клинической медицины, широкого использования инструментальных методов исследования, накопления фактов по патоморфозу заболеваний стало ясно, что вегетативно-сосудистая дистония по существу этиопатогенетических отношений является функциональным заболеванием полиэтиологического генеза, проявляющимся главным образом сосудистыми и вегетативными расстройствами.

Рассмотрим цепь патофизиологических и биохимических реакций, возникающих при вегетативно-сосудистой дистонии. Наиболее важным представляется вопрос о формировании функциональной гипоксии головного мозга. В ее возникновении имеют значение несколько механизмов: гипервентиляция как проявление симпатотонического эффекта с последующим вазоконстрикторным эффектом микроциркуляторного русла; непосредственный вазоконстрикторный эффект за счет повышения уровня адреналина, норадреналина и кортизола (как неспецифический эффект стрессовой активации) с последующим снижением показателей максимального потребления кислорода, снижением метаболизма и замедлением утилизации лактата; наконец, отмечается изменение реологических свойств крови (повышение вязкости, агрегационных свойств эритроцитов и

тромбоцитов), тропности гемоглобина к кислороду, что в сочетании с нарушениями микроциркуляции усугубляет уровень гипоксии головного мозга. При эмоциональном напряжении увеличивается потребность организма в энергетическом обеспечении, которая компенсируется преимущественно за счет усиления липидного метаболизма.

Процессам перекисного окисления липидов отводится важное место в развитии болезней адаптации, связанных со стрессом, в частности, заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Неуравновешенность эмоциональных процессов, частые срывы, обидчивость, повышенная впечатлительность и мнительность были отмечены в преморбиде у одной трети (31,2%).

Фенотропил как нейромодулятор, улучшающий метаболизм и гемодинамику головного мозга, можно рассматривать как средство, влияющее на патогенетические механизмы формирования вегетативно-сосудистых дистоний. Фенотропил обладает выраженным вегетостабилизирующим, адптогенным, психоактивирующим, антидепрессивным, анксиолитическим эффектами. Уровень эффективных доз фенотропила составляет 6-300 мг. Эффекты фенотропила развиваются с однократного применения. Курсовое применение не вызывает синдрома отмены и привыкания.

Больным вегетативно-сосудистой дистонией назначают фенотропил по 100 мг 1 таблетка утром в течение 30 дней. Как отмечают авторы, после завершения курса лечения наблюдалось значительное уменьшение числа, длительности и интенсивности вегетативных кризов, снижение уровня тревожности, эмоционального дискомфорта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахапкина В.И., Воронина Т.А.. "Спектр фармакологических эффектов фенотропила" Фарматека. 2005. №13. С. 19-25
2. Веин А.М., и др. "Вегетососудистая дистония", Медицина 1981.
3. Пшоник С.С. "Нейроциркуляторная дистония" Здоровоохранение Белоруссии 1985;3

**ВЕГЕТАТИВТИ-КАНТАМЫРЛЫ ДИСТОНИЯ КЕЗІНДЕ
ФЕНОТРОПИЛ ЭСЕРІ**

Л.К.Бегембетова, Ұ.С.Әжібаева, К.Ә.Өмірзақова

Бұл мақалада неврологиядағы вегетативті-кантамырлы дистонияның және оны медикаментті жолмен емдеу әдістерінің мәселелері туралы сөз қозғалады.

VEGETATIVE-VASCULAR DISTONIA

Begembetova L.K., Achibaeva U.S., Umirzahova K. A.

An influence of Phenotropil on Vegetative Vascular Distony.



*Е.Ж.Бекмухамбетов, Б.С.Жакиев, Н.А.Акатаев,
А.К.Койшыбаев, С.Т.Дюсембеков*

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА
БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

*Западно-Казахстанский государственный медицинский университет
им. Марата Оспанова, г.Актобе*

Несмотря на достижения современной хирургии, проблема радикального лечения больных с заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) не теряет своей актуальности и в настоящее время. По данным многих авторов опухоли данной локализации составляют около 15% среди всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта [1]. Наиболее часто злокачественными опухолями среди органов БПДЗ поражается поджелудочная железа (ПЖ), что составляет 63-86%, из них на локализацию в области головки приходится до 60% и в 8-26% поражается большой дуоденальный сосок [2].

За последние десятилетия отмечается неуклонный рост как заболеваемости, так и смертности в индустриально развитых государствах [3].

Единственным эффективным методом лечения опухолей головки поджелудочной железы и периапулярной зоны является операция Whipple- панкреатодуоденальная резекция (ПДР), но операбельность при этом

не превышает 15-17% [4]. Операбельность при злокачественных процессах БПДЗ определяется главным образом отношением опухоли к магистральным сосудам: аортой, чревным стволом, брыжеечными сосудами, нижней поллой и воротной венами.

Как известно, панкреатодуоденальная резекция относится к операциям, сопряженным с высоким риском тяжести послеоперационных осложнений и летального исхода. Во многих клиниках России летальность после ПДР остается на уровне 15-20%. Однако, в ряде клиник Европы и США располагающими несколькими сотнями подобных операции, в последние годы удалось снизить уровень летальности до 2-3% [5]. Это свидетельствует о первостепенной роли в исходах ПДР качества ее технического исполнения и выбора оптимального метода реконструкции.

В данной работе представлен опыт 18 проведенных оперативных вмешательств на поджелудочной железе при опухолях билиопанкреато-дуоденальной зоны в

клинике ЗКГМУ им.М.Оспанова с 2000 по 2007 г.г. Из них, в 14 случаях выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция с лимфодиссекцией по поводу опухоли головки поджелудочной железы у 12 больных и рака большого дуоденального сосочка - у 2. В 4 случаях - корпокаудальная резекция железы со спленэктомией по поводу опухоли тела (1) и хвоста (3) поджелудочной железы.

Среди оперированных больных были 11 мужчин и 7 женщин в возрасте от 13 до 69 лет.

Всем больным проведено стандартное обследование, включающее общеклинический и биохимический анализы крови, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС с осмотром большого дуоденального сосочка 12 перстной кишки, компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с целью уточнения вовлечения в опухолевый процесс окружающих сосудов и органов и рентгенологическое исследование легких.

При наличии длительной механической желтухи (более 3-х недель), что отмечено у 12 больных использовали тактику двухэтапного лечения. На первом этапе выполняли дренирование желчных путей (декомпрессионная наружная холецистостомия) путем лапаротомии (у 9 больных) и лапароскопии (у 3 больных). Так же во время первого этапа операции уточняли объём опухолевого поражения и возможности проведения в дальнейшем радикальной операции.

В послеоперационном периоде желчь выделяющаяся по холецистостоме возвращали больному в пищеварительный тракт в течении двух недель. Одновременно проводили общеукрепляющую и заместительную терапию ферментными препаратами. После разрешения клиники механической желтухи и устранения печеночно-почечной недостаточности выполняли второй этап операции - стандартную панкреатодуоденальную резекцию.

Методика и этапы стандартной панкреатодуоденальной резекции хорошо разработаны. Она предполагает удаление в едином блоке головки поджелудочной

железы, дистального отдела желудка с малым и частью большого сальника, всей двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря, дистальной части общего желчного протока, проксимальной части тощей кишки и регионарных зон метастазирования.

Реконструктивный этап после ПДР включал формирование анастомозов тощей кишки с культей поджелудочной железы, печеночного протока, желудка на единой петле.

Восстановление пищеварительного тракта начинали с формирования соустья между культей поджелудочной железы и тощей кишкой с изолированным вшиванием главного панкреатического протока в тощую кишку "конец в бок" с использованием атравматичного шовного материала (пролен 4\0) у 10 больных. Вшивание панкреатического протока в тощую кишку осуществляли в группе больных с диаметром протока более 4-5 мм. У этих больных паренхима поджелудочной железы имела отчетливые фиброзные изменения и уплотнения. С целью профилактики внутрипротоковой гипертензии наложение соустья завершали дренированием полихлорвиниловой трубкой Вирсунгова протока. С другой стороны этот дренаж улучшает каркасные свойства панкреатоеюноанастомоза, тем самым влияет на улучшение результатов хирургического лечения.

У 4 больных с узким главным панкреатическим протоком и "рыхлой" паренхимой культы поджелудочной железы панкреатодуоденоанастомоз накладывали инвагинационным методом.

Затем формировали билиодигестивный анастомоз на дренаже по Фелькеру (9 случаев) и без дренажа (5 случая). Реконструктивный этап завершился наложением гастроэнтероанастомоза конец в бок с Брауновским соустьем (7 случаев) и без него (7).

При 4 случаях, когда опухоль локализовалась в дистальной части поджелудочной железы больным произведены операции в объёме резекции тела и хвоста поджелудочной железы со спленэктомией.

Наиболее частым и опасным осложнением

ПДР, которое обычно влекут за собой цепь других тяжелых полиорганных осложнений является послеоперационный панкреатит и несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза. Поэтому в послеоперационном периоде проводили медикаментозное подавление экзокринной активности ткани поджелудочной железы с помощью 5-фторурацила, ингибиторов протеаз - контрикал (по 100 000 ед 2 раза в сутки), сандостатина (по 1,0 пк 3 раза в сутки), антибиотикотерапию и декомпрессию желудочно-кишечного тракта.

Несмотря на проводимую интенсивную терапию в послеоперационном периоде у 6 (42,8%) больных развилась клиническая картина послеоперационного панкреатита. На фоне проводимого лечения у 3 больных удалось купировать явления панкреатита. У остальных больных (3) в связи с прогрессирующим деструктивным

панкреатита возникла несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза, что в последующем явилось причиной летального исхода. Из 3 (21,4%) больных, двое погибли от нарастания эндотоксикоза и перитонита. 1 - пациент от аррозивного кровотечения. При дистальных локализациях осложнения в послеоперационном периоде не наблюдалось.

При гистологическом исследовании операционного материала структурой опухоли явилась аденокарцинома различной степени дифференцировки.

Таким образом, радикальное хирургическое лечение опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны до настоящего времени остается важнейшим и наиболее реальным способом увеличения продолжительности и улучшения качества жизни больных со злокачественными опухолями поджелудочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермолов А.С., Юрченко С.В., Дасаев Н.А. Декомпрессия желчевыводящих путей для подготовки больных с обтурационной желтухой и холангитом к радикальной операции. // Хирургия. - 1994. - №9. - 24 с.
2. Трапезников Н.Н., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ в 1998. - М., 2000. - 270 с.
3. Косырев В.Ю. Профилактика несостоятельности и оценка функционирования билио- и панкреатодигестивных анастомозов после гастропанкреатодуоденальной резекции: Дис. канд. мед. наук. - М., 2001.
4. Долгушин Б.И., Патютко Ю.И., Гусев Л.И. Рентгенэдобилиарные вмешательства в диагностике и лечении больных с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой // Материалы I съезда онкологов стран СНГ. - М., 1996. - 336 с.
5. Cameron J. in the discussion of Geer R.J., Brennan M.F. Prognostic indicators for survival after resection of pancreatic adenocarcinoma // Amer.J.Surg. - 1993. - Vol. 165, N 1. - P.68-73.

БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛДЫ АЙМАҒЫ РАҒЫНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ

Е.Ж.Бекмұхамбетов, Б.С.Жакиев, Н.А.Ақтаев,
А.К.Койшыбаев, С.Т.Дюсембеков

Бұл жұмыста билиопанкреатодуоденалды аймақтағы қатерлі ісіктерге байланысты 18 науқасқа жасалған радикалды хирургиялық ем жөнінде мәліметтер берілген. Оның ішінде 14 науқасқа ұйқы безінің басындағы қатерлі ісікке және үлкен дуоденалды емізікшіктің рагіне гастропанкреатодуоденалды резекция лимфодиссекциямен, сонымен бірге ұйқы безінің денесіндегі және құйрығындағы қатерлі ісікке корпокаудалды резекция жасалған. Операциядан кейінгі уақытта 6 (42,8%) науқас операциядан кейінгі панкреатит пайда болды. 3 науқас деструктивті панкреатиттің үдеуіне байланысты панкреатодигестивтік жалғаманың әлсіздігі байқалып, кісі өлімінің себептерінің бірі болып отыр.

SURGICAL THERAPY OF BILIOPANCREATODUODENAL ZONE CANCER

*E.G. Bekmucharbetov, B.S. Jakiev, N.A. Akataev,
A.K. Koichibaev, S.T. Dysembekov*

In this work the author introduces the experience of definitive therapy for 18 patients with biliopancreatoduodenal zone tumors. In 14 cases gastropancreatoduodenal resection was made with lymphodissection for the tumor of the head of pancreas and major duodenal papilla. In 4 cases - corpocaudal resection with splenectomy for pancreas body and tail. Within postsurgical period 6 (42,8%) patients had clinical characteristics of postsurgical pancreatitis progressed. Those include 3 patients who due to progress of destructive pancreatitis had dehiscence of pancreodigestive anastomosis, which thereafter caused fatality.



Г.К. Жусупова

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

АО "Медицинский университет Астана"

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является самым распространенным, тяжелым и прогностически неблагоприятным осложнением заболеваний сердечно-сосудистой системы [1]. В появлении и развитии симптомов ХСН важное значение имеет активация симпатической нервной системы, которая, наряду с повышением активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, приводит к задержке ионов натрия и воды, к вазоконстрикции и снижению сократительной функции левого желудочка сердца [2]. В настоящее время наиболее информативным и распространенным методом оценки тонуса вегетативной нервной системы является анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) [3]. При хронической сердечной недостаточности имеется связь между показателем фракции выброса и временными показателями вариабельности ритма сердца [4-5].

С целью выявить особенности активации нейрорегуляторных механизмов в

зависимости от гемодинамического типа хронической сердечной недостаточности по данным холтеровского мониторирования ЭКГ проанализированы временные и спектральные показатели вариабельности сердечного ритма (SDNN, mRR, TINN, LF, VLF, HF, LF/HF).

Материал и методы. Показатели вариабельности ритма сердца анализировались у 118 пациентов с симптомами хронической сердечной недостаточности обусловленной артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца или их сочетанием. Критериями отбора пациентов были наличие симптомов сердечной недостаточности обусловленной артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца или их сочетанием. Критерии исключения - симптомы СН любого другого генеза (врожденные и приобретенные пороки сердца, кардиомиопатии и др.). Пациенты в зависимости от гемодинамического типа сердечной недостаточности разделены на 2 группы - 1-ая группа 32 пациента (27,1%) имели систолическую форму сердечной

недостаточности, 2-ая группа - 86 пациентов (72,9%) имели диастолическую сердечную недостаточность. Критериями систолической сердечной недостаточности служили наличие симптомов сердечной недостаточности при снижении фракции выброса менее 50% [1]. Диастолическая сердечная недостаточность диагностировалась при наличии клинических симптомов сердечной недостаточности, сохраненной или незначительно сниженной фракции выброса (ФВ?50%) и наличии признаков диастолической дисфункции левого желудочка [6]. При обработке результатов исследования использовался пакет прикладных программ Statistica 6.0. Для количественных нормально распределенных признаков данные представлялись в виде: числа наблюдений (n), среднего значения признака (M), среднего квадратического отклонения (?). Сравнение групп проводилось с использованием методов непараметрической статистики - критерия Колмогорова-Смирнова для несвязанных групп. Сравнение качественных переменных проводилось с использованием критерия ?2. Для исследования взаимосвязи между количественными признаками применялся ранговый коэффициент корреляции Спирмена. В качестве порогового уровня статистической значимости принималось значение $p < 0,05$.

Результата исследований и обсуждение.

При анализе показателей variability ритма по результатам холтеровского мониторирования (табл.1) ни по одному показателю, отражающему активацию симпатических или парасимпатических параметров ВНС у пациентов с различными гемодинамическими вариантами сердечной недостаточности значимых различий не выявлено. Так, при анализе временного показателя variability ритма сердца в группе пациентов с диастолической сердечной недостаточностью SDNN оказался несколько ниже, однако статистической достоверности разницы с группой пациентов, имеющих систолическую сердечную недостаточность не выявлено. При анализе спектральных показателей variability ритма сердца отмечается четкое превалирование симпатической нервной регуляции, что отражено в высоком показателе LF/ HF в обеих группах ($4,7 \pm 2,4$ при систолической и $4,6 \pm 2,8$ при диастолической сердечной недостаточности). однако различий в превалировании тонууса симпатического отдела вегетативной регуляции при том или другом варианте хронической сердечной недостаточности при анализе спектральных показателей variability ритма сердца (LF, HF, VLF) не отмечено.

В связи с тем, что в крупных исследованиях доказан факт, что низкая фракция выброса

Табл. 1. Характеристика нейрогуморальной активности в зависимости от гемодинамического типа сердечной недостаточности

Показатель	Систолическая СН n=32 M±σ	Диастолическая СН n=86 M±σ	P
SDNN, мс	128,2±52,1	125,9±36,1	>0,1
mRR, мс	830,5±91,6	825,5±127,7	>0,1
TINN, мс	566,5±220,4	528,2±183,3	>0,1
LF, мс ²	821,7±607,1	611,4±423,4	>0,1
HF, мс ²	240,1±236,7	172,7±154,9	>0,1
LF/ HF	4,7 ±2,4	4,6±2,8	>0,1
VLF, мс ²	1823± 1336	1540 ±1010	>0,1

Табл.2. Частота различных гемодинамических типов сердечной недостаточности в зависимости от временного показателя variability сердечного ритма

SDNN, мс	Пациентов с ССН	Пациентов с ДСН	Всего	P
менее 100	14	24	38	0,0797
	43,75%	27,91%		
	36,84%	63,16%		
100 и более	18	62	80	
	56,25%	72,09%		
	22,50%	77,50%		
Всего	32	86	118	

является предиктором внезапной смерти в то же время нет исследований о прогностической роли показателей активации нейрогуморальной активности на прогноз диастолической сердечной недостаточности нами проанализирована частота выявления низкого показателя SDNN в зависимости от гемодинамического типа сердечной недостаточности (табл. 2).

Как следует из таблицы 2 из 118 обследованных пациентов с хронической сердечной недостаточностью, обусловленной артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца низкий показатель variability сердечного ритма отмечен в 38 случаях (32,2%), при этом достоверных различий в его частоте при диастолической и систолической сердечной недостаточности не выявлено ($p=0,08$). В связи с этим нами предположено, что у пациентов с сердечной недостаточностью фракция выброса не является основным фактором неблагоприятного прогноза, в связи с чем, проведена оценка различных эхокардиографических гемодинамических факторов и их зависимость от снижения временного показателя variability ритма сердца который является доказанным предиктором смертности у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. При этом подтверждено, что имеется четкая связь

между снижением variability ритма сердца и низкой фракцией выброса, в группе пациентов с показателем $SDNN < 100$ мс отмечена достоверно низкий показатель ФВ ($53,5 \pm 10,1$, в группе сравнения с $SDNN \geq 100$ - $56,1 \pm 7,9$, $p < 0,025$), однако по другим изучаемым параметрам такой тенденции установить не удалось, хотя отмечены более высокие уровни линейных и объемных показателей состояния левого желудочка и скорости трансмитрального потока у пациентов с низким уровнем variability ритма.

Для изучения связи между временными и спектральными показателями нейрогуморальной активности и гемодинамическими параметрами сердца по данным эхокардиографии у пациентов с различными гемодинамическими типами хронической сердечной недостаточности применен метод непараметрического анализа - ранговая корреляция по Спирмену. При этом выявлено, что при систолической форме хронической сердечной недостаточности имеется корреляция показателя variability ритма сердца (SDNN) и показателя тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы с показателем фракции выброса ($r=0,3$, $p < 0,05$). Кроме того, отмечено наличие отрицательной корреляционной связи при систолической сердечной недостаточности

с линейными размерами левого предсердия и скоростью трансмитрального потока, что позволяет говорить о том, что при диастолической дисфункции, которая, как правило, сопровождается систолическую у пациентов с систолической сердечной недостаточностью усугубляется вероятность неблагоприятного исхода. При диастолической сердечной недостаточности SDNN коррелирует с толщиной межжелудочковой перегородки и предсердным пиком трансмитрального потока ($r=-0,2$, $p<0,05$ в обоих случаях). Спектральный показатель активности симпатического тонуса ВНС (LF, HF, L/H, VLF) при систолической сердечной недостаточности коррелирует с объемными гемодинамическими показателями левого желудочка и с диастолическими показателями трансмитральным потоком, при этом, чем выше КДО и КСО и скорость трансмитрального потока, тем выше активность симпатического тонуса ВНС.

При диастолической сердечной недостаточности эта связь несколько иная, так, имеется наличие положительной связи толщины миокарда задней стенки ЛЖ с критерием активности парасимпатического тонуса и отрицательной с показателем симпатического тонуса.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ показал, что при обоих вариантах хронической сердечной недостаточности имеет место преобладание симпатического тонуса ВНС. Гиперактивация симпатического тонуса у пациентов с сердечной недостаточностью, определяемая по временным и спектральным показателям variability ритма сердца не зависит от гемодинамического типа сердечной недостаточности.

Ключевые слова: вариабельность ритма, систолическая сердечная недостаточность, диастолическая сердечная недостаточность.

ЛИТЕРАТУРА

1. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *Eur. Heart J.* - 2008; 29: 2388-2442.
2. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН. *Сердечная Недостаточность.* 2003;4(6):276-297.
3. Dei Cas L, Metra M, Visioli O. Neurohormonal assessment in heart failure: from the sophisticated laboratory to practical indications. *G Ital Cardiol* 1993 Feb; 23(2): 193-204.
4. Dai SM, Zhang S, Chen KP, Hua W, Wang FZ, Chen X. Prognostic factors affecting the all-cause death and sudden cardiac death rates of post myocardial infarction patients with low left ventricular ejection fraction *Chin Med J (Engl)*. 2009 Apr 5;122(7):802-806.
5. Klein HU, Reek S. The MUSTT study: evaluating testing and treatment. *J Interv Card Electrophysiol.* 2000 Jan;4 Suppl 1:45-50.
6. Recommendations for the Evaluation of Left Ventricular Diastolic function by Echocardiography. *European Journal of Echocardiography* (2009) 10: 165-193.

СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ КЕЗІНДЕГІ ЫРҒАҚТЫ ҚҰБЫЛУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Г.К. Жусупова

ЭКГ холтерлік бақылау арқылы созылмалы жүрек жеткіліксіздігін гемодинамикалық түріне байланысты нейро-гуморальды құрылым белсенділігінің ерекшелігін айқындауға мақсат кою барысында жүрек ырғағының құбылуының уақыттық және спектралды көрсеткіштері талданды. Созылмалы жүрек жеткіліксіздіктің екі түрінде де ВНЖ симпатикалық тонустың басым болуы байқалды. Жүрек жетіспеушілігі бар науқастарда симпатикалық тонус белсенділігінің жоғары болуы жүрек жетіспеушіліктің гемодинамикалық түріне байланысты емес екендігі белгілі болды. Түйінді сөздер: ритм құбылымы, систоликалық жүрек жеткіліксіздігі, диастоликалық жүрек жеткіліксіздігі.

PECULIARITY OF VARIABILITY OF HEART RHYTHM WITH CHRONIC HEART FAILURE

G.K. Zhusupova

It was made analysis of temporal and spectral indices of variability of heart rhythm. The objective was detection of peculiarity of activation neurohumoral ways subject to hemodynamic type of chronic heart failure by Holter monitoring ECG. Analysis was pointed that both variants of chronic heart failure had prevalence of sympathetic tone of patients with heart failure doesn't depend of hemodynamic type of heart failure. Key words: variability of heart rhythm, systolic heart failure, diastolic heart failure.



А.К.Кабдолданова, Л.Х.Изтелеуова, М.К.Жабаков

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОГРАММЫ У БЕРЕМЕННЫХ С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ

ННЦМД, Род.дом №3, Астана

Введение. Рост частоты мочеполовой инфекции, занимающей ведущее место в структуре перинатальных и материнских осложнений во время беременности, родов и послеродового периода, обуславливает актуальность изучаемой темы. К настоящему времени накоплено значительное количество фактов о роли иммунных нарушений в патогенезе инфекционного процесса при мочеполовой инфекции. Тем не менее данные, характеризующие состояние иммунной системы при мочеполовой инфекции являются противоречивыми. Так по мнению (1,2) у женщин с бессимптомной бактериурией отмечается уменьшение содержания Т-лимфоцитов и их субпопуляций, увеличение соотношения Т-хелперы / Т-супрессоры, уменьшение количества В-лимфоцитов и иммуноглобулинов классов А и G. Между тем (3,4,5) отмечается снижение содержания Т- лимфоцитов и увеличение количества В- клеток. Наряду с этим (5,6,7) отмечается повышение содержания Т-лимфоцитов и клеток ссупрессорной активности (8,9), отсутствие изменений со стороны абсолютного количества

лимфоцитов в периферической крови (5,10,11).

Целью данной работы явилось изучение иммунного статуса у беременных с бессимптомной бактериурией.

Материалы и методы. Обследовано 30 беременных женщин с бессимптомной бактериурией в третьем триместре. Контрольную группу составили тридцать здоровых беременных без инфекционно-воспалительных заболеваний. Унифицированными методами из популяций и субпопуляций лимфоцитов оценивалась функционально - метоболическая и фагоцитарная активность, исследовался уровень иммуноглобулинов.

Исследование иммунного статуса включало определение показателей клеточного иммунитета (5 субпопуляций: CD3+, CD4+, CD8+, CD20+, CD16+, ИМИ иммунорегуляторный индекс), гуморального иммунитета (IgA, IgG, циркулирующие иммунные комплексы - ЦИК). Изучение неспецифических факторов защиты включало НСТ-тест, фагоцитарную активность клеток (5,6,7).

Таблица 1. Состояние иммунной системы при мочеполовой инфекции и у здоровых беременных.

Показатель	Контрольная группа (n=30)	Основная группа (n=30)
Лимфоцитов*10 ⁹ /л (%)	1,6 ± 0,4	1,2 ± 0,3
Т-лимфоциты CD3+	52,4 ± 4,1	43,4 ± 4,2
В-лимфоциты CD19	14,2 ± 1,6	19,2 ± 2,3
О-клетки CD16	33,1 ± 2,9	37,6 ± 3,3
Т-хелперы CD4+	36,3 ± 3,6	21,6 ± 2,8*
Т-супрессоры CD8+	26,3 ± 5,1	18,3 ± 4,3
ИРИ CD4+/CD8+	2,3 ± 0,3	1,4 ± 0,4*
НСТ-тест	5,8 ± 0,4	6,2 ± 0,5
Индекс стимуляции	0,2 ± 0,07	0,3 ± 0,1
Фагоцитарная активность	72,4 ± 3,5	51,7 ± 4,6*
Фагоцитарное число	3,0 ± 0,6	1,5 ± 0,4*
IgG	11,7 ± 0,8	14,8 ± 0,4*
IgA	1,9 ± 0,2	1,3 ± 0,4
*p<0,05		

Стандартная обработка вариационных рядов включала подсчет значений средних арифметических величин (M) и ошибок средних (m).

Анализ количественного содержания лимфоцитов, Т-клеток и их субпопуляций у беременных с мочеполовой выявил, что развитие данного инфекционного процесса сопряжено с лимфопенией.

Как следует из данных представленных в таблице 1, у беременных женщин с

мочеполовой инфекцией уровень Т-лимфоцитов снижался на 17% (p<0.05). при этом отмечалось увеличение уровня В-клеток в 1.4 раза. Что касается Т-хелперов, то при бессимптомной бактериурии их уровень снижался на 32% (p<0.05). аналогичная тенденция наблюдалась и со стороны содержания Т-лимфоцитов с цитотоксической супрессорной активностью. Необходимо отметить, что изменения со стороны содержания иммунорегуляторных

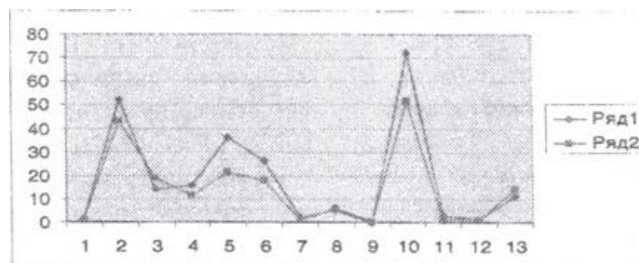


Рисунок 1. Состояние иммунной системы при мочеполовой инфекции и у здоровых беременных

субпопуляция Т-клеток обуславливают снижение ИРИ. При этом показатель отношения CD4 к CD8 снижался в 1,6 раза ($p < 0.01$). Необходимо отметить, что увеличение содержания В-лимфоцитов беременных основной группы сочеталось с дисглобулинемией. Так, при мочеполовой инфекции уровень IgG повышался на 26%, а со стороны содержания IgA наблюдалась тенденция к снижению. Помимо изменений со стороны гуморального и клеточного звеньев иммунитета мы наблюдали при мочеполовой инфекции у беременных изменения со стороны неспецифических факторов защиты, что проявлялось снижением в 1,4 раза фагоцитарной активности клеток ($p < 0.01$) и уменьшения

в 2 раза фагоцитарного числа.

Выводы. Таким образом, мочеполовая инфекция усугубляет иммунную недостаточность характерную для беременности.

Являясь бессимптомной, бактериурия усугубляет дисфункцию Т-звена системы иммунитета, а снижение клеток CD4+ способствует персистенции возбудителя в организме. Компенсированное повышение В- лимфоцитов в ответ на Т-лимфоцитопению сочетается с дисглобулинемией. Возможно, выявленные дисфункции обуславливают высокую частоту инфекционно- септических осложнений у родильниц с бессимптомной бактериурией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева З.Ф., Шабалин В.Н. Иммунологические основы акушерской патологии.-М., 1996.-с.95-101.
2. Говалло В.И. Иммунология репродукции.-М., 1999.
3. Гоцадзе Т.Г. Иммунологические взаимоотношения матери и плода при физиологически протекающей беременности. Автореф. дис. ...канд.мед.наук.- Тбилиси, 2003.
4. ЕА-фагоцитоз и НСТ- редукция макрофагов (моноцитов крови): Метод. рекомендации.- Новосибирск, 2002.
5. Кетлинский С.А., Калинин Н.А. Иммунология для врачей - СПб. Гиппократ 98-156с.
6. Лебедев К.А., Понякин И.Д. Иммунная недостаточность, выявление и лечение. М. Медицина 2003.-423с.
7. Хаитов р.м., Пинегин Б.В., Исамов Х.И. Экологическая иммунология.-М., ВНИРО. 1995.-219с.
8. Методы исследования Т-системы в диагностике вторичных иммунодефицитов. Учебное пособие. Томск, 1996.
9. Осанин А.А., Черных Е.Р., Шубинский Г.З. и др. // Иммунология. - 2000.-%2. -с.63-66.
10. Хамблин а., О`Гарра А. Лимфоциты: Методы / Под ред. Дж. Клауса. - 1990.-с.317-319.
11. Вторушина В.В., Серкина Е.В. материалы Республиканской научной конференции "Иммунология репродукции", г.Иваново 2005.

БАКТЕРИУРИЯ АУРУЫ БАЙҚАЛМАҒАН ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ИММУНОГРАММАСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

А.К.Қабдолданова, Л.Х.Ізтелеуова, М.К.Жабақов

Бактериурия ауруы байқалмаған 30 әйелдің иммундық жағдайын бақылау. Бақылау барысында алған иммуннограмма көрсеткіштері несеп-жыныс мүшелерінің инфекциясы жүктіліктің өзіне тән иммундық жеткіліксіздігінің асқынуын көрсетіп отыр. Біздің ойымызша, анықталған дисфункциялар бактериурия ауруы байқалмаған бала табатын әйелдердің инфекциялы-септикалық асқынуының көптеп қайталануымен байланысты.

FEATURES IMMUNOGRAMM AT PREGNANT WOMEN WITH ASYMPTOMATIC BACTERIURIAE

A.K.Kabdoldanova, L.H.Izteleuova, M.K.Zhabakov

Studying of the immune status at 30 pregnant women with asymptomatic bacteriuria. The obtained data immunogramm has shown that the urinogenital infection aggravates immune insufficiency characteristic for pregnancy. In our opinion the revealed dysfunctions cause high frequency of infectious - septic complications at women in childbirth with asymptomatic bacteriuria



A.K.Кабдолданова, Л.Х.Изтелеуова, М.К.Жабаков

ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ

ННЦМД, Род.дом №3, г. Астана

Частота бессимптомной бактериурии среди беременных варьирует от 2 до 9% и более (в среднем около 6%) в зависимости от их социально- экономического положения. Бессимптомная бактериурия, несмотря на отсутствие клинических проявлений, может приводить к преждевременным родам, анемии, гестозу, гипотрофии новорожденного и внутриутробной гибели плода.

Целью нашего исследования является определение прогностической роли иммунного статуса в лечении бессимптомной бактериурии.

Задачи исследования включали изучение иммунного статуса у беременных с бессимптомной бактериурией.

Материалы и методы исследования.

Материалом для исследования послужили данные о 172 беременных с бессимптомной бактериурией, наблюдавшихся в условиях городского родильного дома №2 Алматы и Научного Национального Центра материнства и детства в период с 2007 по 2008гг..

Во время беременности и после родов родильницам проводилось определение иммунологического статуса. Исследования

проводились на базе лаборатории иммунодиагностики с помощью моноклональных антител с определением CD3+, CD4+, CD8+, иммуноглобулинов IgG, IgA, IgM. фагоцитарной активности и НСТ тест.

Анализ полученных данных выявил, что наибольшие отклонения от нормы получены среди общего количества лимфоцитов CD3+(уменьшение на 17,5%), так же отмечен рост количества CD8+ супрессоров на 6% и снижение ИРИ на 0,42%. Все остальные показатели клеточного иммунитета, включая Т-хелперы (CD4+) оставались без значительных изменений.

При анализе иммунологического статуса после родов при неосложненной бессимптомной бактериурии выявлено, что родоразрешение сопровождалось снижением ИРИ почти в 2 раза за счет повышения CD8+, все остальные показатели менялись незначительно.

На 40 сутки пуэрперия отмечалось некоторое возрастание индекса CD4+/CD8+ до исходных цифр (1,32±0,06), однако это было значительно ниже значений здоровых родильниц (1,5-2,0).

При наблюдении в течении беременности и родов отмечается, что у 63% пациенток, получивших профилактические курсы антибиотикотерапии показатели иммунограммы восстановились полностью до нормы. У них же не выявлено инфекционных осложнений мочеполовой сферы, а удельный вес осложнений беременности (12%) соответствует популяции здоровых беременных.

У 14 пациенток (37%) отмечалось избирательное повышение СД8+ компонента клеточного иммунитета и как следствие снижение ИРИ.

Среди 9 беременных с индексом 1,12 в течении беременности были осложнения в виде циститов и дизурических явлений, а у 5

беременных с индексом 0,96?0,02 бессимптомная бактериурия осложнилась гестационным пиелонефритом.

Выводы

1. При бессимптомной бактериурии отмечаются наибольшие изменения иммунного статуса среди СД3+ и СД8+ компонента клеточного иммунитета.

2. Родоразрешение сопровождается снижением ИРИ в 1,5-2 раза.

3. Отмечается четкая связь между снижением ИРИ и осложнениями бессимптомной бактериурии.

4. При профилактической антибиотикотерапии снижаются и урогенитальные и акушерские осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гоцадзе Т.Г. Иммунологические взаимоотношения матери и плода при физиологически протекающей беременности. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Тбилиси, 2003.
2. Кетлинский С.А., Калинин Н.А. Иммунология для врачей - СПб. Гиппократ 98-156с.
3. Лебедев К.А., Понякин И.Д. Иммуния недосаточность, выявление и лечение. М. Медицина 2003.-423с.
4. Хаитов р.м. Пинегин Б.В. Исамов Х.И. Экологическая иммунология. - М. ВНИРО. 1995.-219с.
5. Осанин А.А., Черных Е.Р., Шубинский Г.З. и др. // Иммунология. - 2000.-%2. -с.63-66.
6. Вторушина В.В., Серкина Е.В. материалы Республиканской научной конференции "Иммунология репродукции", г.Иваново 2005.

БАКТЕИУРИЯ АУРУЫ БАЙҚАЛМАҒАН ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ИММУНДЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ӨЗГЕРУІ

А.К.Қабдолданова, Л.Х.Ізтелеуова, М.К.Жабақов

Бактериурия ауруы байқалмағандағы иммундық жағдайдың рөлін болжауды анықтау. Бактериурия ауруы байқалмағанда иммундық жағдайдың СД3+ және СД8+ клеткалық иммунитет компоненті арасында өте көп өзгеріс байқалды. Әйелдерде босанғаннан кейін ИРИ 1,5-2 есе төмендейтіндігі анықталды. ИРИ төмендеуі бактериурия ауруы байқалмауы мен асқинуы арасында нақты байланыс барын көрсетіп отыр. Алдын ала антибиотикалық әдіспен емдегенде несеп-жыныстық және акушерлік асқину төмендейді.

CHANGES OF THE IMMUNE STATUS AT PREGNANT WOMENS ASYMPTOMATIC BACTERIURIAE

A.K.Kabdoldanova, L.H.Izteleuova, M.K.Zhabakov

Definition prognostic roles of the immune status in treatment asymptomatic bacteriuria
At asymptomatic bacteriuriae are marked the greatest changes of the immune status among СД3 + and СД8

+ a component of cellular immunity. Delivery is accompanied by decrease IRI in 1,5-2 times. Accurate communication between decrease IRI and complications asymptomatic bacteriuria is marked. At preventive use antibiotics decrease both urogenital and pregnant complications.



Календарёва Г.А.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ СИСТЕМЫ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ КАРИЕСА

Кафедра терапевтической стоматологии АСИПО г. Алматы

Осложнения кариеса зубов представляют огромную медико-социальную проблему, что обусловлено чрезвычайно высокой частотой встречаемости, сложностью и трудоемкостью врачебных манипуляций при их лечении. Значительная распространенность данной патологии связана с несвоевременной обращаемостью пациентов по поводу лечения кариеса, а так же с тем, что в стоматологической практике часто применяются недостаточно эффективные методы и средства для полноценной санации и obturation системы корневых каналов. Для разработки более эффективных методов лечения необходимы знания вопросов этиологии и патогенеза заболевания на современном этапе развития науки.

Известно, что инфекция, депонированная в дентинных канальцах цемента корневой системы зуба, в 90% случаев является основной причиной развития пульпита и периодонтита. Изменения со стороны микробной флоры, либо нарушения в ее равновесии приводят к клиническому обострению этих заболеваний.

Основополагающими условиями успешного лечения осложненных форм кариеса являются стерильность системы корневых каналов, устранение воспалительных явлений в тканях периодонта, а также наличия в них тенденции к регенерации соединительно-

тканых структур. Одной из основных причин неэффективности эндодонтического лечения является несоординированное воздействие на этиопатогенные факторы, вызывающие и поддерживающие хроническое воспаление пульпы и периодонта.

В современной эндодонтии важную роль в лечении осложненных форм кариеса играет медикаментозная терапия, целью которой является подавление жизнедеятельности микроорганизмов и оказание противовоспалительного действия на ткани периодонта. Принципы эндодонтического лечения предусматривают не только инструментальную обработку и obturation корневого канала, но и проведение адекватного медикаментозного воздействия.

Существует ряд методов медикаментозного воздействия на микрофлору системы корневых каналов. Чаще всего медикаментозную обработку корневого канала осуществляют путём внесения лекарственного средства на турунде. Однако при введении в пустой корневой канал антисептиков на ватной турунде, происходит следующее - в канале начинает скапливаться экссудат, состоящий из тканевой жидкости, клеток, бактерий и продуктов их жизнедеятельности. Этот экссудат способствует поддержанию воспаления в тканях периодонта и является

благоприятным субстратом для бактериального роста. Таким образом, данный способ не всегда эффективен, так как не позволяет удалить в должной мере некротизированные ткани и дентинные опилки из просвета корневого канала и, более того, существует реальный риск повторного инфицирования системы корневого канала в промежутке между посещениями.

Более радикальным методом является ирригация - это постоянное промывание корневого канала с целью очищения его от дентинных опилок, остатков мягких тканей, растворения органического распада. Ирригацию канала осуществляют с помощью эндодонтического шприца и эндодонтической иглы с тупым или слепым концом и боковыми отверстиями на протяжении всей длины иглы. В качестве ирригантов используются гипохлорит натрия, перекись водорода, хлоргексидина биглюконат, комплексоны и др. Следует помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, приведет к сильному токсическому воздействию, повреждению тканей, а также возникновению острых болей и отёка. Эти опасения побуждают врачей либо отказаться от использования этой методики, либо заменить ирриганты водой или физраствором, что приводит к существенному ухудшению эффективности медикаментозной обработки.

Гидродинамическая ирригация корневого канала с RinsEndo (Durr Dental) - это наконечник, который подсоединяется к разьёму турбинного наконечника. В данном методе применяется эффективность гидродинамической активации, в основе которой лежит инновационная технология давление - отсасывание. Благодаря частотному генератору, находящегося в наконечнике, постоянно подаётся 65 микролитров раствора гипохлорита натрия (или любого другого ирригационного раствора) при тактовой частоте 1,6 Гц из шприца в корневой канал посредством RinsEndo канюли. Это тонкая эндо канюля

гарантирует, что раствор достигнет апикального отверстия. Во время фазы аспирации раствор эвакуируется из корневого канала. Давление, которое возникает во время гидродинамической ирригации RinsEndo меньше, чем мануальное давление, прикладываемое к одноразовому шприцу во время традиционной ручной ирригации. Однако, из-за высокой стоимости наконечника RinsEndo, не каждая клиника может позволить себе его приобрести.

Разработка акустических (sonic-) систем позволила применять в эндодонтии звуковые колебания для очистки системы корневых каналов. Для этого внутриканальные инструменты должны вибрировать с точной амплитудой. Есть данные, что акустическая очистка канала наряду с акустическим полем в лекарственных растворах уменьшает деформацию, и стресс инструментов во время обработки канала и даёт лучший результат.

Появление ультразвука в эндодонтии дало толчок новой эре биотехнологии при лечении осложнённых форм кариеса. Ультразвук является механической формой энергии. Эти системы генерируют ультразвуковые волны, которые затем передаются файлам в наконечнике. Основной ультразвуковой эффект достигается путём механического вибрационного перемешивания и активации лекарственного препарата за счёт передачи ему энергии. Остатки органических веществ вымываются в основной поток ирриганта, где быстро удаляются при помощи мощной аспирации, это сопровождается повышением температуры дезинфицирующего раствора и увеличением объёма жидкости с её проникновением в боковые каналы.

Эффективно введение лекарственных препаратов физиотерапевтическими методами с использованием электрофореза, фонофореза и ультрафонофореза. Лазерный свет обладает выраженным противовоспалительным и анальгезирующим действием. УВЧ-терапия способствует нормализации тканевого обмена,

оптимизации иммунологических и регенеративных процессов. Диадинамические токи улучшают микроциркуляцию, ускоряя заживление поражённых тканей.

Относительно новым способом лечения осложнённых форм кариеса является метод депофореза высокодисперсной гидроокиси меди-кальция, предложенный доктором медицинских наук Гамбургского института физической химии А. Кнаппвостом. Этот метод совмещает в себе известные методики электрофореза и ионофореза. Водная суспензия гидроокиси меди-кальция представляет собой метастабильную систему трёх ионов: $[Cu(OH)_4]^{2-}$; $[Cu(OH)_2]^{1000}$ и OH^- . Ионы OH^- , а также обладающие особенно сильным бактерицидным действием ионы гидроксокупрата $[Cu(OH)_4]^{2-}$, из созданного в корневом канале депо гидроокиси-меди кальция, под действием электрического поля проникают во всю канальную систему, включая вторичные боковые каналы вплоть до отверстий. В результате этого процесса незапломбированные части каналов выстилаются гидроокисью меди-кальция и тем самым стимулируется образование костной ткани в области микроотверстий. Однако, несмотря на многочисленные положительные отзывы о методе, по мнению M. Hulsmann (1996), депофорез не может рассматриваться, как научно обоснованная, соответствующая квалификационным требованиям современной эндодонтической концепции, методика лечения. Этот метод целесообразно применять только в труднопроходимых каналах (Paul B.F., Hutter J.W., 1997). Кроме этого он очень дорогой, доступен не всем пациентам, некомфортный и требует больших временных затрат.

В настоящее время в стоматологии технический прогресс достиг высокого уровня. Наряду с разнообразнейшими механическими эндодонтическими системами, звуковыми, ультразвуковыми, лазерными аппаратами, внедряются и работают абсолютно автоматические вакуумные системы. Но на фоне медико-

инженерного благополучия продолжается поиск решения эндодонтических проблем. Так, для достижения лучших результатов при лечении осложнённых форм кариеса, широко используются высокоэффективные химиотерапевтические препараты. Применение этих препаратов объясняется тем, что при гнойно-воспалительных процессах в пульпе и в тканях периодонта присутствует разнообразная микрофлора. Ситуация усложняется ещё и глубоким проникновением инфекции по дентинным канальцам в толщу корневого дентина. Поэтому, в таких случаях дополнительно с общепринятыми технологиями обработки корневого канала, необходимо проводить временную корневую obturацию с целью пролонгированного антисептического действия на систему корневых каналов.

Временная obturация корневых каналов зубов - это заполнение их пластическим нетвердеющим материалом, обладающим определенными лечебными свойствами, на период времени от нескольких суток до нескольких месяцев с последующей заменой постоянным obturационным материалом. Для obturации целесообразно использовать пастообразные материалы, хорошо заполняющие канал и обеспечивающие в течение всего времени obturации поддержание на достаточном уровне концентрации лекарственного вещества.

Основными целями временной obturации являются:

- 1) антисептическое и очищающее действие на систему корневых каналов и дентинных трубочек;
- 2) антисептическое и противовоспалительное действие на очаг воспаления в периодонте;
- 3) стимуляция регенераторной активности тканей периодонта и окружающей кости альвеолярного отростка;

4) изоляция канала при невозможности завершения его обработки в одно посещение. В зависимости от клинической ситуации временная obturация может быть направлена на решение следующих задач:

- уменьшение болевых ощущений
- уничтожение патогенной микрофлоры, находящейся в корневом канале,

дельтовидных ответвлениях и дентинных канальцах

- обеззараживание содержимого участков корневого канала, недоступных инструментальной обработке

- купирование воспалительных явлений в периапикальных тканях

- "проверка зуба на герметизм" перед постоянным пломбированием корневых каналов

- стимуляция репаративных процессов в периодонте и костной ткани периапикальной области

Как правило, в клинических условиях врач-стоматолог одновременно решает несколько из перечисленных задач. Предпочтение отдаётся готовым

комплексным препаратам, которые оказывают многогранное терапевтическое воздействие. В их состав обычно входят 1-4 антисептика, кортикостероидные гормоны, местноанестезирующие препараты.

Таким образом, внедрение современных методов медикаментозной обработки системы корневых каналов достаточно актуально. На наш взгляд, наиболее целесообразным и обусловленным этиопатогенезом осложненных форм кариеса является отсроченный метод лечения, когда проводится временная корневая obturation с целью пролонгированного антисептического действия на систему корневых каналов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаев А.И., Цепов Л.М. *Практическая терапевтическая стоматология*. - 4-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - с. 403-407.
2. Максимовский Ю.М. *Патогенетическое лечение хронического верхушечного периодонтита*. *Стоматология*. - М.-1996.- Мат. III съезда стом. Ассоциации. - С.67.
3. *Терапевтическая стоматология*. Под ред. проф. Е.В. Боровского. - М., 1988. - 560с.
4. Sundqvist G. *Microbiology in endodontics*. Band 7, 1997.
5. Tronstad L., Yang Z. P., Trope M., Barnett F. Hammond B.F. *Controlled release of medicaments in endodontics therapy*. - *Endodont. Dent. Traumatol*, 1: 130, 1985

ТІС ЖЕГІСІНІҢ АСҚЫНУЛАРЫН ЕМДЕУДЕ ТҮБІРЛІ ӨЗЕКТЕРДІ ДӘРІЛЕРМЕН ӨНДЕУДІҢ ҚАЗІРГІ КҮНГІ ТӘСІЛДЕРІ

Календарева Г.А.

Периодонттын созылмалы қабыну түрлерін емдеу барысында түбір өзектерін метронидазолдың негізінде дайындалған "Метро-Энд" силерімен уақытша тығындалған кезде микробтардың түрлерінің азайғаны, концентрациясының төмендегені, түбір өзектері жүйесін санациялаудың тиімділігі анықталды.

DYNAMICS OF MICROBIOLOGY OF ROOT CANALS IN THE CHRONIC PERIODONTITIS AFTER TEMPORAL OBTURATION

G. Kalendareva

The study of the dynamics of microbiology of root channels with the chronic forms of periodontitis after temporary obturation by siler "Metro- and" on the basis of metronidazole showed the decrease of a quantity of forms in the microbial associations, reduction in their concentration and the effectiveness of the antimicrobial sanitation of the system of root channels.

**ДИНАМИКА МИКРОБИОЛОГИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПОСЛЕ
ВРЕМЕННОЙ ОБТУРАЦИИ**

Кафедра терапевтической стоматологии АСИПО г. Алматы

Установлено, что после некроза пульпы апикальный периодонтит вызывается микроорганизмами и продуктами их жизнедеятельности, исходящими из системы корневых каналов (Jiang Y., 2002). При этом в каналах доминирует анаэробная микрофлора, характерная для слюны и зубной бляшки. Штаммы облигатных анаэробов представлены в меньшем объёме.

Сообщение между корневыми каналами и ротовой полостью приводит к атипичному течению воспаления периодонта с резорбцией костной ткани. Если после проникновения микроорганизмов в корневой канал происходит закрытие его просвета, то уже через 7 дней 50% микрофлоры будет представлено анаэробными микробными штаммами, а ещё позже они будут представлять 90%. В апикальной части канала содержание анаэробов будет максимальным, так как

порциальное давление кислорода здесь наименьшее. Дальнейшее распространение инфекции идёт из основного канала, латеральных каналов, дельтовидных ответвлений и дентинных канальцев.

Микробиологическое исследование корневого канала проведено у 31 больного хроническим периодонтитом вне обострения в возрасте от 22 до 61 года (таблица 1).

Свыше половины выделенных видов представляли облигатно-анаэробные микробы: пептострептококки, вейлонеллы, пропионибактерии, фузобактерии, бактероиды и другие грамотрицательные анаэробные палочки. Третью часть составляли микроаэрофильные микробы - актиномицеты, коринебактерии, стрептококки. Факультативно-аэробная группа (грибы рода *Candida*, стафилококки) составляли десятую часть. У пациентов с апикальным периодонтитом резко

Таблица 1. Состав микрофлоры корневых каналов у пациентов с хроническим периодонтитом (n=31)

№ п/п	Вид микроба	Число больных	Индекс частоты
1	<i>Peptostreptococcus anaerobius</i>	29	0,90
2	<i>Propionibacterium spp.</i>	8	0,25
3	<i>Actinomyces spp.</i>	19	0,60
4	<i>Veillonella spp.</i>	9	0,27
5	<i>Prevotella oralis</i>	15	0,44
6	<i>Prevotella intermedia</i>	27	0,81
7	<i>Fusobacterium spp.</i>	28	0,90
8	<i>Eubacterium spp.</i>	8	0,24

Таблица 2. Частота встречаемости микроорганизмов в монокультуре и в ассоциациях до лечения

	встречаемость	встречаемость
количество ассоциантов	n	%
монокультура	12	12,8
двухкомпонентная ассоциация	58	61,7
трехкомпонентная ассоциация	24	25,5

увеличивается частота выделения микробов агрессивных облигатно - анаэробных видов *Actinomyces naeslundii*, *Prevotella intermedia*, *Eykenella*, *Eubacterium* spp. Обсеменённость этими бактериями превышает обсеменённость другими менее агрессивными видами. А также в большом количестве определяются стафилококки и грибы кандиды.

Представленные данные являются убедительным аргументом в пользу развития у больных с хроническим периодонтитом представителей агрессивных облигатно-анаэробных видов бактерий.

В 87,2% случаев возбудители выделялись в ассоциациях, которые включали двух-трех родственных и неродственных микроорганизмов (табл. 2). Двухкомпонентная ассоциация выделялась в 61,7 % случаев, а трехкомпонентная - в 25,5 %

случаев. Представителями двухкомпонентных ассоциаций микроорганизмов чаще всего были культуры стафилококка и стрептококка. В образовании трехкомпонентных ассоциаций участвовали стафилококки, стрептококки, энтерококки, грибы рода кандиды.

С целью поиска эффективного препарата, влияющего на микрофлору при хроническом периодонтите, мы проводили комплексное исследование корневых каналов до лечения и в динамике пастой для временной obturации "Метро-Энд" (таб. 2).

Преобладающее число бактерий в глубоких слоях инфицированного дентина стенки корневого канала представлено облигатными анаэробами, и поэтому основным веществом пасты "Метро-Энд" был выбран метронидазол. Известно, что более чем 90% бактерий, обнаруживаемых

Таблица 3. Состав микрофлоры корневых каналов в динамике у пациентов с хроническим периодонтитом после временной obturации пастой "Метро-Энд"

№ п/п	Вид микроба	Индекс частоты выделения до лечения	Индекс частоты выделения через двое суток
1	<i>Peptostreptococcus anaerobius</i>	1,0	0,17
2	<i>Propionibacterium</i> spp.	0,25	0,04
3	<i>Actinomyces</i> spp.	0,51	0,12
4	<i>Veillonella</i> spp.	0,24	0
5	<i>Prevotella oralis</i>	0,48	0,11
6	<i>Prevotella intermedia</i>	0,75	0
7	<i>Fusobacterium</i> spp.	0,79	0,06
8	<i>Eubacterium</i> spp.	0,1	0

Таблица 4: Частота встречаемости микроорганизмов в монокультуре и в ассоциациях после однократного временного пломбирования

	встречаемость	встречаемость
количество ассоциантов	n	P±m
монокультура	22	56,4
двухкомпонентная ассоциация	8	20,5
трехкомпонентная ассоциация	9	23,1

в кариозных повреждениях и инфицированном корневом дентине не выживают в присутствии 10 мг/мл метронидазола в экспериментах *in vitro* (Siqueira J.F., de Uzeda M., 1997). Метронидазол может не только проникать в глубокие слои кариозных повреждений и дезинфицировать их *in vivo*, но и пенетрировать через дентин (Hoshino E., 1985; Sato I., 1996).

После проводимого нами лечения с применением силера "Метро-Энд", помимо положительной динамики клинических симптомов, наблюдалось изменение микробной флоры: уменьшение количества видов в микробных ассоциациях, снижение их концентрации.

Несомненно, определённую роль играют

положительные свойства каждого компонента "Метро-Энд". А метронидазол подавляя анаэробную микрофлору, останавливает катаболическое разрушение тканей, тем самым блокирует воспалительные явления на биохимическом уровне. "Метро-Энд" действительно даёт высокий терапевтический эффект эндодонтического лечения, сокращают сроки лечения и уменьшают риск возможных осложнений.

Таким образом, в нашей работе была показана эффективность проводимого комплекса антимикробной санации системы корневых каналов и периапикальных тканей с использованием силера "Метро-Энд" для временной obturации корневого канала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барер Г.М., Царев В.Н., Овчинникова И.Л. Комплексное антибактериальное лечение апикального периодонтита. *Клиническая стоматология* 1999; 1: 18-22.
2. Боровский Е.В. *Клиническая эндодонтия*. М: АО Стоматология 1999; 176.
3. Будаевская Т.В., Адапченко А.А., Сысин Г.П. Показатели чувствительности микроорганизмов к антисептикам при апикальном периодонтите. *Стоматология* 1989; 3: 23-25.
4. Царев В.Н., Ушаков Р.В. *Антимикробная терапия в стоматологии: Руководство*. М: МИА 2004; 144.
5. Abbott P.V., Hume W.R., Pearman J.W. *Antibiotics and endodontics*. *Austral Dental J* 1990; 35: 50-60.
6. Debelian G.J., Olsen I., Tronstad L. *Systemic diseases caused by oral microorganisms*. *Endod Dent Traumatol* 1994; 10: 2: 57-65.
7. Sundqvist G. *Microbiology in endodontics*. Band 7, 1997

УАҚЫТША ОБТУРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ СОЗЫЛМАЛЫ ПЕРИОДОНТИТ КЕЗІНДЕГІ ТҮБІРЛІ ӨЗЕКТЕРДІҢ МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ АҒЫМЫ

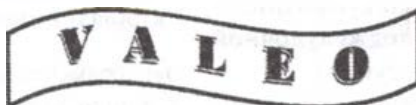
Календарёва Г.А.

Асқынған тіс жегісінің түбір өзегі жүйесін медикаменттік өңдеу тәсілдердің ішіндегі ең тиімдісі, өзектерге дәрінің антисептикалық шипалы әсерін ұзарту мақсатында, оларды уақытша тығындап, емді кейін қайта жалғастыруға болады.

MODERN METHODS OF MEDICO-MENTAL PROCESSING OF ROOT CANALS SYSTEM IN TREATMENT OF COMPLICATION FORMS OF CARIES

G. Kalendareva

Among the contemporary methods of the drug of the working of the system of root channels during the treatment of the complicated forms of caries, most promising is the deferred method of the treatment, when is conducted temporary root obturation for the purpose of the prolongation antiseptic action on the system of root channels.



Келимбердиев М.С.

ОЦЕНКА АУТОИММУННЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ФЕТАЛЬНЫХ КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени М.Оспанова

Учитывая, что одним из патогенетических факторов обуславливающих развитие сахарного диабета является развитие аутоиммунного процесса, нами были определены уровень аутоантител и циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови экспериментальных животных с аллоксановым диабетом.

При формировании экспериментальных серий основывались на использованных для введения ОКПЖ с учётом способа их приготовления. В частности были выделены 5 групп экспериментальных животных:

В первую группу (70крыс) вошли животные, которым на фоне аллоксанового диабета осуществляли внутрибрюшное введение ОКПЖ полученных при культивировании в питательной среде №1 в объёме 1,0 мл физиологического раствора в количестве 2x10⁶.

Во вторую группу (70крыс) были включены животные, которым на фоне аллоксанового диабета проводили внутрибрюшное введение ОКПЖ полученных при культивировании в питательной среде №2 в объёме 1,0 мл физиологического раствора в

количестве 2x10⁶.

Третью группу (50крыс) составили животные, которым на фоне аллоксанового диабета осуществляли внутрибрюшное введение ОКПЖ полученных после криоконсервации с 10% глицерином в объёме 1,0 мл физиологического раствора в количестве 2x10⁶.

Четвёртую группу (70крыс) составили животные, которым на фоне аллоксанового диабета внутрибрюшное вводили ОКПЖ полученные после криоконсервации с 10% диметилсульфаксидом (DMSO) в объёме 1,0 мл физиологического раствора в количестве 2x10⁶.

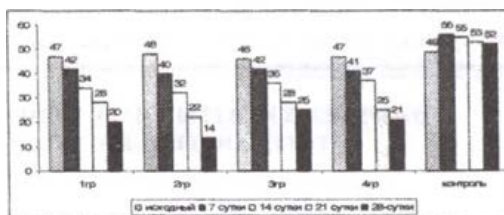


Рисунок 1. Динамика уровня аутоантител к островковым клеткам поджелудочной железы, после введения фетальных ОКПЖ

Пятая группа (70крыс) служила контролем. Модель аллоксанового диабета воспроизводилась без последующего введения фетальных ОКПЖ.

Исходный уровень аутоантител на момент введения фетальных клеток во всех группах колебался от 46 мг/% до 49 мг/%, при средних значениях 47,6±1,6 мг/%.

Динамика изменения уровня аутоантител к островковым клеткам поджелудочной железы представлены на рисунке 1.

Анализ изменения содержания в сыворотке крови экспериментальных животных антител к островковым клеткам ПЖ показал, что в первой группе животных после введения фетальных ОКПЖ к 28 сутки происходит снижение уровня АутоАт на 27 мг/% по сравнению с исходными данными. Во второй группе аналогичного уровня АутоАт достигают к 21-м суткам, а на 28-е снижаются на 36 мг/%. В третьей группе уменьшение уровня концентрации в сыворотке крови АутоАт на 21 мг/% достигается на 28-е сутки после введения фетальных ОКПЖ. В четвертой группе снижение уровня АутоАт на 22 мг/% происходит на 21-е сутки, а на 28-е снижаются на 36 мг/%.

Таким образом, применение фетальных ОКПЖ, вне зависимости от способа хранения в условиях *in vitro*, способствует снижению уровня сывороточных аутоантител к островковым клеткам поджелудочной железы. Однако следует отметить, что максимально положительный эффект достигается при использовании фетальных клеток после культивирования в культуральной среде №2 и криоконсервировании с применением 10% диметилсульфоксида.

Оценка количества циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови

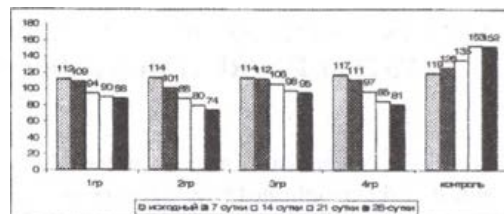


Рисунок 2. Динамика изменения уровня циркулирующих иммунных комплексов в группах экспериментальных животных (в у.е.)

экспериментальных животных, проведенная с помощью осаждения ПЭГ-6000 показала, что динамика уменьшения их концентрации аналогична динамике уменьшения АутоАт (рис. 2).

Анализ динамики изменения содержания в сыворотке крови экспериментальных животных циркулирующих иммунных комплексов показал, что в первой группе, после введения фетальных ОКПЖ к концу первого месяца после имплантации уровень ЦИК снижается на 12%, во второй группе на 36%, в третьей на 17%, в четвертой - на 31%. При этом следует подчеркнуть, что только у животных из второй группы произошла нормализация уровня ЦИК - 74 у.е (при норме 60-80 у.е). Следует так же отметить, что в контрольной группе за тот же период происходит увеличение уровня сывороточных ЦИК до 153 у.е.

Обобщая полученные результаты, можно утверждать, что применение фетальных островковых клеток поджелудочной железы, вне зависимости от вида хранения в условиях *in vitro*, снижает уровень проявления аутоиммунных реакций. Следует отметить, что максимальным иммунологическим эффектом обладают клетки полученные при культивировании в среде №2 и криоконсервировании с применением 10% диметилсульфоксида.

ТӘЖІРІБЕЛІК ҚАНТТЫ ДИАБЕТ КЕЗІНДЕ ҰЙҚЫ БЕЗІНІҢ ФЕТАЛДЫ ЖАСУШАСЫН ЕҢГІЗГЕННЕН КЕЙІН АУТОИММУНДЫ РЕАКЦИЯНЫ БАҒАЛАУ

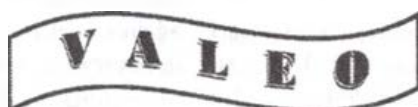
М.С. Келімбердиев

Қантты диабетінін дамуында аутоиммунды процесс себепші патогенді фактордың бірі болып есептеледі. Жұмыста аллоксанды диабетпен ауырған тәжірибелік жануардың қан сарысуында иммундык комплекстер және аутоантиденелер денгейі анықталды. Ұйқы безінің феталды аралшық жасушасын қолданғанда, *in vitro* жағдайдын сақтау түріне тәуелді емес, аутоиммунды реакция көрінісінің денгейін төмендетеді.

**ESTIMATION OF AUTOIMMUNE REACTIONS AT EXPERIMENTALE
DIABETUS MELLITUS AFTER INTRODUCTION OF FETAL PANCREATIC
CELLS**

Kelimbardiev M.S.

One of the pathogenetic factors contributing development of diabetes mellitus is considered to be a development of autoimmune process. We defined the level of autoantibodies and circulating immune complexes in blood serum of experimental animals with alloxanic diabetes. Application of fetal island pancreatic cells, despite of way of storage in vitro conditions, decreases the level of autoimmune reactions appearance.



Келимбердиев М.С., Засорин Б.В., Омарова К.П.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ
ФЕТАЛЬНЫХ ОСТРОВКОВЫХ КЛЕТОК
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ
ХРАНЕНИЯ IN VITRO**

*Западно-Казахстанский государственный медицинский университет
им. М.Оспанова*

Распространенность сахарного диабета стремительно увеличивается как в промышленно развитых странах, где она составляет 5-6 %, а так и в развивающихся странах и этнических меньшинствах. По данным ВОЗ в мире насчитывается около 100 млн. больных сахарным диабетом, причем ежегодно число больных увеличивается на 5-7%, а также 12-15 лет - удваивается. Так, согласно прогнозу экспертов ВОЗ, к 2010 году 215 миллионов людей в мире будут иметь сахарный диабет, а к 2020 году количество больных сахарным диабетом тип 2 составит 250 миллионов человек [1,2].

В государствах Центральной Азии количества больных диабетом составляет 350 тыс. человек. В Казахстане, согласно исследованиям Зельцера М.Е., истинная распространенность заболевания также выше регистрируемой в 2-5 раз [3,4].

Проблемы обеспечения стабильного

течения инсулинзависимого сахарного диабета (ИЗСД) и борьбы с вторичными осложнениями этого распространенного заболевания по-прежнему остаются весьма актуальными. В последние годы все большее распространение получают трансплантационные методы лечения ИЗСД: трансплантация поджелудочной железы на сосудистых связях и свободная трансплантация фетальных панкреатических островков (островковых клеток). В связи с этим, остро встает вопрос длительного хранения фетальных островковых клеток поджелудочной железы в условиях in vitro (5).

В нашей работе было проведено сравнения двух способов хранения - культивирование и криоконсервирование. Для культивирования были использованы две культуральные среды: среда №1 - основа синтетическая среда RPMI-1640 с добавлением антибиотиков, 20% медиаторов и инсулина (0,12 ед/мл); среда №2 - основа

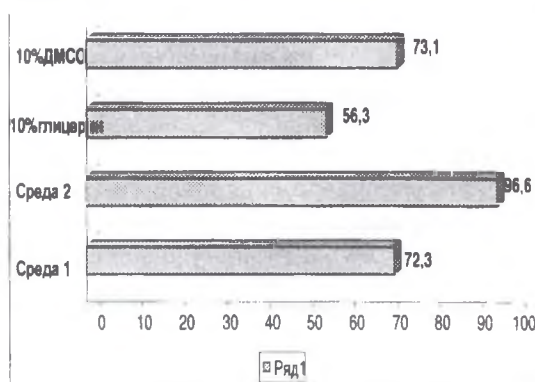


Рисунок 1. Сравнительная характеристика уровня жизнеспособности фетальных ОКПЖ при различных методах хранения в условиях *in vitro* (%)

синтетическая среда RPMI-1640 с добавлением антибиотиков, 25% эмбриональной телячьей сыворотки и инсулина (0,12 ед/мл). При криоконсервировании, так же, были использованы два варианта: первый - в присутствии криопротектора 10% - глицерина, второй - в присутствии криопротектора 10% DMSO.

Сравнительный анализ качества клеточного материала после культивирования *in vitro* и криоконсервирования показал, что в нативном препарате жизнеспособность клеток при криоконсервации с использованием в качестве криопротектора 10% глицерина, после удаления криопротектора, не превышала 56,3+3,4%. Жизнеспособность фетальных ОКПЖ после криоконсервирования с использованием в качестве криопротектора

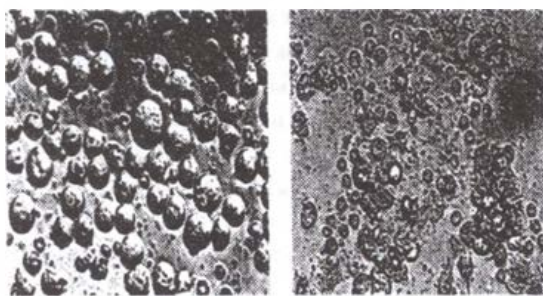


Рисунок 2. Нативный препарат фетальных ОКПЖ после культивирования в питательной среде №2 (А) и криоконсервации с использованием 10% диметилсульфоксида (Б).

10% диметилсульфоксида, после удаления криопротектора, в среднем составляла 73,1+4,2%.

Сравнительная характеристика уровня жизнеспособности испытанных методов хранения фетальных ОКПЖ в условиях *in vitro* представлена на рисунке 1.

Анализ полученных данных показал, что наиболее оптимальным является культивирование фетальных ОКПЖ в среде №2 с добавлением 25% ЭТС (96.6% жизнеспособных клеток), наименее эффективно криоконсервирование в присутствии в качестве криопротектора 10% глицерина (56,3% жизнеспособных клеток). Количество жизнеспособных клеток при использовании в качестве криопротектора

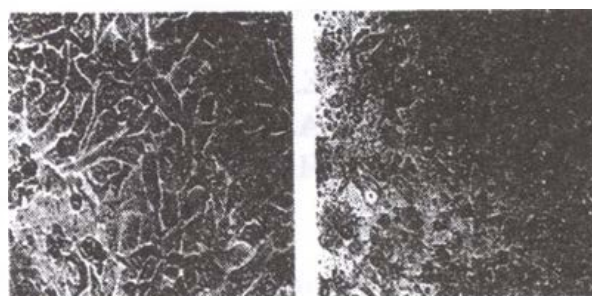


Рисунок 3. Нативный препарат фетальных ОКПЖ после культивирования в питательной среде №1 (В) и криоконсервации с использованием 10% глицерина (Г).

10% диметилсульфоксида и культивирование в среде №1 с добавлением 20% медиаторов достоверно не отличалось, и составляло, соответственно 73,1% и 72,3%.

Оценка качества фетальных ОКПЖ в фазово-контрастном микроскопе представлена на рисунках 2, 3.

Как видно из представленных данных фетальные ОКПЖ после культивирования в условиях *in vitro* в питательной среде №2 (рисунок 2А) сохраняют шаровидную форму, всё поле зрения занимают не разрушенные жизнеспособные клетки без морфологических отклонений. Жизнеспособные островковые клетки поджелудочной железы, после культивирования в условиях *in vitro* в питательной среде №1 в большинстве своём имеет веретенообразную форму (рисунок

ЗВ), в препарате выявляются отдельно лежащие ядра разрушенных клеток. Островковые клетки поджелудочной железы в нативном препарате, полученные после криоконсервирования с применением 10% диметилсульфоксида (рисунок 2Б) имеют шаровидную форму по размерам и количеству в поле зрения уступают клеткам, культивированным в питательной среде №2.

Это, вероятно обусловлено тем, что ростовые факторы, содержащиеся в ЭТС оказывают выраженное стимулирующее действие на ОКПЖ в условиях *in vitro*. Фетальные островковые клетки подвергшиеся криоконсервированию с использованием в качестве криопротектора 10% глицерина (рисунок 3Г) в нативном

препарате отличаются клеточным полиморфизмом, в препарате выявляется значительное количество без ядерных клеток и отдельно лежащих клеточных ядер.

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что оптимальными условиями для хранения островковых клеток фетальной поджелудочной железы является культивирование в среде с добавлением 25% ЭТС и криоконсервирование с использованием в качестве криопротектора 10% диметилсульфоксида. При указанных режимах жизнеспособность фетальных клеток поджелудочной железы оказалась максимальной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И.И., Шестакова М. В. Сахарный диабет. - Москва, 2003. - 455 С.
2. World Health Organization International Diabetes Federation Europe. Diabetes care and research in Europe: the St Vincent Declaration. // *Diabet Med.* - 1990. - Vol. 7. - P. 360.
3. Зельцер М. Е. Сахарный диабет в Казахстане как медико-социальная проблема. // *Здравоохранение Казахстана.* - 1994 г. - № 9. - С. 44-45.
4. Зельцер М. Е. Изучение эпидемиологии сахарного диабета в Казахстане. // *Материалы 1 конгресса диабетологов Центральной Азии.* - Алматы, 1994 г. - С. 4.
5. R. Paul Robertson. Islet Transplantation as a treatment for diabetes - a work in progress. - *A New Therapeutic Concept* // *N. Engl. J. Med.* - August, 7, 2003. - Vol. 350. - P. 694-705.

ҰЙҚЫ БЕЗІНІҢ ФЕТАЛДЫ ЖАСУШАСЫНЫҢ *IN VITRO* КЕЗІНДЕ ӘРТҮРЛІ САҚТАЛУ ЕРЕЖЕЛЕРІНДЕГІ ӨМІРГЕ БЕЙІМДІЛІГІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ БАҒАСЫ

М.С. Келімбердиев, Б.В. Засорин, К.П. Омарова

Біздің зерттеу жұмысымызда ұйқы безінің феталды жасушасы *in vitro* жағдайында дақылдандыру мен криоконсервирлендірудегі сақтаудың екі тәсілі бойынша салыстырулар жүргізілген болатын. Оптималды жағдайда дақылдандыру ортасына 25% эмбрионалды бұзау сарысуы қосылған және криоконсервирлендіру үшін 10% диметилсульфоксид криопротекторды қолдана отырып, жүргізілген зерттеулердің нәтижесі анықталған. Көрсетілген тәртіп бойынша ұйқы безінің феталды жасушасының өмірге бейімділігі жоғары болып шықты.

COMPARATIVE ESTIMATION OF LIFE-ACTIVITY OF FETAL CELLS OF PANCREAS AT DIFFERENT STORAGE *IN VITRO*

Kelimbardiev M.S., Zasorin B.V., Omarova K.P.

In our work the comparison of two methods of storage of fetal island cells of pancreas *in vitro* conditions such as cultivation and crioconservation was carried out. In the results of performed investigations it was states that optimal conditions are cultivation with addition of 25% of embrional cow serum and crioconservation with use as crioprotector of 10% of dimetilsulfoxide. In the defined regimes of life-activity of pancreatic fetal cells was maximal.

ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОГТЕЙ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

АО "Медицинский университет Астана"

Введение. Грибковые поражения ногтей (онихомикозы) относятся к наиболее распространенным дерматологическим заболеваниям [1,2]. Они встречаются у 10-15% населения, а среди лиц старше 60 лет - почти у 30%. По статистике грибковые заболевания ногтей выявляются у каждого пятого работника промышленного предприятия [3,4]. Они распространены, прежде всего, у шахтеров, рабочих металлургических заводов, химических производств, работников нефтяной и газовой отрасли, военнослужащих, персонала электростанций и других промышленных предприятий [5,6]. Предрасположенность к инфекции у работающих объясняется ношением специальной производственной обуви, посещением общих душевых и раздевалок, повышенным микро - и макротравматизмом, воздействием низких и высоких температур. Заражению способствуют также варикозное расширение вен нижних конечностей, вегетососудистая дистония, эндокринные и иммунные

нарушения [7,8]. Основным возбудителем онихомикозов по данным многочисленных авторов является *Tr. Rubrum* - 70-90% [9,10].

Цель исследования. Выявить частоту онихомикозов и установить эффективность системного антимикотика - тербизила в лечении грибковых заболеваний ногтей.

Материалы и методы. Проведено комплексное клиничко-лабораторное исследование 5154 тыс. работников горно-металлургического комплекса, объединяющий в себя "Донской горнообогатительный комбинат" г. Хромтау, (добыча и обогащение хромовой руды) и Аксуский завод ферросплавов (производство хромистых, марганцевых и кремнистых ферросплавов различного фракционного состава). На работников данного промышленного комплекса воздействует комплекс вредных факторов рабочей среды и трудового процесса [11,12]. Приоритетным фактором производственной среды на изучаемых предприятиях является пылевой, шумовибрационный, нервно-эмоциональное

Таблица 1. Распределение больных онихомикозом по форме и типу поражения

	Онихомикоз	
	Абс.	М±m.%
Форма поражения:		
Дистально – латеральная	473	83,4±1,2%
Поверхностная	58	10,2±1,3%
Проксимальная	9	1,6±0,5%
Тотально – дистрофическая	21	3,7±0,8%
Тип поражения:		
Гипертрофический	309	54,5±2,1%
Нормотрофический	220	38,8±2,0%
Атрофический	38	6,7±1,0%

напряжение, микроклимат рабочей среды, характеризующийся неоднородностью.

Результаты. В результате исследования было выявлено, что частота грибковой патологии на промышленном комплексе составляет $16,3\% \pm 0,5\%$. В клиническом спектре грибковых заболеваний значительно преобладал онихомикоз - $76,1 \pm 1,6\%$. По возрасту больные распределились следующим образом: от 20 до 29 - $10,0 \pm 1,1$, от 30-до 39 лет - $24,7 \pm 1,6$, от 40-49 лет - $24,1 \pm 1,6$, возрастная группа от 50 лет и старше занимала лидирующее положение - $26,0 \pm 1,6$. По мере увеличения производственного стажа достоверно увеличивалось число больных онихомикозом. $68,4 \pm 2,7\%$ работников имели стаж от 5 до 10 лет и более. Длительность заболевания характеризовалось хроническим течением от 5 до 10 лет. По формам поражения ногтей пластин - дистально-латеральная форма зарегистрирована у $83,4 \pm 1,2\%$, поверхностная форма - $10,2 \pm 1,3\%$, тотально-дистрофическая форма - $6,7 \pm 1,4\%$, проксимальная - $1,6 \pm 0,5$.

Диагноз онихомикоза был подтвержден микроскопическим методом, культуральным в 30%. Этиоструктура грибковых заболеваний включала возбудителей различных таксономических групп; дерматомицеты *Tr. spp* занимали $72,9 \pm 5,8\%$, из них $59,3 \pm 6,4\%$ приходилось на *Tr. rubrum*, *Tr. mentagrophytes var. Interdigitale* - $13,6 \pm 4,5\%$; дрожжеподобные грибы рода *Candida* $20,3 \pm 5,2\%$, плесневые грибы - $6,8 \pm 3,3\%$.

Для лечения применяли комбинированный метод. Из системных антимикотиков - тербизил. Препарат широкого спектра действия, принадлежащий к группе производных аллиламина. Фунгицидное действие тербизила обеспечивает эффективное общее и местное лечение микозов, вызванных дерматофитами.

Для изучения эффективности системного антимикотика была сформирована группа из 70 работников промышленного комплекса, средний возраст (годы) - $44,5 \pm 1,5$, средний стаж (годы) - $7,6 \pm 1,6$, в $95,2 \pm 1,4$ с дистально-латеральной формой поражения, среднее количество пораженных ногтей пластинок - 2,5, длительность заболевания $8,2 \pm 0,8$ лет. Культурально в 100% были обнаружены *Tr.*

Rubrum и *Tr. Mentagrophytes* в соотношении 4:1. Тербизил больные получали по 250 мг в день от 3 до 6 месяцев, длительность лечения зависела от распространенности и тяжести клинических проявлений. Прием препарата сочетали с местным применением крема тербизила 1% и механической чисткой ногтей пластин в течение всего курса лечения. Лечение проводилось под контролем клинического (общий анализ крови и мочи) и биохимического исследования крови (общий билирубин, АЛТ, АСТ). Прием препарата в течение 4 месяцев позволил достичь и клинического и этиологического излечения в 91,6 % больных, в 8,4% случаев курс лечения был продлен до 6 месяцев (при тотальном поражении ногтей пластинок, и при наличии сопутствующей патологии). Побочных явлений не наблюдалось, 7% больных отмечали тошноту, горечь во рту. Данные проявления наблюдались в течение короткого времени и не требовали отмены препарата.

После проведения контроля излеченности, для предотвращения реинфекции и рецидивов необходимо проведение профилактических мероприятий. Соответственно уровню профилактических мероприятий можно выделить личную (индивидуальную) профилактику и общественную, ставящую целью предотвратить распространение инфекции среди определенных производственных групп. Немаловажное значение имеет диспансерное наблюдение за контингентом. Диспансеризацию на предприятии осуществляет врач дермато-венеролог, основными задачами которого являются: раннее выявление и лечение больных, активное наблюдение за систематичностью антимикотического лечения и последующий контроль излеченности, проведение противозаразных и дезинфекционных мероприятий, санитарно- просветительная работа с больными и здоровыми работниками. Меры первичной личной профилактики включают личную гигиену, уход за ногтями, устранение или компенсацию факторов риска, профилактическое использование местных антимикотиков при посещении мест общего пользования, а также своевременное

выявление и излечение микоза стоп.

Выводы: Таким образом, на основании собственных наблюдений - высокая эффективность препарата и хорошая

переносимость, позволяет широко использовать системный антимикотик тербизил для лечения онихомикозов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кунакбаева Т.С. Микозы стоп в Казахстане (современные особенности клинического течения, терапия, профилактика): Автореф...д-ра мед. наук.-Алматы.- 2004.- 42с.
2. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. - М.: ООО "Бином - пресс". - 2003. - С.93-97.
3. Ахиллес-проект // Дерматология. Косметология. Сексопатология. Днепропетровск. - 2000. - № 1,3. -С. 19-21.
3. Коваленко Ю.Б. Особенности эпидемиологии, патогенеза, лечения и профилактики микоза стоп и экземы у работников предприятий черной металлургии. Автореферат диссертации кандидата медицинских наук. - М. - 1988. - С. 18.
4. Барабанов Л.Г., Калинина Т.В., Барабанов А.Л. Микозы стоп в практике врача-терапевта//Тезисы докладов второго съезда микологов России "Современная микология в России", Москва. - 2008. - С. 412-413.
5. Айзятупов Р.Ф., Борjak С.А., Юхименко В.В. Современные проблемы диспансеризации горнорабочих угольных шахт, больных микозом стоп // Журн. Дерматовенерол. И косметол. Им. Н.А. Торсуева.- 2003.-№ 1-2 (6).- С. 98-102.
6. Бельх О.А., Будумян Т.М., Базарный В.В., Потапов Л.В. Клинико-иммунологические особенности микозов стоп у больных, работающих в условиях виброопасного производств //ВДВ, 1999,1,
7. Абилкасимова Г.Е. Гигиена, ранняя диагностика и профилактика производственно обусловленных микозов стоп у шахтеров// Караганда Автореф. дисс. канд. мед. наук. - 2004. - С. 15.
8. Кунгурцева Н.Н., Гавриленко И.В. Микозы стоп у металлургов //ВДВ. 1995, 1, 58-59.
9. Сергеев А.Ю. Грибковые заболевания ногтей. Москва, "Медицина для всех". Национальная академия микологии.- 2001.- 231с.
10. Белоусова Т.А. Дерматофитии - актуальная проблема современной дерматологии // РМЖ . - 2003. - том 11. №17,- С. 17-19.
11. Олещенко А.М., Захаренков В.В., Суржиков Д.В., и соавторы Оценка риска заболеваемости рабочих угольных разрезов Кузбасса// Медицина труда. - 2006. - № 6. - С. 13-16. жизнедеятельности. - 2007. - № 10. - С. 9-13.
12. Светоносова Ю.С. Гигиена труда и здоровье рабочих угольных разрезов г. Новокузнецка // Гигиена труда и профпатология: Материалы XXXVIII науч.-практ. конф. - Новокузнецк, 2003. - С. 192-193.
13. Федоров С.М., Суколин Г.И., Степанова Ж.В., Селицкий Г.Д., Алчангян Л.В.. Особенности профилактики дерматомикозов // Вестник дерматологии и венерологии Москва. -1999.-№ 3. -С. 18-19.
14. Бучинский О.И., Мокина Е.В., Савченко Н.В., Сергеев Ю.В., Чернявская М.Г. Проблемы и перспективы терапии и профилактики микозов стоп и онихомикозов// Русский медицинский журнал. -2004.-№6.-С. 19-20.

ӨНЕРКӘСІП КӘСІПОРЫНДАРЫНДА ТЫРНАҚТАРДЫҢ САҢЫРАУҚҰЛАҚТЫ АУРУЛАРЫНЫҢ ТЕРАПИЯСЫ МЕН АЛДЫН АЛУЫ

Т.В. Котлярова

Өнеркәсіп кәсіпорындарында саңырауқұлақты аурулардың ішінде онихомикоз жиірек кездеседі. Жүйелі препарат тербизил үлкен нәтижелікті көрсеткендіктен, бұл препаратты онихомикоздардың емінде тағайындауға болады.

THERAPY AND PREVENTIVE MAINTENANCE OF FUNGOID DISEASES OF NAILS AT THE INDUSTRIAL ENTERPRISES

T.V.Kotljarova

In a clinical spectrum of fungoid diseases at the industrial enterprises considerably prevails onychomycosis. High efficiency, good shipping of Terbisisil allows to recommend widely this preparation for treatment of onychomycosis.



Пилипенко В.З., Ткачев В.А., Ямщикова Е.А., Сутюшева Г.Р., Елешева К.К.

ЛЯМБЛИОЗ: ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ И ВЫБОР ТЕРАПИИ

АО "Медицинский университет Астана"

Данные литературы [1], [2], [3] и наш немалый опыт свидетельствуют, что лечение лямблиоза (Л.) является задачей не менее трудной, чем его диагностика. При этом определенные сложности связаны с устойчивостью лямблий, с правильным подбором того или иного терапевтического средства, достаточно эффективного и, в то же время, обладающего наименьшим числом и меньшей выраженностью побочных эффектов. В связи с этим нет четких указаний на применение определенного препарата. Например, в 1950-1960-х годах нередко применялся акрихин. Кстати, один из авторов настоящей статьи в ту пору избавился от своего Л., при том довольно выраженного, благодаря именно акрихину, хотя, естественно, имел при этом лекарственную желтуху. Далее была эпоха аминохинола, затем фуразолидона. В последнее время врачи нередко назначают трихопол (метронидазол), тинидазол и другие.

Несмотря на кажущуюся доступность места обитания паразитов (верхний отдел тонкого кишечника) для действия того или иного лекарственного препарата, не всегда достигается должный результат, особенно если учесть, что существуют резистентные

к лечению лямблии. При этом следует учитывать, что указанные и им подобные химиопрепараты нередко дают те или иные побочные эффекты. Например, метронидазол, который на протяжении длительного времени был основным препаратом для лечения Л., у 15-30% больных вызывает тошноту, рвоту, боли в животе, металлический привкус, реже - головные боли, головокружение. а у отдельных больных - периферические neuropatii и даже судорожный синдром [2]. При этом эффективность препарата не превышала 70%. В последнее время особенно рекомендуется макмирор (нифуратель), как обладающий наибольшей активностью в отношении лямблий при наименьшем числе побочных свойств [1], [2]. Эффект лечения составляет 96,8%, число побочных результатов не более 2%.

С другой стороны, более шести лет назад мы заинтересовались возможностью применения в лечении паразитарных поражений органов пищеварения биологически активных добавок (БАД). К этому времени в литературе [4], [5], [6] уже появились первые сообщения об обнадеживающих результатах использования

БАД в лечении серьезного глистного заболевания - описторхоза. Далее, в итоге наших наблюдений появилась статья в печати [7], где указано на значительную эффективность применения в лечении описторхоза биологически активной добавки Паравей Плас (Paraway Plus) - Elmigone (Эльмиган) компании Enrich (Энрич) International.

Следующим и во многом параллельным этапом нашей работы явилось применение Elmigone в лечении Л.. Предваряя изложение результатов наших наблюдений, следует вкратце остановиться на значении и влиянии БАД на многие функции организма. Многие из БАД присутствуют в продуктах питания в равных, а иногда в более высоких дозах, чем дозы, применяемые в фармакопее [8]. Важно учитывать и то, что БАД обладают иммуноукрепляющим действием. [9]

В состав Elmigone входят активные ингредиенты растительного происхождения, где на первом месте стоит черный грецкий орех, его экстракт, обладающий мощным противопаразитарным действием. Далее следуют: семена тыквы, чеснок, гвоздика эффективно уничтожает личинки паразитов. Шалфей, горец, ромашка, фенхель действуют как дезинфицирующие и противовоспалительные средства. Корень горечавки, лист тимьяна, мяты и плоды черного перца влияют на желудочно-кишечный тракт. Также входящий в состав Elmigone пажитник оказывает легкое слабительное действие, хлорофилл улучшает работу кишечника, удаляет неприятный запах изо рта, выводит из организма токсины.

Итак, целью наших наблюдений явилось использование Elmigone в лечении Л.

Под наблюдением состояло 172 больных в возрасте от 15 до 50 лет. У большинства из них (134 чел.) был выражен гастроинтестинальный синдром, у 52-билиарный (преимущественно дискинезия желчевыводящих путей). У половины пациентов (87 чел.) отмечалась нейроциркуляторная дистония различных вариантов. Довольно часто констати-

ровались аллергические проявления в виде кожных высыпаний, дерматоза, зуда (79 больных).

У всех наблюдавшихся больных диагноз основывался на обнаружении лямблий (цист) в кале, на результатах дуоденального зондирования, реже иммуноферментного анализа крови (ИФА) и, конечно, на клинической картине данных ультразвукового исследования печени и поджелудочной железы, фиброгастроуденоскопии.

При назначении Elmigone учитывались возможные противопоказания к нему (эрозивные и язвенные процессы желудочно-кишечного тракта, обострения гастродуоденитов, желчекаменная болезнь, беременность, острый гломерулонефрит, диффузный токсический зоб, тиреотоксикоз).

При назначении лечения мы подробно знакомили пациентов с лечебными свойствами Elmigone. Терапию проводили поэтапно.

Первый этап (подготовительный) - продолжительность 10 дней. Цель - ускорение оттока желчи, очищение кишечника. Прием желчегонных (фиточай, аллохол, холосас, настой кукурузных рылец, в ряде случаев - простой тюбаж ("слепое зондирование") с 30% раствором сернокислой магнезии. При наличии обстипационного синдрома (запоры) назначали форлак по схеме.

Второй этап (противопаразитарное лечение). Больные принимали Elmigone (Эльмиган) первые 10 дней по капсуле утром и вечером, затем в течение 20 дней - по две капсулы утром, одну - днем и две вечером. Капсулы принимали за 20 минут до еды, запивая каждый раз стаканом воды.

Третий этап - улучшение оттока желчи, очищение кишечника. В течение 10 дней больные принимали желчегонные.

Должное значение придавалось диет-режиму. В рацион питания включались пектин-содержащие продукты в качестве естественных энтеросорбентов: рисовый отвар, вязкие каши, печеные яблоки, овощи, сухофрукты. Ограничивалось употребление сладких и мучных блюд, крепких мясных бульонов, острых и солёных изделий. Рекомендовалось обильное питье.

Тем больным, у которых имелись сопутствующие гастродуодениты в стадии обострения, тем более с эрозивно-язвенными изменениями, вначале проводилась терапия этих состояний до полной ремиссии, а затем уже противопаразитарное лечение. Аналогичным образом поступали и при обострении других заболеваний - холециститов, панкреатитов. Больным, страдающим калькулезным холециститом, рекомендовалась до лечения холецистэктомия.

В абсолютном большинстве своем пациенты хорошо переносили указанную противоямблиозную терапию. Лишь у отдельных больных отмечалось кратковременное и небольшое ухудшение самочувствия в виде дискомфорта в верхнем отделе живота, реже - ноющие боли, усиление кожных проявлений аллергии, что могло свидетельствовать о реакции организма вследствие разрушения, гибели паразитов с выделением из них токсинов, аллергенов. В таких случаях приходилось прибегать к кратковременным курсам применения антигистаминных препаратов.

Результаты. В итоге лечения установлено: у большинства больных (111 чел.) достигнуто значительное улучшение, существенное - у 49. Под значительным улучшением имелось в виду полное или почти полное исчезновение жалоб, под существенным - то же, но в несколько меньшей степени выраженности. Заметного улучшения самочувствия не наступило у 12 человек. Последнее могло свидетельствовать о неполной эрадикации лямблий или (что менее вероятно) о реинвазии.

Приведенные результаты можно считать хорошими или вполне удовлетворительными соответственно. Больным с отсутствием улучшения в процессе наблюдения была назначена коррекция лечения в отношении

имевшихся гепатобилиарных, гастродуоденальных и панкреальных нарушений. А 7 из них, у которых при повторных копрологических исследованиях были обнаружены цисты лямблий, была проведена химиотерапия - однократно назначен тинидазол в дозе 2 грамма, что позволило достигнуть улучшения.

Копрологический контроль в плане обнаружения паразитов был проведен через 2-3 месяца после лечения у 94 пациентов. При этом лямблии не обнаружены у 88 человек, единичные - у 6. Всем наблюдавшимся пациентам настоятельно рекомендовали пройти через 5-6 месяцев повторный курс антипаразитарной терапии под нашим наблюдением, даже при отрицательных результатах копрологического исследования, если имелись хотя бы минимальные клинические признаки патологии. Также предписывали продолжать диету, которая способствует созданию условий, тормозящих размножение лямблий, о составе которой указано выше.

Таким образом, применение Elmigone (Эльмиган) является довольно эффективным лечебным методом при Л. С другой стороны, данные выводы, разумеется, не должны являться альтернативой химиотерапии. На наш взгляд, тактика лечения лямблиоза должна быть умело гибкой. Целесообразно лечение начинать с применения БАД, в данном случае Эльмигана или хотя бы с его приближенного аналога Black Walnut (Блэк Волнат), экологически чистых и практически не обладающих побочными эффектами. И лишь в случаях недостаточного клинического результата и при повторном обнаружении лямблий после лечения с применением указанных БАД прибегать к лечению одним из химиопрепаратов (нифуратель (макмирор), тинидазол).

ЛИТЕРАТУРА

1. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Зайденварг Г.Е., Коробовы Н.Н., Катаева Л.А. Лямблиоз у детей: проблема диагностики и выбора терапии. - БОП. - том 6. - №2. - 2004.
2. Бельмер С.В. Лямблиоз у детей. - РМЖ. - Там 12. - №3. - 2004.
3. Кучеря Т.В., Макарова Т.А., Кочергина Е.А., Авдюхина Т.И. Лечение лямблиоза у детей в современных условиях: эффективность и выбор специфического препарата. - Мед.

- Паразитология и паразитарные болезни. - 2002. - №3. - с. 33-35.
4. Карбышева Н.В. Введение в частную микронутриентологию. Возможности использования пищевых фитонутриентов при описторхозе. - Новосибирск, 1990. - с.103-121.
5. Стрельцова Г.П. Энрич для всех. - Новосибирск, 1998. - с. 1-46.
6. Ермолова З.С., Плещев В.С., Ивакина Н.И. Пищевые добавки в профилактике и лечении описторхоза. - Астана, 1999.
7. Пилипенко В.З. К вопросу о применении некоторых пищевых добавок в лечении описторхоза // Здоровье и болезнь. - 2005. - № 3 (40). - с. 145-147.
8. Брехман И.И. Человек и биологические активные добавки. - М.,1980. - 120 с.
9. Шарманов Т.Ш. Механизмы влияния микронутриентов на иммунную систему человека. //В издании лекций "Введение в общую микронутриентологию (биологически активные добавки)" под ред. Ю.П. Гичева, Э. Огановой. - Новосибирск, 1998. - с. 157.

ЛЯМБЛИОЗ: ЕМДЕУ ТҮРЛЕРІ ЖӘНЕ МӘСЕЛЕЛЕРІ

*Пилипенко В.З., Ткачев В.А., Ямчикова Е.А., Сутюшева Г.Р.,
Аскарлова К.М., Елешева К.К.*

Бұл жұмыста, лямблиозбен ауыратын 172 наукастың нәтижелері көрсетілген. Анықталғандай бұл наукастарды емдеудің ең тиімді нәтижелі жолы, құрамы грек жаңғағынан дайындалған Эльмиган фитопрепараты екені анықталды. Тек толық жазылмаған жағдайда ғана қосымша химиялық дәрмек тинидазол немесе макмирор Нуфуратоль дәрілерін қолдану қажет.

LAMBLIOSIS: PROBLEMS OF TREATMENT AND CHOINS OF THERAPY

*Pilipenko V.Z., Tkachev V.A., Yamcheshikova E.A., Sutyusheva G.R.,
Askarova K.M., Elesheva K.K.*

The study describes the results of own observations for 172 patients with limbless. It was established that the best tactics in the treatment is usage of photorespirations in the beginning of treatment, particularly Eloigned which has in its content extract of black walnut. Only in the case of partial effectiveness of the last it is necessary to apply additionally chemical preparation - tinidazol or mackmiror.



А.И.Сапаров, А.Г.Төлегалиева, Б.Е.Сейдахметов, Қ.К.Ыдырышева, В.Г.Сазонов

БАЛАЛАР ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ОТАСЫНДА САЛЫСТЫРМАЛЫ ТҮРДЕ ОҢТАЙЛЫ АНЕСТЕЗИЯ ТӘСІЛІН ТАҢДАУ

АҚ "Ұлттық ана мен бала ғылыми орталығы" Астана қаласы

Өзектілігі. Өткен ғасырдың 80-ші жылдардың аяғында, 90-шы жылдардың басында, лапароскопиялық ота жылдам қарқынмен дамып, медицинада өзіндік сала болып қалыптасты. Эндовидеохирургиялық әдістерді абдоминалды отаға енгізу, анестезиолог мамандарынан анестезия әдістерін жетілдіруді талап ете бастады. Балалар лапароскопиялық отасында, карбоксиперитонеумге байланысты, анестезия тәсілдері түрлі техникалық қиыншылықтарға тіреледі. Осыған байланысты анестезиологтың алдында, гемодинамикалық көрсеткіштерге және қан құрамына, шағын мөлшерде әсер ететін анестезия тәсілін таңдау міндеті тұрады.

Зерттеу мақсаты. Осы жұмыстың нәтижесінде балалар лапароскопиялық отасында салыстырмалы оңтайлы, тиімді анестезия тәсілін таңдап, тұжырымдау.

Материал және зерттеу әдістері. Бұл жұмыс Астана қаласы "Ұлттық ана мен бала ғылыми" орталығында, 2007-2009 жылдар аралығында, 46 балаға жасалған лапароскопиялық ота қорытындылары бойынша жазылған. Лапароскопиялық ота құрсақ қуысы алдыңғы қабырғасының даму ақаулары, шап жарығы, крипторхизм, варикоцеле ақаулары бойынша 4 және 12 жас аралығындағы (орташа 9.8 ± 3.8 жас), орташа салмақтары $23,5 \pm 3,8$ кг балаларға жүргізілді. Лапароскопиялық ота шап жарығына- (19 бала), варикоцеле-(17 бала), крипторхизм-(10 бала) жүргізілді. Ер балалар саны-31(67%), қыз балалар саны -15(33%). Лапароскопиялық отаның орташа уақыты 60 ± 8.0 мин. Барлық балалар анестезия тәсіліне байланысты екі топқа бөлінді. Бірінші топ жалпы ингаляциялық анестезиясы төменгі ағымда изофлюран және севофлюранды қолданып (n=25 бала)

жүргізілсе, екінші топта жасанды өкпе вентиляциясына, қосымша көк тамырға пропофол 2.5 мг/кг және фентанил салумен (n=21 бала) жүргізілді. Бірінші топта жасанды өкпе вентиляциясын, газдардың төменгі ағымын 1 литр/мин, буландырғышта 2-2.5 айналым арқылы жүргізсек, екінші топта- гипервентиляция режимін қолдандық. Екі топта да демалыс соңында, оң мәнді қысым 2-4 см.су.бағ. режимі қолданылды. Анестезия тәсілін мына көрсеткіштерге қарап бағаладық: қан қысымы, жүрек соғысы, сатурация, жүрек индексі, қан құрамындағы көмір қышқылы мен оттегінің көрсеткіштері, тері қабатының түсі, аурудың ояну уақыты және экстубация жасалуы.

Нәтижелер және оларды талдау. Бірінші топтағы балаларда ота барысында орташа қан қысымы $15.3 \pm 2.4\%$ -ға көтерілді, бұл көрсеткіш ота соңында қалпына келді, орташа 100/55 мм.рт.ст. Қан қысымының артуы ота кезінде, перитонеум әдісін жасағаннан кейін байқалды. Құрсақ қуысына жіберілген газдың, аортаны және күре тамырларды басып, шеткі тіндерде қан айналымының баяулауына әкеліп соғады. Жүрек соғысы индексінің орташа көрсеткіштері ота барысында бірқалыпты болды. Екінші топтағы балаларда индукция және негізгі анестезия кезінде орташа қан қысымының $9.4 \pm 2.6\%$ -ға төмендеуі байқалды. ол пропофолдың гемодинамикаға гипотензивті әсерімен түсіндіріледі. Екі топтың балаларының гемодинамикалық көрсеткіштерін салыстыра келе, бірінші топ балаларына изофлюран мен севофлюранды қолдана отырып жүргізілген төменгі ағымдағы анестезия тәсілі, қан айналым системасына аз мөлшерде әсер ететіне көз жеткіздік. Екі топтың балаларында PaO_2 және SpO_2 көрсеткіштері ота барысында

қанағаттанарлық болды. Отаның соңына жақын екі топтың балаларының қан көрсеткіштерінде гипероксия белгілері сақталып, ота соңында қалпына келді. Құрсақ қуысына перитонеум жасалғаннан кейін, CO₂ газының, іштен абсорбциялануына байланысты, РаСО₂ көрсеткіштерінің екі топтың балаларында, аздаған деңгейге 10-15%-ға көтерілгенін байқадық. Демалыс көлемінің көрсеткіштері, ота барысында екі топта да бірқалыпты болды. РаО₂, SpO₂ көрсеткіштерінің бірқалыпты болу себебін, демалыс соңында оң мәнді қысым режимін пайдалану арқылы қол жеткізгендігімізбен түсіндіреміз. Бірінші топтағы балаларда, ота соңында өздігінен демалуы ерте қалпына келіп экстубация жасалса, екінші топтағы балаларда демалыстарының қалпына келуі сәл кешеуілдеп, экстубация кешірек жасалды.

Қорытынды: Балалар лапароскопиялық отасында изофлюран мен севофлюранды қолданып, төменгі ағымда жүргізілген анестезия, гемодинамикалық көрсеткіштерге аз мөлшерде әсер етуімен, анестезияны жақсы басқаруға қол жеткізілуімен ерекшеленеді.

Балалар лапароскопиялық отасында жасанды өкпе вентиляциясын, демалыс соңында оң мәнді режиммен жүргізу, перитонеум кезінде организмдегі газалмасу процесін бірқалыпты ұстауға ықпалын тигізеді.

Тұжырым. Балалар лапароскопиялық отасында, анестезия тәсілін таңдауда, төменгі ағымда севофлюран және изофлюран анестетиктерінің, гемодинамика мен газ алмасуға оңай әсер етуімен бірге, жеңіл басқарылуының тиімді екенін байқаймыз.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Спенс А. Ведущие подходы к анестезии на низком потоке. // В кн.: Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии (освежающий курс лекций). Архангельск, 1998. с. 62 - 69.
2. Corcoran T. Target - controlled infusion of propofol before aortic cross clamp release reduces myocardial reperfusion injury // Abstracts of 11th European Congress of Anesthesiology (Florence (Italy)). - *Minerva Anesthesiologica*. - 2001. - Vol.67, suppl.1. - №5. - P. 275.
3. Baum J. Low Flow Anesthesia. // Butterworth-Heinemann, 1996.
4. Сидоров В. А. Михельсон В. А., Цытин Л. Е. Гребенников В. А. Ингаляционная анестезия с минимальным и низким газотоком у детей: обзор литературы. // *Вестник интенсивной терапии*, 2005. - № 4. - С. 42-46.
5. Сидоров В. А. Михельсон В. А. Цытин Л. Е. Гребенников В. А. Индукция галогенсодержащими анестетиками у детей. // *Анестезиология и реаниматология*, 2006. - № 1. - С. 18-22.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЫБОРА МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

А.И.Сапаров, А.Г.Тулгалиева, Б.Е.Сейдахметов, К.К.Ыдырышева,
В.Г.Сазонов

Проведение низкотоочной анестезии анестетиками изофлюран и севофлюраном при лапароскопических операциях у детей, отличается минимальным воздействием на гемодинамику и хорошей управляемостью анестезией.

CHOICE OF GENERAL ANESTHESIA METHOD DURING LAPAROSCOPIC SURGERY IN CHILDREN

A.I.Saparov, A.G.Tulegalieva, B.E.Seidagmetov, C.C.Ydyrygheba, B.G.Sazonov

Aim of our research was: to find the optimal method of anesthetic management during laparoscopic surgery in children. We came to conclusion that inhalation anesthesia by isofluran and sevofluran with low-flow technology is optimal and secure; and this method can be using in pediatric care.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ОСЛОЖНЕННЫЙ РЕНОПАРЕНХИМАТОЗНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

АО "Медицинский университет Астана"

Хронические заболевания почечной паренхимы являются наиболее частой причиной симптоматической артериальной гипертензии (АГ). Так, симптоматическая АГ отмечается более чем у 50 % больных с острым и хроническим гломерулонефритом, хроническим пиелонефритом (ХП), диабетической нефропатией и поликистозом почек и закономерно развивается при хронической почечной недостаточности (ХПН) независимо от ее причины. Из всех нефрологических заболеваний хронический пиелонефрит занимает лидирующее место в структуре почечной патологии [1,2]. Присоединение артериальной гипертензии существенно ухудшает течение и прогноз почечного заболевания [3,4,5]. Артериальная гипертензия осложняет течение ХП очень часто, так частота АГ у больных ХП достигает 50-70%: на ранних стадиях составляет 15-25%, а на поздних 70% [3,6]. В большей частоте хронический пиелонефрит протекает латентно проявляясь АГ, которая возникает обычно при значительном уменьшении массы функционирующей паренхимы и развитии нефросклероза [1,2]. При хроническом пиелонефрите АГ, как правило, обусловлена почечной ишемией, вследствие прогрессирующего склероза интерстициальной ткани почки, поражения сосудов, оплетающих канальцевый аппарат и нарушения внутрипочечного кровотока [7]. Двусторонний ХП чаще осложняется гипертензией, чем односторонний. Степень поражения почек при двухстороннем ХП неодинаковая [6]. У больных с латентной формой пиелонефрита гипертензия обнаруживается у 10-30% больных, при рецидивирующем течении - у 50%, при активном течении воспаления у 80%

обследованных [3]. Однако имеются работы, ставящие под сомнение эту взаимосвязь [8]. Заподозрить пиелонефритический генез АГ позволяет интермиттирующий характер повышения АД на ранних стадиях заболевания, связанный с обострениями пиелонефрита, которые проявляются познабливанием, дизурией, олигурией, одутловатостью лица, субфебрилитетом, воспалительными сдвигами в крови и моче. Постепенно артериальная гипертензия становится стойкой, отмечается высокий уровень диастолического АД. При ХП осложненном артериальной гипертензией с сохранной функцией почек наблюдаются те или иные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, так частота дистрофии миокарда отмечалась у 10,5%, гипертрофия отделов сердца у 15,8%, нарушения коронарного кровообращения у 13,9%, а частота случаев недостаточности кровообращения различной степени выраженности у 20,0% обследованных лиц [9].

В патогенезе ренопаренхиматозной АГ выделяют несколько механизмов, главными из которых являются нарушение водно-электролитного баланса, активация прессорных гормональных систем и угнетение депрессорных [10, 11,12,]. Снижение массы действующих нефронов в результате поражения паренхимы почек тем или иным патологическим процессом приводит к задержке натрия и воды в организме за счет снижения фильтрации натрия и усиления его реабсорбции. Это ведет к гипергидратации, гипervолемии, повышению сердечного выброса и развитию артериальной гипертензии. Поражение внутри почечных сосудов вследствие склеротических изменений паренхимы при

ХП или отека интерстициальной ткани вследствие воспалительного процесса (инфекционного) может послужить пусковым моментом к активации прессорных гормональных систем, в первую очередь ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Вместе с тем возникает дисрегуляция влияния таких депрессорных систем, как сосудорасширяющие простагландины, калликреин-кининовая система и эндотелийрелаксирующий фактор - оксид азота (NO). Это связано, главным образом, с недостаточным синтезом указанных депрессорных факторов пораженной паренхимой почек [13,14]. Таким образом, под действием бактериального эндотоксина и клеток воспалительного инфильтрата при ХП развиваются дистрофические и некротические изменения интерстициальных клеток мозгового вещества, канальцев и собирательных трубок, что сопровождается повреждением депрессорной системы почек и определяет развитие АГ [15].

У больных ХП имеется зависимость между выраженностью нефросклеротического процесса и уровнем артериального давления; при уменьшении размера почек - частота и выраженность АГ повышаются [3]. Ремоделирование почечного тубулоинтерстиция, подразумевающее прогрессирование воспаления и фиброза - один из факторов, определяющих необратимую утрату функции почек при хроническом пиелонефрите. Выраженность ремоделирования тубулоинтерстиция коррелирует с темпом ухудшения функции почек, и, следовательно, может рассматриваться как независимый предвестник прогрессирования ХПН. Установлено, что стойкая и высокая АГ и протеинурия - факторы высокого риска формирования почечной недостаточности [16].

Исходом длительно текущих заболеваний почек является нефросклероз с возникновением ХПН [16,17]. Факторы, играющие важную роль в прогрессировании всех форм почечной патологии: иммунный, уродинамический, гиперфильтрационный, инфекционный, метаболический, гемодинамический, гиперкоагуляционных нарушений, гипертонический, протеинурический [18,19].

Так, АГ при хроническом пиелонефрите - это один из значимых факторов прогноза заболевания. Вследствие преобразования системной гипертензии и воздействия ангиотензина II происходит изменение тонуса артериол с развитием внутриклубочковой гипертензии и гиперфильтрации, что способствует прогрессированию заболевания [20].

В последние годы большое внимание уделяется методам торможения прогрессирования заболеваний почек, приводящих к ХПН, поскольку ни один из существующих методов заместительной терапии не позволяет полностью компенсировать обменные нарушения, связанные с потерей функции почками. По рекомендациям Объединенного национального комитета США по оценке и лечению АГ VI пересмотра (JNC VI, 1997) - целевой уровень АД у больных с хроническими заболеваниями почек должен быть менее 130/85 мм.рт.ст [17]. Если АГ обусловлена односторонним ХП, то единственным способом лечения является нефрэктомия при условии, что функция противоположной почки не нарушена. Однако не всегда удается установить этиологическую связь между пиелонефритом и гипертензией, и решиться на нефрэктомию в начальных стадиях пиелонефрита нелегко. Стойкая нормализация АД после операции наступает у 60-65 % больных, значительное снижение его, а также эффект от гипотензивных препаратов отмечается у 20 % оперированных [9]. Лечение АГ, вызванной двусторонним ХП, - задача, до настоящего времени не решенная. Тем не менее, гипотензивную терапию необходимо сочетать с лечением пиелонефрита, улучшать кровообращение пиелонефритической почки путем периферической ее реваскуляризации [1,2,13]. Строгий контроль артериального давления при хроническом пиелонефрите уменьшает прогрессирование заболевания, нефропротективная стратегия предусматривает антигипертензивную терапию при ХП с ренопаренхиматозной артериальной гипертензией как основу предупреждения почечной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калугина Г.В., Клушанцева М.С., Шехаб Л.Ф. Хронический пиелонефрит. - М.: Медицина. - 1993. - 240с.
2. Тиктинский О.Л., Калинина С.Н. Пиелонефриты. - М.: Медицина. - 2009. - 256с.
3. Рябов С.И. Нефрология: Руководство для врачей. - СПб.: СпецЛит. - 2009. - 672 с.
4. Каражанова Л.К. Лечение почечной гипертензии// Семейный врач. - 2001, №3. - С.4-10.
5. Лучанинова В.Н., Агапова Е.Г. Механизмы формирования артериальной гипертензии при хроническом пиелонефрите у детей и подростков. Клинические и экспериментальные исследования. - Владивосток: Дальнаука. - 2003. - 220 с.
6. Хирманов В.Н. Артериальная гипертензия у больных хроническим пиелонефритом // Тер.архив. - 1982, №7. - С.118-120.
7. Альмухамбетова Р.К. Артериальная гипертензия и почки// Медицина. - 2005. №5. - С.81-83.
8. Heptinstall R.H. Hypertension: Mechanisms and Management. Ed.G.Onesti et al. New York. - 2009. - P.693-695.
9. Robert W. Schrier Diseases of the Kidney and Urinary Tract: Clinicopathologic Foundations of Medicine, New York. - 2009. - p 450.
10. Яцык С.П. Патогенез хронического обструктивного пиелонефрита у детей и подростков М.: Медицина. - 2008. - 350с.
11. Есилевский Ю.М. Патогенез пиелонефрита.- М.: Медицина. - 2007. - 368с.
12. Кутырина И.М. Патогенез почечной артериальной гипертензии// Врач. - 2004, №10. - С.14-15.
13. Абрарова Э.Р., Косорукова Н.Н. Некоторые вопросы лечения нефрогенной артериальной гипертензии // Тер.архив. - 1996, №6. - С.77-82.
14. Раков С.С. Нарушение почечной гемодинамики как основной фактор прогрессирования гипертонической болезни// Клиническая лабораторная диагностика. - 2002, №4. - С.3-7.
15. Guyton A.C., Coleman T.G., Cowley A.W. et al. Arterial pressure regulation: overriding dominance of the kidneys in long-term regulation in hypertension // "American Journal of Medicine" - 2007- Vol. 52., p. 584-594;
16. Кутырина И.М. Современные аспекты патогенеза почечной артериальной гипертензии" // Нефрология.- 2000, №. 1, С. 112-115;
17. Тареева Е.М. Клиническая нефрология: Руководство для врачей. - М.: Медицина. - 2008. - 688 с.
18. Беркинбаев С.Ф. Хроническая почечная недостаточность при различных поражениях почек// Материалы международной научно-практической конференции "Почечная недостаточность. Современные методы лечения у взрослых и детей". - Алматы, 2000. - С.63.
19. Канатбаева А.Б. Гемодинамические механизмы прогрессирования ХПН// Материалы международной научно-практической конференции "Почечная недостаточность. Современные методы лечения у взрослых и детей". - Алматы, 2000. - С.41-42.
20. Сура В.В., Борисов И.А., Гордеев А.В., Камаева О.И. О факторах прогрессирования патологии почек и принципиальных возможностях воздействия на них // Тер.архив. - 1998, №12.- С.5-8.

РЕНОПАРЕНХИМАТОЗДЫ АРТЕРИЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯМЕН АСҚЫНҒАН СОЗЫЛМАЛЫ ПИЕЛОНЕФРИТ

Сарсенова С.В., Асқарова Қ.М., Омралина Э. Т., Аренова С. Д., Айтпаева Е. Ж.

Нефрологиялық аурулардың ішінде созылмалы пиелонефрит бүйрек патологиясы құрылымында басты орынды алады. Артериалды гипертензияның қосылуы бүйрек ауруының ағымын және болжамын нашарлатады. Созылмалы пиелонефрит кезінде артериалды қысымды қатаң бақылау аурудың өршуін азайтады.

CHRONIC PYELONEPHRITIS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Sarsenova S.V., Askarova K. M., Omralina E.T., Arenova S. D.,

Aitpaeva E.G.

Arterial hypertension accompany impairs. The course and prognosis of chronic pyelonephritis substantially. Strict control of arterial pressure in chronic pyelonephritis decocases progress of disease and chronic kidney insufficiency.



Батпенев Н.Ж., Нәбиев Е.Н., Рахимов С.К., Әшімов Қ.Ж., Досмаилов Б., Байдалин Т.Т., Жылқыбақов Ә.К., Шалов Е.Д., Молдагельдинов Е.К

**БҰҒАНАНЫҢ АКРОМИОНДЫҚ БӨЛІГІНІҢ ШЫҒУЫ МЕН
СЫНЫП-ШЫҒУЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДЕГІ
БІЗДІҢ ТӘЖІРИБЕМІЗ ТРАВМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ
ОРТОПЕДИЯ ҒЫЛЫМИ-ЗЕРТТЕУ ИНСТИТУТЫ**

"Астана медицина университеті" АҚ Астана қ.

Кіріспе. Иық белдеуінің жиі кездесетін жаракатына бұғананың акромиондық бөлігінің шығуы және шығып-сынуы жатады. Әр түрлі мағлұматтарға сүйенсек, олар барлық қаңқа сүйектерінің шығуларының ішінде 5%дан 26.1%-ға дейін кездеседі [1,2,3,4,5,6,7,8,9].

Бұғананың акромиондық бөлігінің шығып-сынуы едәуір сирек кездеседі.

Көптеген зерттеушілер осы анатомиялық аймаққа зерттеу жүргізгеніне карамастан, аталған зақымдануды диагностикалау және емдеу сұрақтарында әлі де шешімін таппаған сұрақтар терең ғылыми-зерттеулерді жалғастыруды қажет етеді [10,11,12].

Осы патологияны емдеу мәселесі бүгінгі күні толық шешімін тапты деп айту әлі ертерек. Акромион-бұғана буынының шығуын емдеуде 200-ден артық операциялық және консервативті әдістері белгілі. Жоғарыдағы айтылғандардың бәрі белгілі емдеу әдістерінің нәтижелері мамандарды толық қанағаттандырмайтынын көрсетеді.

Әдебиеттердегі мағлұматтар осы жаракатты емдеуде авторлардың ұсынған әдістері мен тәсілдері біріне-бірі карама-қайшы келетінін көрсетті. Біреулер консервативті емді ұсынса, екіншілері операциялық әдістерді қолдады. Науқасқа операциялық ем жасағанда бұғананың жылжу варианттары және бұғана-құстұмсық байламының рөлі есепке алынбай, ұзақ иммобилизациялау функциональды емнің нәтижесін нашарлатты [13,14].

Материалдар мен әдістер: Бұғананың акромионды бөлігінің сынуы мен сынып-шығуы бар 175 науқастың ішінде 100 науқас бақылау тобын құрастырды, олар белгілі емдеу әдістерімен емделді. Яғни сынған жерге новокаин ертіндісімен блокада жасалыннан кейін науқасқа уақытша жұмсақ таңғыш салынып, операция дайындалды. Науқастырың шыққан бұғанасы белгілі бекіткіштермен бекітілді. Операциядан кейінгі кезеңде егер сым темір қолданып емделсе зақымданған мүше Дезо 3-4 апта

бойы иммобилизацияланды, ал Цих аппараты салынса қолды орамалмен бекітілді. Сонымен қатар иық белдеуіне емдеу-жаттығу гимнастикасы, массаж, физио жылу емдері тағайындалды.

Негізгі топтағы науқастарда (75 науқас) шыққан бұғананы остеосинтездеу және науқастарды операциядан кейін реабилитациялау шаралары өзіміз клиникада құрастырған құрылғылар мен тәсілдер арқылы жүзеге асырылды.

Науқастың арасында ер адамдардың саны 84,7% болса, әйел адамдардың саны - 15,3% болды. Науқастардың арасында ер адамдардың (84,7%) саны басым болады. Ер адамдарда осындай жаракаттың жиі кездесуі олардың жол-көлік апаттарынан болған жаракаттарға жиі ұшырауымен байланысты.

Науқастар әлеуметтік дәрежесі бойынша төмендегідей топтастырылды: жұмысшылар - 45,2%, қызметкерлер - 24,6%, зейнеткерлер - 5,1%, жоғарғы және орта оқу орындарында оқитын оқушылар - 25,1%. Жаракат алғандар арасында көбіне еңбекке жарамды жастағылар, бұл әдеби мағлұматтарға да сәйкес келеді.

Жаракат себептеріне сараптама жүргізсек науқастар жаракаттарды көбінесе тұрмыста (44,0%) және көшеде орын алғанын көреміз (34,4%). Жол-көлік апатынанан болған жаракаттың сан мөлшері 18,0% болса, ең төменгі жаракаттар саны өндірісте (3,6%) байқалды.

Науқастардың арнайы көмекке келіп қаралу мерзімдеріне жүргізілген сарапатамада, алғашқы тәулікте келіп қаралған бақылау тобындағы науқастардың саны негізгі топтағы науқастарға қарағанда жоғары болды. Оларды бір-бірімен салыстыру мүмкін деп санаймыз

Негізгі топтағы 75 науқаста бұғананы остеосинтездеуде клиникада құрастырылған құрылғылар қолданылды (№12149 3.09.2002ж. және № 14262 13.03.04 жылдары берілген ҚР алдын ала патенттері). Бақылау тобындағы 100 науқастарда остеосинтездеуде 41(24,6%) науқаста Цих аппараты қолданды, ал 59 (32,0%) науқаста сым темірлермен остеосинтездеу пайдаланды.

Операциядан кейінгі кезеңде ауру

синдромын басу мен жұмсақ тіннің ісігін азайту мақсатында наркотикалық емес анальгетиктер, физиотерапиялық емшаралар тағайындалады (магнитті өрісті қабылдау, УЖЖ).

2-3 күннен кейін науқастардың зақымданған иық буынында енжарлы (пассивті) қимылды ерте кезеңде қалпына келтіру мақсатында арнайы құрылғы құрастырылып (№463/2002 21.03.2002ж. АқмолММА (БРИЗ) сараптама бюросы бекіткен өнертапқышқа берілген ұтымды ұсыныс куәлігі) негізгі топтағы науқаста қолданылды.

Сонымен қатар 4 аптадан кейін буын аймағындағы бұлшық еттерді нығайтатын жаттығулар тағайындалады. Осы мақсатта негізгі топтағы науқастарды оңалту үшін біз олардың иық буынындағы қозғалыстарды мөлшерлеп қалпына келтіру әдісін құрастырып күнделікті тәжірибеге енгіздік (21.05.08ж. №2008/0588.1 "Иық буынындағы қозғалысты мөлшерлеп қалпына келтіру" атты өтініш бойынша алдын ала патент беру туралы оң қаулы).

Нәтижелері және оларды талдау: Операциялық емнің кейінгі нәтижелері 1 жылдан 7 жыл аралығында 135 науқаста бағаланды.

Бақылау тобында: Цих аппаратымен емделген жалпы 41 науқастың 31-де емнің кейінгі (соңғы) нәтижелері сарапталды: жақсы нәтижелер 22 (71%) жағдайда, қанағаттанарлық 5 (16,1%), ал қанағаттанарлықсыз - 4 (12,9 %) науқаста байқалды. Қанағаттанарлықсыз нәтиже көбінесе иықтың ішке әкелуші контрактурасының дамуымен байланысты болды, олар 1 (3,2%) науқаста орын алды. 2 науқаста науқаста (6,4 %) шығудың рецидиві дамыса, 1 науқаста (3,2%) қабыну процесі байқалды.

Сым темірмен остеосинтез жасалған 59 науқастың 40-да емнің кейінгі (соңғы) нәтижелері сарапталды: жақсы нәтижелер 27 (67,5%) жағдайда, қанағаттанарлық 5(12,5%), ал қанағаттанарлықсыз - 8(20 %) науқаста байқалды. Қанағаттанарлықсыз нәтиже көбінесе иықтың ішке әкелуші контрактурасы мен буын артрозының дамуымен байланысты болды. олар 4 (10%)

наукаста орын алды. 3 наукаста наукаста (7,5 %) шығудың рецидиві мен конструкциялардың миграциясы дамыса, 1 наукаста (2,5%) кабыну процессі байқалды.

Негізгі топтағы 64 наукаста жақсы нәтежелер 54 (84,4%) жағдайда, қанағаттанарлық - 7 (11%), ал қанағаттанарлықсыз - 3 (4,6%) наукаста байқалды. Соның ішінде 2 (3,1%) наукаста шығудың рецидиві дамыса, 1 (1,5) наукаста кабыну процессі байқалды.

Қорыта келе айтатын болсақ, бұғананың акромиондық бөлігінің шығуын емдеуде өзіміз құрастырған құрылғылар мен оңалту тәсілдері патогенетикалық тұрғыда негізделген, құрылғылар буынды жабық түрде орнына салып, зақымданған буынның байламдары жазылғанша бұғананы тұрақты бекітеді және науқасқа функциональды ем жасауға жағдай туғызды.

ӘДЕБИЕТТЕР

- 1.Каюпов С.К. Оперативное лечение вывихов акромиального конца ключицы с созданием П-образной погружной акромиально-ключичной связки: Казахстан, г.Астана, 1998. -16 с.
- 2.Садырбаев К.С., Каюпов С.К., Ибраев Б.У., Абдрахманов К.Т., Жумабеков Б.Ж. Оперативное лечение перелома и переломо-вывиха акромиального конца ключицы // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии; (Материалы V научно-практической конференции травматологов и ортопедов Республики Казахстан). - Кокшетау. 1999. - с. 133
- 3.Уразгельдеев Р.З. Стабильно-функциональный остеосинтез аппаратами наружной фиксации при переломах и переломо-вывихах акромиального конца ключицы: Автореферат канд. дис...мед. наук - Москва, 1997. - С.19
- 4.Ганиев М.Х. Лечение вывихов акромиального конца ключицы: Автореферат. ...канд. мед. наук: - Махачкала, 2001 - С.18
- 5.Слободский А.Б. Оптимизация лечения пострадавших с переломами и вывихами ключицы методом чрескостного остеосинтеза // Материалы Всероссийской конференции.- Ленинск-Кузнецкий, 2002. - с. 217
- 6.Котельников Г.П., Стуколов В.С., Чернов А.П. Восстановительное лечение при травматических вывихах акромиального конца ключицы // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2003 - № 3. - с. 67-71.
- 7.Тяжелов А.А. Биомеханическое моделирование повреждений акромиально-ключичного соединения. Анализ лечебной тактики и новая классификация повреждений // Ортопедия, травматология и протезирование. 2003 - № 4. - с. 142-156
- 8.Тонких С.А. Комбинированный напряженный остеосинтез переломов ключицы: сравнительный анализ отдаленных результатов // Травматология и ортопедия России. 2004 - №1.- с. 10-15
- 9.Koka S.R., D" Arcy I.C. Inferior (subacromial) dislocation of the outer end of the clavicle // Injury. 1993. vol. 24, № 3.- P. 210-211
- 10.Rockwood C.A. He Shoulder: Facts, confusions, and Myths // Int Orthop. 1991.- vol. 15.- P. 401-405
- 11.Salvaraniel Ir. Fractured coracoid process in aeromioclavicular dislocation // Ann. int. Med. 1997.- vol. 127.- № 1.- P. 27-31
- 12.Кацукович И.И. Сравнительная оценка различных методов остеосинтеза при переломах ключицы // Проблемы травматологии и ортопедии. (Тезисы VI съезда травматологов и ортопедов прибалтийских республик). Таллин.- 1990.- т. 1.- с. 118-119
13. Сальников. 1980, Шерно К.М. Обоснование применения повязкой портупеи-1 для лечения вывихов наружного конца ключицы // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. 1980.- вып. 22.- с. 59-61
- 14.Барабань А.П. Комбинированный напряженный остеосинтез. Учебно-методическое пособие. 1992.- Благовещенск.- АмурЭКО. с. 69.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХОВ И ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХОВ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

*Батпенев Н.Ж., Набиев Е.Н., Рахимов С.К., Ашипов Қ.Д., Досмаилов Б., Байдалин Т.Т., Жылкибаков Ә.К.,
Шалов Е.Д., Молдагельдинов Е.К.*

В статье приведены отдаленные результаты оперативного лечения 175 больных с вывихами акромиального конца ключицы. У больных основной группы хорошие анатомо-функциональные результаты (95,4%) достигнуты в результате использования разработанных в клинике устройств и способов. Методика послеоперационного ведения обеспечила оптимальные условия для раннего функционального лечения больных.

OUR EXPERIENCE OF TREATMENT OF DISLOCATIONS AND DISLOCATION-FRACTURE OF THE ACROMIAL END OF THE CLAVICLE

In article the long-term results of operative treatment of 175 patients with dislocation of the acromial end of the clavicle are presented. At patients of the basic group good anatomic-functional results are reached as a result of use of the devices and ways developed in clinic. The technique of postoperative conducting has provided optimum conditions for early functional treatment of patients.



*А.И. Колос, В.П. Григоревский, А.Ш. Асабаев, Е.С. Урымбаев, Н.Н. Турсынбаев,
А.М. Орекешева, Б.А. Нуртаев*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ОБОИХ ЛЕГКИХ

Национальный научный медицинский центр, г. Астана

Альвеококкоз является самым опасным гельминтозом человека, характеризующимся прогрессирующим течением, первичным опухолевидным поражением печени с нередким метастазированием в головной мозг, легкие и в другие органы [1,2]. Клиническая картина при внепеченочных локализациях альвеококкоза бедна симптоматикой. Диагноз труден и в ряде случаев только гистологическое исследование уточняет истинную природу заболевания [3].

Основным методом лечения альвеококкоза является хирургический. Однако лечение сочетанных и обширных форм альвеококкоза представляется сложной проблемой хирургии, поскольку выполняются большие по объему травматичные вмешательства на

разных областях, что обуславливает высокий операционный риск и длительное пребывание больных в стационаре.

Нами приведен клинический случай успешного лечения сочетанного альвеококкоза печени и обоих легких с использованием малоинвазивных операций.

Больная Ш., 37 лет поступила 15.09.2009г. в плановом порядке в хирургическое отделение ННМЦ с жалобами на кашель с мокротой, боль в обеих половинах грудной клетки, одышку при малейшей физической нагрузке. Из анамнеза установлено, что болеет в течение 6 месяцев, когда при обследовании в Национальном диагностическом центре выявлен сочетанный эхинококкоз печени с множественным поражением внутренних

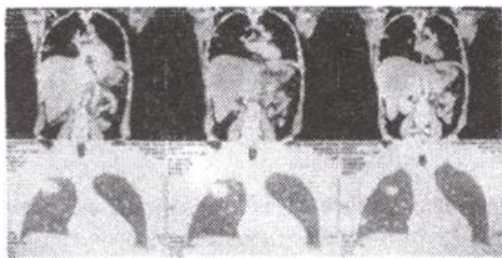


Рис. 1. КТ брюшного и грудного сегментов больной Ш., 37 лет от 27.03.2009г. всю левую долю печени занимает образование неправильной формы, с неровными и нечеткими контурами, неоднородной структуры за счет наличия кисты. В обеих долях легких полисегментарно преимущественно в нижних долях имеются фокусные образования округлой формы, с четкими контурами.

органов и обеих легких. По данным КТ грудного и абдоминального сегментов от 27.03.2009г.: всю левую долю печени занимает образование неправильной формы, с неровными и нечеткими контурами, размерами 15,0x8,0x10,0 см, неоднородной структуры за счет наличия кисты размерами 10,0x6,0 см. Заключение: КТ-картина образования левой доли печени (альвеококкоз). В обеих долях легких полисегментарно преимущественно в нижних долях фокусные образования округлой формы, с четкими контурами, размерами до 5,0 см. Заключение: множественный альвеококкоз обеих легких.

В апреле 2009г. в ННЦХ им. А.М. Сызганова пациентке произведен 1-й этап операции на органах брюшной полости. С

учетом обширного поражения произведена радикальная операция в объеме: срединная лапаротомия, правосторонняя гемигепатэктомия, адреналэктомия и холецистэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии, с рекомендацией повторной госпитализации для выполнения оперативного вмешательства на легких в специализированной клинике. В отдаленном периоде наблюдения по данным УЗИ рецидива заболевания в печени не отмечается.

На КТ грудного сегмента от 04.06.2009г. сохраняется в обеих долях легких полисегментарно преимущественно в нижних долях фокусные образования округлой формы, с четкими контурами. Некоторые из них неоднородной структуры за счет опорожнения и заполнения воздухом (Рис. 2). Просвет трахеи, главных и долевого бронхов прослеживаются. Заключение: КТ картина соответствует паразитарным кистам (альвеококкоз обеих легких).

После консультации торакального хирурга проф. Колоса А.И. пациентка направлена в хирургическое отделение ННМЦ для проведения второго этапа операции на органах грудной клетки. При поступлении сохраняется кашель с мокротой, боль в обеих половинах грудной клетки, одышка при малейшей физической нагрузке. Общее состояние удовлетворительное. Грудная клетка нормостеническая, в легких дыхание везикулярное, в нижних отделах ослабленное.

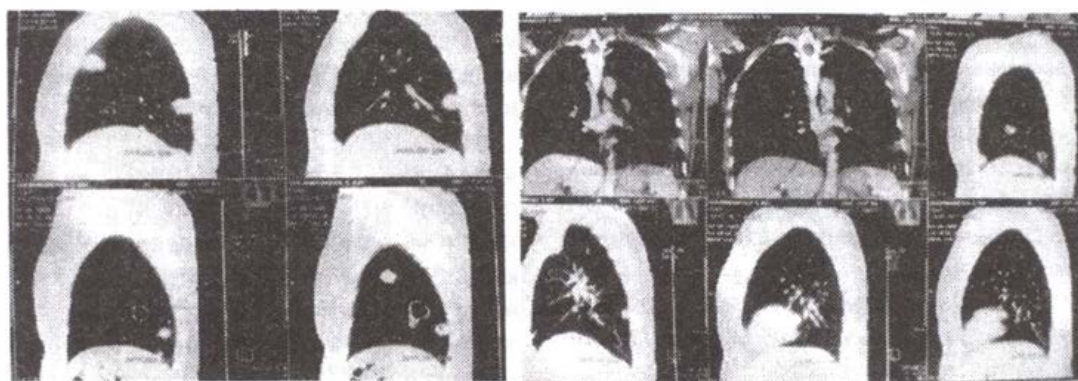


Рис. 2. КТ грудного сегмента больной Ш., 37 лет, от 04.06.2009г. сохраняется в обеих долях легких полисегментарно преимущественно в нижних долях фокусные образования округлой формы, с четкими контурами.

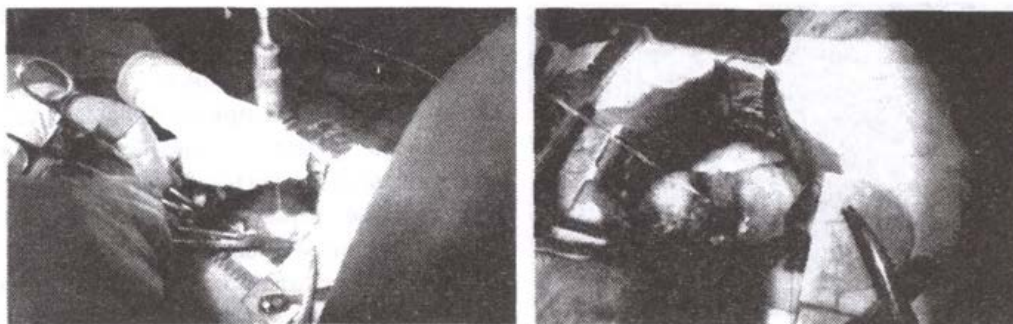


Рис. 4. Этап операции обработка остаточных полостей легких неодимовым лазером.

единичные проводные хрипы. На УЗИ брюшной полости от 17.09.2009г. заключение: диффузные изменения в паренхиме печени и поджелудочной железы. Ложе желчного пузыря без особенностей. Признаков резидуального альвеококка данной области нет. Спирометрия от 16.09.2009г. Заключение: нарушение функции внешнего дыхания нет, объемные характеристики в пределах нормы.

После дообследования и предоперационной подготовки 22.09.2009г., произведена операция: Одномоментная двусторонняя альвеококкэктомия легких из минидоступа с видеоассистированием и лазерной обработкой остаточных полостей.

Оперативное вмешательство проводилось из боковых миниторакотомных доступов с эндовидеоподдержкой.

1 этап - миниторакотомия справа в V



Рис. 3. Лазерная установка фирмы Dornier Medilas Fibertom 5100 (Германия).

межреберья. Интраоперационно установлено, что в верхней, средней и нижней долях правого легкого имеются фокусные образования округлой и неправильной формы, размерами от 2х2 см до 5х3,5 см, в нижней доле они располагаются близко друг - другу в виде конгломерата, занимая S7, S8, S9, S6, в средней доле S5 и в верхней S3. Поэтапно путем прецизионной техники и наложения аппарата УО-30, УО-60 всего было удалено 13 кист, которые были осложнены нагноением и пневмофиброзом. Образовавшиеся остаточные полости легких обработаны неодимовым лазером методом тунелирования в режиме "абляции" с шагом до 0.5см в стандартном режиме с мощностью лазерного пучка на выходе 15 ватт, продолжительностью действия 2-3 сек, с промежутком 2 сек, фирмы Dornier Medilas Fibertom 5100 (Германия) (рис. 3). Ушиты. Плевральная полость дренирована 2 силиконовыми дренажами.

2 этап - из левого бокового доступа миниторакотомия в VI межреберья. Пневмоторакс. Края раны разведены ранорасширителем. Ниже доступа в VII межреберье установлен торакопорт, через который в плевральную полость введена оптика подключенная к видеосистеме. Установлено, что в легком имеется 3 фокуса размерами 4х3см, 3,5х3,5см, 3х2см плотные спаянные с окружающей легочной тканью, висцеральной и париетальной плеврой. 2 кисты расположены в нижней доле (S6, S10) и 1 в верхней доле (S3). Прецизионно все кисты удалены, ложа также обработаны неодимовым лазером теми же параметрами, ушиты. Кисты из S6, S10 удалены через VII межреберье (Рис. 4).



Рис. 5. Гистологическая картина альвеококковых кист удаленных из легких.

Всего было удалено 18 кист, которые подвергнуты патоморфологическому исследованию.

Гистологическое исследование №13945-7 и

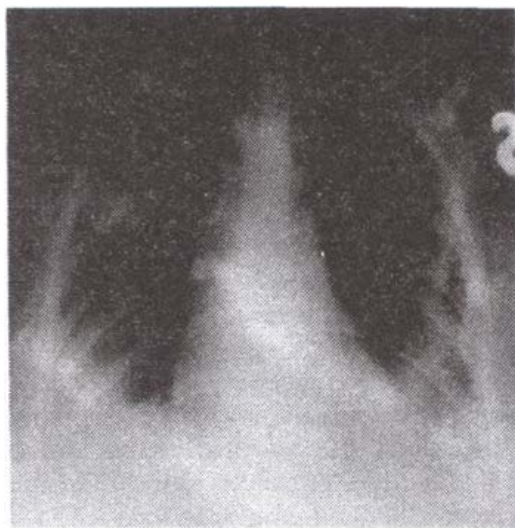


Рис. 6. Обзорная рентгенограмма органов клетки больной Ш., 37 лет, на 1-е сутки после операции. Оба легких расправлены, положение трубок оптимальное. Понижение прозрачности легочной ткани на месте ушитых остаточных полостей альвеококка.

№13948-54 от 23.09.2009г.: в препаратах легких - поля фибриноидного некроза ограниченные фиброзной стенкой с диффузной полиморфноклеточной (в т.ч.

гигантоклеточной) инфильтрацией, сколексами, расстройством кровообращения - стазы, тромбоз, полнокровие, сливающиеся кровоизлияния. В прилежащей легочной паренхиме отмечается эмфизема, склероз, ателектазы, очаговая продуктивная реакция. Заключение: Альвеококкоз осложненный воспалительным процессом (Рис. 5)

Операция проведена в условиях сочетанной анестезии с ИВЛ. С целью обеспечения дополнительного обезболивания во время операции и в послеоперационном периоде было катетеризовано эпидуральное пространство (ЭП) на уровне Th8-Th9. Интраоперационных осложнений хирургических и анестезиологических не наблюдалось, что позволило одномоментно удалить все кисты из обоих легких.

На обзорной рентгенографии грудной клетки от 23.09.2009 г. оба легких расправлены, положение трубок оптимальное. Понижение прозрачности легочной ткани на месте ушитых остаточных полостей альвеококка (Рис. 6).

На 2-е сутки после операции пациентка переведена в профильное отделение, общее состояние относительно удовлетворительное, дыхание спокойное, одышки нет. Дренажные трубки удалены на 6-е сутки после операции. На 10-е сутки после операции пациентка выписана на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии, с рекомендацией приема профилактического курса антипаразитарным препаратом альбендазолом (зентел).

Таким образом, разработка и внедрение малоинвазивных хирургических вмешательств, шадящих методик обработки тканей (применение неодимового лазера), позволило добиться радикальности в лечении сочетанного альвеококкоза, избежать рецидива, операционных осложнений и сократить сроки пребывания пациентки в хирургическом стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Б.И. Альперович. "Альвеококкоз и его лечение" // Москва "Медицина", 1972г.
2. Назыров Ф.Г. Диагностика и лечение двустороннего эхинококкоза легких // Хирургия им. Н.И. Пирогова. - 2002. - №5. - С. 16-20.
3. Третьяк С.И., Чудяков Т.М. Эхинококковые кисты печени: диагностика и лечение // Анналы хирургической гепатологии. - 2004, т.9. - №2. - С. 270.

**БАУЫР МЕН ЕКІЖАҚТЫ ӨКПЕ АЛЬВЕОКОККОЗЫ ҚОСАРЛАНА
КЕЗДЕСКЕН КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ**

*А.И. Колос, В.П. Григоревский, А.Ш. Асабаев, Е.С. Ұрымбаев, Н.Н. Тұрсынбаев,
А.М. Өрекешева, Б.А. Нұртаев*

Бауыр мен екіжақты өкпе альвеококкозы қосарлана кездескен көптеген альвеококкозды миниинвазивті хирургиялық әдіспен нәтижелі емдеу жөнінде клиникалық мысал келтірілді.

**THE CLINICAL INCIDENT COMBINED ALVEOCOCCUS LIVER
AND BOTH HUNGS**

A.I. Kolos, V.P. Grigorevsky, A.SH. Asabaev, E.S. Urymbaev, N.N. Tursynbaev, A.M. Orekesheva, B.A. Nurtaev

It is given clinical example successful surgeon treatment patient s with combined plural alveococcus. Was mode operation on the conserving combined plural alveococcus liver and both hungs with a help miniinvaring.



А.Б. Фурсов

**МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
БОЛЬНЫХ**

АО Медицинский университет "Астана", г. Астана

Введение. Предположение, что гастродуоденальный ulcerоз является наиболее частым проявлением хронической ишемической болезни органов пищеварения, является не совсем убедительным. До конца не понятно, каким образом острая и длительная гипоксия оказывает негативное воздействие на эпителий желудка (межклеточный отек) [1,2] и почему слизистая оболочка антрального отдела поражается чаще, чем тело и дно, что связано с особенностями ее васкуляризации и чувствительности к гипоксии [3,4]. Острые язвы, как и пептические язвы и эрозии развиваются у 10-40% больных с первых часов нахождения в отделении реанимации. В 14% они осложняются кровотечениями [5,6,7]. Летальность достигает у данных больных до 64% и выше (Гельфанд Б.В., Гурьянов В.А., Мартынов А.Н. и др.,

2005).[7]. Поэтому предупреждение эрозивно-язвенных изменений в ЖКТ является важной проблемой хирургии. Необходимо четкое понимание происходящих в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки патологических процессов, уровня микроциркуляторных нарушений и т.д.

Материалы и методы. В процессе исследования использовали неинвазивный способ изучения состояния микроциркуляции слизистой оболочки пищевода, желудка (Ж) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) - метод лазердоплерографической флуометрии (ЛДФ). Метод основывается на зондировании ткани монохроматическим излучением и последующей регистрации отраженного излучения от подвижных и неподвижных компонентов ткани. При изучении микроциркуляции слизистой верхних отделов ЖКТ руководствовались показателями

нормы и патологии: M , σ , KV , $A_{\max}CF1 / A_{\max}CF$, $A_{\max}HF1 / A_{\max}LF$ предложенные В.М. Темирбулатовым (2006) [8]. Исследования были выполнены до операции и в послеоперационном периоде у группы больных с высоким риском эрозивно-язвенного поражения слизистой ЖКТ. Группа риска сформирована в результате скрининга с помощью разработанной нами универсальной комплексной шкалы. Основная группа состояла из 262 пациентов оперированных по поводу различной абдоминальной экстренной патологии. Контрольная группа - 136 чел..

Результаты исследования. В момент поступления у экстренных больных с различной патологией при проведении ургентной эндоскопии выявлены сниженные показатели микроциркуляции во всех отделах пищевода. Максимальные отклонения от нормы оказались в группе больных с абдоминальными хирургическими заболеваниями. Например, показатели M у больных

с острой кишечной непроходимостью и тромбозом мезентериальных сосудов снижались до уровня 13,6. А интегрированный показатель ИЭМ - ниже 0,70. В целом же по результатам сопоставления данных среди поступивших с перфорациями, ранениями сосудов, ущемленными грыжами различной локализации, деструктивными панкреатитами и холециститами четких и достоверных отличий не выявлено. Основными критериями нарушения микроциркуляции, которые коррелировали с показателями, зарегистрированными на ЛДФ, оказались: тяжесть состояния, наличие кровотечения при поступлении, шок, индекс интоксикации, если пациент длительное время не обращался за медпомощью и доставлен с клиникой разлитого перитонита. С другой стороны все указанные больные при подсчете уровня риска по шкалам АРАСНЕ, SAPS, и в том числе по собственной универсальной шкале, попадают под

Таблица 1. Микроциркуляция при поверхностном эрозивном изменении слизистой оболочки пищевода (3 сутки после операции)

Показатель	Пищевод	Пищевод	Пищевод	Пищевод
	Верхняя треть	Средняя треть	Нижняя треть	Кардиальн. часть
M	14,5 ±1,2	14,5 ±1,2	15,6 ±1,2	14,0 ±1,2
σ	4,6 ±1,0	4,5 ±1,0	4,8 ±1,0	4,4 ±1,1
KV	18,6 ±1,8	17,6 ±1,8	18,6 ±1,8	18,2 ±0,6
$A_{\max}CF1 / A_{\max}CF$	0,265 ±0,05	0,265 ±0,05	0,365 ±0,05	0,333 ±0,17
$A_{\max}HF1 / A_{\max}LF$	0,626 ±0,06	0,626 ±0,06	0,526 ±0,06	0,503 ±0,08
ИЭМ	0,84	0,82	0,80	0,90

где, M -среднее арифметическое значений показателей микроциркуляции, σ – среднее квадратичное отклонения, KV - коэф. корреляции, $A_{\max}CF1 / A_{\max}CF$ - макс.амплитуда колебаний в диапазоне 50-90 в 1мин, $A_{\max}HF1 / A_{\max}LF$ - макс.амплитуда колебаний в диапазоне 12-24 в 1мин, ИЭМ – индексный показатель микроциркуляции.



ЛДФ исследование во время ФГДС у больного с острыми эрозиями пищевода. Участки ишемии чередуются с нарушениями микроциркуляции в области перехода пищевода в желудок (показано стрелками).

Рис. 1. Больной Ж., 45 лет. Д-з: Острый флегмонозный холецистит. Холангит. Перитонит. Послеоперационный период - 3 сутки.

категорию "группа риска развития эрозивно-язвенных повреждений слизистой верхних отделов ЖКТ". Причем корреляция тяжести перитонита, интоксикации, шока, кровотечения соответствовала прогнозу состояния в послеоперационном периоде, особенно в первые 3 суток. Выявленные

изменения микроциркуляции в пищеводе при эндоскопическом ЛДФ у больных группы риска представлены в таблице 1.

Важным параметром, характеризующим отклонение от нормы в данном случае, является показатель сигмы σ , который у больных с высоким риском эрозий и язвообразования снижен во всех отделах пищевода. Причем худший результат в кардиальной зоне - в области перехода в желудок - 4,4. Это характеризует временную изменчивость микроциркуляции или потока эритроцитов, известную в микрососудистой семантике как флакс (flux). Величина σ существенна для оценки состояния микроциркуляции и сохранности механизмов ее регуляции. Чем выше σ , тем лучше функционируют механизмы модуляции тканевого кровотока: миогенный, нейрогенный, дыхательный, изменения давления. Соотношение между изменчивостью перфузии (флаксом) и средней перфузией характеризуется коэффициентом вариации KV. Для здоровых людей, чем выше коэффициент вариации, тем лучше выражена вазомоторная активность микрососудов. В данном случае имеется выраженное изменение, которое даже при эндоскопическом исследовании определялось макроскопически с помощью

Таблица 2. Интраоперационные показания ЛДФ. Микроциркуляция слизистой оболочки желудка в зоне перфорации желудочной язвы антральной локализации (N=25).

Показатель	Контроль			На фоне лечения СА, ИЭИ, ПГЕ		
	Край язвы	периульце розно	ИГМ	Край язвы	периульце розно	ИГМ
M	8,38	15,12	0,63	17,34	28,52	0,68
σ	2,53	3,81	1,1	3,53	3,73	1,3
KV	7,29	31,81	1,70	19,29	13,64	1,71
$A_{\max}CFI/ A_{\max}CF$	0,326	0,210	0,69	0,456	0,750	0,99
$A_{\max}HFI/ A_{\max}LF$	0,877	0,71	1,11	0,898	0,786	1,11
ИЭМ	0,57	1,12	1,09	0,984	0,986	1,239

где, M-среднее арифметическое значений показателей микроциркуляции, σ – среднее квадратичное отклонения, KV- коэф. корреляции, $A_{\max}CFI/ A_{\max}CF$ - макс.амплитуда колебаний в диапазоне 50-90 в 1 мин, $A_{\max}HFI/ A_{\max}LF$ - макс.амплитуда колебаний в диапазоне 12-24 в 1 мин, ИЭМ – индексный показатель микроциркуляции.

видеоприставки с высокой степенью увеличения (рисунок 1).

У больных из группы "риска развития эрозивно-язвенных поражений слизистой верхних отделов ЖКТ", у которых на 1-3-5 сутки послеоперационного периоде обнаружены эрозии и язвы желудка, результаты регистрации микроциркуляторных нарушений свидетельствовали о наличии воспалительных изменений. Причем, не смотря на морфологическое состояние слизистой. Будь то атрофический, гипертрофический или гиперпластический гастрит. Не уточняя в данный момент вид патологии и оперативного вмешательства у данной группы пациентов, результаты представлены в виде интегрального (усредненного) показателя нарушений, как в контрольной группе, так и на фоне профилактического лечения субстратным антигипоксантом (СА), индуктором эндогенного интерферона (ИЭИ), простагландина Е (ПГЕ).

Статистически достоверно выявлено улучшение картины сосудистого кровотока в пищеводе, желудке после лечения по данным эндоскопии и ЛДФ. В результате применения комплекса профилактической терапии с момента поступления больного в стационар, несмотря на образование эрозий и язв слизистой желудка, состояние микроциркуляции имеет значительно лучшие показатели, чем в группе без указанного лечения. С учетом предложенного метода подсчета риска осложнений и развития кровотечения по универсальной шкале, вероятность ухудшения состояния больного и дальнейшего повреждения слизистой желудка под влиянием лечения была снижена. Однако картина капиллярного кровообращения в зоне самой эрозии и язвы все же отличалась от периульцерозной. Поэтому было проведено сопоставление вначале величины кровотока вокруг перфоративной язвы интраоперационно, затем после иссечения и ушивания перфоративного отверстия - на 3 сутки. Следующий осмотр на 7 сутки - в начальной стадии рубцевания.

Анализ измерений состояния кровотока при помощи лазерного анализатора (доплеровской флуометрии) определил

следующие нарушения характерные для язвенного процесса. В крайней периульцерозной зоне богатой фибрином, с плотными инфильтрованными краями показатели кровотока как со стороны слизистой желудка, так и со стороны висцерального листка брюшины резко снижены, а на отдельных участках почти не регистрируются. Поэтому ушивание перфорации проводилось только после так называемой первичной хирургической обработки краев перфоративного отверстия с целью удаления нежизне-способных тканей. В некоторых случаях проведено экономное иссечение язвенного дефекта, отступив от края на 0,3-0,4 см. Критерием зоны иссечения служили показатели интенсивности кровотока слизистой вокруг язвы. Сравнение проводили в следующих группах. Основная - больным в предоперационном периоде в алгоритм предоперационной подготовки включены препараты АС, ИЭИ, и ПГЕ. Кроме того этим лицам как уже упоминалось выше после наложения серосерозного шва и фиксации сальника (перитонизации) вокруг ушитой перфорации производили обкалывание стенки желудка ИЭИ. Контрольная - больные без указанного лечения. Интраоперационные показания ЛДФ представлены в таблице 2.

Приведенные данные совпадают с таковыми показателями при перфорации язвы двенадцатиперстной кишки. Краевая зона слизистой по периметру перфоративного отверстия практически, как и следовало ожидать, не давала четких показаний уровня капиллярного кровотока. Он колебался, и легкое перемещение в момент измерения давало высокие погрешности и скачкообразное уменьшение величин вплоть до нуля. Уровень М в краевой зоне прободной язвы ДПК был равен 8,33, сигма - 2,6, KV - достигал - 8,0, ИЭМ - как интегральный показатель - 0,58.

Из этого следует вывод, что в контрольной группе без проводимой в предоперационном периоде комплексной антигипоксантной и индукторной цитокинотерапии состояние микроциркуляции значительно хуже по сравнению с основной группой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каримов Э.А. Хирургическое лечение травм сосудов. дис. ... д-ра. мед. наук. Ташкент, 1992. - 40с.
2. Кузнецов М.Р., Петухов В.А. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения // Грудная и серд.-сосудистая хирургия.-1997.- №3.- С.61-66.
3. Ойноткинова О.Ш., Абулов М.Х., Бершин А.В., Иванов В.А. Ан-гиографическая диагностика окклюзионных поражений сосудов пищеварительных органов у больных ИБС //Тезисы докл. научно-практич. конференции. - Саратов, 1993. - С.99-100.
4. Переверткина А.Н., Жорова И.И., Бродская А.А. Особенности течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с ишемической болезнью сердца // Всесоюзный съезд гастроэнтерологов, 3-й: Тез.докл. - Т.2, - М.-Л., -1984.- С.110-111.
5. Кубышкин В.А., Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде. //Consilium medicum -2004. - прил. №1.-С.29-32.
6. Котаев А.Ю Острые эрозии и язвы верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, осложненные кровотечением //Медицина неотлож-ных состояний - 2007- №4. С.11.
7. Гельфанд Б.В., Гурьянов В.А., Мартынов А.Н. и др. Профилактика стресс-повреждений желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях // Consilium Medicum, - 2005.-Т.7.-№6.- С. 464.
8. Темирбулатов В.М. Применение лазерной доплеровской флоуметрии в эндоскопии и эндохирургии. - М.: МЕДпресс-информ, 2006.- 112с.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ НАУҚАСТАРДАҒЫ ӨНЕШ ЖӘНЕ АСҚАЗАН ШЫРЫШТЫҚ ҚАБЫҚТЫҢ МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯСЫ

А.Б. Фурсов

Жедел абдоминалды ақауы бар науқастардың өнеш және асқазан микроциркуляциясы зерттелді. Негізгі топта 262, бақылау тобында 136 науқас болды. Негізгі топтағы науқастарға эрозия және жара профилактикасы ретінде субстратты антигипоксанта, эндогенді интерферон индукторы және простагландин қолданылды. Бұл топта микроциркуляция көрсеткіштері бақылау тобымен салыстырғанда, жоғары болды.

MICROCIRCULATION OF THE MUCOUS SHELL OF THE GULLET AND BELLY BESIDE POSTOPERATIVE SICK

A.B. Fursoy

Organized study of the condition to microcirculations in gullet and in belly beside sick with emergency abdominal pathology. The main group - 262, control group - 136 sick.. In the main group for preventive maintenance erosion and cankers substraition antigypocsant, inductor endogenic of the interferon and prostaglandin. The factors to microcirculations in this group were above, than in checking.



Байгалиев А.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ДИСБАЛАНСА В КАНАЛЬНО-МЕРИДИАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ

ПФ ГМУ г.Семей

Острый вирусный гепатит (ОВГ) является наиболее частой причиной развития хронического гепатита, от которого ежегодно умирают около двух миллионов человек.

В Восточной медицине, как известно, принят целостный подход к здоровью и болезни, в тоже время методы восточной медицины широко используются в лечении больных с разными заболеваниями. Естественно, возникает вопрос о месте энергетического дисбаланса (ЕДБ). В клинике отдельных нозологических форм, так как при их диагностике восточный диагноз либо вообще игнорируется, либо делается попытка провести прямую аналогию между синдромами энергетического дисбаланса и нозологическими формами [3]. Однако, что ни то, ни другое не приемлемы. Наиболее продуктивным является изучение проблем здоровья и болезни с позиции целостного организма с рассмотрением патофизиологических процессов, пато- и саногенетических реакции, которые возникают в основных регуляторных и функциональных системах к числу таких систем относится канально-меридиальная система (КМС). Ещё в 1921 году В.Кеннон ввел понятие "гомеостаз" которое отражает концепцию современной медицины в физиологическом равновесии в функциональных системах и учение традиционной восточной медицины о сбалансированной циркуляции "жизненной энергии" по органам.

Разработанное в дальнейшем П.К.Анохиным учение о функциональных системах организма принципиально соответствует представлениям традиционной медицины, рассматривающей органы, как функциональные биологические системы, а не только как топографически очерченные

анатомические структуры [1]. Диагностика их взаимосвязей в западной медицине получила название пунктурной, потому что в основе исследования используются определение состояния точек акупунктуры. Поэтому многочисленные литературные данные позволяют рассматривать проекции точек акупунктуры (ТА) как наиболее периферические звенья системы отраженной афферентации и использовать их для получения информации о состоянии соответствующих функциональных систем, то есть для функциональной диагностики [4,5].

Кроме гомеостатических нарушений, важная роль в развитии последствий перенесенных вирусных заболеваний печени отводится вегетативно-трофическим расстройствам. Работами разных авторов было доказано нормализующее влияние классического иглоукалывания на вегетативный профиль пациентов, который отражает функциональное состояние канально-меридиальной системы.

Цель исследования. Изучение состояния канально-меридиальной системы на этапе ранней реконвалесценции у больных острым вирусным гепатитом В.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 69 больных с ОВГВ средней степени тяжести.

Возрастной состав пациентов варьировал от 18 до 56 лет. В основной группе больных было 66,7% мужчин, и 33,3% женщин.

При определении клинко-патогенетического варианта заболевания и оценки тяжести процесса мы использовали клиническую классификацию вирусных гепатитов С.Н.Соринсона. Длительность инкубационного и преджелтушного периодов при ОВГВ составляло, соответственно

53,1?1.6 и 7,6?1,8 дней. У всех больных в преджелтушном периоде наблюдались интоксикационный, астеновегетативный, желтушный, диспептический синдромы и у 32,5 % - артралгический, сердечно-сосудистые изменения у 65.5 %. Увеличение печени имело место у всех обследованных больных с ОВГВ.

Основой для определения эффективности в комплексном восстановительном лечении больных вирусными заболеваниями печени на этапе ранней реконвалесценции явились исследования по изучению клинических, лабораторных, биохимических показателей крови, и электропунктурной диагностики до, во время, так и после восстановительного лечения в различные сроки.

Нами произведен анализ 560 тестов И.Накатани Ryodoraku в динамике у пациентов в период ранней реконвалесценции.

Вегетативный профиль оценивался с помощью компьютеризированной версии вегетативного теста И.Накатани Ryodorak [2]. Суть метода заключается в том, что под воздействием тестирующего тока на нервные окончания в зоне репрезентативных точек акупунктуры раздражение по афферентным волокнам достигает ганглиев симпатического ствола, иннервирующих

конкретный дерматом. Это приводит к изменению функционального состояния ганглиев, далее ответная реакция по эфферентным вегетативным волокнам приводит к изменению процессов вегетативной регуляции кожи под активным электродом, что выражается в повышении электропроводности. Показатели электрокожной проводимости (ЭКП) одного канала отражает состояние симпатического обеспечения соответствующего сегмента спинного мозга. Соотношение репрезентативных точек акупунктуры и сегментов спинного мозга, иннервирующих соответствующие кожные зоны, представлено в таблице 1.

Для диагностики вегетативной регуляции дерматомов с целью сопоставления этих характеристик с вегетативной регуляцией функциональных систем и состоянием соответствующих акупунктурных каналов применяют тестирующий ток 200 мкА при напряжении 12 В, который способен вызвать ответную реакцию в ганглиях симпатического ствола [6].

Результаты и обсуждения.

На рис.1. представлены динамика ЭКП, измеренный, до лечения. Было установлено, что с ЭДБ той или иной частотой

Таблица 1 - Взаимоотношения репрезентативных точек акупунктуры с иннервацией кожи (Е.Л.Мачерет, И.З.Самосюк, 1989).

№ Канала	Название канала	Репрезентативная точка	Соматическая иннервация	Симпатическая иннервация
H1	LU	LU 9	C5-C7	Th3-Th7
H2	PC	PC 7	C5-C8	Th3- Th7
H3	HT	HT 7	C8, Th 1-2	Th5- Th7
H4	SI	SI 4	C7-C8	Th3- Th7
H5	TE	TE 4	C5-Th1	Th3- Th7
H6	LJ	LI 5	C5-C8, Th2	Th3- Th7
F1	SP	SP 3	S2-S4	Th8-L2
F2	LR	LR 3	S2-S4	Th8-L2
F3	KJ	KJ 3	S2-S4	Th8-L2
F4	BG	BG 65	S4-L5, 1-2	Th8-L2
F5	GB	GB 40	S2-S4	Th8-L2
F6	ST	ST 42	S2-S4	Th8-L2

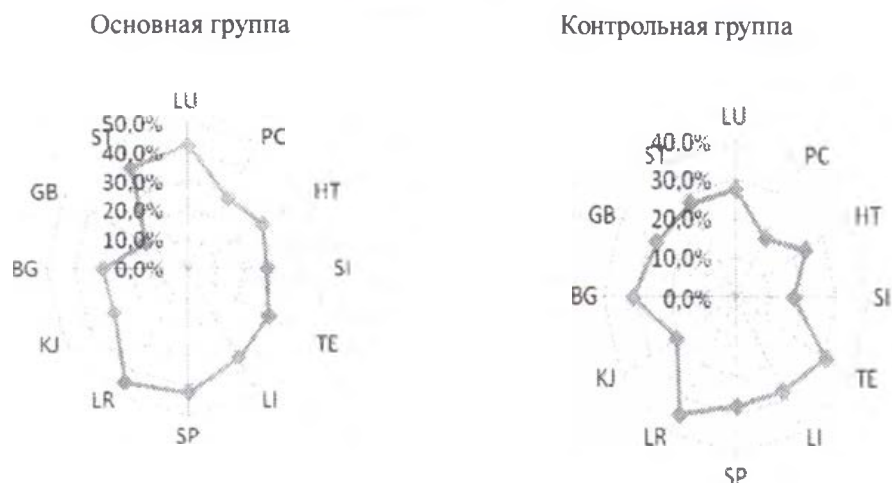


Рис.1 Показатели ЭКП в процентах больных острым вирусным гепатитом до лечения.

вовлекаются все 5 уровней, что отражает локализацию, глубину и распространенность реакции на патологический процесс.

Для больных с острым вирусным гепатитом В характерным признаком до лечения является достоверное ($p < 0,05$) изменение в состоянии избыточности, фиксировался канал LR 43 % случаев в основной группе, против 36% в контрольной группе. Уровень одного канала изменяется при всех случаях в основной и контрольной группе. 2-ой уровень регуляции также вовлекается в процесс по избыточности. Каналы LR и SP с частотой от 44,3 % и 40% случаев в основной группе, 30-31% в контрольной группе. Дисбаланс элементов дерево-земля по У-син выражен деструктивно. 3-й уровень (соединения верх-низ) во всех группах чаще всего активизировался соединениями TE/GB, LU/ST 33,3/19,2. 26/40%; 34,3/28, 40/28,1%.

4-й уровень (объединение трех каналов) активизировался реже других. Чаще всего во всех группах в дисбаланс были вовлечены ножные янские каналы BG, GB, ST - 31-30%; 20-27%; 40-26%.

Чудесные меридианы (ЧМ), то есть 5-й уровень, также активизировались при всех сравниваемых группах. При этом чаще других вовлекались ЧМ VIII чжун-май ЧМ VII инь-вей-май.

Таким образом, энергетический дисбаланс в канально-меридиальной системе с вовлечением всех пяти уровней регуляции выявляется во всех изучаемых группах больных вирусным гепатитом В до лечения. Характерным для острого гепатита является состояние избыточности в каналах LR и GB, соответствующих элементу "дерево" и SP и ST, соответствующих элементу "земля", связанных между собой разрушительной связью в системе взаимодействия элементов по правилу У-син.

Зафиксированная динамика показателей электропунктурной диагностики дает основание рекомендовать этот метод рефлексодиагностики для построения программы пунктурной коррекции и контроля эффективности реабилитационных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Избранные труды. Философские аспекты теории функциональной системы. - М.: Изд.-во "Наука", 1978. - 400 с.
2. Бойцов И.В. Электропунктурная диагностика по "риодораку". - Витебск, 1996.-192 с.
3. Ван В.Г., Шмит И.Р., Ван Л.В. Пульсовая диагностика в традиционной медицине. Новосибирск. "Монпариев" 2000-188 с.
4. Вельховер Е. С, Никифоров В. Г. Основы клинической рефлексотерапии. - М.: Медицина, 1984. - 223 с.
5. Возгралик В.Г., Возгралик М.В. Основы

традиционной восточной рефлексодиагностики и пунктурной адаптивно-энергезирующей терапии цигун. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 336 с.

б.Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура. Энциклопедия. - Украинская Энциклопедия (Киев): "АСТ-ПРЕСС" (Москва), 1994 - 541с.

ВИРУСТЫ ГЕПАТИТ КЕЗІНДЕ ӨТКЕЛДІ-МЕРИДИАЛДЫ ЖҮЙЕДЕГІ ЭНЕРГИЯЛЫҚ ДИСБАЛАНСТЫҢ СИПАТТАМАСЫ

Байғалиев А.А.

Мақалада жіті вирустық гепатитке шалдыққан науқастардың каналдық-меридиандік жүйесінің бағасы беріледі. Веготест 69 науқасқа аурудың ерте кезеңінде өткізілді. Жіті вирустық гепатитке шалдыққан науқастарға бауыр мен көкбауырдың гиперфункциясы (немесе артықшылығы) тән. Бұл ауру барысында каналдық жүйелердің реттелуінің барлық деңгейлері тартылады. Мұндай диагностика тәсілі пунктуралық коррекция бағдарламасын құрастыру және оналту шараларының тиімділігін бақылау үшін ұсынылады.

CHARACTERISTICS OF THE ENERGY IMBALANCE IN THE CIRCUIT-MEREDIALNOY SYSTEM IN VIRAL HEPATITIS

Baigaliev A.A.

The article provides an assessment of channel-meredialnoy system of patients with acute viral hepatitis. Vegotest held 69 patients in the early period of the disease. Characteristic of patients with acute viral hepatitis are also hyper-function (or redundancy) channel of the liver and spleen. The disease involved all levels of regulation of channel systems. This procedure is recommended for the construction program puncture correction and monitoring the effectiveness of rehabilitation measures.



*Ахмедьянова Г.У., Сухоцкая М.А., Биктепова Р.С., Мухина М.С.,
Богословская Е.В., Жабенко А.А.*

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

АО "Медицинский университет Астана"

Кафедра акушерства и гинекологии по субординатуре и интернатуре

Заболевания шейки матки - одно из наиболее частых патологических состояний женских половых органов. Частота их у женщин репродуктивного возраста составляет 10-15%. в связи с чем, проблема лечения является одной из самых актуальных в гинекологии (Русакевич П.С., 1998). Среди заболеваний шейки матки более 80% приходится на фоновые (доброкачественные) и 17-18% на

предраковые процессы (дисплазии) (Коханевич В.В. и др., 1997).

В последние годы отмечается увеличение общей заболеваемости раком шейки матки по республике. Так, вышеуказанный показатель, составил в 2004 году - 14,6, в 2005г. - 14,8, в 2006г. - 15,7, и его частота возросла у молодых женщин. Как правило, это связано с ростом заболеваний, передающихся половым путем,

неудовлетворительной диагностикой и неадекватным лечением фоновых и предраковых процессов шейки матки (Казачепко В.П., 2000; Бохман Я.В., 2002). К тому же, следует отметить, что большинство гинекологических заболеваний других локализаций могут сочетаться с заболеваниями шейки матки.

Для улучшения репродуктивного здоровья женского населения и оптимизации тактики ведения женщин с заболеваниями шейки матки в женских консультациях города Астаны функционируют кабинеты по профилактике опухолевых заболеваний репродуктивной системы, где получают лечение и наблюдаются также женщины с указанной патологией шейки матки.

Целью настоящей работы явилось проведение анализа частоты заболеваний шейки матки, оценка эффективности оказания медицинской помощи данному контингенту на амбулаторном этапе за 2005 - 2007 г.г. для оптимизации тактики ведения данного контингента больных.

Материалы и методы: были изучены выборочно амбулаторные карты (в количестве 1115 случаев) диспансерных больных с патологией шейки матки, проведен ретроспективный сравнительный анализ эффективности амбулаторного обследования. методов диагностики и лечения фоновой и предраковой патологии шейки матки за 2005-2007 г.г.

Диагностика фоновых и предраковых заболеваний шейки матки имеет важное значение для предотвращения злокачественных новообразований и сохранения здоровья женщин.

Жалобы больных с патологией шейки матки (боли, бели, кровотечение из половых путей) неспецифичны. так как при этих заболеваниях морфологические изменения опережают клиническую симптоматику.

Комплексное обследование больных фоновыми и предраковыми процессами шейки матки включали бактериоскопическое и бактериологическое исследования отделяемого из влагалища, цервикального канала и уретры, кольпоскопию простую и расширенную, цитологическое и гистологическое исследования шейки матки.

Цитологический метод диагностики патологических процессов шейки матки является легкодоступным, атравматичным и высокоинформативным. С помощью этого метода возможна ранняя диагностика предракового состояния и рака женских половых органов. Этот метод также позволяет оценить в динамике эффективность лечения больных.

Женщины, обратившиеся к врачу акушер-гинекологу, страдающие эрозией шейки матки, эндоцервицитами, полипами цервикального канала, контактными и климактерическими кровотечениями в менопаузе нуждаются в цитологическом обследовании. Широкое проведение в республике с 2005 года целевых текущих медицинских профилактических осмотров женщин с применением цитологического метода исследования, обеспечивает значительный прогресс в ранней диагностике и предупреждении злокачественного перерождения различной гинекологической патологии.

При цитологическом исследовании наиболее важными цитологическими признаками считаем выявление полиморфизма клеток.

Биопсия - иссечение и гистологическое исследование кусочка ткани с диагностической целью. Для получения полноценного заключения необходимо проводить только прицельную биопсию с иссечением небольшого участка макроскопически неизменной ткани.

Диагностическое выскабливание цервикального канала - это один из видов биопсии, когда материалом для гистологического исследования служит слизистая оболочка цервикального канала.

Диагностическое выскабливание цервикального канала чаще производят одновременно с клиновидной биопсией влагалищной части шейки матки или при удалении полипов цервикального канала. Исследование слизистой оболочки цервикального канала, особенно у женщин старшего возраста, а также принимавших гормональные препараты, считаем обязательным.

Простая и расширенная кольпоскопия - основное назначение ее это диагностика

предраковых эпителиальных изменений и ранних (преклинических) стадий рака шейки матки. Кольпоскопия позволяет значительно расширить диагностические возможности в изучении доброкачественных заболеваний (эктопий, эктропионов, истинных эрозий, полипов, эпидеометриозов, воспалительных процессов); осуществить объективную достоверную оценку эффективности лечебных методов (диатермокоагуляция, крио воздействие, лазеродеструкция, местные консервативные лечебные процедуры, физиотерапия, лечение гормональными препаратами); уточнить ряд особенностей изменений многослойного плоского эпителия при физиологических состояниях (беременность, менопауза, контрацепция). Кроме того, "кольпоскопия дает возможность достоверно выделить группу здоровых женщин, что в такой же степени ответственно, как и правильное распознавание болезни" (Лане В., 1964). Значение кольпоскопии трудно переоценить в осуществлении прицельной биопсии и в значительном уменьшении необоснованных биопсий. Метод абсолютно атравматичен и безболезнен, он позволяет при анализе совместить клинические и морфологические признаки заболеваний с учетом физиологических особенностей женского организма.

Результаты исследования и обследования: при сравнительном анализе частоты заболеваний шейки матки следует отметить увеличение числа женщин с наличием патологии шейки матки за указанный период.

Так, за 2005 год с заболеванием шейки матки было взято на диспансерный учет 451 женщина, в 2006г.- 499, а в 2007г - 674 женщины.

По возрастному составу обследованные женщины распределились следующим образом: в возрасте до 20 лет - 12% больных, с 20 до 34 лет - 59%, с 35 до 49 лет 29% всех больных, то есть основная часть женщин, с патологией шейки матки приходится на самый активный репродуктивный возраст.

Всем больным проведено цитологическое исследование (100%), простая и расширенная кольпоскопия проведена у 995 женщин (81%), биопсия из шейки матки взята у 649 больных

(40,1%), у 208 больных (30,8 %) взят аспират с полости матки или произведено раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и стенок матки.

Из нозологических форм патологии шейки матки после обследования больных были выявлены:

- эктопия шейки матки - 6,7%
- псевдоэрозии - 42,8%
- лейкоплакия шейки матки - 2,1%
- иполип шейки матки и цервикального канала - 12,3%
- эктропион шейки матки простой и эрозированный - 11,8%
- цервицит (экто- и эндоцервицит подострой и хронической формы- 12%
- дисплазии легкой, средней и тяжелой степени - 12,3%

За указанный период времени обследования выявлено 15 случаев рака шейки матки, все случаи разобраны, женщины переданы в онкологический диспансер для дальнейшего обследования и лечения.

При выборе метода лечения доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки мы стремились соблюсти два основных принципа (Коханевич Е.В. и др., 1997; Бохман Я.В., 2002):

- обеспечить надежное излечение, пре-0,, дупредить рецидивы заболевания;
- по возможности стремиться применять органосохраняющие щадящие методы лечения у женщин детородного возраста.

Комплекс диагностических исследований позволяет избрать метод адекватного лечения патологических процессов, то есть с учетом возраста больной, характера, вида и степени выраженности изменений эпителия, вида цервикальной и влагалищной флоры, гормонального статуса.

Диапазон рациональных методов лечения при патологии шейки

матки довольно широк и включает консервативную терапию, местные локально-деструктивные лечебные воздействия

(электрохирургические методы, криотерапия, CO₂ -лазерная деструкция) и по показаниям хирургическое лечение.

Консервативные методы лечения применялись при эндо- и эктоцервицитах в

виде общего и местного курса противовоспалительной терапии с учетом этиологического фактора. При эктопии шейки матки небольших размеров у нерожавших в 30 случаях (2,7%) применялся метод химической коагуляции шейки матки солковагином, с коррекцией менструального цикла при гормональных нарушениях, что увеличивает эффективность лечения. Преимуществом метода химической коагуляции является быстрота, безболезненность, быстрое заживление и отсутствие осложнений после проведения процедуры в виде кровотечений, рубцовых изменений шейки матки.

Консервативное лечение эффективно также при субэпителиальном эндометриозе, чаще возникающем после электрокоагуляции шейки матки (синдром коагулированной шейки матки). Оно заключалось в назначении тампонов с 10% метилурациловой мазью в сочетании с тормопокоррекцией.

При полипах с локализацией последнего в эндоцервиксе (11,6%) применялась полипэктомия с раздельным диагностическим выскабливанием цервикального канала и стенок матки в условиях стационара. Дальнейшее лечение проводилось в зависимости от результатов гистологического исследования. Наиболее эффективными методами лечения псевдоэрозий являются местные локально-деструктивные лечебные воздействия (электрохирургические методы, криотерапия, СОг -лазерная деструкция).

Каждый из перечисленных методов имеет свои положительные и отрицательные стороны, свои показания и противопоказания.

Метод диатермоконизации применяется при сочетании патологии экзоцервикса с гипертрофией и деформацией шейки матки и применен в 172- (15,4%) случаях. После отторжения струпа для ускорения и лучшего восстановления эпителизации шейки матки мы с успехом применяли крем "Черное золото", путем нанесения его тонким слоем на шейку матки (Российская компания "Пальм Ойл Групп"). Специальный крем "Черное золото" обладает необходимыми для этого свойствами: снимает раздражение, образует защитную пленку на раневой поверхности, обладает противовоспалительными свойствами, улучшает эпителизацию раны.

Выводы: таким образом, патология шейки матки является одной из самых распространенных гинекологических заболеваний у женщин. В основном, чаще встречается в наиболее активном репродуктивном возрасте. Из нозологических форм патологии шейки матки чаще встречаются псевдоэрозии.

Комплекс диагностических исследований позволяет избрать метод адекватного лечения патологических процессов, то есть с учетом возраста больной, характера, вида и степени выраженности изменений эпителия, вида цервикальной и влагалищной флоры, гормонального статуса.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии, Коханевич Е.В., 2006г.
2. Избранные лекции по акушерству и гинекологии, Стрижаков А.И. и др., 2000г.
3. Патология влагалища и шейки матки, Краснопольский В.И., 1997г.
4. Заболевания шейки матки, Прилепская В.П., 1997г.
5. Диагностика предопухолевых и опухолевых процессов шейки матки, Ганина К.П. и др., 1994г.
6. Кольпоскопия, Василевская П.Л., 1982г.

**АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ КЕЗЕҢІНДЕ ЖАТЫР МОЙНЫНЫҢ ПАТОЛОГИЯСЫН
ЕМДЕУ ТӘЖІРІБЕСІ**

*Ахмедьянова Г.У., Сухоцкая М.А., Биктепова Р.С., Мухина М.С.,
Богословская Е.В., Жабенко А.А.*

Жатыр мойнының патологиясы әйелдер арасында кең тараған гинекологиялық аурулардың бірі. Көбінесе жиі белсенді репродуктивті жаста пайда болады. Жатыр мойнының патологиясының нозологиялық түрлерінің ішіндегі ең жиі кездесетін түрі - псевдоэрозиялар.

Диагностикалық зерттеулердің кешені - наукастың жасын, эпителий өзгерісінің айқындылық деңгейін, сипатын, түрін, цервикалді және қынаптық флораны, гормоналді статусты есепке ала отырып, патологиялық процессті тұрақты емдеу шараларын таңдауға жол ашады.

**EXPERIMENTS OF TREATMENT OF UTERUS NECK
PATHOLOGY DURING THE AMBULATORY PERIOD**

Ahmedjanova G.U., Suhoцкая M.A., Bikteпова R.S., Mukhina M.S., Bogoslovskaya E.V., Zhabenko A.A.

Uterus neck pathology is one of the most widespread gynecological diseases for women. More frequent meets in the most active reproductive age. Pseudo-erosions are more frequent in nosology forms of uterus neck pathology.

The complex of diagnostic researches allows to choose the method of adequate treatment of pathological processes, that taking into account age of patient, character, kind and degree of expressed epithelium changes, type of cervical and vaginal flora, hormonal status.



Даленов Е.Д., Абдулдаева А.А.

**ӨСІМДІК НЕГІЗІНДЕГІ ТАҒАМДЫҚ ТАЛШЫҚТАР МЕН
"MILKYBOOM-ПЛЮС" ҚОСПАСЫНЫҢ
БАЛАБАҚШАЛАРДАҒЫ
3 ЖӘНЕ 6 ЖАС АРАЛЫҒЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ
РЕАКТИВТІЛІГІНЕ ӘСЕРІ**

Қазақ тағамтану академиясы Тағамтану проблемалары институты

Балалар денсаулығы қоғамда, экономикалық-әлеуметтік ортада алға қоятын күрделі мәселелердің бірі. Қазіргі кезде өскелең ұрпақтың денсаулығын қалыптастырудағы жобаны ғылыми тұрғыдан негіздеу және профилактикалық, сауықтыру бағдарламалары арқылы, бала организміне кері әсерін тигізіп отырған экологиялық, әлеуметтік, экономикалық, тағы басқаларының зиянды салдарын жоюға бағытталған шараларды жүзеге асыру өте маңызды [1].

Осыған сәйкес, 3 және 6 жас аралығындағы балабақша балаларының денсаулығын нығайту мақсатында "Milkyboom-Плюс" және "Бапол" тағамдық өнімдерін қолдануда балалардың нақты тамақтану жағдайына, бейімделу потенциалына және иммунологиялық реактивтілігіне қалай әсер ететіндігін анықтаудың келешегі мол.

Жұмыстың мақсаты: "Milkyboom-Плюс" және "Бапол" тағамдық өнімдерінің балабақшалардағы 3 және 6 жас аралығындағы балалардың реактивтілігіне әсерін зерттеу болды.

Жоспарланған мақсатты іске асыру үшін Астана қаласы балабақшаларындағы 592 баланың денсаулық көрсеткіштері бағаланып, № 41 балабақшасындағы 3 және 6 жас аралығындағы 137 баланың тағамдық үлесі "Milkyboom-Плюс" және "Бапол" тағам өнімдерімен байытылды.

Зерттеу әдістері: Зерттеу жұмысының барысында, балалар физиологиялық даму процесіндегі ерекшеліктеріне сәйкес жынысы және жасына қарай, сонымен қатар, арнайы тағамдық өнімдерді қабылдауына байланысты топтастырылды. Осы негізде 3 және 6 жас аралығындағы балалардың

физикалық денсаулығын, бейімделу потенциалын, организм реактивтілігін және тамақтану статусын анықтауға қойылған мәселелерді іске асыру үшін жұмыста әлеуметтік (денсаулық күйін және тамақтану жағдайын анықтауға арналған сауалнамалар), клиникалық-зертханалық, антропометриялық және статистикалық зерттеу әдістері қолданылды.

Негізгі бөлім: Астана қаласы балабақша жасындағы балалардың денсаулық жағдайына баға беру барысында, статистикалық мәліметтерге сүйенсек, соңғы 4 жылдық зерттеулерді салыстырғанда 2008 жылы жалпы ауру саны 6,2% -ға төмендеген. Дегенмен, жиі ауыратын балалар саны әлі де жоғары деңгейде, ол негізінен тыныс алу жолдары ауруларының жиі таралуымен байланысты. Сонымен қатар, қан аздық, асқазан-ішек жолдары ауруларының көрсеткіштері де жоғары деңгейде екендігі анықталды.

Осыған сәйкес, балалардың аурушандық деңгейі сауалнама сұрақтары арқылы анықталып, балалардың 66,7% -ы жылына 3-4 рет, 20% -ы жылына 5 реттен, ал тек 13,3% -ы ғана жылына 1-2 рет ауыратындығы және олардың тыныс алу жолдары ауруларымен (ЖРА, бронхит, пневмония) тығыз байланыстылығы белгілі болды.

Осыған сәйкес, Астана қаласы балабақшаларындағы 3-6 жас аралығындағы 592 баланың физикалық дамуы зерттелді. Олардың 305 -н (52%) ер, 287 -н (48%) қыз балалар құрады. Зерттеу нәтижесінде анықталғандай, балалар арасында салмақ жеткіліксіздігімен қатар артық салмақтың кездесу жиілігінің баршылық екенін айта кету керек. Жалпы ер және қыз балалардың

арасында айтарлықтай айырмашылық болмағанымен, 4 жастағы ер балалар арасында толық (7,8%) балалардың жиі кездесетіндігі, бірақ қыз балалар арасында ер балаларға карағанда салмақ жеткіліксіздігі (8,5%) басым екендігі, сол сияқты балалардың жасына карай көрсеткіштердің өзгеретіндігі және жалпы балалар арасында салмақ жеткіліксіздігі (-2СА салмақ/бойы) мен жасына сәйкес емес тым аласа бойлы (-3СА бойы/жасы) балалардың кездесетіндігі анықталды.

Балалардың физикалық дамуындағы үйлесімсіздік созылмалы немесе ұзаққа созылған аурудың бар екенін білдіруі мүмкін. Дегенмен, канағаттанарлықсыз күйдегі дене салмағы бар балаларда, статистикалық тұрғыда физикалық "калыпты" дамыған балаларға карағанда, қызметтік жүйелердің қызметі жақсы жетілгендігі жөнінде ғылыми мәліметтер бар [6].

Зерттеу барысында, балабақшалардағы 3 және 6 жас аралығындағы 54 баланың, олардың ішінде 27 қыз, 27 ер баланың бейімделу потенциялы анықталды. Зерттеу нәтижесі бойынша 3-4 жас аралығындағы қыз балалардың БП көрсеткіштері 3,2 -ге, ал ер балалардың БП 3,3 -ке тең, сол сияқты 5-6 жас аралығындағы қыз балалардың БП 3,3-ті құраса, ер балалардың БП 3,6-ға тең болды. Алынған нәтижелерді қорытындылай келіп, балалардың бейімделу мүмкіншілігінің канағаттанарлықсыз күйде екендігі анықталды.

Сонымен қатар, өкпенің өмірлік сиымдылығын бағалауда (ӨӨС), 3-4 жас аралығындағы қыз және ер балалардың НӨӨС/ҚӨӨС көрсеткіштерінің арасында айтарлықтай өзгеріс байқалмағанымен, ал 5-6 жас аралығындағы қыз балалардың НӨӨС көрсеткіші 19,5% -ға, ал ер балаларда 20% -ға нақты ($p < 0,001$) түрде төмен екендігі белгілі болды.

Сонымен қатар, балалардың тамақтану жағдайын бағалау барысында, балабақшалардағы 3 жастағы балалардың тағамдық үлесінде балық өнімінің мүлдем жоқ екендігі, ал кара бидайдан дайындалған нан, сүт, сүзбе, ірімшік, көкөністерді, жеміс-жидектер, картоп өнімдерін жиі пайдаланатындығы есесіне, жарма және

макарон өнімдерін 51% -ға артық мөлшерде қолданатындығы белгілі болып отыр. Ал 4 және 6 жас аралығындағы балалардың тағамдық үлесінде кондитерлік өнімдердің мөлшері 162% -ға артық болды.

Балалардың қабылдаған тағамдық өнімдерінің химиялық құрамын талдау, макронутриенттердің сандық және сапалық мөлшерін бағалауға, нақты тағам үлесінің биологиялық және тағамдық құндылығын негіздеуге мүмкіндік берді. Нәтижесінде, 3 жастағы балалардың нақты тамақтануындағы энергиялық құндылықты қалыпты физиологиялық қажеттілікпен салыстырғанда 113 ккал-ға, 4-6 жастағы балалардың тағамдық үлесінде 93 ккал -ға төмен екендігі анықталды. Осыған байланысты, 3 жастағы балалардың тағамдық үлесінде көмірсулардың 17% -ға төмен екендігі анықталса, 4-6 жас аралығындағы балаларда көмірсулардың мөлшері айтарлықтай төмен болған жоқ. Зерттеу барысында, 3 жастағы балалардың тағамдық үлесінде жалпы жануар тектес белок 42%, 4-6 жас аралығындағы балаларда 41,5% мөлшерінде ғана қамтылғаны анықталды.

Сонымен қатар, физиологиялық қажеттілікпен салыстырғанда 3 жастағы балалардың тағамдық үлесінде тағамдық талшықтар 52,6% -ға, ал 4-6 жастағы балаларда 58,8% -ға жеткіліксіз болып отыр. Бұл балалардың тағамдық талшықтардың көзі болып табылатын көкөністерді мүлдем аз пайдаланатындығын көрсетеді.

Минералды заттар мен витаминдердің қажеттілігін анықтау барысында 3 жастағы балалардың тағамдық үлесінде кальций 80% ғана, темір 80%, А 66,2%, С 91%, фолат 81% мөлшерінде ғана, ал 4-6 жастағы балаларда А витамині 62,6%, Е 86% және фолат 52,5% -ға ғана қамтылып отыр.

Осы негізде, биологиялық құндылығы жағынан өте ұтымды "Milkyboom-Плюс" және "Бапол" тағамдық өнімдерін қолдануды жөн көрдік.

Біздің ұсынып отырған "Milkyboom-Плюс" ашытылған сүт өнімі, Қазақ тағамтану академиясында өндірілген "Milkyboom" (ТУ 75 00 РК 40261271 ТОО -001 -2004) Қазақ тағамтану академиясында жасалған ашытылған сүт өнімінің бір түрі. Өнімнің

құрамы Қазақ тағамтану академиясының ұсынысы бойынша витаминді заттар коспасы негізінде: бета-каротин (А провитамині), Е және С витаминдерімен байытылған.

Тағамдық өнім "Бапол" (№3671 патент) профилактикалық медицина академиясының Ақмола филиалында өндіріліп, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау Министрлігі мен "Қазақ тағамтану академиясы" АҚ-да бекітілген және қолдануға ұсынылған.

Зерттеулер, "Milkyboom-Плюс" тағамдық өнімін қабылдаған балалардың физикалық даму үйлесімділігі жоғарыласа, ал, "Бапол" тағамдық өнімін қабылдаған балалардың дене салмағының тұрақталатындығы анықталды.

Сонымен қатар, бейімделу потенциалының көрсеткіштерінде де оң нәтижелер байқалды. Яғни, "Бапол" тағамдық өнімін қабылдаған балалардың бейімделу потенциалының көрсеткіштері ($p < 0,05$) нақты төмендеген, яғни бейімделу потенциалының жақсарғаны деген сөз.

"Milkyboom-Плюс" тағамдық өнімін қабылдаған балалардың бейімделу потенциалын анықтау барысында көрсеткіштер бастапқы деңгейінде сақталғанымен. ӨӨС көрсеткіштері нақты ($p < 0,05$) түрде жоғарылап отыр. Қалған зерттеуге алынған балаларда бұл көрсеткіш нақты өзгермегенімен жоғарылау деңгейі байқалды.

Ал, "Бапол" тағамдық өнімін қабылдаған 3-4 жас аралығындағы қыз балаларда ӨӨС бақылау тобымен салыстырғанда 14,3% -ға, ал ер балаларда 8,6% -ға нақты ($p < 0,05$) түрде жоғарылаған. 5-6 жас аралығындағы қыз балалар арасында бұл көрсеткіш 8,8% -ға ($p < 0,05$) нақты, ал ер балаларда да ӨӨС көрсеткіші 37,4% -ға нақты түрде ($p < 0,001$) жоғарылап отыр. Оның себебі әртүрлі жағдайлармен, біріншіден, 3-6 жас аралығындағы балалар организмінің өсу ерекшеліктерімен де байланысты болуы мүмкін, екіншіден, "Бапол" тағамдық өнімінің адсорбциялық қасиетінің барысында тағамдық өнімдердің керексіз қалдықтарын бойына сіңіре отырып, қан жүйесінің антиоксиданттық қасиетін белсендіру және

реологиялық қасиетін жақсарту [2] арқылы сыртқы және ішкі тыныстық қасиеттерге жағымды әсер етуі мүмкін. Нәтижесінде, жасушалық мембрананың резистенттілігі жоғарылап, жүйкелік импульстердің өткізгіштігі жақсарды және жүректің синусты ырғағының жұмысы қалпына келіп, вегетативті гомеостаз бен реактивтілік сақталады.

Тағам энергиялық және пластикалық заттардың көзі ғана емес, сонымен қатар, күшті физиологиялық иммунды реттеуші [3].

Зерттеу нәтижесі бойынша, "Milkyboom-Плюс" тағамдық өнімін қабылдаған топта нақты болмасада лейкоциттер (13,5%), ЭТЖ (20,5%) және эозинофилдер (30,4%) төмендегені анықталды, дегенмен көрсеткіштер жасына сай қалыпты деңгей аралығында сақталды. Бұл өзгерістер жалпы иммунитет белсенділігімен де байланысты болуы мүмкін. Осы негізде, "Milkyboom-Плюс" тағамдық өнімін қабылдаған балалардың қан сарысуындағы иммуноглобулиндер мөлшері зерттелініп, нақты болмасада IgA (12,9%), IgM (9,6%), IgG (2,5%) жоғарылағаны анықталды. Ал, "Бапол" тағамдық өнімін қабылдаған балаларда лейкоциттер (5,9%) мен ЭТЖ -ң (6,3%) қалыпты деңгейде төмендеуі байқалып, қан сарысуындағы гуморалді иммунитет көрсеткіштері, яғни IgA 7,2% -ға, IgM 8,1% -ға, IgG 6% -ға нақты болмасада жоғарылағандығы байқалды.

Бұл, "Бапол" тағамдық өнімін қабылдаған балалар иммунитетінің гуморалді жүйесіндегі иммуноглобулиндердің жоғарылауы және ақ қан элементтерінің төмендеуі "Бапол" тағамдық өнімінің физикалық-химиялық ерекше қасиетімен (энтеросорбенттік, иондық алмасу және т.б.) байланысты болса керек [2,4].

Аталған нәтижелерді нақтылай келіп, зерттеу барысында тағамдық өнімдерді қабылдаған 3 және 6 жас аралығындағы балабақша балаларының нақты тамақтану жағдайы бағаланды. Зерттеу қорытындысы бойынша, 3 жастағы "Milkyboom-Плюс" тағамдық өнімін қабылдаған балалардың тағамдық үлесінде энергиялық құндылық (3%), белок, май (4,2%), көмірсулар (2,3%) жоғарылаған. Ал, 4 және 6 жас

аралығындағы балалардың тағамдық үлесінде жалпы энергиялық құндылық (3%), белок (12,3%), оның ішінде жануар тектес белок (81,4%), майлар (11,5%) жоғарылады. Сонымен қатар, 3 және 6 жас арасындағы балалардың тағамдық үлесінде витаминдер А, Е, С, ретинол, -каротин жоғарылағаны анықталды.

Ал, "Бапол" тағамдық өнімін қабылдаған балалардың тағамдық үлесінде айтарлықтай өзгеріс болмағанымен, тағамдық талшықтардың мөлшері бақылау тобы мен "Milkyboom-Плюс" тағамдық өнімін қабылдаған топқа карағанда 3 жастағы балалардың тағамдық үлесінде 77,8% -ға, 4-6 жас аралығындағы балалардың үлесінде 94,2% -ға жоғары байытылғаны белгілі болды. Витаминдердің мөлшері, "Бапол" тағамдық өнімін қабылдаған 3 жастағы балалардың тағамдық үлесінде токоферол 14,6% -ға, ал 4-6 жастағы балалардың тағамдық үлесінде 18,3% -ға, тиамин 12,5% -ға жоғарылаған. Сонымен қатар, минералды заттар ішінде, 3 жастағы балалардың үлесінде натрий мөлшері 17,2% -ға, кальций 2% -ға, фосфор 4,5% -ға, 4-6 жас аралығындағы балалар тағамында натрий мөлшері 15,7% -ға, калий 16% -ға, кальций 17,9% -ға жоғарылағаны белгілі болды.

Сонымен, "Milkyboom-Плюс" тағамдық өнімін қабылдаған топтағы балалардың денсаулығы, физикалық көрсеткіштердің үйлесімділігінің жоғарылауы, бейімделу потенциалының тұрақтылығы, ақ кан түйіршіктеріндегі және иммундық статусындағы оңтайлы өзгерістер тағамдық үлес құрамында иммунды реттеуші қызмет атқаратын ?-каротиннің, Е және С витаминдерінің мөлшері жоғарылағандығымен байланысты болуы мүмкін [5] (1 сызбанұсқа).

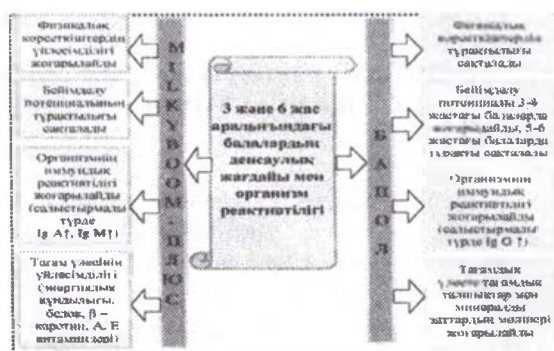
Ал, "Бапол" тағамдық өнімін қабылдау кезінде балалардың дене салмағы тұрақталды, организмнің иммундық реактивтілігі жоғарылап, бейімделу потенциалының көрсеткіштері (жүрек-қан тамыр, тыныс жүйесі) жақсарды және тағамдық үлесте тағамдық талшықтардың (77,8%, 94,2%), минералды заттар (натрий, калий, кальций) мен Е витаминінің мөлшері жоғарылады.

Бұл зерттеулер негізінен, тағамның энергиялық және пластикалық көзі ғана емес, сонымен қатар жалпы организм реактивтілігін күшейтетін фактор екендігін көрсетеді.

Қорытынды:

1. Астана қаласы балабақшаларындағы балалардың денсаулық жағдайы төмен екендігі, яғни балалардың 66,7% -ы жылына 3-4 рет, 20% -ы жылына 5 реттен жиі, ал тек 13,3% -ы ғана жылына 1-2 рет ауыратындығы және балалар арасында салмақ жеткіліксіздігімен (<-2СА салмағы/бойы) қатар айқын артық салмақ (>+3СА салмағы/бойы) бар екені, балалардың жүрек-қан тамыр, тыныс жүйелері және олардың бейімделу потенциалының қанағаттанарлықсыз күйде екендігі анықталды.

2. Балабақшалардағы 3 жастағы балалардың тағамдық үлесінде бірінші рет балық өнімінің мүлдем жоқ екендігі, ал кара бидайдан дайындалған нанды 23,3%, сүт өнімдерін 64,3%, сүзбе 43,6%, ірімшік 66,7%, көкөністерді 22%, жеміс-жидектер 97%, картоп 48,3% мөлшерде ғана қабылданғандығы, жарма және макарон өнімдерін 51% -ға артық мөлшерде пайдаланатындығы, ал 4 және 6 жас аралығындағы балалардың тағамдық үлесінде кара бидай нанын 9,5%, сүт өнімдерін 82%, қаймақ 17,3%, ірімшік 60%, сүзбе 23,6%, балық тек 8% мөлшерде, көкөністер 22,2%, картоп 30,2% мөлшерінде ғана қолданатындығы, үлестегі кондитерлік өнімдердің мөлшері 162% -ға артық екендігі дәлелденді.



1 сызбанұсқа. "MILKYBOOM-ПЛЮС" және "БАПОЛ" тағамдық өнімдерінің 3 және 6 жас аралығындағы балалардың реактивтілігіне әсері

3. "Milkyboom-Плюс" тағамдық өнімін қабылдаған балалардың физикалық даму үйлесімділігі 6% -ға жоғарылап, үйлесімді емес даму 6% -ға төмендегендігі, тыныс алу және жүрек-қан тамыр қызметінің жақсарғаны және бейімделу потенциалының көрсеткіштері тұрақты сақталатындығы анықталды.

Тағамдық талшықтарды ("Бапол") қабылдаған балалардың физикалық даму үйлесімділігінің тұрақтылығы байқалып, 3-4 жас аралығындағы балалардың тыныс алу, жүрек-қан тамыр жүйелерінің қызметі және бейімделу потенциалы ($p < 0,05$) айқын жоғарылайтындығы, яғни денсаулық күйінің жақсаратындығы, ал 5-6 жас аралығындағы балалардың БП тұрақты сақталатындығы анықталды.

4. Тағамдық өнімдер әсерінен ақ кан және иммунитет жүйесінде нақты өзгерістер болмағанымен, жалпы салыстырмалы түрде оң әсер ететіндігі анықталды: "Milkyboom-Плюс" тағамдық өнімін қабылдаған балалардың кан сарысуындағы лейкоциттер

13,5% -ға, ЭТЖ 20,5% -ға және эозинофилдер 30,4% -ға төмендеді, ал IgA көрсеткіші 12,9% -ға, IgM 9,6% -ға, IgG 2,5% -ға жоғарыласа, тағамдық талшықтарды ("Бапол") қабылдаған балаларда лейкоциттер 5,9%, ЭТЖ деңгейі 6,3% -ға, эозинофилдер 7,5% -ға төмендеген, ал IgA көрсеткіші 7,2% -ға, IgM 8,1% -ға, IgG 6% -ға жоғарылайтындығы дәлелденді.

5. Балалардың тағамдық үлесін "Milkyboom-Плюс" тағамдық өнімімен толықтырғанда оның энергиялық құндылығы (жануар тектес белок жоғарылауынан) артатындығы, витаминдердің мөлшері (?-каротин, А, Е) қалыпты жағдайға жақындайтындығы, ал "Бапол" тағамдық өнімін қолдану барысында тағамдық үлесте тағамдық талшықтар мен минералды заттардың (калий, натрий) және Е витаминінің мөлшері қалыпты деңгейге келіп, жалпы организм реактивтілігіне оңтайлы әсер ететіндігі және бұл өнімдерді балалар денсаулығын жақсартуда қолдануға болатындығы анықталды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Ормантаев К.С., Машикев А.К. Проблемы здоровья детей в условиях экологического неблагополучия Казахстана // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. - 2003. - № 3. - С. 3-6.
2. Тель Л. З., Лысенков С. П., Даленов Е. Д. Использование "БАПОЛ" в рациональном питании человека // Астана медициналық журналы. - 1998. - №3. - С. 17-20.
3. Шарманов Т.Ш. Казахстан в контексте глобальных проблем питания. - Алматы: "Баспа", 2000. - 223 с.
4. Лысенкова Н.С., Шарипов Р.Г. Влияние пищевых волокон на физиологические функции организма // Валеология. - 2007. - №1. - С. 9-13.
5. Ключников С.О., Болдырев В.Б., Кантимирова Е.А., Накостенко Т.Н. Часто болеющие дети // Лекции по педиатрии. - М., 2005. - Т.5. - С. 250-269.
6. Апанасенко Г.Л. Медицинская валеология. - Ростов н/Д.: Феникс, 2000. - 248 с.

ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ВОЛОКОН И "MILKYBOOM-ПЛЮС" НА РЕАКТИВНОСТЬ ДЕТЕЙ ДЕТСКИХ САДОВ ОТ 3 ДО 6 ЛЕТ

Е.Д.Даленов, А.А.Абдулдаева

По результатам исследований был выявлен низкий уровень здоровья детей в детских садах города Астаны. Наибольший удельный вес имеют заболевания дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта и анемия. При этом, частота заболеваемости составила среди 66,7% детей (3-4 раза в год), среди 20% детей (5 раз в год) и только у 13,3% детей (1-2 раза в год).

В связи с этим исследовалось физическое развитие 592 детей дошкольного возраста от 3 до 6 лет города Астаны. Из них 305 (52%) мальчики, 287 (48%) девочки. В ходе исследования, среди исследуемых были дети с недостаточной массой тела (-2СО вес/рост), и дети с выраженной низкорослостью (-3СО рост/возраст) не соответствующей возрасту.

Таким образом, в целях улучшения здоровья детей и профилактики алиментарно-зависимых заболеваний является целесообразным применение кисломолочного продукта "MILKYBOOM - ПЛЮС"

и пищевого продукта "БАПОЛ" в детских садах, детских поликлиниках и больницах.

THE INFLUENCE OF THE PLANT FOOD FIBERS AND "MILKYBOOM-PLUS" ON THE CHILDREN'S REACTIVITY OF NURSERY SCHOOLS FROM 3 TILL 6 YEARS OLD

A.A.Abduldaeva, E.D.Dalenov

The low level health has been identified among the children at the kindergartens of Astana. The diseases of the respiratory and gastrointestinal tracts, anemia are at the most high rates. The rate of morbidity among the 66.7% children was 3-4 times per year, among 20% of children was 5 times per year, and among only 13.3 % children was 1-2 times per year.

In this connection, physical development of 592 Astana children in pre-school age (from 3 to 6 years old) was studied. Among them there were 305 boys (52%) and 287 girls (48%). Among the children under examination there were mainly the ones with insufficient body weight (with -2 SD weight/height ratio), and the children with expressed dwarfism (with -3 SD height/age) not corresponding to their age.

So, application of the sour milk product "MYLKYBOOM - PLUS" and food product "BAPOL" to improve children's health and alimentary dependent diseases prevention is an essential and suitable at the kindergartens, children's out-patient clinics, and hospitals.



A.A. Абдулдаева, P.E. Абдрахманова

АСТАНА ҚАЛАСЫ БАЛАБАҚШАЛАРЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ НУТРИЦИОНАЛДЫҚ СТАТУСЫ

Қазақ тағамтану академиясы Тағамтану проблемалары институты
№ 41 "Қызыл желек" балабақшасы, Астана қаласы

Балалар мен жасөспірімдердің денсаулығы - халықтың санитарлық-эпидемиологиялық, әлеуметтік-гигиеналық және медициналық жағдайының көрсеткіші. Балалар мен жасөспірімдердің қанағаттанарлықсыз денсаулық көрсеткіштері еліміздің болашақ экономикалық жағдайына әсер етіп қана қоймайды, ол дені сау болашақтың көрінісі болып табылады.

Көптеген ғылыми зерттеулердің барысында, бала денсаулығындағы өзгерістер әлеуметтік-гигиеналық және әлеуметтік-биологиялық факторлармен тығыз байланыста екендігі анықталып отыр. Қоршаған ортаның зиянды әсерлерінен және тамақтану жүйелілігіндегі бұзылыстар

нәтижесінен бала организмнің қызметтік жүйелері, тыныс алу, жүрек-қан тамыр, зәр шығару, ішкі секреция, орталық жүйке жүйесі және иммунды жүйелердің қызметінің нашарлауы байқалуда.

Қазіргі күні денсаулықты нығайту бағытындағы медициналық ғылыми шаралардың басты мәселесі дамыған патологияларды анықтау емес, аурудың алдын алу мен әрбір адамның жеке бас денсаулық жағдайын анықтау. Осыған сәйкес бала денсаулығын нығайту шараларын жүзеге асыру өзекті мәселелердің бірі болып табылады.

Зерттеу материалдары мен әдісі:
Зерттеу жұмысы барысында Астана қаласы

балабақшаларындағы 3 және 6 жас аралығындағы 592 баланың физикалық даму жағдайы бағаланды. Олардың 52%-н ер, 48%-н қыз балалар құрды.

Балалардың бой ұзындығы және дене салмағы өлшемдерін анықтау ДДҰ ұсынған әдістер бойынша жүргізілді. Дене салмағы электронды таразымен 0,1 кг нақтылықта, ал бой ұзындығы портативті бой өлшегіші арқылы 0,1 см нақтылықта анықталды.

Балалардың антропометриялық өлшемдері ДДҰ (2005 жыл) ұсынған көрсеткіштермен салыстырылып, тамақтану жағдайы жөнінде толық ақпарат алуға мүмкіндік берді. Алынған мәндер арқылы ДДҰ ұсынған үш көрсеткіш бойынша балалар арасындағы аласа бойлылардың (<-2СА бойы/жасы), салмақ жеткіліксіздігінің (<-2СА салмағы/жасы), арық (<-2СА салмағы/бойы) және толық (>+2СА салмағы/бойы) балалардың кездесу жиілігі анықталды.

Зерттеу нәтижесі: ДСИ бойынша анықталған мәндер процентилді кестеде балалардың арасында салмақ жеткіліксіздігімен қатар артық салмақтың бар екендігін және олардың жасына сәйкес әртүрлі болатындығын көрсетті (1 кесте).

Нәтижесінде, 3-6 жас аралығындағы ер балалардың арасында аласа бойлылар 3,3, салмақ жеткіліксіздігі 0,3, ал арық балалар

2,3 пайызды құраса, толық балалар 3,6 пайызды құрды. Жалпы ер және қыз балалар арасында айтарлықтай айырмашылық болмағанымен, толық балалардың пайыздық көрсеткіші ер балаларда жоғары болды, әсіресе 4 жастағы балаларда (7,8 пайыз) байқалды.

Қыз балалар арасында аласа бойлылар 2,4, салмақ жеткіліксіздігі 0,3, ал арық балалар 2,8 және толық балалар 2,0 пайызды құрады. Айта кететін жайт 3 жасар балалардың арасында аласа бой қыз балаларға қарағанда ер балаларда байқалды (4,8 пайыз) және көп болмасада ұзын бойлы балалардың (6,4 пайыз) ер балалар арасында кездесетіндігі белгілі болды. 6 жасқа қарай қыздардың бойының ұзын болатындығы (>+2СА бойы/жасы) анықталды және 10,4 пайызды құрады. Ер балаларға қарағанда жеткіліксіз салмақты балалар 4 жастағы қыз балалар (8,5 пайыз) арасында жиі байқалды, ал 6 жасқа қарай қыз балалардың салмақ қосатындығы (2,6 пайыз) белгілі болды. Келтірілген мәліметтерді нақтылай түсу негізінде зерттеуге алынған балалар арасындағы айқын салмақ жеткіліксіздігі (<-3СА салмағы/жасы), тым аласа бойдың (<-3СА бойы/жасы) кездесуі, өте арық (<-3СА салмағы/бойы) және айқын артық салмақтың (>+3СА салмағы/бойы) орын алуы

1 кесте. Астана қаласы балабақша балаларын жынысы және жасы бойынша ДСИ процентилді бағалау

Жынысы/жасы	ДСИ (кг/м ³) процентилі				
	05	25	медиана	75	95
Ер бала					
3	13,7	14,9	15,7	16,9	19,3
4	13,08	14,8	16,2	17	20
5	12,9	14,3	15,06	15,9	17,4
6	13,6	14,8	15,4	16,2	18,2
Қыз бала					
3	14,1	15,4	16,3	17,3	18,2
4	12,3	14,6	16,32	17	19,3
5	13,3	14,24	15,2	16,32	18,2
6	13,08	14,5	15,3	15,9	17,98

ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

2 кесте. Астана қаласы балабақша балаларының физикалық дамуының "бойы/жасы", "салмағы/жасы", "салмағы/бойы" индекстері бойынша жеткіліксіз (-2СА) немесе артық (+2СА) және айқын жеткіліксіз (-3СА) немесе айқын артық (+3СА) салмақтың пайыздық көрсеткіштерінің сипаттамасы

Жасы	Индекстер														
	Бойы/жасы					Салмағы/жасы					Салмағы/бойы				
	-3СА	-2СА	M±CA Z	+2СА	+3СА	-3СА	-2СА	M±CA Z	+2СА	+3СА	-3СА	-2СА	M±CA Z	+2СА	+3СА
Ер балалар															
3 4 5 6 3-6	1,6	4,8	0,14±1,08	6,4	0	0	0	0,02±0,94	4,8	0	0	0	0,03±0,98	4,8	0
	0	5,2	0,07±1,2	9,1	1,3	0	0	0,07±0,96	2,6	1,3	0	2,6	0,22±1,10	7,8	1,3
	0	2,4	0,09±1,06	6,1	0	0	1,2	0,18±1,00	2,4	0	1,2	3,6	0,31±1,03	2,4	1,2
	0	1,2	0,05±0,99	3,6	1,2	0	0	0,03±0,97	1,2	1,2	0	2,4	0,01±0,97	0	1,2
	0,3	3,3	0,05±1,09	6,3	0,7	0	0,3	0,02±0,97	2,7	0,6	0,3	2,3	0,04±1,03	3,6	1,0
Қыз балалар															
3 4 5 6 3-6	0	0	0,32±0,83	1,6	0	0	1,6	0,27±0,90	1,6	0	0	1,6	0,34±0,86	0	0
	0	4,3	0,08±1,30	5,7	2,9	0	0	0,15±0,78	1,4	0	0	8,5	0,27±1,21	4,3	1,4
	0	5,1	0,32±1,16	2,6	0	0	0	0,23±1,01	2,6	2,6	0	1,3	0,06±1,04	1,3	2,6
	0	0	0,43±1,18	10,4	1,3	0	0	0,33±0,88	2,6	0	0	0	0,01±0,93	2,6	0
	0	2,4	0,29±1,14	5,2	1,0	0	0,3	0,24±0,90	2,0	0,6	0	2,8	0,16±1,02	2,0	1,0
Барлығы															
3 4 5 6 3-6	0,8	2,4	0,23±1,01	4,0	0	0	0,8	0,14±0,90	3,2	0	0	0,8	0,15±0,93	2,4	0
	0	4,8	0,00±1,30	7,5	2,0	0	0	0,11±0,86	2,0	0,7	0	5,5	0,25±1,21	6,1	1,4
	0	3,8	0,21±1,14	4,4	0	0	0,6	0,02±1,02	2,5	1,2	0,6	2,6	0,13±1,06	1,9	1,9
	0	0,6	0,23±1,09	6,9	1,3	0	0	0,18±0,92	1,9	0,6	0	1,3	0,00±0,93	1,3	0,6
	0,2	2,9	0,17±1,17	5,8	0,8	0	0,3	0,11±0,93	2,4	0,6	0,2	2,5	0,06±1,05	2,8	1,0

анықталды. Нәтижесінде, тым аласа бойлы балалар тек 3 жастағы ер балаларда байқалып, 1,6 пайызды құрады. 4 және 5 жастағы қыз балалардың арасында айқын артық салмақ 1,4 және 2,6 пайызында байқалды, ал ер балаларда 1,3 және 1,2 пайызды құрды. Дегенмен, 6 жас аралығындағы қыз балаларда байқалмаған

айқын артық салмақ ер балаларда 1,2 пайызды құрды (2 кесте).

Сонымен, балабақша балаларының арасында салмақ жеткіліксіздігімен қатар артық салмақтың кездесу жиілігінің баршылық екенін айта кету керек. Жалпы ер және қыз балалар арасында айтарлықтай айырмашылық болмағанымен, 4 жастағы ер

балалар арасында артық салмақ (7,8%) жиі кездесетіндігі, бірақ ер балаларға қарағанда қыздарда салмақ жеткіліксіздігі (8,5%) басым екендігі, сонымен қатар, балалардың жасына қарай көрсеткіштердің өзгеретіндігі және жалпы балалар арасында салмақ жеткіліксіздігі (-2СА салмақ/бойы) мен жасына сәйкес емес тым аласа бойлы (-3СА бойы/жасы) балалардың кездесетіндігі анықталды.

Балалардың физикалық дамуындағы

үйлесімсіздік созылмалы немесе ұзаққа созылған аурудың бар екенін білдіруі мүмкін. Сондықтан балалардың тамақтану тәртібін қалыптандырып, тағамдық үлес құрамында көкөністер мен жеміс-жидектерді қолдану жиілігін арттырып, өскелең ұрпақ денсаулығын нығайту негізінде балабақшаларда балаларға ерте жастан дұрыс тамақтану тәртібін үйретіп, күнделікті пайдаланатын тағам құндылығын жоғарылату маңызы зор мәселелердің бірі.

НУТРИЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ ДЕТСКИХ САДОВ ГОРОДА АСТАНА

А.А. Абдулдаева, Р.Е. Абдрахманова

Исследовалось физическое развитие 592 детей дошкольного возраста от 3 до 6 лет города Астаны. Из них 305 (52%) мальчики, 287 (48%) девочки. В ходе исследования были выявлены: дети недостаточной, а также избыточной массы тела. В общем, различия между мальчиками и девочками не существенны, тем не менее, среди 4-летних мальчиков чаще встречались тучные дети (7,8%), а среди девочек того же возраста чаще встречались дети с недостаточной массой тела (8,5%).

В основном, среди исследуемых были дети с недостаточной массой тела (-2СО вес/рост), и дети с 1 выраженной низкорослостью (-3СО рост/возраст) не соответствующей возрасту.

NUTRITIONAL STATUS OF THE CHILDREN ARE VISITING THE KINDERGARTENS IN ASTANA

A.A.Abduldaeva, P.E. Abdrahmanova

Physical development of 592 Astana children in pre-school age (from 3 to 6 years old) was studied. Among them there were 305 boys (52%) and 287 girls (48%). In the course of research, both the children with insufficient body weight and overweighting ones were identified. In general, the differences between girls and boys were not essential, however, there were more overweighting children among 4-year-old boys (7.8%), and there were more children with insufficient body weight (8.5%) among the girls of the same age.

Among the children under examination there were mainly the ones with insufficient body weight (with -2 SD weight/height ratio), and the children with expressed dwarfism (with -3 SD height/age) not corresponding to their age.



Е.Д. Даленов, Н.М. Карсыбекова, С.А. Искакова, М.К. Досыбаев,
Абдулдаева А.А., С.М.Дайырова

ОСОБЕННОСТИ ПРАКТИКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В Г. АСТАНЕ

Институт проблем питания КИП РК

Состояние здоровья общества, его охрана и укрепление - один из основополагающих критериев оценки государственной политики в области здравоохранения. С этих позиций, охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания стали содержанием национальных и региональных программ, рекомендаций международных организаций, составной частью национальной стратегии по охране здоровья подрастающего поколения, улучшению репродуктивного здоровья женщин и статусу питания матерей и детей раннего возраста.

Несмотря на мощный рывок в развитии индустрии детского питания, альтернативы грудному вскармливанию нет. Грудное вскармливание, было, есть и остается "золотым стандартом" детского питания [1]. Оно имеет очевидные значительные преимущества перед искусственным вскармливанием для ребенка, матери, семьи и общества в целом. Находясь на грудном вскармливании, ребенок меньше подвержен инфекционным заболеваниям желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей, дисбактериозу, респираторным инфекциям, отитам и пневмониям, развитию пищевой аллергии, бронхиальной астмы, сахарного диабета и ожирения, а в более старшем возрасте, снижается и вероятность развития сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний [2,3,4,5]. Кроме того, дети на грудном вскармливании имеют более высокие показатели интеллектуального развития [6]. У кормящей матери уменьшается риск послеродовых кровотечений, снижается риск развития рака молочной железы и яичников, реже встречается остеопороз в пожилом возрасте [7]. Грудное вскармливание и связанная с ним забота о младенце и уход за ним, способствуют формированию взаимной

привязанности между матерью и ребенком, а также любящих и внимательных отношений в семье.

Практика вскармливания детей грудного возраста определяется целым рядом факторов: национальные традиции и привычки, принятые в каждой социальной группе населения, социально-экономические условия жизни семьи, степень занятости женщины в сфере производства, а также медицинские рекомендации, принятые в данном обществе [8].

Основной проблемой грудного вскармливания в Казахстане является низкая информированность женщин о значении, преимуществах и методах ведения грудного вскармливания, низкое качество консультирования участковыми врачами о пользе грудного вскармливания для обеспечения здоровья матери и ребенка. В результате в Казахстане наблюдается низкий уровень исключительно грудного вскармливания среди детей в возрасте до 6 месяцев - 16,8% и недостаточная продолжительность грудного вскармливания - только 57,1% детей в возрасте 12-15 месяцев [9].

Настоящее исследование было проведено в рамках прикладной научной программы "Научное обоснование долгосрочной национальной политики здорового питания Республики Казахстан", выполняемой при финансовой поддержке Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Цель исследования состояла в изучении практики грудного вскармливания в г. Астане, и выявлении факторов и условий, оказывающих влияние на существующую практику грудного вскармливания.

Для проведения комплексного социально-гигиенического исследования семей, имеющих детей раннего возраста, была

составлена анкета. Анкета содержала вопросы, связанные с демографической, социально-экономической характеристикой семьи; акушерским анамнезом матери и состоянием здоровья ребенка; практикой грудного вскармливания, информированностью респондентов по вопросам грудного вскармливания. Исследования проводились в июле-августе 2009 г. на базе детских поликлиник г.Астаны.

В анкетном опросе приняла участие 221 женщина, в возрасте от 25 до 45 лет. Опрос был проведен в детских поликлиниках г.Астаны.

Большинство обследованных семей является полными - 89%. Возраст матерей - от 25 до 45 лет, отца - от 25 до 55 лет.

Одним из важнейших параметров общей характеристики респондентов является уровень образования. Результаты исследования выявили, что 52,51% респондентов имели высшее образование, 1,36% - незаконченное высшее, 46,12% респондентов имели средний уровень образования.

Для современной городской семьи характерно небольшое число детей. По одному ребенку имели 60% семей, по два ребенка 27 % семей, по три - 11,4%, по четыре и пять детей - 0,95%.

Значительная часть семей имеет низкий уровень дохода на одного члена семьи. Среднедушевой доход ниже прожиточного минимума - 12377 тенге были выявлен у 23,07% респондентов.

Ежемесячный доход семьи до 20-ти тысяч - 10,47% семей, до 50000- 24,76% семей, до

100000 - 45,71% семей, до 1500000 - 19,05% семей, до 300000 - 1,9% семьи. В пересчете на душу населения без дохода 7,69% опрошенных респондентов, доход до 10 тысяч тенге 11,31%, до 20 тысяч 44,34%, до 30 тысяч 23,08%, до 50 тысяч 11,76%, до 100 тысяч 0,9% опрошенных.

Средний возраст грудных детей респондентов к моменту заполнения анкеты равнялся 6 месяцам. 95,7% всех беременностей были желанными и плановыми.

По национальной принадлежности удельный вес детей-казахов составил 81,43%, русских - 9,05%, украинцев, немцев, турков по 1,43%; татаров и корейцев по - 0,95%; поляков, армян, азербайджанцев, узбеков, кыргызов по 0,47%. Из них удельный вес мальчиков составил 56,6%, девочек 43,3%. (Рис.1).

Средний вес новорожденных детей равнялся 3390,71 граммов, средний рост 52,4см.

Ключевым фактором продолжительного грудного вскармливания является раннее начало грудного вскармливания. Кроме того, молозиво, являющееся предшественником зрелого грудного молока, обладает высоко питательными свойствами и содержит антитела, защищающие детский организм от возбудителей инфекционных заболеваний до того времени, когда у ребенка не сформируется иммунная система [10]. В течение часа после родов новорожденные были приложены к груди в 61,9% случаев, причем всем была оказана квалифицированная консультативная помощь.

Другим важным условием успешного и длительного грудного вскармливания является кормление по требованию младенца, и в ночное время. В родильном доме грудное вскармливание по требованию младенцев имело место в 94,76% случаев, и лишь в 5,24% случаев - по режиму. Ночные кормления проводились у 90,95% новорожденных. В 72,38% случаев была оказана консультативная помощь медицинских работников (врачей и медицинских сестер) по практике грудного вскармливания. В домашних условиях грудное вскармливание осуществлялось по



Рис.1 Удельный вес грудных детей по национальной принадлежности.

требованию в 95,23% случаев. Средний возраст новорожденных, находящихся на грудном вскармливании по требованию - 6 месяцев.

Согласно современным рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) для осуществления успешной практики грудного вскармливания необходимо кормить исключительно грудью до 4-6 месячного возраста и продолжать грудное вскармливание до двухлетнего возраста. Дети, находившиеся исключительно на грудном вскармливании в течение 4-6 месяцев, имеют гораздо меньший риск развития респираторных инфекций в первые два года жизни [11]. Выявлено, что исключительное грудное вскармливание до 4-х месяцев имело место лишь в 29,93% случаев, до 6-ти месяцев 27,38% от общего числа опрошенных. В целом, на грудном вскармливании в течение 12 месяцев находилось 19,1%, в течение 2-х лет - 1,8% от общего числа всех детей. Более чем в половине случаев (52,28%) осуществлялось допаивание водой детей грудного возраста, что является недопустимым условием при проведении исключительного грудного вскармливания. Средний возраст таких грудных детей составлял 1,5 месяца.

Введение дополнительного питания до 4-х месячного возраста не рекомендуется. Раннее введение дополнительного питания также способствует снижению секреции грудного молока, поскольку оно обусловлено частотой и интенсивностью грудного вскармливания. 72,38% родителей осведомлены, что вводить прикорм необходимо с 4-6-ти месяцев. 27,6% не осведомлены о возрасте ребенка, до которого необходимо кормить ребенка грудью и вводить прикорм. Только 4,76% родителей считают, что кормить ребенка грудью необходимо до 6-ти месяцев. 33,8% и 12,85% родителей полагают, что кормить ребенка грудью необходимо до года и полутора лет, соответственно. Лишь 17,62% респондентов осведомлены, что грудное вскармливание необходимо продолжать до двух летнего возраста ребенка.

96,19% из всех отцов относятся

положительно к грудному вскармливанию. Помощь мужа и родственников по уходу за ребенком имела место в 81,9% случаев.

Из числа опрошенных респондентов только 38,57% посещали поликлинику или женскую консультацию, и лишь у 27,62% проводились специальные занятия по подготовке к практике грудного вскармливания, что свидетельствует о низком уровне проводимой работы медицинского персонала с беременными и кормящими по вопросам практики грудного вскармливания.

Результаты исследования выявили следующие проблемы, связанные с практикой грудного вскармливания в г. Астане:

1. В течение часа после родов не были приложены к груди 38% новорожденных
2. Грудное вскармливание по режиму имело место в 5,24% случаев
3. В 9% случаев не проводились ночные кормления новорожденных в родильных домах
4. Исключительное грудное вскармливание до 4-х месяцев имело место лишь в 29,93% случаев, до 6-ти месяцев - в 27,38% случаев от общего числа опрошенных.

5. 17,62% респондентов осведомлены, что грудное вскармливание необходимо продолжить до 2-летнего возраста.

Таким образом, проведенное исследование показало, что низкие показатели характеристик грудного вскармливания являются результатом слабой информированности матерей по вопросам грудного вскармливания и отсутствия должной подготовки кормящих матерей со стороны медицинских работников. Результаты исследований позволили наметить конкретные мероприятия, направленные на улучшение ситуации с грудным вскармливанием в г. Астане:

1. Обучение медицинского персонала учреждений родовспоможения и детства современным принципам ведения лактации и консультирования матерей.
2. Улучшение практики учреждений родовспоможения и детства по охране и поддержке грудного вскармливания.
3. Подготовка беременных женщин и их близких к грудному вскармливанию в

женских консультациях, родильных домах и детских поликлиниках.

4. Проведение широкой разъяснительной

работы среди населения о важности и преимуществах грудного вскармливания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пономарева Л.П. Грудное вскармливание (его преимущества, психосоциальные и культурные аспекты). *Материалы I Всероссийской научно-практической конференции по пренатальному воспитанию "Медико-психологические аспекты современной перинатологии"*. М., 1999; 9-12.
2. Перевощикова Н.К., Басманова Е.Д., Коба В.И., Кобылянская Г.В., Титаренко Л.М. Состояние здоровья детей в зависимости от вида вскармливания в детском возрасте. *Российский педиатрический журнал* 2002; 1: 4-6.
3. Воронцов И.М., Фатеева Е.М., Хазенсон Л.Б. *Естественное вскармливание детей*. СПб.: ППМИ. 1993; 200.
4. Moore E., Anderson G., Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 3:18-9
5. Howie P.W., Forsyth J.S., Ogston S.A., Clark A., Florey CD *Protective effect of breast feeding against infection Br Med J* 1990.300 P.11-16
6. Джумагазиев А.А. Значение грудного вскармливания и психологического единства мать и дитя для нервно-психического развития ребенка. *Вопросы детской диетологии* 2004; 6(2): 13-15.
7. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession, Fifth Edition (Hardcover)* Ruth A. Lawrence P.996. 1999
8. *Казахстан Медико-демографическое исследование 1995*, Макро Интернет, Калвертон, Мэриленд С.281
9. *Мультииндикаторное кластерное исследование*, 2006, Астана 2007 С.223
10. Howie P.W., Forsyth J.S., Ogston S.A., Clark A., Florey CD *Protective effect of breast feeding against infection Br Med J* 1990.300 P.11-16
11. Т. Шарманов *Казахстан в контексте глобальных проблем питания*, Алматы, 2000, С.22

АСТАНА ҚАЛАСЫНДАҒЫ ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУ ТӘЖІРИБЕСІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Даленов Е.Д., Қарсыбекова Н.М., Ысқақова С.А., Досыбаев М.Қ., Абдулдаева А.А., Дайырова С.М.

Емшекпен емізу мәселесі балалар тағамтануындағы "алтын стандарт" болып табылады. Ол бала, ана, отбасы және қоғам үшін жасанды тамақтандыруға қарағанда маңыздырақ.

Астана қаласы бойынша емшекпен емізу тәжірибесіне әсер ететін факторлар мен жағдайларды анықтау мәселесі жұмыстың мақсаты болып табылды. 25-тен 45 жас аралығындағы 221 әйелден сауалнама сұрақтарына жауап алынды. Зерттеу жұмысы Астана қаласының емханаларында жүргізілді.

Зерттеу жұмысының барысында Астана қаласы бойынша емшекпен емізу тәжірибесі жөнінде келесі мәселелер анықталды:

1. Жаңа туылған нәрестелердің 38% туылғаннан кейін бір сағат ішінде ана сүтімен тамақтанбаған.
2. Тәртіп бойынша емшекпен тамақтану 5,24% жағдайы құраған.
3. 9%- да жаңа туылған нәрестелер түнгі уақытта тамақтандырылмаған.
4. Тек ана сүтімен 4 айға дейін тамақтандыру 29,93% -да, 6 айға дейін - 27,38% да анықталған.
5. Респонденттердің 17,62%-да ғана ана сүтімен 2 жасқа дейін тамақтандыру қажет екені жөнінде ақпараты бар.

THE PECULIARITIES OF BREASTFEEDING PRACTICE IN ASTANA

*Ye.D. Dalenov, N.M. Karsybekova, S.A. Iskakova, M.K.Dossybaev,
A.A. Abduldajeva, S.M.Daiyrova*

In spite of powerful pull in developing baby's food practice there is no an alternative food for the breast feeding. Breast feeding was, is, and will be "gold standard" of baby's foods. It has significant advantages to artificial baby's foods for a child, mother, family, and society as a whole.

The aim was to study breastfeeding practice in Astana, to identify the factors that make an influence to the present breastfeeding practice.

221 women aged 24-45 years old took part in this study. The study has been conducted on the basis of the children's out-patient clinics in Astana. The study's results revealed the following problems related to breast feeding practice: 1.38% of newborns were not put to breast during 1 hour after delivery 2. Breast feeding (by regimen) takes place in 5,24% of cases 3. There is no night breast feeding in 9% of cases at the maternity hospitals 4. An exclusive breast feeding up to 4-months age was only in 29,93% of cases, up to 6-months - in 27,38% of cases 5. 17,62% of respondents were aware that breast feeding has to be continued up to 2 years old.



*Карсыбекова Н.М., Искакова С.А., Досыбаев М.К.,
Абдулдаева А.А., Дайырова С.М.*

**ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ В СРЕДНИХ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г.АСТАНЫ**

Институт проблем питания КАП РК

Проблема питания подрастающего поколения является одним из государственно-значимых приоритетов, определяющих будущий потенциал страны, ее внутреннюю безопасность.

Ряд научных эпидемиологических исследований определили серьезные отклонения в здоровье детей дошкольного и школьного возрастов, связанных в первую очередь с несоблюдением принципов здорового питания [1,2,3].

Одним из главных факторов ухудшения параметров здоровья школьников, является отсутствие нормальной системы питания в общеобразовательных учреждениях. Наряду с нарушениями костно-мышечной системы значительное место занимают заболевания органов пищеварения, эндокринной системы, болезни, связанные с нарушением обмена

веществ. Так, исследования, проведенные в Европе, выявили увеличение роста избыточной массы тела и ожирения среди детей-школьников с 9% в 1980 г. до 24% в 2002 г. [4]. 14 млн. детей школьного возраста в Европе страдают избыточной массой тела, 3 млн. из них - ожирением.[5]. Выявлено, что избыточная масса тела и ожирение в школьном возрасте приводят к повышению смертности и заболеваемости от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета II типа [6].

Одним из патологических состояний, имеющих высокий уровень распространенности среди детей школьного возраста, является кариес. Основной причиной кариеса является чрезмерное употребление сахара, содержащегося в газированных сладких напитках, мучных и

кондитерских изделиях [7].

Потребление продуктов питания, т.н. "fast food" с высоким уровнем содержания жиров, сахаров, соли, приводит к закономерному снижению удельного веса фруктов и овощей в рационе детей школьного возраста. Так, результаты международного исследования ВОЗ "Здоровое поведение детей школьного возраста", 2004 свидетельствуют о низком уровне потребления фруктов и овощей: всего лишь 30% мальчиков и 37% девочек ежедневно употребляют фрукты и менее 50% детей школьного возраста употребляют овощи. В 16 странах только 25% молодых людей употребляли фрукты 1 раз в неделю. Соотношение учеников, употребляющих фрукты и овощи на регулярной основе, снижается с возрастом [8]. Схожие навыки питания, выбор продуктов питания, однонаправленный характер питания школьников в разных странах - результат глобализации и формирования международного идентичного продовольственного рынка.

Роль семьи, школы, общественных организаций, средств массовой информации в формировании навыков здорового питания, культуры питания исключительна. Основы здорового питания, заложенные в детстве, являются залогом здоровья взрослого человека.

Горячее питание детей во время пребывания в школе является одним из важных условий поддержания их здоровья и способности к эффективному обучению, т.к. дети проводят значительное время в школе. Процесс обучения носит весьма интенсивный характер, низкий социально-экономический уровень многих семей не способен обеспечить адекватным питанием дома.

Вместе с тем, при организации питания детей в школьных учреждениях допускаются отдельные нарушения. Не соблюдаются принципы составления диет, режима питания, недостаточный охват горячим питанием, особенно школьников средних и старших классов, недостаточное количество посадочных мест.

Основными направлениями улучшения ситуации являются обеспечение соответ-

ствующими продуктами детского и диетического питания. всемерная государственная поддержка и совершенствование санитарно-эпидемиологического контроля качества и безопасности пищевых продуктов.

Организация полноценного питания в школьных учреждениях является одним из важнейших условий сохранения здоровья детей и соответствует современным научным принципам оптимального здорового питания.

Настоящее исследование было проведено в рамках прикладной научной программы "Научное обоснование долгосрочной национальной политики здорового питания Республики Казахстан", выполняемой при финансовой поддержке Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Цель настоящего исследования состояла в оценке состояния школьного питания в г.Астане и обосновании предложений по его оптимизации.

Проведено обследование столовых, буфетов и пищеблоков в 62 государственных школах г.Астаны.

Общее количество учащихся в 62 государственных школах составило - 64 703 человек, из них, младшего школьного возраста (1-4 классы)- 23 368 человек.

Общее количество учащихся, обеспеченных горячим питанием составило 29 092 человека, или 44 % от общего числа. Общее количество учащихся, обеспеченных бесплатным горячим питанием составило 3 177 человек, или 4% от общего числа.

Бесплатным горячим питанием обеспечены малообеспеченные и дети-сироты.

Временной режим выдачи горячего питания соответствует нормам физиологического режима питания детей школьного возраста.

Во всех школах имеется в наличии буфет.

Реализация продуктов через школьные буфеты, является, наряду с горячими школьными завтраками и обедами, одним из важнейших факторов удовлетворения индивидуальных потребностей детей в основных пищевых веществах и энергии в условиях свободного выбора и служит существенным дополнением к разработанным меню школьных завтраков и

обедов. В связи с этим, одним из условий оптимизации питания детей является правильное формирование ассортимента буфетной продукции.

Ассортимент продуктов питания, имеющийся в свободной реализации включает соки, кисель, выпечку в виде сдобы (булочки, коржи, кексы), пиццу с майонезом и кетчупом.

В школах, где поставщиками продуктов питания являются частные предприниматели, ассортимент буфетной продукции включал газированные сладкие напитки, жареные пирожки, пирожные с кремовой начинкой, чипсы, хот-доги, что категорически запрещено в соответствии с Санитарными правилами и нормами "Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и условиям обучения в общеобразовательных и интернатных организациях", ст.5 Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания в общеобразовательных, интернатных организациях. Наличие фруктов в буфетном ассортименте имеется лишь в нескольких школах. Следует отметить, что готовые к употреблению пищевые продукты промышленного производства не имеют индивидуальной упаковки, что значительно снижает их санитарно-эпидемиологическую безопасность.

Проведен анализ меню-раскладок столовых всех государственных школ г. Астаны.

В целом, меню школьных завтраков и обедов соответствуют современным научным принципам здорового сбалансированного питания и обеспечивают детей всеми необходимыми пищевыми веществами.

Вместе с тем, выявлен низкий удельный вес фруктов, молочных, кисло-молочных продуктов, рыбных блюд в составе меню.

Отраден опыт таких школ, как Казахско-турецкий лицей, школы №53, №54, №50, где проводится анкетирование школьников о кулинарных предпочтениях, в соответствии с которыми, при условии, если это не противоречит санитарно-гигиеническим требованиям, составляются меню.

Во многих школах отсутствуют автономные

источники питьевой воды - диспенсеры. Обеспеченность питьевой водой осуществляется посредством приема кипяченой воды в чайниках, либо употреблением сырой воды из-под крана. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, многие заболевания, такие, как кариес, заболевания щитовидной железы, желудочно-кишечного тракта и др., можно избежать благодаря единственному недорогому средству - обеспечению чистой питьевой водой.

В школах №55, №2, №15, №46 выявлена битая посуда, что служит очевидным риском развития бытового травматизма среди детей.

В ряде школ отсутствуют раздаточные подносы, а также нет в наличии ежедневных меню - раскладок, вывешенных на стенде. На момент посещения сотрудниками Института проблем питания в ряде школ 4-х недельное меню не было согласовано и утверждено администрацией школы и органами санитарно-эпидемиологической службы (СЭС). В школах №55, №46 работники буфетов не имели спецодежды (халат, головной убор).

Анализ исследования системы организации питания в государственных школах г. Астаны вывил следующее:

- 1.Количество учащихся, обеспеченных горячим питанием составило 29 092 человека, или 44 % от общего числа.
 - 2.Общее количество учащихся, обеспеченных бесплатным горячим питанием составило 3 177 человек, или 4% от общего числа.
 - 3.Ассортимент буфетной продукции включает газированные сладкие напитки (кола, спрайт, фанта), хотдоги, пиццу с майонезом и кетчупом, пирожные с кремовой начинкой, чипсы, жареные пирожки.
 4. В большинстве случаев отсутствуют диспенсеры питьевой воды.
 - 5.В некоторых школах отсутствует спецодежда у работников пищеблока и буфета, имеется в наличии битая посуда.
- Таким образом, проведенное исследование показало низкий уровень обеспеченности учащихся государственных школ г.Астаны горячим и, в, особенности, бесплатным

горячим питанием. Ассортимент буфетной продукции содержит продукты питания, категорически запрещенные Санитарными правилами и нормами "Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и условиям обучения в общеобразовательных и интернатных организациях", ст.5 Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания в общеобразовательных, интернатных организациях. Отсутствие в большинстве государственных школ г.Астаны автономных источников чистой питьевой воды.

Результаты исследований позволили наметить конкретные мероприятия, направленные на улучшение ситуации с питанием в государственных школах г. Астаны:

1. Ежедневное меню должно быть

согласовано и утверждено администрацией школы.

2. Разнообразить рацион питания учащихся государственных школ г. Астаны, включив фрукты, молочные, молочно-кислые продукты питания, рыбные блюда.

3. Исключить из ассортимента продуктов питания, не рекомендуемого для реализации в школьных буфетах - чипсы, гамбургеры, сосательные и жевательные конфеты с высоким содержанием сахара, сильногазированные напитки, майонез в качестве соуса для пиццы, мучные жареные кулинарные изделия, безалкогольные тонизирующие напитки, пирожные с кремовой начинкой.

4. Изыскать возможности для обеспечения бесплатным питанием учащихся младших классов (с 1 по 4 классы)

5. Установить во всех государственных школах г.Астаны диспенсеры питьевой воды.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO. *Global School Health Initiative*, Geneva, World Health Organization, 2006
2. Stamatakis E. *Obesity, eating and physical activity*. In: Bajekal M, Osborne V, Yar, M and Meltzer H (eds) *Focus on Health*, Palgrave Macmillan, New York. Chapter 5, 2006
3. Meredith C, Dwyer J. *Nutrition and exercise: effects on adolescent health*. *Annual Review of Nutrition*, 1991, 12:309-333
4. International Obesity Task Force (IOTF), 2004 *Childhood obesity report*. London
5. James W. *The future*. In: Burniat W et al, eds. *Child and obesity report*. 2002, London
6. Guo S et al. *Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence*. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2002, 76 (3):653-658
7. Sheiham A *Dietary effects on dental diseases* *Public Health Nutrition*, 2001, 4(2b):569-591
8. WHO *Health behaviour in school-aged children (HBSC) study International report from 2001/2002 survey*. Geneva, World Health Organization

АСТАНА ҚАЛАСЫ ОРТА ОҚУ ОРЫНДАРЫНДАҒЫ ТАМАҚТАНУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Қарсыбекова Н.М., Ысқақова С.А., Досыбаев М.Қ., Абдулдаева А.А., Дайырова С.М.

Мектеп оқу орындарындағы тиімді тамақтануды ұйымдастыру бала денсаулығын сақтаудағы маңызды мәселе және дұрыс тамақтанудың қазіргі күнгі ғылыми талаптарына сай келеді.

Астана қаласы мектептеріндегі тамақтанудың жағдайын бағалау және оны жетілдіру ұсыныстарын негіздеу мәселесі жұмыстың мақсаты болып табылды.

Астана қаласы бойынша 62 мемлекеттік мектептердің асханалары, дәмханалары мен ас үйлері тексерілді.

Жалпы оқушылардың ішінде 29 092 оқушы ыстық тамақпен қамтамасыз етілген, яғни 44 % құрайды. Тегін ыстық тамақпен 3 177 оқушы тамақтанады, яғни жалпы санның 4 % құрайды.

Дәмханаларда санитарлық талаптар мен "Оқу орындары мен интернаттардағы құрылғылардың орналасуы және жағдайының санитарлық - эпидемиологиялық талаптары" нормаларына, 5 ст. Орта оқу орындары мен интернаттарда тамақтануды ұйымдастыруға қойылатын санитарлық-эпидемиологиялық талаптарына сәйкес келмейтін тағамдық өнімдердің түрлері кездеседі. Астана қаласының мемлекеттік мектептерінде таза ауыз су көздері жоқтың қасы.

THE PECULIARITIES OF NUTRITION PRACTICE AT THE SECONDARY SCHOOLS IN ASTANA

Karsybekova N.M., Iskakova S.A., Dossybaev M.K., Abduldaeva A.A., Daiyrova S.M.

Organization the balanced & rational nutrition practice at the secondary schools is one of the important factors to improve children's health and is in accordance with the modern scientific principles of optimum healthy nutrition. The aim of the present survey is an assessment nutrition practice at the schools of Astana & designing proposals for its optimization. An examination the schools cafeteria, buffets, food cooking sections at 62 state schools in Astana was implemented. The total number of pupils provided by hot meals was 29 092 persons, or 44 % of the general number of pupils. The total number of pupils provided by hot free meals was 3 177 persons, or 4% of the general number of pupils. Assortment of buffet foods contain the foods strictly prohibited by the Sanitary Rules & Norms "Sanitary- epidemiological requirements to organization, maintenance, teaching at the secondary & boarding schools", art.5 Sanitary-epidemiological requirements to nutrition practice organization at the secondary & boarding schools. Absence of the autonomous sources of drinking water at the most of cases of the secondary schools in Astana.



А.С.Күлімбетов

АРАЛ ТӨҢІРЕГІНІҢ ҚАЗІРГІ КЕЗЕҢДЕГІ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ МӘСЕЛЕЛЕРІ

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

Қоршаған ортаның ластануы туралы мәселе соңғы 20-30 жыл төңірегінде ғана көтеріле бастады, себебі жер шарының әртүрлі аудандарында көп адамдардың ауруы мен өлуіне әкеліп соққан табиғаттың кейбір түсініксіз жағдайлары пайда бола бастады. Бұл өндіріс пен урбанизацияның дамуына байланысты адамның табиғатқа төндірген қаупі гидросфераға көп кері әсерін тигізді. Қазіргі мәселердің бірі су көздері мен жерасты суларын қорғау, себебі бұл объектілер халық шаруашылығында және адам өміріндегі санитарлық-гигиеналық жағдайда үлкен рөл атқарады. Су ресурстарын пайдалану және олардың сапасын сақтау өте күрделі және күттірмейтін іс [1,2,3,4,5].

Жер шарында су көп, бірақ оның 97% тұзды теңіз суы, ол ішуге және қолдануға жарамсыз. Тұщы су қалған 3% -ды құрайды, бірақ 2/3 бөлігі екі үлкен материктік мұздар - Гренландия мен Антрактида және айсбергтер алады. Адамның қолдануы үшін жерде тұщы судың 1% ғана бар. Бүгінгі таңда жер шарында 1 миллиардтан астам адамның тұщы суды пайдалануға мүмкіншілігі жоқ және жыл сайын 10 миллион адам лас суды пайдаланғаннан өлімге ұшырайды екен.

БҰҰ-ның қоршаған орта туралы мәселесі бойынша жер шарының 30% тұрғыны 2050 жылы ауыз су жетіспеушілігінен зардап шегеді. Қазірдің өзінде әлемде 80% ауру түрлері судың ластануынан болады. Бүгінгі күні әлемнің 80 елінде тұщы су жетіспеушілік мәселесі проблема болып тұр. БҰҰ-ның мәліметі бойынша 31 мемлекет су тапшылығы қаупін бастан кешуде. 2025 жылы жер шарындағы адамдардың көбеюіне байланысты су тапшылығы тағы да 17 елде байқалады деп күтілуде. Оның ішінде Үндістан, Қытай сияқты мемлекеттердің де

болуы мүмкін.

Қазақстандағы су ресурсын қолдану жылына 100,5м³ құрайды, оның ішінде 53,5 м³ су көзі Республика территориясында, қалғаны шекаралас мемлекеттерде. Өзен ағысының көлемдеріне байланысты Қазақстан планетаның суы жеткілікті мемлекеттер құрамына кіреді. Жер асты ауыз суы қоры 15,1 км³ тен. Оны қолдану деңгейі бір жылда 1,7 км³ немесе 11,3% -ды құрайды екен.

Қазақстанды сумен қамтамасыз ету мәселесі территорияларға дұрыс бөлінбеуімен қатар, ластанудың жоғары дәрежесі жер асты суларының уақыт өткен сайын қысымының өзгеруіне байланысты болып отыр. Республика тұрғындарын ауыз сумен қамтамасыз ету мәселесі әрқашан су көздерінің ластануы, санитарлық - эпидемиологиялық жағдайдың төмендеуі, сумен қамтамасыз ету жүйесінің ескеруімен қатар жүреді [6,7,8].

Елдің халық шаруашылығындағы негізгі даму территориялды - өндірістік кешендердің пайда болуымен және олардың өнімдерімен шикізаттарының өндірілуімен байланысты екендігі мәлім. Территориялды - өндірістік кешендер - бұл әртүрлі шикізаттың және технологиялық процестердің жалпы коммуникациялар, су жеткізу жүйелері және канализация, суды тазалау құрылғылары бар үлкен өндіріс орны болып табылады. Қоршаған ортаны қорғау мәселесі осы жағдайларды экономикалық дамумен қатар кең көлемдегі санитарлық - эпидемиологиялық шаралармен қатар жүруін қажет етеді.

Республикада ашық су объектілеріне және жер асты суларына антропогендік әсер ету жыл сайын артып келеді. 2000 - 2008 жылдар аралығында республика тұрғындарын су құбыры арқылы қамтамасыз ету 73%-ға

төмендеген. Республиканың 3 миллионнан астам тұрғындары (26,9%) орталықтандырылған су көздерімен қамтамасыз етілген.

Алынған мәліметтер экологтардың өндірістік кешен орналасқан су құбырларының санитарлық жағдайына мониторинг жариялаумен қатар, су қоймасын санитарлық жағынан қорғау мәселесін шешу үшін, оған келетін судың сапалық-сандық құрамының гигиеналық дәрежесін анықтау, алғашқы және перспективті шаралар арқылы су

қоймасындағы адам ағзасына, әсіресе өсімтал ұрпақ балаларға кері әсер ететін көздерді жоюды мақсат етіп қояды [9].

Қорыта келгенде, су қоймаларының ластану динамикасын зерттей отырып, қазіргі кездегі су ресурстарының санитарлық жағдайын бағалап, кең көлемде суды кешенді түрде қолдану, су құбырларының жеткіліксіздігі және оларды қорғау шараларын перспективті жоспарлауды қажет етеді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Гржегор Доночик, руководитель Программы Организации Объединенных Наций по промышленному развитию по странам Европы и СНГ. Приветственное слово. Материалы Международной конференции "Проблемы Арала, их влияние на генофонд населения, растительности и животный мир и меры международного сотрудничества по смягчению их последствий", Ташкент, Узбекистан, 11-12 марта 2008 года.

2. Бейсенова Ә.С. Экология - ел тағдыры. - Алматы. - Мектеп. - 2006. - 208 бет.

3. Облыс әкімі С. Шаухамановтың Қазақ ауылшаруашылығы академиясының Қызылордада өткен көшпелі сессисында жасаған баяндамасы (қысқартылып мазмұндалып алынған) // Арал аймағының медициналық өзекті мәселелері (медицина ғылымының кандидаттары Т.М. Маханов және Д.Е. Генистің редакциялық басқаруымен), Қызылорда қаласы, 1994 жыл. - 5-10 б.

4. Экологиялық өзгерістердің бала денсаулығына тигізетін әсері. Мажитова З.Х. (м.ғ.д., профессор). Балалардың ұлттық реабилитациялық "Ұрпақ" Орталығы, Алматы қаласы // Арал аймағының медициналық өзекті мәселелері (медицина ғылымының кандидаттары Т.М. Маханов және Д.Е. Генистің редакциялық басқаруымен), Қызылорда қаласы, 1994 жыл. - 2125 б.

5. Сырдария өзенінің төменгі бөлігінің шөлге

айналу процестерінің халықты ауыз сумен қамтамасыз ету мен денсаулық жағдайына әсерлері. М.ғ.к., облыстық санэпидстанция - Жұбатқанов М.А. // Арал аймағының медициналық өзекті мәселелері (медицина ғылымының кандидаттары Т.М. Маханов және Д.Е. Генистің редакциялық басқаруымен), Қызылорда қаласы, 1994 жыл. - 36-39 б.

6. Катиева Ф.И. Гигиеническая оценка влияния новых пестицидов, применяемых при выращивании риса, на объекты окружающей среды и организм человека // Автореферат дисс.канд.биол.наук. Алматы, 2009. - С.25

7. Берденқұлова А.Ж. Арал өңірінің түрлі су көздері мен топырақтың ластану деңгейі және оның аймақ тұрғындарының тиреоидты жүйесінің функциялық белсенділігімен түйісуі. Дисс. ... биол. ғыл. Канд. 03.00.16 - экология, Алматы, 2008. 105 бет.

8. Мажитова З.Х. под редакцией, Экологически зависимые болезни у детей (клиника, патоморфогенез, диагностика, лечение, реабилитация), Алматы, 2007, 399 стр.

9. Мажитова З.Х. Методология комплексного обследования здоровья детей при загрязнении окружающей среды. // Актуальные проблемы здоровья детей. Сб. научн. трудов, посв. 75-летию Научн. центра педиатрии и детской хирургии. - Алматы. - 2007. - С.141-144.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИАРАЛЯ

А.С.Күлімбетов

Полученные сведения подтверждают мнение экологов, что необходим мониторинг санитарного состояния водоемов в районе размещения промышленных комплексов.

AN ECOLOGICAL PROBLEM OF PRIARAL

A.S.Kulimbetov

The received information confirms an opinion of ecologists, that the monitoring of sanitary condition of water reservoir in this region with industrial complex is necessary.



А.С.Күлімбетов

**БАЛАЛАРДАҒЫ ҚҰЛАҚ ЖӘНЕ ЖОҒАРҒЫ ТЫНЫС АЛУ
ЖОЛДАРЫ АУРУЛАРЫНЫҢ ТАРАЛУЫ**

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

Экология - қазіргі кездегі глобалды проблемалардың бірі болып табылады. Адам өмірінің әрекеттері табиғатқа теріс әсер етіп, адам денсаулығына экпатогенді қауіп тудыруда. Республика территориясының барлық аймақтары экология жағынан қолайсыз, әсіресе Арал өңірі экологиялық дағдарыс аймағы болып табылады. Сыртқы ортаның өзгерістеріне сезімтал көрсеткіш - бала денсаулығы екені баршамызға жақсы белгілі. Әдебиеттердегі мәліметтерге сүйенсек экологиялық қолайсыз аймақтарда балалар жоғары жиілікте ауруға шалдығатындығы мәлім [1,2,3].

Экологиялық бұзылыстарға аурулардың таралу жиілігінің жалпы өсуі тән болып келеді, бірақ бұл жағдайда аурудың созылмалы түріне ауысуына, жиілігіне, патологиялық өзгерістердің даму жылдамдығына мән берген дұрыс [4.5].

Арал өңіріндегі жағдайда көрсетілген мәселелерді жылдам түрде шешу қажет екендігі баршамызға мәлім, соларға байланысты сыртқы ортаның қолайсыз

факторларының әсерінен зардап шегушілерді ерте анықтау, аурудың даму себептерін іздеу және нақты алдын - алу шараларын жүргізуді қажет етеді. Мұның барлығы ауруды жүйелі түрде зерттеуді, балалар арасында таралуын, уақытылы анықтауды, тиімді түрде алдын алу шараларын іздестіруді, емдеуді және реабилитацияны талап етеді.

Жұмыстың мақсаты - балалардың денсаулық жағдайын зерттеу, оториноларингологиялық аурулардың және сыртқы ортаның қолайсыз факторларын ескере отырып Арал өңіріндегі балаларды сауықтыруға іс-шараларды құруды жоспарлау.

Міндеттері: Экологиялық апат аймақтағы балаларда құлақ және жоғарғы тыныс алу жолдары ауруларының шынайы таралуын бір ізге салып анықтау;

Экологиялық-эпидемиологиялық тексеру нәтижесінде балалардағы құлақ және жоғарғы тыныс алу жолдарының шырышты қабатына әсерін, олардың қызметтерінің бұзылыстарын анықтау;

1-ші кесте. Қызылорда облысында қаралған балалар ауруларының көрсеткіштері.

Р №	Атауы	Қармақшы ауданы		Жаңақорған ауданы				Барлығы
		Төретам стансасы	Ақай ауылы	№ 51 ОМ	№169 ОМ	Қырқеңсе ауылы	Жанарық ауылы	
1.	Барлық қаралған бала саны	684	556	565	703	305	361	3174
2.	Дені сау балалар	409 – 59,8%	340 – 61,2%	354 – 62,7%	446 – 63,4%	204 – 68,9%	230 – 63,7%	1983 62,5%
3.	Анықталған ЛОР-мүшелері аурулары	275 – 40,2%	216 – 38,8%	211 – 37,3%	257 – 36,6%	101 – 32,1%	131 – 36,5%	1191 37,5%

Мемлекеттік бағдарламаның талабына сай балаларды сауықтыру, аурулардың алдын-алу, емдік-диагностикалық жұмыстарды жақсарту мақсатында денсаулық мекемелеріне әдістемелік нұсқаулар енгізу.

Материалдар мен әдістер. Балалардың денсаулық жағдайына терең түрде оториноларингологиялық тексерулер жүргізу арқылы жүзеге асты.

Біз экологиялық-эпидемиологиялық түрде зерттеп, тексеру үшін Қызылорда облысы Қармақшы ауданындағы Төретам темір жол стансасы мен Ақай ауылын және Жаңақорған ауданындағы Қырқеңсе мен Жанарық ауылы мен қатар аудан орталығындағы № 51 және № 169 орта мектептерінде оқитын 6 жастан 15 жас аралығындағы оқушыларды алдық. Төретам және Ақай елді мекендері аудан орталығынан 80 шақырым, ал "Байқоныр" - ғарыш алаңынан 2 - 3 шақырым жерде және Сырдария өзенінің бойында орналасса, Жаңақорған ауданы да Сырдария өзенінің бойында Қызылорда қаласынан оңтүстік-шығысқа қарай орналасқан, аудан жер

қойнауы кен байлықтарына бай. Қаратаудың Өгізмүйіз тауы етегінде Шалқия кеніші орналасқан. Кен орнынан мырыш, қорғасын, күміс, кадмий т.б. сирек кездесетін металл кентастары бар.

1-ші кестеде көрсетілгендей, арнайы қаралған барлық 3174 баланың 1983-і - 62,5% құрайтын сау болып шықса, 1191 бала, яғни 37,5% ЛОР -мүшелерінің ауруларына шалдыққандығы анықталды.

Қорыта келгенде, кестеде көрсетілгендей ең жоғарғы көрсеткіш Қармақшы ауданындағы Төретам және Ақай елді мекендерінде оқитын балаларда анықталды, яғни Төретам елді мекенінде 40,2 пайызды құрайтын 275 бала ЛОР-мүшелерінің ауруларына шалдықса, ол көрсеткіш Ақай ауылында 38,8 пайызды құрайтын 216 бала болып шықты. Ал Жаңақорған ауданының орталығында тұратын балаларда да бұл көрсеткіштер жоғары болып шықты, яғни № 51 орта мектебінде 37,3% құраса, № 169 мектепте 36,6% құрайды. Ал ең төменгі көрсеткіш 32,1 пайызды құрайтын 101 бала Қырқеңсе ауылында анықталды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. З.Х. Мажитова. Проблема экологически зависимых состояний у детей. // Экология и здоровье детей. - Алматы: Гылым, 1996. - с.9-15.
2. Экологиялық өзгерістердің бала денсаулығына тигізетін әсері. Мажитова З.Х. (м.ғ.д., профессор). Балалардың ұлттық реабилитациялық "Ұрпақ" Орталығы. Алматы қаласы // Арал аймағының медициналық өзекті мәселелері (медицина ғылымының кандидаттары Т.М. Маханов және Д.Е. Генистің редакциялық басқаруымен). Қызылорда қаласы, 1994 жыл. - 21-25 б.
3. Омарова К.О., Ажжанова Г.Т. Клинико-эпидемиологические особенности острых лейкозов у детей из сельской местности. // Актуальные вопросы организации сельского здравоохранения в современных условиях. - Шымкент. - 1996. - С.43-44.
4. Экология және аллергия. Мырзахметов Қ. - Қызылорда облыстық ауруханасы. // Арал аймағының медициналық өзекті мәселелері (медицина ғылымының кандидаттары Т.М. Маханов және Д.Е. Генистің редакциялық басқаруымен), Қызылорда қаласы, 1994 жыл. - 40 б.
5. З.Х. Мажитова, Р.Ж. Сейсебаева, И.Е. Жағбабаева. Болезни органов дыхания у детей в регионах с высоким содержанием токсических и химических веществ в компонентах окружающей среды. // Экология и здоровье детей. - Алматы: Гылым, 1996. - с.81-92.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ УША И ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

А.С.Кулиμβетов

В результате проведенных оториноларингологических осмотров среди детского населения Кызылординской области выявлено, что более 1/3 детей страдают той или иной формой заболеваний уха и верхних дыхательных путей.

PREVALENCE OF EAR AND UPPER RESPIRATORY WAYS DISEASES IN CHILDREN

A.S.Kulimbetov

As a result of an otorhinolaryngological checkup of children population in region of Kyzylorda reveals that more than 1/3 children have some forms of chronic diseases or ear and upper respiratory ways.



1.Статья должна быть отпечатана в 2-х экземплярах на одной стороне стандартного листа, не более 30 строк на странице. размер шрифта 14, с 1,5 интервала между строками, с полями сверху и снизу 2 см, слева 4 см, справа 2 см, в системе Windows. Статьи могут представляться на казахском, английском и русском языках. Статья должна иметь электронную версию на дискете. Дискета должна быть разборчиво подписана (Ф.И.О. автора и название).

2.Статья не должна превышать 5 страниц машинописи, включая список литературы и резюме на 2-х языках (например; на русском и английском, если статья на казахском языке и т. д.), размером не более 1\2 страницы машинописи с указанием названия статьи, инициалов и фамилии авторов, содержащее в сжатой форме суть работы и выводы.

3.Статья должна иметь визу руководителя учреждения на право опубликования и сопроводительное письмо руководства учреждения, заверенное печатью.

4.В начале первой страницы пишутся: УДК, название статьи, инициалы и фамилии авторов, название учреждения, в котором выполнена работа, с указанием города. В конце статьи должна быть подпись каждого автора с указанием должности, ученой степени, ученого звания, фамилии, имени, отчества, адреса и телефона (раб, дом, сот).

5.Статья должна быть тщательно выверена автором. Корректуре автору не высылается. сверка проводится по авторскому оригиналу на дискете.

6.Фотографии рисунки представляются в 2-х экземплярах в конвертах. На обороте второго экземпляра каждой иллюстрации простым карандашом ставится номер, фамилия автора, название статьи, обозначаются верх, низ.

7.Таблицы должны быть озаглавлены и пронумерованы.

8.Сокращение слов, имен, названий, кроме общепринятых не принимаются. Меры даются в системе СИ. Аббревиатуры расшифровываются после первого появления в тексте и остаются неизменными.

9.Фамилии отечественных авторов пишутся с инициалами, фамилии иностранных авторов – в иностранной транскрипции. Цитируемая в статье литература должна быть напечатана колонкой через 1,5 интервала. Список литературы составляется в алфавитном порядке. В тексте дается библиографическая ссылка на порядковый номер источника в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются. При описании статей из сборников указывается фамилия, инициалы авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, количество страниц. При описании монографии указываются: фамилия, инициалы авторов, название монографии, место и год издания, название издательства, количество страниц. При описании главы из монографии указываются: фамилия, инициалы авторов, название монографии, место и год издания, название издательства, количество страниц. При описании статей из журналов указывается фамилия, инициалы авторов, название статьи, название журнала, год, том, номер страницы. 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.

10.Редакция оставляет за собой право сокращения или исправления статей.

11.Направление в редакцию работ, ранее опубликованных или представленных в другие редакции для опубликования, не допускаются.

12.Оплата за статью производится из расчета 700 тенге за 1 страницу.

Наш адрес: Республика Казахстан, 473000,
г. Астана, ул. Бейбитшилик, 49.
Тел/факс (3172) 31-45-25

Отпечатано в типографии ИП "Рустемова Б.К."
г.Астана, ул.Сарыарка 15, тел. 8/7172/94-99-38