ВАЛЕОЛОГИЯ

Здоровье
Болезнь
Выздоровление

02/2010

АСТАНА

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

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

ҒЫЛЫМИ – ПРАКТИКАЛЫҚ ЖОРНАЛ

ВАЛЕОЛОГИЯ
ДЕНСАУЛЫҚ – АУРУ – САУЫҚТЫРУ

№ 2, 2010

Жорнал 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
Сатгықлышов Б.С. – техникалық редакторы

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. (Актөбе)
Істілеуов М.К. (Ақтөбе)
Имангазинов С.Б. (Павлодар)
Коман И.И. (АҚШ)
Миронюк Н.В. (Астана)
Рақыпбеков Т.К. (Семей)
Роберт Дарофф (АҚШ)
Розенсон Р.И. (Астана)
Шарманов Т.Ш. (Алматы)
Шандор Г. (Венгрия)
Цой И.Г. (Алматы)

Мекен жайы:
010000, Астана қ.,
Бейбітшілік көшесі, 49
Тел.(факс): 8(7172) 539534
8-701-408 43 87
сайт: *www.ipp.kz*
e mail: *tagamtanu_astana@mail.ru*

Офсеттік басылым. Тиражы 300 экз.

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

№ 2, 2010

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

Editorial advice:

Agadzhanyan N. A. (Russia)
Azar N. (USA)
AkanovA. 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)
Imangazinov S.B. (Pavlodar)
Mironyuk N. V. (Astana)
Rahipbekov T. K. (Semey)
Rozenson R. I. (Astana)
Robert Daroff (USA)
Sharmanov T. Sh. (Almaty)
Shandor (Hungary)
Tsoy I.G. (Almaty)

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

МАЗМҰНЫ **ОГЛАВЛЕНИЕ**

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

О.Г. Цой, Е.А. Тайғұлов, В.И. Кровицкий және басқ.
Иммунокомпетентті жасушалар мен тиреоидті гормондар 11

Е.Н.Құспаев
Жедел және шұғыл медициналық жәрдем көрсетудегі қабылдау бөлімшесінің жұмысын ұйымдастыру 16

М.А. Моренко, Г.Т. Әлібаева, Р.И. Розенсон
Балаларда бронхиалді демікпе жұқпалы процесстерінің ерекшеліктері 19

Т.Г.Юртова
Иық жауырын периартрозын сәулемен анықтау 23

М.А. Моренко
Клиникалық тәжірибеде емдік өсімдіктерді қолданудың болашағы 25

З. А. Рахымберлина
Ятрогендік және дәрілік ауру 30

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

О.Г. Цой, Е.А. Тайгулов, В.И. Кровицкий и др.
Тиреоидные гормоны и иммунокомпетентные клетки 11

Е.Н. Куспаев
Организация работы приемного отделения как ключевого звена в оказании скорой и неотложной медицинской помощи 16

М.А. Моренко, Г.Т. Алибаева, Р.И. Розенсон
Особенности инфекционных процессов у детей с бронхиальной астмой 19

Т.Г. Юртова
Лучевая диагностика плечелопаточного периартроза 23

М.А. Моренко
Перспективы использования лекарственных растений в клинической практике 25

З. А. Рахимберлина
Ятрогения и лекарственная болезнь 30

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

А.А. Абдулин
Реабилитацияның медициналық-ұйымдастыру негіздері 33

М. Шайдаров
Фармацевтикалық бақылау - стандарттарды енгізуге себеп 35

О.С. Ким
2007-2009ж.ж. мерзіміндегі қабылдау-кеңес бөлімшесінің мәліметтері бойынша әртүрлі нозология түрлерін талдау 37

Е.Н.Құспаев, О.Т. Жүзжанов, С.К. Нұрашева, және басқ.
Хирургиялық профильде науқастарға жасалынған медициналық қызмет сапасын бағалау 40

А.Б.Салханова
Медицина қызметкерлерінің теміртапшылықты анемияның алдын алу мәселелері туралы хабардарлығын зерттеу 41

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

А.А. Абдулин
Медико-организационные аспекты реабилитации 33

М.З. Шайдаров
Фармацевтический контроль - стимул к внедрению стандартов. 35

О.С. Ким
Мониторинг различных нозологических форм по данным приемно-консультативного отделения за период 2007 - 2009 гг. 37

Е.Н. Куспаев, О.Т. Жузжанов, С.К. Нурашева, и др.
Оценка качества медицинских услуг больными хирургического профиля 40

А.Б.Салханова
Изучение осведомленности медицинских работников по вопросам профилактики железодефицитной анемии 41

МАЗМҰНЫ		ОГЛАВЛЕНИЕ
А.А. Юферева, В.Л. Шульц, А.Т. Көшербаева РКӨ "ҚР Президентінің ісін басқаратын ауруханаңың" жедел жәрдем көмегі бөлімшесінің ақпараты бойынша қайталап шақырылатын көмектер санын талдау	43	*А.А. Юферева, В.Л. Шульц, А.Т. Кучербаева* Анализ повторных вызовов по данным отделения скорой неотложной медицинской помощи РКП "Больница управления делами президента Республики Казахстан"
О.К.Василенко ХҚҚ клиникалық-диагностикалық маңыздылығы және қолдану аймағы	46	*О.К. Василенко* Клинико-диагностическое значение МНО и области его применения
А.Б. Омарова, А.С. Айкешева, О.Т. Жузжанов, Б.А. Камзина Жүректің ишемиялық ауруының нәтижесінен мүгедек болған карттар өмірінің сапасында әлеуметтік факторлардың маңызы	48	*А.Б. Омарова, А.С. Айкешева, О.Т.Жузжанов, Б.А. Камзина* Роль социальных факторов в качестве жизни пожилых инвалидов вследствие ишемической болезни сердца
А.Б.Омарова, А.С. Айкешева, О.Т. Жузжанов, М.А. Элтаева Астана қаласының тұрғындары арасындағы жүректің ишемиялық ауруынан туындаған мүгедектіктің ерекшеліктері	50	*А.Б.Омарова, А.С. Айкешева, О.Т. Жузжанов, М.А. Элтаева* Особенности инвалидности вследствие ишемической болезни сердца среди жителей г. Астана
А.С. Айкешева Темекі тарту және жүрек қан-тамыр жүйесі ауруларынан туындайтын өлімнің деңгейі	52	*А.С. Айкешева* Курение и общий уровень смертности от сердечно - сосудистых заболеваний
А.Б. Омарова Жүректің ишемиялық ауруы салдарынан болған мүгедектердің өмір сапасы	54	*А.Б. Омарова* Качество жизни инвалидов вследствие ишемической болезни сердца
Н.В.Сливкина Астана қаласындағы жасөспірімдер мен жастардың жүрек қағысының өзгермелі қасиеттерінің ерекшеліктері	57	*Н.В. Сливкина* Особенности регуляции сердечного ритма у подростков и молодежи призывного и допризывного возрастов Астаны
Б.А. Айнабекова, С.С.Иманғазинова, К.Д.Танбаева Павлодар емханаларының деректері бойынша созылмалы обструкциялық өкпе ауруының таралуы	60	*Б.А. Айнабекова, С.С. Имангазинова, К.Д.Танбаева* Распространенность хронической обструктивной болезни легких по данным городских поликлиник г. Павлодара
А.Ф.Королёва Астана қаласы өндірістік лицейінде оқитын жасөспірімдердің асқазан-ішек жолдары ауруларының таралуы және қауіпті факторларды анықтау	62	*А.Ф. Королёва* Распространенность заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта у подростков - учащихся профессиональных лицеев г. Астаны и изучение факторов риска
М.Б. Сейітова Балалар стоматологиясының сұрақтары	64	*М.Б.Сеитова* Вопросы детской стоматологии
Б.С.Байкенова, С.Н.Байтанова Құқық қорғаушы мекемелердегі қызметкерлердің психоэмоционалдық күйзелісінің алдын алу	66	*Б.С.Байкенова, С.Н.Байтанова* Профилактика психоэмоционального напряжения у сотрудников правоохранительных органов

МАЗМҰНЫ	ОГЛАВЛЕНИЕ

Э.Г. Заркешев , Е.З. Акіжанов, М. С. Митяева және басқ.
Солтүстік Қазақстан облысы Петропавл қаласындағы жол-көлік апаты салдары нәтижесінде болатын қабысқан және көптеген жарақаттардың жағдайы 68

Э.Г. Заркешев , Е.З. Акижанов, М. С. Митяева и др.
Состояние сочетанной и множественной травмы в результате дорожно-транспортных происшествий г. Петропавловск Северо - Казахстанской области

Сливкина Н.В., Хасин В.Б., Дәленов Н.Е.
Астана қаласының жасөспірімдері мен жастары арасында ауру тудыру факторларының таралуы 72

Н.В.Сливкина, В.Б. Хасин, Н.Е. Даленов
Распространенность факторов риска заболеваний среди подростков и молодежи Астаны

Д.Е. Тіленшиева
Астана және Өскемен қалаларындағы мектеп окушыларының жүрек-қантамыр жүйесінің (миокардтың оттегіге мұқтаждығы) жағдайын зерттеу 74

Д.Е. Тленчиева
Исследование состояния сердечнососудистой системы (потребность миокарда в кислороде) школьников г. Астана и г. Усть-Каменогорска

Б.Р. Менліқұлов
Маскүнемдік және туберкулез 76

Б.Р. Менликулов
Алкоголизм и туберкулез

М.З. Шайдаров
Дәрілермен қамтамасыз ету - сапалылығы мен қауіпсіздігі 78

М.З. Шайдаров
Лекарственное обеспечение - качество и безопасность

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

Ж.Е. Баттақова, С.Т. Онаев, К.А.Медеубаева
Мұнай-газ өңдеу зауытындағы технологиялық қондырғылардағы операторлардың жұмыс орнындағы өндірістік микроклиматты гигиеналық бағалау 81

Ж.Е. Баттакова, С.Т. Онаев, К.А.Медеубаева
Гигиеническая оценка производственного микроклимата на рабочих местах операторов технологических установок завода по переработке нефти и газа

ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ

И.Коман, Л.З. Тель, Е.Д. Дәленов
Тағам жақпауының клиникалық көріністерінің даму механизмі 85

И. Коман, Л.З. Тель, Е.Д.Даленов
Механизм развития клинических проявлений пищевой непереносимости

А.П.Сарсембаева
Жасы 6-59 айлық аралығындағы балалардың тамақтану жағдайын зерттеу барысында фолий қышқылымен қамтылғандығын бағалау 89

А.П.Сарсембаева
Оценка обеспеченности детей 6-59 месячного возраста фолиевой кислотой при изучении практики питания

А.П.Сарсембаева
Қазақстан Республикасындағы 5-жасқа дейінгі балалар арасында фолий қышқылы жетіспеушілігінің таралуы 92

А.П.Сарсембаева
Распространенность недостаточности фолиевой кислоты среди детей до 5-ти лет в Республике Казахстан

Г.О. Нұсқабаева, Ж.Н. Шалхарова, Ж.С.Шалхарова, Б.А.Төлепбергенова
Артериальдық гипертензия мен қосарланған абдоминалды семіздігі бар науқастарда сол жақ қарынша миокардты ремодельдеудің дамуына клиникалық-зат алмасулық факторлардың әсерін анықтау 94

Г.О.Нускабаева, Ж.Н.Шалхарова, Ж.С.Шалхарова, Б.А.Толепбергенова
Изучение влияния клинико-метаболических факторов на развитие ремоделирования миокарда левого желудочка у больных артериальной гипертензией в сочетании с абдоминальным ожирением

МАЗМҰНЫ	ОГЛАВЛЕНИЕ

ТӘЖІРИБЕЛІК ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

Т.З. Сейсембеков, Б.Б. Барышев, Н.В. Григоревская, Т.М. Ғаббасов.
Ұзақ уақыт нитраттың токсикалық әсерінен асқазанның шырышты қабатының морфологиялық өзгерістері 98

С.К. Атығаева.
Лямблиоз кезіндегі ішектердің микробиоценозының күйі 100

С.К. Атығаева.
Созылмалы ағымды описторхоз анықталған науқастарда "Саусалин" дәрісінің тиімділігін бағалау 102

С.Т. Дүйсембеков
Ішек ісігі салдарынан дамыған инвагинация 104

Т.Р. Омаров, А.Е. Гуляев
Ішек дисбактериозы және созылмалы панкреатит 106

Б.К.Доскенова
Балалар жұқпалы аурулары стационарындағы резидентті салмонеллез 108

Б.К.Доскенова
Резидентті салмонеллезді серологиялық әдіс арқылы анықтау 110

Т.Р. Омаров, Гуляев А.Е.
Пробиотиктерді қолданып ойықжара ауруын емдеудің алгоритмі 112

О.С. Ким
Созылмалы С гепатиті ағымының ерекшеліктері 116

Н.Н.Удербаев
Бауырдың зақымдалған жарақаты кезінде эндоваскулярлы хирургияны қолдану 118

С. Ж. Әлімжанов, А.А. Әділбеков, А.С. Әлімжанова
Протездерді пайдалану арқылы емдеу ерекшеліктері 120

А.У.Замураева
Балалар стоматологиясында түбірлері толық жетілмеген тұрақты тістердің түбір өзектерін обтурациялау ерекшеліктері 121

Б.Т.Қилымжанова
Үшінші азу тістері ауруларының анықтамасы 123

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

.Т.З. Сейсембеков, Б.Б. Барышев, Н.В. Григоревская, Т.М. Габбасов.
Мофологические изменения слизистой оболочки желудка под воздействием длительной нитратной интоксикации 98

С.К. Атыгаева.
Состояние микробиоценоза кишечника при лямблиозе 100

С.К. Атыгаева
Оценка эффективности препарата "Саусалин" у больных хронической фазой описторхоза 102

С.Т. Дюсембеков
Опухоль кишечника как причина инвагинации 104

Т.Р. Омаров, А.Е. Гуляев
Кишечный дисбактериоз и хронический панкреатит 106

Б.К.Доскенова
Резидентный сальмонеллез в детском инфекционном стационаре 108

Б.К.Доскенова
Серологическая диагностика резидентного салмонеллеза 110

Т.Р. Омаров, Гуляев А.Е.
Алгоритм лечения язвенной болезни с применением пробиотиков 112

О.С. Ким
Хронический гепатит С - особенности течения 116

Н.Н. Удербаев
Применение эндоваскулярной хирургии при травматическом повреждении печени 118

С.Ж. Алимжанов, А.А. Адильбеков, А.С. Алимжанова
Особенности лечения с использованием жесткой ложки-базасы 120

А.У. Замураева
Особенности обтурации корневых каналов в постоянных зубах с несформированными корнями в детской стоматологии 121

Б.Т. Килымжанова
Анализ патологии третьих моляров 123

МАЗМҰНЫ		ОГЛАВЛЕНИЕ
Э.К. Ісмағұлова, С.К. Қожантаева, С.А. Тәуекелова Созылмалы іріңді мезотимпанит кезінде науқастың нейросенсорлы естімеушілігін емдеу	125	*Э.К. Исмагулова, С.К. Кожантаева, С.А. Таукелева* Лечение больных с нейросенсорным компонентом тугоухости в условиях хронического гнойного мезотимпанита
С.К. Қожантаева Созылмалы ортаңғы отитпен ауыратын науқастардағы прогрессивті естімеушілік	127	*С.К. Кожантаева* Прогрессирующая тугоухость у больных хроническим средним отитом
Г.А. Мұхамадиева, З.Т. Құрманғалиева, О.В. Студеникина және басқ. Ортаңғы және ішкі құлақ зақымданған жағдайда орын алатын есту және вестибулярлы бұзылулар	129	*Г.А.Мухамадиева, З.Т. Курмангалиева, О.В. Студеникина и др* Слуховые и вестибулярные нарушения при травмах среднего и внутреннего уха
Н. Л. Варламова Аденоид емінде лазеротерапияны қолдану	132	*Н.Л. Варламова* Лазеротерапия при аденоидах
Г.Г. Абайгулина КМҚК "ҚР ДМ СҚО әкімдігінің 3-ші қалалық ауруханасы" - да сүйек - буын жүйесін ультрадыбыспен зерттеу нәтижелері	134	*Г.Г. Абайгулина* Результаты ультразвуковых исследований костно-суставной системы в КГКП "3-я городская больница акимата СКО МЗ РК"
С.Н. Байтанова Патрулдік жол қызметкерлеріндегі омыртқаның бел бөлімі остеохондрозының вертеброгенді синдромы	136	*С.Н. Байтанова* Вертеброгенные синдромы остеохондроза поясничного отдела позвоночника у сотрудников дорожной патрульной службы
У.С. Әжібаева Амбулаторлық жағдайда "ДОНА" препаратымен остеохондрозды емдеу	138	*У.С. Ажибаева* Остеохондроз - аспекты лечения препаратом "ДОНА" в амбулаторных условиях
Н.Д. Батпенов, Н.Б. Орловский, Н.К. Мурсалов Сегізкөз сынықтарының диагностикасы	140	*Н.Д. Батпенов, Н.Б. Орловский, Н.К. Мурсалов* Диагностика переломов крестца
С.Г. Медведь Дифференцияланбаған дәнекер тіні дисплазиялары туралы қазіргі кездегі көрініс	142	*С.Г. Медведь* Современные представления о недифференцированных дисплазиях соединительной ткани
С.Г. Медведь Жасөспірімдердегі дәнекер тіні дисплазияларының кейбір ерекшеліктері туралы	144	*С.Г. Медведь* О некоторых особенностях дисплазии соединительной ткани у подростков
А.К. Ескендірова Хондросаркомадағы молекулалық өзгерістердің клиникалық маңызы	148	*А.К.Искиндирова* *Клиническая значимость молекулярных изменений в хондросаркоме кости*
Н. П. Волкова. Экзогенді сурфактант "Куросурфтың" әсерінің болмау себептері	150	*Н. П. Волкова.* Причины отсутствия эффекта от экзогенного сурфактанта "Куросурф"
Б.К. Нұрмағанбетова Жоғарғы және төменгі тыныс жолдары ауруларын емдеуде небулайзерлік емнің маңызы	153	*Б.К. Нурмаганбетова* Роль небулайзерной терапии в лечении заболеваний верхних и нижних дыхательных путей

МАЗМҰНЫ		ОГЛАВЛЕНИЕ
З.А. Рахымберлина Астениялық бұзылыс жағдайын "Танакан" дәрілік препаратымен емдеу	155	*З.А. Рахимберлина* Лечение лекарственным препаратом "Танакан" на состояние астенических расстройств
Б.И. Козлов, А.Ю. Лущаев, Н.А. Фролов Қартаю процесінің алдын алу кезінде марал мүйізі негізіндегі биоқоспаларды қолдану	156	*Б.И. Козлов, А.Ю. Лущаев, Н.А. Фролов* Использование биокомплексов на основе пантового сырья в профилактике процессов старения
Д.З. Садықова Жүректің коронарлық ауруының өршуін ерекше маркерлерді анықтау негізіндегі екіншілікті профилактикасы	160	*Д.З. Садыкова* Вторичная профилактика обострения коронарной болезни сердца на основе определения специфических маркеров
Г.К. Серманизова, Н.Г.Нигай Жүректің жүре пайда болған ақаулары кезіндегі жүктілік және перинатальдық жағдай нәтижесі	162	*Г.К. Серманизова, Н.Г. Нигай* Беременность и перинатальный исход их при приобретенных пороках сердца
С.Е. Сәпиева Эндокринді патологияларды диагностикалауда электрокардиографияны қолдану	164	*С.Е. Сапиева* Электрокардиография в диагностике эндокринной патологии
Т.Г. Юртова Өкпе және жүректің патологиялық жағдайларын диагностикалауда өкпе суретін талдау	165	*Т.Г. Юртова* Интерпретация легочного рисунка в диагностике патологических состояний лёгких и сердца
Е.Т. Төлеутаев Артериалық гипертензиясы бар балалардың қан қысымының тәуліктік вариабелділігінің ерекшеліктері	168	*Е.Т. Тулеутаев* Особенности суточной вариабельности артериального давления у детей с артериальной гипертензией
Р.К.Кикімбаева, Т.И.Терехова Семей өңіріндегі балалар мұрынынан қан кетудің құрылымдық себептері	170	*Р.К. Кикимбаева, Т.И. Терехова* Структура причин носовых кровотечений у детей Семипалатинского региона
Т.И.Терехова, Р.К.Кикімбаева Семей қаласындағы бір жастағы сау балалардың шеткері қанындағы лейкоциттердің жастық көрсеткіштері	172	*Т.И.Терехова, Р.К.Кикимбаева* Возрастные показатели лейкоцитарного звена периферической крови у здоровых детей первого года жизни г.Семея
З.С. Жетпісбаева Ұялық алопецияның ониходистрофия түрінің клиникалық ерекшелігі	174	*З.С. Джетписбаева* Клинические особенности ониходистрофий у больных с гнездной алопецией
З.С. Жетпісбаева Ұялық алапециямен аурушаңдықтың динамикасы және оның ағымының ерекшеліктері	176	*З.С. Джетписбаева* Динамика заболеваемости гнездной алопецией и особенности ее течения
Б.А.Жетпісбаев, С.Б. Имангазинов, Е.К.Қайырханов, Д.К. Нұрмұқанов Бас бостандығынан айырылған АИВ-жұқтырған сотталғандардағы иммунитеттің кейбір көрсеткіштері	177	*Б.А. Жетписбаев, С.Б. Имангазинов, Е.К. Каирханов, Д.К. Нурмуканов* Некоторые показатели иммунитета у ВИЧ-инфицированных осужденных в местах лишения свободы
М.К. Югай, К.К. Куанова Дерматолог дәрігердің тәжірибесіндегі АИВ инфекциясы өзекті мәселесі	179	*М.К. Югай, К.К. Куанова* Актуальные аспекты инфекции ВИЧ в практике врача дерматолога

МАЗМҰНЫ		ОГЛАВЛЕНИЕ
Ж.Ш. Жұмаділов, Б.А.Жетпісбаев, С.Б.Имангазинов, Е.К.Қайырханов Психиканы белсендіретін заттарды қабылдаған сотталушылардың жасушалық, гуморалдық және фагоцитарлы иммунитет өзгерісінің көрінісі	181	*Ж.Ш. Жумадилов, Б.А.Жетписбаев, С.Б.Имангазинов, Е.К.Каирханов* Динамика изменении клеточного, гуморального и фагоцитарного иммунитета у осужденных за употребление психоактивных веществ
М.Ю. Хомяков Уреаплазмалық - микоплазмалық инфекциямен сипатталған қайталанатын жыныс мүшелерінің герпесін емдеуде әр түрлі бағдарламалардың тиімділігін салыстырмалы бағалау	185	*М.Ю. Хомяков* Сравнительная оценка эффективности различных программ терапии рецидивирующего генитального герпеса, ассоциированного уреаплазменно-микоплазменной инфекцией.
М.К. Югай *Этиологиясы трихомонадозды және гарднереллезді баланопостит және вульвовагинит ауруларын емдеу кезінде "Розамет" кремін қолдану*	188	*М.К. Югай* Крем "РОЗАМЕТ" в комплексной терапии вульвовагинитов и баланопоститов трихомонадной и гарднереллезной этиологии
М.К. Югай Ауыр соматикалық патологиясы бар науқастарда онихомикозды емдеу	189	*М.К. Югай* Лечение онихомикоза у больных с тяжелой соматической патологией
Г.Е. Шыршықбаева Эпштейн - барр вирус инфекциясының клиникасы	191	*Г.Е. Шыршыкбаева* Клиника вирусной инфекции Эпштейна -Барра
А. Б.Салханова Темір препараттарын пайдаланған және пайдаланбаған репродуктивтік жастағы әйелдердің гемоглобин деңгейін салыстырмалы зерттеу	193	*А.Б. Салханова* Сравнительное изучение уровня гемоглобина у женщин репродуктивного возраста в зависимости от потребления железосодержащих препаратов
О.К. Василенко Өрбіту жасындағы әйелдердің қынап қабы микробиоценозын бағалау	195	*О.К. Василенко* Оценка микробиоценоза влагалища у женщин репродуктивного возраста
Г.У. Ахмедьянова Т.А Ныгматулина Урогениталді хламидиоз кезіндегі әдеттегідей жүктілікті көтере алмауды емдеуде "Вильпрафенді" клиникалық тәжірибеде қолдану	198	*Г.У. Ахмедьянова Т.А. Нигматулина* Клинический опыт применения Вильпрафена в лечении урогенитального хламидиоза при привычном невынашивании беременности.
А.Б. Исенова, Д.Г. Нұрмағанбетова, З.А.Федотовская, Г.Н. Коломиец Жасөспірім қыз балалардағы қабынған генездік ювенилді дисменореяны емдеудің тиімді жолдары	200	*А.Б. Исенова, Д.Г. Нурмаганбетова, З.А. Федотовская, Г.Н. Коломиец* Современные подходы к лечению ювенильной дисменореи воспалительного генеза у девочек-подростков
Е.А. Бадигова, О.А. Имишева, О.В. Колядинова Ұрықтың жатыр ішілік дамуының тежелуімен жүретін жүктіліктің қан ағысын допплерографиямен динамикалық бағалау.	202	*Е.А. Бадигова, О.А. Имишева, О.В. Колядинова* Динамическая оценка кровотока с использованием допплерографии при беременности, сопровождающейся задержкой внутриутробного развития плода
А.Р. Ақылжанова Қазақстанда Семей аймағындағы сүт безінің қатерлі ісігімен ауырған әйелдерде BRCA1/2 гендердің мутацияларының скринингі	204	*А.Р. Акильжанова* Скрининг мутаций генов BRCA1/2 среди женщин, проживающих в Семипалатинском регионе Казахстана
М.Р. Мәдиева, Б.А. Жетпісбаев, С.У.Өзбекова және басқ. Гамма-сәулеленудің әр түрлі дозалық жүктемесінің әсерінен кейін ұзақ мерзімдік кезеңдегі Т-жүйелі иммунитет күйі	207	*М.Р.Мадиева, Б.А.Жетписбаев, С.У. Узбекова и др.* Состояние Т-системы иммунитета в отдаленном периоде после воздействия различных дозовых нагрузок гамма-излучения

МАЗМҰНЫ		ОГЛАВЛЕНИЕ
М.Р. Мадиева., Б.А.Жетписбаев, С.Е.Узбекова, Х.С.Жетписбаева Гамма-сәулелендірудің әр түрлі дозалық жүктемесінің ұзақ мерзімдік кезеңде гуморалды иммунитет жүйесіне әсері	211	*М.Р. Мадиева, Б.А. Жетписбаев, С.Е.Узбекова, Х.С. Жетписбаева* Влияние различных дозовых нагрузок гамма-излучения на гуморальное звено иммунитета в отдаленном периоде
С.Б. Мауқаева В гепатит вирусы анықталған науқастардағы гуморалді иммунитет жүйесінің көрсеткіштері	215	*С.Б. Маукаева* Состояние гуморального иммунитета при вирусном гепатите В
М.Б. Сеитова Нәрестелер мен 1 жасқа дейінгі балаларда ауыз уылуы (жедел жалған мембранозды кандидоз)	216	*М.Б. Сеитова* Молочница (острый псевдомембранозный кандидоз) у новорожденных и детей до года
Н. П. Волкова Нәрестелердегі Даун ауруының пренаталді диагностикасы	218	*Н.П. Волкова* Пренатальная диагностика болезни Дауна у новорожденных.
А.Ғ. Қуанышева, Б.А.Жетпісбаев, А.С.Арғынбекова Эмоционалдық күйзеліске ұшыраған жүктіліктің кеш кезеңіндегі егеукұйрықтардың қанындағы ЛПТ және АОЖ жағдайына "Анти-стресс" фитопрепаратының әсері	220	*А.Г. Куанышева, Б.А.Жетписбаев, А.С.Аргынбекова* Влияние фитопрепарата "Анти-стресс" на состояние ПОЛ и АОС в крови животных в позднем периоде беременности на фоне эмоционального стресса.
Д.Б. Аманқұлов Ацетонмен және арнайыландырылған өніммен ингаляциялық әсер еткендегі жануарлардың көк бауырындағы коллаген түзілу кезеңінің және ЛАТ-АОҚ жүйесінің жағдайы	223	*Д.Б. Аманкулов* Состояние системы ПОЛ-АОЗ и процессы коллагенообразования в селезенке крыс при действии ацетона и алиментарной коррекции
М.Жанұзақов "Тополин" өсімдік майының тышқандардың қуығы қабынуында оның шырышты қабығына әсері	225	*М.Джанузаков.* Влияние фитопрепарата "Тополин" на слизистую оболочку мочевого пузыря крыс при экспериментальном цистите
Б.К. Закарин Ацетонмен және арнайыландырылған өніммен ингаляциялық әсер еткендегі жануарлардың ұрық безі тініндегі зат алмасу өзгерістерінің сипаты	227	*Б.К. Закарин* Характер метаболических изменений в ткани семенников крыс при ингаляционном действии ацетона и алиментарной коррекции
Г.О. Устенова, Г.М. Пичхадзе Шамадан тыс көмірқышқыл сығындылары мен олардың негізіндегі дәрі түрлерінің қабынуға қарсы белсенділігін зерттеу	229	*Г.О. Устенова, Г.М. Пичхадзе* Изучение противовоспалительной активности сверхкритических углекислотных экстрактов и лекарственных форм на их основе

О.Г. Цой, Е.А. Тайгулов, В.И. Кровицкий, В.И. Люст, А.Б. Байбеков, Абаев Н.Ж.

ТИРЕОИДНЫЕ ГОРМОНЫ И ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫЕ КЛЕТКИ

АО "Медицинский университет Астана", Астана

Щитовидная железа (ЩЖ) является одним из важных регуляторных звеньев единой метаболической нейроиммунноэндокринной системы, обеспечивающей структурное и функциональное единство организма - гомеостаз. Нарушение функции ЩЖ в виде снижения (гипотиреоз) или повышения (гипертиреоз), в свою очередь, вызывают серьёзные нарушения в организме. О важной роли ЩЖ при тяжёлых инфекционных заболеваниях было известно ещё полтора века назад. В настоящее время клиническая и экспериментальная медицина располагает громадным количеством неоспоримых доказательств о том, что нарушения функции ЩЖ являются одним из предполагающих условий в возникновении многих инфекционных, а также неинфекционных (в том числе онкологических) заболеваний и патологических синдромов, сопровождающихся существенными сдвигами в иммунной системе [1-13].

В литературе имеется огромное количество экспериментальных исследований, доказывающих чувствительность иммунокомпетентных клеток (ИКК) к тиреоидным гормонам (ТГ). Однако анализ их не даёт полного ответа относительно иммунорегулирующей роли этих гормонов, хотя не вызывает сомнений, что йодтиронины для системы крови являются анаболическими ростовыми факторами типа "общих гемопоэтинов". Кроме того, установлено, что гормоны ЩЖ способны проявлять свой метаболический эффект не только на молодых, но и большинстве зрелых клеток периферической крови, которые снабжены соответствующими рецепторами или чувствительны к мембранотропным эффектам ТГ. Подтверждением сказанному являются многочисленные экспериментальные исследования, в которых моделируется гормонодефицитное состояние, то есть гипотиреоидное состояние, а также клинические наблюдения за больными гипотиреозом [14-17].

Прежде всего, необходимо подчеркнуть, что тиреоидэктомию у животных с целью моделирования первичного гипотиреоза нельзя признать адекватной моделью для изучения влияния ТГ на клетки системы крови. Установлено, что ЩЖ помимо тироксина (Т4), трийодтиронина (Т3) и тирокальцитонина (ТКТ) секретирует и другие гормоноподобные вещества, отдельные из которых (инсулиноподобный фактор роста I, лейкогенол) обладают выраженным биологическим действием на гемопоэз [18, 19]. В этом смысле более предпочтительны модели экспериментального гипотиреоза, вызываемые с помощью антитиреоидных препаратов, при условии, что они не оказывают побочного действия на ИКК. С учётом сказанного, нельзя считать удачной и модель гипотиреоза, вызываемого посредством инъекционной этаноловой деструкции ткани ЩЖ, которую предлагают ряд исследователей [15-17].

Эффекты ТГ, регистрируемые в опытах in vitro и in vivo, далеко не однозначные, что не позволяет отождествлять их [20-23].

В механизме действия йодотиронинов различают две функции: метаболическую и ростковую.

Чувствительностью к ТГ обладают почти все ткани растущего организма, в том числе ИКК. Клеточные рецепторы Т3 и Т4 имеются в ядрах лимфоцитов [24-26], тимоцитов [27], других мононуклеарных клеток крови [28]. Связываясь с полиморфноядерными лейкоцитами (ПМЯЛ), йодтиронины являются поставщиками ионов йода - наиболее активного из галоидов, необходимых для осуществления бактерицидной функции миелопероксидазы [29].

Начиная со второй половины прошлого века выполнено большое количество исследований, позволивших установить стимулирующее влияние ТГ на лимфопоэз в периферических лимфоидных органах и в тимусе [30, 31], регенерацию тимуса [32, 33], синтез нуклеиновых кислот лимфоцитами in vitro [34], фагоцитарную активность нейтрофильных гранулоцитов (НГ) [35], интенсивность дыхания тимоцитов и лейкоцитов [36], выработку ими интерферона [37]. Образование антителобразующих клеток (АОК) в селезёнке и лимфатических узлах в условиях целого организма и под действием В-лимфогенов в культуре [35, 38-40], секрецию тимических гормонов [41], активность ЕК-лимфоцитов селезёнки против опухолевых клеток [35].

ТГ в физиологических концентрациях активируют синтетические реакции в клетках гранулоцитарного ростка костного мозга при лучевой болезни [42, 43], синтез гликопротеидов в плазматических мембранах лейкоцитов [44], активность Са-АТФазы в тимоцитах животных [45, 46], митотическую активность культуры лимфоцитов периферической крови человека [47].

Известно, что йодтиронины действуют на метаболизм в основном путём индукции синтеза различных ферментов и активации митохондриальных ферментов, что усиливает синтез белка, окислительный распад жиров и углеводов [48-51]. Их пермессивный эффект

в отношении катехоламинов [23] также доказан, что в значительной степени может объяснить несоответствие между действием этих гормонов in vivo и in vitro. Константа связывания ядерных рецепторов и Т3 в последнем случае на несколько порядков ниже, что объясняется разным ионным окружением среды в условиях организма и экспериментальной модели [52].

Основная цель настоящей обзорной статьи и её лимитированный формат не позволяют подробно освятить вопросы, касающиеся влияния тиреоидных гормонов на энергетический, белковый, углеводный жировой обмен; неспецифических мембранотропных эффектов; ростовых эффектов. Они на сегодняшний день доказаны и изложены в многочисленной специальной литературе.

Ниже приводятся сведения литературы о влиянии ТГ на лимфоидные органы и структурно-функциональные свойства основных ИКК.

Лимфоидные органы. Прежде всего, следует заметить, что атрофия тимуса при недостатке ТГ наблюдается не у всех видов животных [53]. ТГ оказывают регулирующее влияние на образование гормонов тимуса, в частности, тимозина, обладающего выраженным антиканцерогенным действием [23]. Лимфоидным органом, наиболее чувствительным к недостатку йодтиронинов, является селезёнка, в которой у грызунов в норме происходят не только процессы лимфопоэза, но и миелопоэза [54]. У гипотиреоидных мышей достоверно снижается специфическое связывание Т3 клетками селезёнки и других кроветворных органов [53]. Однако, по данным других исследователей, пролиферативная активность молодых лимфоидных клеток (лимфобластов и пролимфоцитов) у мышей при экспериментальном перхлоратном гипотиреозе существенно не изменяется в селезёнке, тимусе и брыжеечных лимфатических узлах, но стимулируется приёмом Т3 в указанных органах, исключая лимфатические узлы [53], что, очевидно, объясняется увеличением относительной доли в них В-лимфоцитов вследствие атрофии тимусзависимых зон [55].

Лимфоциты. Лимфоциты человека в культуре поглощают L-Т3 [24]. Однако давно известно, что не все популяции лимфоцитов проявляют одинаковую чувствительность к ТГ in vitro. Не оказывая заметного влияния на пролиферацию и дифференцировку циркулирующих Т-лимфоцитов, они стимулируют эти процессы в культурах АОК [35, 27, 65]. Хотя эти эффекты являются дозозависимыми и имеют видовую специфичность [38, 39].

Т-лимфоциты. Во многих работах [56-59] указывается на статистически достоверное снижение абсолютного и процентного содержания Т-лимфоцитов в крови у больных первичным гипотиреозом и угнетение реакции бластной трансформации лимфоцитов (РБТЛ) с фитогемагглютининов (ФГА) [60-62]. При этом основной дефицит связывают с Т-супрессорами [59, 61], скорее всего, обусловленный аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) [53]. Между тем, функциональная активность Т-эффекторов (Т-киллеров) при этом почти нигде не изменяется.

Подавляющее число авторов указывают, что при гипотиреозе наиболее нарушено образование и функция Т-хелперов, как это имеет место при синдроме приобретённого иммунодефицита (СПИД).

В экспериментальных работах показано, что у кроликов при гипотиреозе угнетается как тимусзависимый, так и тимуснезависимый иммунитет. При этом нарушается выработка как агглютининов, так и преципитинов. Угнетался не только первичный, но и вторичный иммунный ответ. То есть, наряду с нарушением функции В-лимфоцитов и плазматических клеток, изменяется также функция Т-хелперов и/или антигенпредставляющих макрофагов, В-клеток иммунологической памяти.

Б.Т. Асс-Бабич [1] считает, что при недостатке ТГ в большей степени нарушения касаются индуктивной, а не продуктивной фазы гуморального иммунного ответа. При гипотиреозе больше страдает тимусзависимый иммунный ответ [53]. Реакция же последнего связана, как сказано выше, с межклеточной кооперацией ряда ИКК и с выработкой ими определённых интерлейкинов. ТГ являются основными регуляторами концентрации в сыворотке крови растворимых рецепторов для ИЛ-2: при при тиреоидэктомии уровень их существенно снижается, а при гипертиреозе - наоборот, нарастает [63]. Известно, что степень экспрессии рецепторов для ИЛ-2 отражает уровень секреции этого цитокина лимфоидными клетками [64]. Считается, что ИЛ-2 вырабатываются субпопуляцией лимфоцитов Th1 (амплифайерами) и стимулирует функцию Th2, необходимых для активации В-лимфоцитов и реализации тимусзависимого иммунного ответа [64].

Моноциты/макрофаги. Количество моноцитов в крови у больных гипотиреозом увеличено или находится в пределах нормы [66], или увеличено [67]. Можно предположить, что при недостатке гормонов ЩЖ прежде всего нарушается функция инсулинонезависимых моноцитов, о чём косвенно свидетельствует одновременное снижение тимусзависимого иммунного ответа, уменьшение активности комплемента, фибронектина и пропердина в сыворотке крови [56, 57, 68]. При этом функция инсулинозависимых моноцитов, секретирующих лизоцим, скорее всего нормальная [56, 60].

Т4 влияет на уровень фибронектина, вырабатываемого моноцитами [69], а Т3 стимулирует его синтез фибробластами кожи эмбриона человека [70].

Нейтрофильные гранулоциты. Данные литературы о пролиферативной и функциональной активности

полиморфноядерных лейкоцитов (ПМЯЛ) при гипотиреозе весьма противоречивы. В.В. Новицкий с соавт. [53] объясняют это двумя основными причинами. Во-первых, широко используемая для экспериментальной модели гипотиреоза тиреоидэктомия, как сказано выше, не является в полной мере адекватной. Во-вторых, нейтрофильные гранулоциты (НГ) являются неоднородной клеточной популяцией [71-74]. По крайней мере различают две субпопуляции ПМЯЛ: одна филогенетически более древняя, другая - более молодая, которые различаются между собой по наличию или отсутствию Fc-рецепторов, активной формы лактоферрина, по способности секретировать ?-глюкуронидазу, реагировать с моноклональными антителами IB5 и HD1 и хемоаттрактантом FLMP. Предполагают, что более молодая субпопуляция может прямо или косвенно зависеть от йодтиронинов [53] и оценка функциональной активности НГ будет определяться количеством этих клеток в общей популяции. Последнее не регулируется степенью тяжести гипотиреоза. Так в случаях гипотиреоза лёгкой и средней степени тяжести йодтиронинзависимая субпопуляция НГ может образовываться, но фагоцитарная и бактерицидная активность при этом недостаточная. При тяжёлом же гипотиреозе, когда в периферической крови основная масса ПМЯЛ представлена йодтиронинзависимой субпопуляцией, функциональная активность их будет близка к нормальной. Хотя поглотительная способность фагоцитов всё равно может быть снижена, ввиду недостатка полноценных опсонинов, что имеет место при гипотиреозе [60, 70, 75].

ТГ могут влиять на фагоцитарную активность лейкоцитов также путём регуляции синтеза опсонинов плазмы крови, в частности фибронектина, необходимых для реакции опсонизации, связывания и интернализации фагоцитирующих субстратов [53].

В литературе имеются сведения о возможности внутриклеточного синтеза йодтиронов в полиморфноядерных лейкоцитах человека [76, 77].

Таким образом, анализ доступной литературы, посвящённый регулирующей роли ТГ на структурно-функциональные свойства лимфоидных органов и ИКК позволяет сделать следующие заключения:

- имеется доказанная чувствительность лимфоидных органов и иммунокомпетентных клеток к йодтиронинам;
- гормоны щитовидной железы, судя по имеющимся данным литературы, являются для этих клеток своеобразными анаболическими ростовыми гормонами;
- иммунокомпетентные клетки снабжены соответствующими рецепторами тиреоидных гормонов или чувствительны к их неспецифическим мембранотропным эффектам;
- эффекты, индуцируемые тиреоидными гормонами, являются дозозависимыми и определяются исходным тиреоидным и иммунным статусом, а также имеют видовую и возрастную специфичность;
- нельзя отождествлять результаты опытов по изучению эффектов йодтиронинов на иммунокомпетентные клетки, полученные in vitro и in vivo;
- с учётом вышесказанного, следует эти вопросы исследовать с помощью гормонодефицитных тиреоидопатических моделей или в ходе наблюдения больных гипотиреозом.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Асс-Бабич Б.Т. Формирование антибактериального иммунитета и щитовидная железа (экспериментальное исследование) // Автореф. дисс. ... к.м.н. Харьков. - 1967. - 15с.

2. Епишин А.В. Содержание Т- и В-лимфоцитов у больных с тиреоидной патологией // Пробл. эндокрин. - 1982. - № 2. - С. 26-30.

3. Киричук В.Ф., Пугиньян Д.М. Реакция системы крови при гипо- и гипертиреозе // Пробл. эндокрин. - 1984. - № 1. - С. 6-8.

4. Чуднер В.З., Нигматуллин М.М. Щитовидная железа и система иммунитета // Микробиология, эпидемиология и иммунобиология. - 1989. - № 1. - С. 86-90.

5. Цой О.Г., Зуева О.М. Содержание гормонов щитовидной железы в ближайшем послеоперационном периоде у больных острым аппендицитом // Экстремальные состояния и постреанимационная патология: Сб. науч. трудов. Новосибирск. - 1989. - С.86-87.

6. Адо А.Д., Новицкий В.В. Патологическая физиология. - Томск: Издательство Том. унив-та. - 1994. - 468с.

7. Цой О.Г. Гормональный гомеостаз у больных острым гнойным перитонитом // Наука и техника. - 1997. - № 5, часть II. - С. 173-175.

8. Цой О.Г. Вопросы иммунопатогенеза и гормонального гомеостаза при острых гнойных хирургических заболеваниях // Автореф. дисс. ... д.м.н. Алматы. - 1999. - 41с.

9. Цой О.Г. Иммунорегуляторная роль эндогенных гормонов при острой хирургической инфекции // Тез. докл. I национ. конгр. "Клиническая иммунология, аллергология, иммунореабилитация". Алматы. - 1999. - С. 60.

10. Цой О.Г., Опенько В.Г., Королёв В.М., Байтеков А.Б. Иммуномодулирующая функция гормонов щитовидной железы при острых гнойных заболеваниях мягких тканей // Проблемы хирургической патологии. Науч. труды, посв. 70-летию проф. Н.В. Мун. Астана. - 2001. - С. 97-98.

11. Цой О.Г., Туребаев Д.К., Королёв В.М. и др. Иммуномодулирующая роль гормонов щитовидной железы при острой гнойной хирургической патологии // Int. J. on immunorehabilitation. - 2004. - Т. 6. - № 1. - С. 135.

12. Зуева Ю.И., Сочнева Е.Н. Абдрахманова А.К. Тиреоидные гормоны и резистентность организма // Астана медициналық журналы. - 2006. - № 4. - С. 14-17.

13. Пивень Н.В., Лухверчик Л.Н., Денисевич Н.Д. Современный иммунохимический анализ в выявлении

доклинических форм патологии щитовидной железы // Иммунопатология, аллергология, инфектология. - 2008. - № 2. - С. 8-17.

14. Мамытова Н.Б. исследование содержания иммуноцитов в периферической крови при патологии щитовидной железы вне беременности. - Алматы: Раритет, 2005. - С. 116.

15. Шакенов А.Д. Изменения иммунного статуса при фетальной трансплантации в эксперименте // Аллергология и иммунология. - 2006. - Т. 7. - № 3. - С. 249.

16. Шакенов А.Д. патогенетическое обоснование хирургического лечения гипотиреоза фетальными тиреоцитамив эксперименте // Автореф. дисс. ... д.м.н. Астана. - 2006. - 30с.

17. Доскалиев Ж.А., Шакенов Д.И., Шакенов А.Д. и др. Иммунологические аспекты оригинального способа моделирования гипотиреоза в условиях эксперимента // Аллергология и иммунология. - 2006. - Т. 7. - № 3. - С. 269.

18. Бахметьев Б.А. Влияние тироксина на отдельные этапы иммуногенеза // Автореф. дисс. ... к.м.н. Пермь. - 1986. - 20с.

19. Балаболкин М.И. Эндокринология. - М.: Медицина, 1989. - 416с.

20. Самойлов П.М. Механизм физиологического и токсического действия тиреоидных гормонов на энергетику клетки // Вопр. мед. хим. - 1965. - № 4. - С. 3-17.

21. Клегг П., Клегг А. Гормоны, клетки, организм / Пер. с англ. - М.: Мир, 1971. - 280с.

22. Кхан М.З., Норматов К., Алматов К.Т. и др. Действие рецепторов тиреоидных гормонов нормальных и раковых клеток на параметры окислительного фосфорелирования митохондрий печени // Узб. биол. жур. - 1982. - № 1. - С. 3-6.

23. Розен В.Б. Основы эндокринологии - М.: Издательство МГУ, 1994. - 384с.

24. Holm A.C., Wong K.V., Pliam N.B. et al. Uptake of L-triiodthyronine into human cultured lymphocytes // Acta Endocr. - 1980. - V. 95. - № 113. - P. 350-358.

25. Ткачёва Т.Н.. Балаболкин М.И., Ларичева И.П. радиоиммунохимические методы исследования. - М.: Медицина, 1983. - 192с.

26. Al-Mudhaftar S.A., Al-Azzawi H.F. Thyroid hormones binding sites in human lymphocytes of normal and kalzaric patients // J. Iragi Chom. Soc. - 1986. - V. 11. - P. 241-255.

27. Brtko J., Knopp J. Rat thymus: demonstration of specific thyroxine receptors in nuclear extract // Endocrinol. Exp. - 1983. - V. 17. - P. 3-9.

28. Kvetny J. Nuclear thyroxine and triiodthyronine binding in mononuclear cells in dependence of age // Hormone metabol. Rec. - 1985. - V. 17. - № 1. - p. 35-38.

29. Шафран М.Т. Миелопероксидаза нейтрофильных лейкоцитов // Усп. совр. биол. - 1981. - № 3(6). - С. 365-379.

30. Согомонян А.И., Шегодин Ю.И. Влияние тиреоидных гормонов на морфогенез лимфоидных органов // Пробл. патол. в экпер. и клин. - 1986. - Т. 8. - С. 134-135.

31. Chatterjee S., Chandel A.S. Immunomodulatory role of thyroid hormones: In vivo effect of thyroid hormones on the blastogenic response of lymphoid tissues // Acta endocrinol. - 1983. - V. 103. - № 1. - P. 95-100.

32. Малкина Д.Т., Гусев А.И., Христич М.И. Регенерация тимуса при изменении концентрации тиреоидных гормонов в организме // Пробл. эндокр. и гормонотер. - 1963. - № 3. - С. 28-31.

33. Fabris N., Mocchegiani E., Mariotti S. et al. Thyroid function modulates thymic endocrine activity // J. Endocr. - 1986. - V. 62. - № 3. - P. 474-478.

34. Баева Е.В. Влияние трийодтиронина на синтез нуклеиновых кислот иммуноцитами в культуре клеток // Пробл. эндокр. - 1989. - № 1. - С. 79-83.

35. Корнеева Е.И., Шхинек Э.К. Гормоны и иммунная система. - Л.: Медицина, 1988. - 252с.

36. Узбекова Д.Т., Никулин Н.А. Влияние тиреоидных гормонов на обменные и энергетические процессы в организме // Фармакол. и токсикол. - 1971. - № 6. - С. 742-748.

37. Соловьёв В.Д., Бектимиров Т.А., Фёдорова Ю.Б. и др. Определение интерферонобразования лейкоцитами крови у больных с заболеваниями эндокринной системы // Пробл. эндокр. - 1974. - № 2. - С. 21-24.

38. Степаненко С.И. Влияние гормонов щитовидной железы на иммуногенез // Автореф. дисс. ... к.м.н. Харьков. - 1973. - 20с.

39. Степаненко С.И. Влияние тиреоидина на плазмоцитарную реакцию и обмен нуклеиновых кислот в иммунокомпетентных органах // Врач. дело. - 1973. - № 12. - С. 91-94.

40. Бахметьев Б.А. Влияние тироксина на отдельные этапы иммуногенеза // Автореф. дисс. ... к.м.н. Пермь. - 1986. - 20с.

41. Comsa J., Leonhardt H., Ozminski K. Hormonal influences on the secretion of the thymus // Thymus. - 1979. - V. 1. - P. 81-93.

42. Баркалая А.И. Влияние тироксина на уровень кортикостерона, глюкозы крови и гемопоэз при острой лучевой болезни // Мед. радиол. - 1977. - № 1. - С. 59-63.

43. Кеворков Н.Н., Бахметьев Б.А. Некоторые механизмы влияния экзогенного тироксина на регуляцию иммунного ответа у мышей // Пробл. эндокр. - 1984. - № 4. - С. 52-56.

44. Кузьмак Н.И. Влияние L-тироксина на содержание углеводных компонентов гликопротеидов в субклеточных фракциях печени, щитовидной железы и форменных элементов крови у крыс // Вопр. мед. химии. - 1983. - № 2. - С. 93-101.

45. Costante G., Sand G., Connart D. et al. In vitro effects of thyroid hormones on red blood cell Ca-dependent ATPase activity // J. Endocr. Invest. - 1986. - V. 9. - P. 15-20.

46. Segal J., Hardiman J., Indbar S.H. Stimulation of calcium-ATPase activiti by 3,5,3-triiodothyronine in rat thymocyte plasma membranes: A possible role in the modulation of cellular concentration // Biochem J. - 1989. - V. 261. - P. 749-754.

47. Паначин Е.Ф., Немеровский Л.Е., Клименко З.В. и др. О влиянии тироксина на культуру лимфоцитов периферической крови человека // Пробл. эндокр. - 1973. - № 4. - С. 21-24.

48. De Nayer P. Thyroid hormone action at the cellular lever // Hormone Res. - 1987. - V. 26. - № 1-7. - P. 26-58.

49. Mc Clatchey K. D. Clinical Laboratory Medicine. - Baltimore: Wiliams and wilkins, 1994. - 1893 pp.

50. Stryer L. Biochemistry / 4 th ed. - New York; W.H. Freeman and Company, 1995. - 1064 pp.

51. Шмидт Р., Тевс Т. (Ред.) Физиология человека: в 3-х томах / Издание второе доп. и перераб. / Перевод с англ. - М.: Мир, 1996.

52. Трапкова А.А., Верещагина Т.В. Рецепторы тиреоидных гормонов // Пробл. эндокр. - 1984. - № 4. - С. 76-80.

53. Новицкий В.В., Козлов Ю.А., Лаврова В.С. и др. Гемопоэз, гормоны, эволюция. - Новосибирск: Наука, Сиб. предпр. РАН,

1997. - 432с.
54. Гольдберг Д.И., Гольдберг Е.Д., Шубин Н.Г. Гематология животных. - Томск: Издательство томского университета, 1973. - 180с.
55. Comsa J., Leonhardt H., Ozminski K. Hormonal influences on the secretion of the thymus // Thymus. - 1979. - V. 1. - P. 81-93.
56. Мазепа М.А. Клинико-иммунологическая характеристика заболеваний щитовидной железы на Прикарпатье // Автореф. дисс. ... к.м.н. Киев. - 1979. - 21с.
57. Артемова Е.П., Николаева А.И. Популяции Т- и В-лимфоцитов при тиреоидной патологии // Пробл. эндокр. - 1980. - № 1. - С. 25-27.
58. Епишин А.В., Грыцив В.Е., Декайло И.Н. и др. Роль иммунологических изменений при заболеваниях щитовидной железы // Сов. мед. - 1987. - № 2. - С. 64-65.
59. Лазарева С.П., Кандрор В.И. Показатели клеточного иммунитета и их информативность при аутоиммунных заболеваниях щитовидной железы // Пробл. эндокр. - 1988. - № 4. - С. 49-53.
60. Грыцив В.Е., Епишин А.В. Т-, В-системы лимфоцитов и неспецифических факторов защиты у больных гипотиреозом // Врачебное дело. - 1988. - № 2. - С. 63-65.
61. Дзоз Л.С.. Мамедалиева Н.М. Оценка иммунорегуляторных нарушений в системе мать-плацента-плод на экспериментальных моделях плацентарной недостаточности, гипо- и гиперфункции щитовидной железы. - Алматы: Раритет, 2005. - С. 176-177.
62. Доскалиев Ж.А., Чекаев Р.А., Зуева О.М. Особенности реактивности организма при экспериментальном гипотиреозе. - Алматы: Раритет, 2005. - С. 34-35.
63. Mariotti S., Caturegii P., Barbesino S. et al. Thyroid function and thyroid autoimmunity independently modulate serum concentration of soluble interleukin-2 (IL-2) receptor (s IL-2R) in thyroid diseases // Clin. Endocrinol. - 1992. - V. 37. - P. 415-422.
64. Брондз Б.Д. Т-лимфоциты и их рецепторы в иммунологическом распознавании. - М.: Наука, 1987. - 472с.
65. Ромаскевич А. Изучение структурных изменений во фракциях альфа- и бета-глобулинов сыворотки крови в условиях нормы и патологии // Автореф. дисс. ... к.м.н. Симферополь. - 1972. - 19с.
66. Hrycek A., Grzybek H., Panz B., Sliwa W. Ocena stanu liczebnedo fagocytow krwi obwodowej oraz ultrastruktury granulocytow obdjetnochlonnych u chorych z nodczynnoscia tarczycy // Acta haematol. pol. - 1989. - T. 20. - S. 206-213.
67. Сахарчук И.И., Сахарчук В.М. лимфоцитоз при заболеваниях щитовидной железы // Врач. дело. - 1969. - № 7. - С. 90-94.
68. Ников П.С. Состояние естественного иммунитета в условиях хронического недостатка йода в питании // Автореф. дисс. ... к.м.н. Пермь. - 1992. - 22с.
69. Graninger W., Pirich K.R., Speiser W. et al. Effect of thyroid hormones on plasma protein concentrations in man // J. Clin. Endocr. and Metab. - 1986. - V. 63. - P. 407-411.
70. Horman H. Fibro pectin and phagocytosis // Blut. - 1985. - Bd. 51. - S. 307-314.
71. Clement L., Lehmeyer J., Gartland G. Identification of neutrophil subpopulations with monoclonal antibodies // Blood. - 1983. - V. 61. - P. 326-332.
72. Бережная Н.М. Нейтрофилы и иммунологический гомеостаз. - Киев: Наукова думка. - 1989. - 234с.
73. Лаврова В.С., Чердынцева Н.В., Васильев Н.В. и др. Нейтрофилы и злокачественный рост. - Томск: Изд-во томск. универ. - 1992. - 124с.
74. Abramson J.S., Wheeler J.G. (Eds.). The Natural immune System: The Neutrophil. - Oxford, England: Oxford University Press. - 1993. - 336pp.
75. Бонченко Е.Е., Епишин А.В., Рыжак Е.Д. Иммунологические изменения у больных гипотиреозом / Раннее распознавание эндокринных заболеваний и новые методы лечения. М. - 1984. - С. 145-146.
76. Biro J., Szerze P., Szabo T. et al. Iodine metabolism and iodothironine (T3 and T4) biding in human polimorphonuclear leucocytes // Endocr. exp. - 1980 - V. 14. - № 4. - P. 281-289.
77. Woeber K.A., Maddux B.A. Sulfhydryl group modulation and triiodotyronine generation in the human polymorphonuclear leukocyte // J. clin. Endocr. - 1980. - V. 50. - № 5. - P. 972-974.

ИММУНОКОМПЕТЕНТТІ ЖАСУШАЛАР МЕН ТИРЕОИДТІ ГОРМОНДАР

Иммунды-компетентті жасушалар мен лимфоидті мүшелердің құрылымдық, функционалдық қасиеттеріне және тиреоидті гормондардың әсерін көрсетуге арналған қол жетерлік әдебиеттерге талдау жасалған.

THYROID HORMONES AND IMMUNE-COMPETENT CELLS

Made analysis of present literature, dedicated to regulating role of thyroid hormones on structure-functional qualities of lymphoid organs and immune-competent cells.

VALEO

Куспаев Е.Н.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ КАК КЛЮЧЕВОГО ЗВЕНА В ОКАЗАНИИ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

АО "Медицинский университет Астан"

Дискуссия об организации неотложной помощи развивалась под влиянием следующего открытия: в США среди лиц, умерших от травм, только около 50% погибает сразу, поскольку их травма несовместима с жизнью, 30% умирает между первым и четвертым часами от предотвратимых причин, а 20% умирает от позднейших осложнений [1]. Хотя аналогичные данные по другим странам отсутствуют, вполне возможно, что предотвратимая смертность от травм выше в тех странах, где службы неотложной помощи развиты слабо. Важно точно определить те факторы, которые способствуют смертности от предотвратимых причин; этому может служить систематический анализ смертности [2].

В Республике Казахстан, как и в большинстве стран СНГ, реформирование амбулаторно-поликлинической помощи и внедрение общеврачебной практики, развитие отделений помощи на дому, стационарозамещающих технологий привело к уменьшению числа обращений больных на станции скорой помощи и в стационары. Так, в городе Новомосковске (РФ) организация центра медицинской помощи на дому больным с хронической патологией позволила снизить обращаемость на станцию скорой медицинской помощи, в том числе и по поводу внезапных заболеваний с 2004 по 2006 годы на 7,3%. Организация лечебно-диагностического отделения в стационаре по опыту г. Новомосковска Тульской области снижает частоту и удельный вес повторных вызовов, исключает отказы в госпитализации, не требует от бригад скорой помощи постановки точного диагноза для госпитализации в отделение соответствующего профиля [3].

Функциональные аспекты амбулаторного лечения исследованы мало. Рост объема амбулаторных услуг в Великобритании за последние годы был медленным, но неуклонным. В 1979 г. за амбулаторной помощью в Англии обратилось около 28 425 000 человек. Этот показатель ежегодно возрастал в среднем на 1,2%; в 1997 году он составил 36 057 000 [4]. Параллельно этому медленному росту числа обращений за амбулаторной помощью происходил более активный рост числа консультирующих врачей-специалистов; соответственно количество обращений из расчета на одного специалиста постоянно снижается [5].

Системы, предоставляющие больному возможность непосредственного обращения к специалисту (во Франции, Германии, Швеции и США), обнаруживают тенденцию к более высоким издержкам, чем те системы, в которых между больным и врачом-специалистом существует связующее звено в лице врача общей практики (в Дании, Финляндии, Нидерландах и Великобритании). Отсутствие, как посредствующего механизма, так и фильтра и интерпретатора информации прямо влияет на деятельность больниц [6].

Таким образом, по направлению врачей ПМСП или бригадой сорой помощи больные с экстренной патологией и неотложными состояниями поступают в стационары. В стационаре приемное отделение занимает ключевую роль в постановке первичного диагноза, определении степени тяжести состояния и при решении необходимости госпитализации больного. В своей практической деятельности врачу приемного покоя приходится в короткое время определиться с диагнозом, назначить дополнительные методы исследования для уточнения диагноза и назначить лечение. За короткое время врач должен оценить симптомы, провести осмотр больного и главное назначить минимум диагностических процедур для более быстрого уточнения диагноза. Правильный диагноз и эффективное, приводящее к выздоровлению в короткие сроки, лечение - эти требования предъявляют в настоящее время не только система здравоохранения, но и сами пациенты [7].

К работе приемного отделения стационаров, оказывающих специализированную помощь больным с экстренной патологией предъявляются строгие требования, необходимо надлежащее качество медицинской помощи. Среди критериев оценки качества медицинских услуг наиболее значимыми, по мнению самих пациентов, является уровень врачебной квалификации и высокий профессионализм (39%), полнота и быстрота выполнения лечебно-диагностических мероприятий (33%), чуткое и внимательное отношение к больным (44%), организованность в работе (14%) [8].

Надлежащее качество медицинской помощи - это соответствие оказанной медицинской помощи современным представлениям о ее необходимом уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения [9]. Показателями современного медицинского

обследования являются доступность, качество своевременность медицинской помощи, частота обращений в медучреждения, качество их работы, дата прохождения последнего комплексного медосмотра, доступность дорогостоящей медицинской помощи, частота и причины обращения больных за платными медицинскими услугами [10].

Для качественного улучшения работы стационаров необходимы постоянное повышение квалификации врачей, овладение современными методами диагностики и лечения, активизация работы врачей ПМСП по раннему выявлению, диагностике и контролю лечения больных на амбулаторном этапе, регулярное проведение разборов расхождения диагнозов, тяжелых запущенных форм заболеваний, систематический анализ диагностической и лечебной работы отделений, корригирование программы и тактики проведения медицинских мероприятий [11].

Медицинскому персоналу приемного отделения зачастую приходится сталкиваться с критическими состояниями. Терапия критических состояний должна быть, во-первых, быстрой, во-вторых, направленной на универсальные механизмы патогенеза заболевания, и, в третьих, адекватно комплексной [12].

Основными требованиями к организации работы скорой и неотложной медицинской помощи являются: полная доступность для населения в любое время суток; высокое качество оказания медицинской помощи; обеспечение быстрой госпитализации в медицинские учреждения в зависимости от профиля заболевания или повреждения [12].

От рациональной организации зависит эффективность медицинской помощи в целом. Важнейшим условием проведения оценки качества медицинской помощи является наличие стандартов качества медицинской помощи. Исходя из общего определения понятия под термином "стандарт качества медицинской помощи" следует понимать нормативные документы, устанавливающие требования к качеству медицинской помощи при данном виде патологии (нозологической форме) с учетом современных представлений о необходимых методах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и возможностей конкретного медицинского учреждения.

При проверке качества медицинской помощи часто используют стандарт качества. Основу стандарта качества медицинской помощи составляют три основных блока [13].

1. Набор мероприятий, характеризующих объем обследования больного.

2.Набор параметров и мероприятий, характеризующих объем лечебно-реабилитационных мер.

3. Набор параметров и критериев, характеризующих должное состояние больного при выписке.

В подавляющем большинстве случаев, оказание медицинской помощи больному с экстренной патологией или неотложным состоянием основано на протоколах, стандартах или алгоритмах обследования и лечения. Так, в рамках стандартной схемы, принятой в Великобритании разработаны этапы оценки потребностей в медицинском лечении [14]:

- Определение диагноза и необходимых услуг, предусмотренных для его лечения.
- Разграничение категорий больных, предполагающих различные пакеты услуг (определение степени тяжести заболевания).
- Определение тех, кто нуждается в квалифицированной помощи.
- Оценка эффективности и экономичности альтернативных методов лечения.
- Разработка доказательных моделей лечения.
- Определение результативности и постановка целей

Существующая на сегодняшний день в Республике Казахстан модель здравоохранения предусматривает наличие неотложной медицинской помощи. Ургентные клиники, гарантируют получение неотложной помощи всем нуждающимся в ней лицам независимо от их возможности оплатить лечение. При этом, врачи в приемном отделении при первичном осмотре больного сталкиваются с различными проблемами. Основной задачей является правильная постановка диагноза. Так, больным, доставленным с кардиологической патологией, необходимо провести дифференциальную диагностику гипертонической болезни, стенокардии, нарушения ритма сердца, острого инфаркта миокарда. После постановки диагноза необходимо определить степень тяжести состояния больного и определить показания для госпитализации.

Даже в больницах индустриальных стран, по данным литературы встречаются больные, лечение которых могло бы эффективно осуществляться вне больничных стен. В зависимости от методов исследования и от состава изучаемой популяции доля необоснованно госпитализированных больных по отношению к общему числу стационарных больных оценивается по разному. По данным оксфордской группы Oxford Bed Study Instrument доля больных, необоснованно пользующихся услугами больниц, равна нулю [15], тогда как по данным группы Appropriateness Evaluation Protocol - 6% [16]. Используя специальную систему подсчетов, другая группа исследователей пришла к выводу, что по специальностям "терапия" и "уход за пожилыми людьми" доля случаев необоснованного приема в стационар составляет свыше 20% [17]. Исследование, осуществленное на итальянском материале с использованием модифицированного метода Appropriateness Evaluation Protocol, показало, что доля необоснованно принятых стационарных больных по ряду специальностей доходит до 27% [18].

В большинстве стран Европейского Союза на сегодняшний день идет реформирование системы

здравоохранения, которая стремится к внедрению стационарозамещающей терапии. С начала 1980 годов многие страны стремятся сократить емкость (или пропускную способность) больниц, делая основной упор на альтернативных формах организации медицинской помощи. [19,20,21]. Больницы постепенно ограничивают свою деятельность лечением острых случаев, принимая только таких больных, которые нуждаются в относительно интенсивной помощи, в постановке сложного диагноза или в сложном лечении. Больницы должны перестроиться, чтобы приспособиться к этим новым обстоятельствам [22].

Таким образом, при внедрении системы стационарозамещающей терапии возрастает роль приемного отделения. Когда специалисты на догоспитальном этапе строго должны отсеивать больных, которые могут лечиться амбулаторно. и которые нуждаются в стационарном лечении.

Приемное отделение стационаров является связующим звеном между догоспитальным и госпитальными этапами лечения, проводит фильтрацию больных, нуждающихся в госпитализации. Работа приемных отделений больниц зависит от развитости амбулаторной службы и распределении обязанностей между амбулаториями и больницами.

Имеет место мировая тенденция к переходу догоспитальной медицинской помощи на уровень парамедиков. При адаптации данной системы в условиях Казахстана необходимо строго распределить функциональные обязанности по оказанию экстренной и неотложной медицинской помощи между парамедиками, сотрудниками приемного отделения и врачей отделений; разработать алгоритмы тактики ведения больных с неотложными и экстренными состояниями. Роль приемного отделения возрастает при внедрении системы стационарозамещающей терапии, когда специалисты на догоспитальном этапе строго должны отсеивать больных которые могут лечиться амбулаторно и которые нуждаются в стационарном лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Trunkey D.D. Trauma //Scientific American, 1983. - V. - P.28-35.

2. Yates D.W., Woodford M. and Hollis S. Preliminary analysis of the care of injured patients in 33 British hospitals: first report of the United Kingdom major trauma out come study // British Medical Journal, 1992. - V.305. - P.737-740.

3. Мясников А.О. Научная оценка организации преемственности в работе станций скорой медицинской помощи с лечебно-профилактическими учреждениями на догоспитальном и госпитальном этапах в условиях реформирования здравоохранения // Автореферат на соискание ученой степени канд.мед.наук, Москва, 2009. - 28с.

4. Department of Health Statistical Bulletin 1996. London: Government Statistical Service, 1997.

5. Armstrong D. and Nicoll M. Consultants' workload in outpatient clinics // British Medical Journal, 1995. - V.310ю - P.581-582.

6. Starfield B. Is primary care essential? // Lancet, 1994. - V.344. - P.1129-33.

7. Гаркалов К.А., Распекова Р.Д., Абдугожина Г.Х. с соавт. О необходимости создания и внедрения стандартов диагностики и лечения заболеваний во врачебную практику //Астана медициналық журналы, 2003. - №1. - С.34-36.

8. Цой А.Н. Некоторые результаты социологического исследования по вопросам оказания специализированной консультативно-диагностической помощи амбулаторным пациентам в ННМЦ // Клиническая медицина Казахстана, 2005. - №3(4). - С.21-25.

9. В.С. Лучкевич. Основы социальной медицины и управления здравоохранением, Санкт-Петербург, 1997г. - 184 с.

10. Тайжанов А.Т., Кумыспаев С.С. Социальные аспекты реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан // Медицинский журнал Западного Казахстана, 2006. - №4(12). - С.64-66.

11. Мекебай К.Б., Досбаев А.С., Дильмагамбетов Д.С. с соавт. Показатели деятельности стационарного отделения диспансера // Медицинский журнал Западного Казахстана, 2006. - №4 (12). - С.162-164.

12. Саркулова Ж.Н., Смоленкова Н.Н., Агисов Г.Т. с соавт. Интенсивная терапия острых отравлений // Медицинский журнал Западного Казахстана, 2006. - №4 (12). - С.171-173.

13. Л.Ю. Трушкина, Р.А. Тлепцеришев, А.Г. Трушкин, Л.М. Демьянова. Экономика и управление здравоохранение, Учебное пособие. Ростов-на-Дону, "Феникс", 2003. - 384 с.

14. Stevens A. and Raftery J. Health Care Needs Assessment, 1994. - Vol. 1. Oxford: Radcliffe.

15. Victor C., Nazareth B., Hudson M. and Fulop N. The inappropriate use of acute hospital beds in an inner London District Health Authority, Health Trends, 1994. - V.25(3). - P.94-97.

16. Smith H., Pryce A., Carlisle L. et al. Appropriateness of acute medical admissions and length of stay. Journal of the Royal College of Physicians of London, 1997. - V.31. - P.527-32.

17. Coast J., Inglis A. and Frankel S. Alternatives to hospital care: what are they and who should decide? // British Medical Journal, 1996 - V.312. - P.162-166.

18. Apolone G., Fellin G., Tampieri A. et al. Appropriateness of hospital use: report from an Italian study // European Journal of Public Health, 1997 - V.7. - P.34-39.

19. Saltman R.B. and Figueras J. European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies // WHO Regional Publications, European Series, 1997. - № 72. - P.167-173.

20. Brownell M.D., Roos N.P. and Burchill C. Monitoring the impact of hospital downsizing on access to care and quality of care // Medical Care, 1999. - №37(6). - P.135-150.

21. Street A. and Haycock J. The economic consequences of reorganizing hospital services in Bishkek, Kyrgyzstan, Health Economist, 1999. - №8(1). P. 53-64.

22. Реформа больниц в новой Европе Под редакцией Мартина Макки и Джудит Хили, 2003, "Весь Мир". - 340с.

ЖЕДЕЛ ЖӘНЕ ШҰҒЫЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМ КӨРСЕТУДЕГІ ҚАБЫЛДАУ БӨЛІМШЕСІНІҢ ЖҰМЫСЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ

Парамедиктер деңгейінде госпитальға дейінгі медициналық жәрдемнің ауысуы дүние жүзілік тенденцияда орын алады. Қазақстан жағдайында бұл жүйеге бейімделу үшін парамедиктер және қабылдау бөлімінің қызметкерлері мен бөлімше дәрігерінің арасында медициналық жедел жәрдем көрсету бойынша қызметтік міндетін қатаң бөліп беру қажет. Стационардың қабылдау бөлімшесіндегі госпиталға дейінгі және госпиталдағы емдеу кезеңдерінің арасын анықтайтын және ауруханаға жатуға мұқтаж науқастарға сараптама жүргізетін бөлім болып табылады.

ORGANIZATION OF RECEPTION DEPARTMENT`S WORK AS KEY SECTION IN THE EMERGENCY MEDICAL SERVICE

World tendency towards transition of pre-hospital medical help into the level of paramedics takes place. It is necessary to assign the functional responsibilities on emergency and medical service between paramedics, employees of reception department and the physicians of departments in adaptation of given system in the conditions of Kazakhstan. Reception department of in-patient departments is a linking section between pre-hospital and hospital stages of treatment, which carries out the filtration of patients, requiring in hospitalization.

VALEO

УДК:616.248:616-00-053.2

М.А. Моренко, Г.Т. Алибаева, Р.И. Розенсон

ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

АО "Медицинский университет Астана", г. Астана

В настоящее время общепризнанным является мнение о том, что диагностика бронхиальной астмы должна основываться на выявлении синдрома обратимой бронхиальной обструкции, обусловленной аллергическим воспалительным процессом [1, 2].

Ставить такой ответственный диагноз, подразумевающий длительное курсовое назначение противовоспалительных препаратов из группы локальных глюкокортикостероидов, да еще и нередко в комбинации с длительно действующими бронхорасширяющими препаратами только на основании выявления рецидивирующего свистящего дыхания нельзя [3].

Причиной этого состояния, помимо обратимой обструкции бронхов воспалительного генеза (то есть собственно бронхиальной астмы), могут быть вирус-индуцированные состояния, особенно обусловленные респираторно-синцитиальной инфекцией (РС), а также инфекции, обусловленные атипичной микрофлорой, такой, как микоплазмы, хламидии, легионеллы, некоторые наследственные заболевания вроде муковисцидоза или дефицита ?1 -антитрипсина, бронхолегочные дисплазии и другие состояния [4].

Согласно современным рекомендациям по ведению детей с бронхиальной астмой, именно в 6-летнем возрасте, то есть непосредственно перед началом школьного обучения в большинстве стран, принято разделять свистящее дыхание у детей на транзиторное и постоянное [6]. Приблизительно с 20% частотой у дошкольников, у которых в первые годы жизни отмечают эпизоды свистящего дыхания, в школьном возрасте развивается типичная БА. В дальнейшем она не исчезает и продолжается у взрослого [7]. Напротив, если возникновение эпизодического свистящего дыхания обусловлено респираторной инфекцией, то в школьном возрасте подобные состояния больше не встречаются [8].

Таким образом, большинство обострений БА у детей

обусловлены развитием интеркурентной вирусной инфекции [4]. Её роль стала особенно очевидной после внедрения в педиатрическую практику полимеразой цепной реакции [2]. Проводимое исследование показало, что, причиной вирус-индуцированного обострения БА может быть любой из известных науке вирусов. Однако, до 90% подобных обострений обусловлены либо риновирусами, либо энтеровирусами [9].

Метапневмовирусы и респираторно-синцитиальные вирусы также могут быть факторами появления у ребенка свистящего дыхания [10, 11]. Кроме того, в настоящее время обсуждается роль бокавирусов в развитии бронхообструктивного синдрома у детей с наличием свистящего дыхания в анамнезе. Из атипичных возбудителей самыми частыми причинными факторами обострения бронхиальной астмы в данном возрасте являются Mycoplasma Pneumoniae and Chlamydia pneumoniae [12, 13,14]. В некоторых случаях в качестве причинных факторов развития бронхиальной обструкции называют Chlamydia trachomatis and Simcania negevensis [15].

Интересно, что проведенные в последнее время исследования позволили исключить значение наиболее частых возбудителей бактериальных процессов в респираторном тракте ребенка, включая Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influensae и Moraxella catarrhalis в качестве причинных факторов синдрома бронхиальной обструкции у больных астмой детей [16,17].

Имеются определенные данные о том, что течение бронхиальной астмы усугубляется при наличии у ребенка локального инфекционного очага [18]. Однако, это мнение никогда не подтверждалось методами доказательной медицины. В случае сочетания бронхиальной астмы с хроническим риносинуситом оперативное лечение последнего оказывает выраженный благотворный эффект на течение БА [9]. Однако, и в данном случае это мнение, широкого разделяемое практикующими клиницистами, не было подтверждено в контролируемых испытаниях.

В литературе высказываются прямо противоположные мнения относительно подобного подхода. Так, большинство исследователей полагают, что антибактериальная терапия детям с БА не показана, так как назначение антибиотиков не влияет на причинные факторы астмы, и напротив, может лишь усугубить уже имеющиеся сенсибилизацию[19].

С другой стороны, назначение макролидов при БА у детей с наличием нейтрофильного характера лаважа оказывало благотворное влияние на течение заболевания. Исследования показали, что этот благотворный эффект обусловлен не только подавлением бактериальной микрофлоры, но и тем, что макролиды обладали при данной форме заболевания противовоспалительными свойствами [20].

Наиболее типичные возбудители респираторной инфекций у ребенка являются одновременно и наиболее встречающиеся комменсалами верхних дыхательных путей [21]. Так, проведенные учеными исследования показали, что пневмококки, гемофильная палочка и Moraxella catarrhalis, относящаяся к этой группе, практически никогда не вызывают обострений БА у детей. В то же время серологические свидетельства активации бактериальной среды были выявлены у 21% детей с рецидивирующей бронхиальной обструкцией в возрасте младше 6 лет, и у 18% детей в возрасте старше 6 лет [22,23]. При этом чаще всего в парных сыворотках доказан прирост антител к сочетанию пневмококков с пикорновирусами. Пневмококки, таким образом, сами по себе редко являются причинными факторами обострения БА [24, 25]. Вместе с тем, на материале взрослых больных БА было установлено, что именно пневмококк является основным патогенным фактором в формировании осложнений заболевания.

Гемофильная палочка является одним из наиболее часто встречающихся факторов обострения хронической обструктивной болезни легких. Антительный ответ в парных сыворотках был установлен у 8% детей с обострениями бронхиальной обструкции, чаще всего в сочетании с различными вирусами [27]. Одним из малоизвестных для отечественных врачей возбудителей респираторных инфекционных процессов является браннамелла: Moraxella catarrhalis [22]. Вместе с тем, в последние 2-3 десятилетия именно этот возбудитель является наиболее частой причиной развития внебольничной пневмонии у детей школьного возраста [23].

Причиной недостаточного знакомства отечественных специалистов с Moraxella catarrhalis является то, что она растет на шоколадном агаре, а последний никогда не входил в перечень обязательных элективных средств при производстве бакпосевов в отечественной бактериологической практике [7]. Исследования показали рост титров антител к Moraxella catarrhalis в 5-22% случаев обострения бронхиальной астмы у детей. Согласно современным представлениям, возбудитель является причинным фактором обострения в некоторых случаях рецидивов бронхиальной астмы у детей, но эти эпизоды, как правило, единичны и кратковременны [8]. Подобная закономерность позволяет легко отличить обострения, обусловленные Moraxella catarrhalis от обострений, вызванных инфекциями рода Chlamydia, так как последние длятся неделями или даже месяцами [28]. Точная частота обострений, вызванных Chlamydia pneumoniae, остается неизвестной [29].

Получило мировую известность исследование Wedley et al [12], выполненное на сравнительно большом материале 182 детей с различными хроническими

заболеваниями легких, в том числе у 128 больных с бронхиальной астмой. Из этих 128 детей у 59 (46%) удалось из мокроты выделить Chlamydia trachomatis или Chlamydia pneumoniae. Так как у этих детей отмечались достаточно упорные, резистентные формы бронхиальной астмы, авторы сделали вывод о том, что в случае присоединений хламидийной инфекции у детей с бронхиальной астмой необходимо проведение специальных мероприятий для эрадикации возбудителя [28]. Однако, эти данные противоречат результатам исследований Cunningham et al, в которых Chlamydia pneumoniae была выделена в 23% обострений у больных с бронхиальной астмой, но не установлено нарастания ее титров в полимеразной цепной реакции. В то же время, длительность положительных находок Chlamydia- специфических IgA-антител и PCR-положительной позитивности коррелировала с количеством и тяжестью обострений бронхообструктивного синдрома [30]. В связи с этим было проведено исследование клинических обострений заболевания, обусловленных наличием хламидийной инфекции. Исследования показали, что Chlamydia trachomatis играет очень важную роль в прогрессировании респираторной патологии преимущественно у детей первых шести месяцев жизни [28]. В этом возрасте ее наличие обуславливает развитие заболеваний, клинически напоминающих бронхиолит или обструктивный бронхит [29].

Совершенно неожиданные сведения в последние годы были получены относительно респираторной инфекции, обусловленной Bordetella Pertussis, то есть коклюша [32]. Так, было установлено, что у части детей иммунитет, сформированный в первые два года жизни в результате проведенной вакцинации и ревакцинации, оказывается недостаточным [33-. 35]. В отсутствие бустерной ревакцинации, которая была отмечена у детей старше 2-х лет вследствие относительно высокой резистентности существующих вакцин, у части детей школьно возраста, включая подростков, и у молодых взрослых, может отмечаться стерто протекающая коклюшная инфекция, клинически проявляющаяся в виде приступообразного кашля, который нередко диагностируется, как БА, несмотря на отсутствие "свистящей" симптоматики [34, 35]. В западных станах в последние годы были разработаны коклюшные вакцины нового поколения, лишенные реактогенных свойств старых вакцин. При их ведении в пилотных школах количество случаев инфекционно-зависимой астмы достоверно снизилось [36, 37]. В случае же развития клинически явного коклюша у ребенка с имеющейся БА последняя усугубляется как по тяжести, так и по течению [36]. В экспериментальной модели на линейных мышах установлено, что причиной этого взаимного утяжеления является, с одной стороны, индуцированное Bordetella Pertussis нарастание титров IgE - антител, с другой стороны - нарастание содержания провоспалительных цитокинов [7].

Таким образом, согласно современным представлениям БА у детей является многогранным и достаточно сложным в патогенетическом плане заболеванием. Далеко не все его обострения могут быть обусловлены простым воздействием аллергена либо триггерного фактора. В целом ряде случаев, особенно у детей раннего возраста, причинным фактором БА является активация вторичной микрофлоры, чаще всего обусловленная сочетанием одного из "атипичных" возбудителей с респираторными вирусами. Вышеизложенное диктует необходимость проведения исследования по разработке комплексных методов лечения заболевания, включающих наряду с противовоспалительной ингаляционной стероидной терапией применение иммуномодулирующих, антибактериальных и противовирусных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1.Йегер Л. "Клиническая иммунология и аллергология", М., Медицина, 1990.- Т.3.- 412 с.

2. Паттерсон Р. Аллергические заболевания, ГЭОТАР, М., 2000.-634 с.

3. Федосеев Г.Б. Аллергология, Нордмед - Издат., Санкт-Петербург, 2001.- 378 с.

4. Либерман и Кроуфорд Лечение больных аллергией, М., Медицина 1986.- 523 с.

5. Адельман Д. с соавт. Клиническая аллергология и имуннология, -Практика, Москва, 2000.- 456 с.

5. Адельман Д. с соавт. Клиническая аллергология и иммунология, -Практика, Москва, 2000.- 456 с.

6. Global strategy for asthma management and prevention. National institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute, REVISED 2008- 213 p.

7. Kalish R.S. // Allergy / Ed. A.P. Kaplan. - 3 ed. - Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo: W.B. Sauders Company, 2007.- 564 p.

8. Slavin R.G. // Atlas of allergies / Ed. P. Fireman, R.G. Slavin. - 4 Ed. - Mosby-Wolf, 2009. - 430 p.

9. Gern JE, Bacharier LB, Lemanske RFJ. Infections and asthma. In: Pediatric Allergy. Leung DYM, Sampson HA, Geha RS, Szefler SJ (Eds). Mosby, St Louis, Missouri, USA, 366-378 (2003)

10.Kusel MM, de Klerk NH, Kebadze T et al. Early-life respiratory viral infections, atopic sensitization, and risk of subsequent development of persistent asthma. J. Allergy Clin. Immunol. 119, 1105-1110 (2007).

11. Webley WC, Salva PS, Andrzejewski C et al. The bronchial lavage of pediatric patients with asthma contains infectious Chlamydia. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 171, 1083-1088 (2005).

12. Sutherland ER, Brandorff JM, Martin RJ. Atypical bacterial pneumonia and asthma risk. J. Asthma 41, 863-868 (2004).

14..Hahn DL, Dodge RW, Golubjatnikov R. Association of Chlamydia pneumoniae (strain TWAR) infection with wheezing, asthmatic bronchitis, and adult-onset asthma. JAMA 266, 225-

230 (1991).
15. Esposito S, Blasi F, Arosio C et al. Importance of acute Mycoplasma pneumoniae and Chlamydia pneumoniae infections in children with wheezing. Eur. Respir. J. 16, 1142-1146 (2000)].
16 Jackson DJ, Gangnon RE, Evans MD et al. Wheezing rhinovirus illnesses in early life predict asthma development in high risk children. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 178(7), 667-672 (2008).
17. Stein RT, Sherrill D, Morgan WJ et al. Respiratory syncytial virus in early life and risk of wheeze and allergy by age 13 years. Lancet 1999. - 354, 541-545.
18.Квалифицированные тесты по аллергологии и иммунологии под редакцией проф. Л.А Горячкиной, проф. К.П. Кашкина. - М.: ВУНМЦ, 1996.-634 с.
19. Martin RJ, Chu HW, Honour JM, Harbeck RJ. Airway inflammation and bronchial hyperresponsiveness after Mycoplasma pneumoniae infection in a murine model. Am. J. Respir. Cell Mol. Biol. 2001. - 24, 577-582.
20.Chu HW, Kraft M, Krause JE, Rex MD, Martin RJ. Substance P and its receptor neurokinin 1 expression in asthmatic airways. J. Allergy Clin. Immunol. 2000.- 106, 713-722.
21. von HL. Role of persistent infection in the control and severity of asthma: focus on Chlamydia pneumoniae. Eur. Respir. J. 2002 - 19, 546-556.
22. Kraft M, Cassell GH, Henson JE et al. Detection of Mycoplasma pneumoniae in the airways of adults with chronic asthma. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1998. -158. - 998-1001.
23. Biscardi S, Lorrot M, Marc E et al. Mycoplasma pneumoniae and asthma in children. Clin. Infect. Dis. 2004. -38, 1341-1346.
24. Hartert TV. Are persons with asthma at increased risk of pneumococcal infections, and can we prevent them? J. Allergy Clin. Immunol. 2008. - 122, 724-725.
25. Talbot TR, Hartert TV, Mitchel E et al. Asthma as a risk factor for invasive pneumococcal disease. N. Engl. J. Med. 2005. - 352, 2082-2090.
26. Juhn YJ, Kita H, Yawn BP et al. Increased risk of serious pneumɔcoccal disease in patients with asthma. J. Allergy Clin. Immunol. 2008 122, 719-723.
27. Lemanske RF Jr, Busse WW. 6. Asthma: factors underlying inception, exacerbation, and disease progression. J. Allergy Clin. Immunol. 2006. - 117, S456-S461.
28. Johnston SL, Martin RJ. Chlamydophila pneumoniae and Mycoplasma pneumoniae: a role in asthma pathogenesis? Am. J. Respir. Crit. Care Med. - 2005. - 172, 1078-1089.
29. Emre U, Sokolovskaya N, Roblin PM, Schachter J, Hammerschlag MR. Detection of anti-Chlamydia pneumoniae IgE in children with reactive airway disease. J. Infect. Dis. - 1995. - 172, 265-267.
30. Kraft M, Cassell GH, Pak J, Martin RJ. Mycoplasma pneumoniae and Chlamydia pneumoniae in asthma: effect of clarithromycin. Chest 2002. - 121, 1782-1788.
32. Johnston SL, Pattemore PK, Sanderson G et al. The relationship between upper respiratory infections and hospital admissions for asthma: a time-trend analysis. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1996. -154, 654-660.
33. Dodge RR, Burrows B. The prevalence and incidence of asthma and asthma-like symptoms in a general population sample. Am. Rev. Respir. Dis. 1980. - 122, 567-575.35
34. Bel E.H. Clinical phenotypes of asthma. Curr. Opin. Pulm. Med. 2004. -10, 44-50.
35. Wenzel S.E. Asthma: defining of the persistent adult phenotypes. Lancet.- 2006. - 368, 804-813.
36. Barnes N. Most difficult asthma originates primarily in adult life. Paediatr. Respir. Rev. - 2006. -7, 141-144.
37. Gelfand E.W. Pediatric asthma: a different disease. Proc. Am. Thorac. Soc. -2009. - 6, 278-282.

БАЛАЛАРДА БРОНХИАЛДЫ ДЕМІКПЕНІҢ ЖҰҚПАЛЫ ПРОЦЕССТЕРІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Әдебиет шолуында балаларда бронхиалды демікпенің жұқпалы процесстерінің ерекшеліктерінің мәліметтері көрсетілген. Балалардағы бронхиалды демікпенің пайда болуының және өршуінің вирусты респираторлық жұқпасының жиі кездесетін қоздырғыштарының маңыздылығы келтірілген.

PARTICULARLY INFECTIOUS PROCESSES IN CHILDREN WITH ASTHMA

A review of literature presents data on the characteristics of the course of infectious processes in children with bronchial asthma. Designates the role of the most frequent causative agents of respiratory viral infections in the development and exacerbation of asthma in children.

VALEO

Т.Г.Юртова

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРОЗА

ГККП "Городская поликлиника №4" г. Астана

Профилактика, современная диагностика и адекватная терапия плечелопаточного периартроза (ПЛП) представляет собой не только медицинскую, но и актуальную социальную и экономические проблемы ,так как основной пик заболеваемости приходится на период активной трудовой деятельности человека - 40 лет [1].

По данным ВОЗ от 5 до 30% взрослого населения в мире страдает от болевого синдрома и нарушений функций плечевого сустава. При этом более 60% обратившихся за медицинской помощью становятся инвалидами [2].

Под общим названием периартроз объединяют различные заболевания плечевого сустава и окружающих тканей. В эту группу входят заболевания, в основе которых, лежит поражение плечевого, акромиально-ключичного, грудино-ключичного, подакромиального сочленений, а так же окружающих их мягких тканей, таких как мышечный каркас и суставная капсула, подакромиальная сумка, суставная губа и связки [3].

Причины возникновения ПЛП до конца не ясны, прежде всего из-за разнообразия его клинических вариантов [2]. Очевидно, что основой для развития ПЛП являются дегенеративные изменения в суставе - итог старения и изнашивания суставных структур в условиях повышенной нагрузки, что обуславливает широкое распространение этого заболевания среди спортсменов и у представителей многих профессий [2,6].

При ПЛП нарушается стабилизирующая функция сухожильного аппарата, что ведёт к нарушению конгруэнтности головки во впадине, к соударению головки плеча с околосуставными образованиями во время движения.

Большинство исследователей придерживается мнения о том, что ПЛП возникает у людей занимающихся тяжёлым физическим трудом, и однотонными движениями с поднятиями плеча, ротацией и высокоамплитудными движениями. Причём, частота возникновения синдрома увеличивается с возрастом и возрастанием нагрузки [11].

Так как происходит истончение ткани, разволокнение волокон, разрывы капсулы сустава, чаще всего возникают после сорока лет [11,15].

Среди женщин и мужчин ПЛП выявляется в одинаковой степени [2]. Однако в ряде работ продемонстрировано большая заболеваемость женского населения [5]. Среди факторов, предрасполагающих к развитию ПЛП, можно назвать женский пол, пожилой возраст, травмы плеча и хирургическое вмешательство в анамнезе, сахарный диабет, патология сердца и лёгких [6]. Таким образом, в патогенезе различных форм ПЛП участвуют инфекционные, дегенеративно-дистрофические процессы, иммунные механизмы воспаления, до конца ещё не изученные метаболические и нейротрофические нарушения [8]. На протяжении десятилетий лучевая диагностика у пациентов с болевым синдромом плечелопаточной области основывалась преимущественно на клинических и рентгенологических данных, которые, наряду с выявлением изменений в костных структурах, в той или иной мере могли косвенно свидетельствовать о вовлечении в патологический процесс мягкотканых структур плечевого сустава [2]. В настоящее время с внедрением в клиническую практику новых высокотехнологичных методов лучевой диагностики, таких, как спиральная компьютерная томография (СКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), появилась возможность для тщательного изучения и костных и мягкотканых компонентов плечевого сустава.

Обзорная рентгенография остаётся ведущим методом диагностики травм опорно-двигательного аппарата и заболеваний плече-лопаточной области.

Остеосклероз, деформация, остеофиты в местах прикрепления связок к большому бугорку относятся к симптомам поражения плечевой кости. Так же к ним причисляют остеопороз и кистовидные просветления мягких тканей (единичные или множественные).

Рентгенография позволяет оценить лишь степень дистрофических изменений в суставе, то есть при поражении периартикулярных тканей такое исследование имеет косвенное значение. Однако рентгенография остаётся не заменимым методом при определении отложений солей кальция в мягких тканях сустава [17].

Широкое распространение в последнее десятилетие получило УЗИ плечевого сустава. Этот метод информативен для выявления жидкости в полости сустава и в синовиальных сумках, для оценки состояния синовиальной оболочки, капсулы, суставных хрящей, окружающих мышц связок сухожилий. Это структуры мало поглощают рентгеновские лучи, поэтому практически не могут быть исследованы с помощью рентгенографии, тогда как УЗИ даёт оптимальную

возможность для визуализации компонентов сустава и проводить диф.диагностику тендиноза, кальцифицирующего тендинита, бурсита, и др. [6, 21].

Наряду с несомненными достоинствами, УЗИ имеет и определённые недостатки (артефакты, которые возникают при нарушении методики исследования, связанные с несовершенным знанием врачами техники УЗИ).

Ещё одним методом, позволяющим оценить состояние костных структур и окружающих мягких тканей плечевого сустава, является метод КТ, который даёт количественное представление о плотности исследуемого образца. Поэтому позволяет чётко определить наличие обызвествлений, наличие переломов и разрывов связок, выявлять дегенеративно-дистрофические изменения и тд. [9,15].

КТ является уникальным методом диагностики при исследовании подвывихов, вывихов, для определения толщины манжеты ротаторов плечевой кости, что необходимо для решения относительно хирургического вмешательства на плечевом суставе [7,19,22].

Вместе с тем КТ не лишена ряда ограничений, так как низкая степень контрастности изображения мягких тканей не даёт оптимально оценивать степень их поражения [9].

В настоящее время для диагностики патологических изменений области плечевого сустава используется МРТ, ввиду её не оспоримых преимуществ, таких как неинвазивность, хорошее конртастирование мягких тканей, свободный выбор плоскости изображения, трёхмерный характер получаемого изображения, отсутствие лучевой нагрузки, качественная визуализация сосудистых и хрящевых структур [13].

Перспективы применения МРТ связаны с методикой контрастного усиления парамагнитными препаратами как путём их введения внутривенно, так и в полость сустава, что даёт возможность усиления контрастности [2].

Основными недостатками метода МРТ являются низкая информативность в визуализации компактной костной ткани и трабекулярной структуры кости, высокая стоимость и значительная длительность исследования [6,13]. Возможности МРТ ограничены в определении обызвествлений мягких тканей и построения пространственного построения костных структур [13,3,26].

Решение диагностических задач при повреждении плечевого сустава с использованием перспективных методов лучевой диагностики существенно повысит качество лечения больных и может значительно сократить срок реабилитации и материальные затраты на дальнейшее социальное обеспечение таких пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1.Смирнов А.В. Рентгендиагностика остеоартроза при ревматических заболеваниях. Консилиум медикум 2004 год Вест СД секреты ревматологии Москва Бином СПб. Невский диалект. С. 25-33. 2001 г.

2.Лучихина Л.В.Артроз,ранняя диагностика и патогенетическая терапия. М..НПО Медицинская энциклопедия РАМН ЗАО ШИКО, 2001.

3.Бойко И.В. Наумова Т.М. анализ профессиональной заболеваемости. Материалы юбилейной научной конф. "Медицина труда на пороге 21 века" СПб. 2000 г.

4.Архипов С.В. Артроскопическая субакромиальная декомпрессия плечевого сустава у спортсменов. Вест. травматологии и ортопедии №4, - 2009 г. С. 27-30.

5.Вехтинская И.А. "Возможности МРТ в выявлении повреждений статических стабилизирующих структур плечевого пояса". Невский радиологический форум "Новые горизонты" СПб. - №6, - 2007 г. С. 20-22.

6.Ахметжанов Ф.А. Лучевая диагностика заболеваний плечевого сустава. Сборник тезисов докладов 3-ей научно-практической конференции "Лучевая диагностика заболеваний скелетно-мышечной системы, современные тенденции" М. 2003 год. 36с.

7.Зубарев А.В. Современная ультразвуковая диагностика заболеваний и повреждений плечевого сустава. Эхография. - №4. -2000. С. 29-37.

8.Клиническая рентген-радиология руководство. Рентген-диагностика заболеваний костей и суставов. Под ред Г.А. Зедгенидзе. М. -1984 год.

9.Линденбратен Л.Д. Каролюк И.П. Медицинская радиология. Учебник.2изд-е,переработ.и доп. Медицина 2000г.

10.Аршин В.В. Ортопедические заболевания рук от функционального перенапряжения: автореф. док. мед. наук. Самара 2005 год.

11.Ломатидзе Е.Ш. Роль статико-динамической нестабильности в развитии болевого синдрома и контрактуры плечевого сустава. Сборник материалов конгресса третьего Российского артроскопического общества - М. изд центр инт -травматол и ортоп им. Приорова М.Н., РМА последипл. образ. 1999 год.

12.Неотложная лучевая диагностика механических повреждений. Руководство для врачей под ред.Черемисина В.М. Ищенко Б.И. СПб Гиппократ 2003.

13.Петерсон Х. Общее руководство по радиологии М. инк 1995.

14.Профессиональные заболевания под ред. Измерова Н.Ф. М. Медицина 1996.

15.Прудников О.Е. Повреждение вращающей манжеты плеча, сочетанные с поражением плечевого сплетения. Автореф. Д-ра мед наук СПб 2000 года.

16.Ревматические болезни. Руководство для врачей под ред. Насоновой В.А. бунчука Н.В. М.. медицина 1999 год.

17.Рейнберг С.А. Рентгендиагностика заболеваний костей и суставов четвёртое изд. Испр и доп. М. медицина 1964 год.

18.Семизоров А.Н. Шахов Б.Е, Рентгендиагностика заболеваний костей и суставов. Пособие для врачей Н. Новгород изд-во НГМА, с. 18-22. -2002 г.

19.Смирнов А.В. Рентгендиагностика изменений плечевого сустава . Консилиум медикум 2004.
20. Смирнов А.В. Рентгендиагностика остеоартроза, возможности и перспективы метода. Клин. Геронтология том 8 2008 год.
21.Артамонова В.П. Актуальные проблемы диагностики и профилактики профессиональных заболеваний. Медицина тр. и пром. экология 2003 №6.
22.Солоха А.О.диагностика и лечение ПЛП. Невролог журнал №2, 28с. - 2001г.
23.Хитров Н.А. Клинические формы периартрита плечевого сустава и варианты локальной терапии. Кремлёвская медицина 2001 год №1. С.25-29.
24.Шаях А.Б. Тактика лучевого исследования при заболеваниях плечевого сустава. Дис. К.м.н.
25.Широков В.А. клиника диагностика и лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний плечевого сустава Дис. Док.мед.наук. 2001.
26.Васильев А.Ю. СКТ в диагностике повреждений суставов. М.. -2003, - С. 24-27.

ИЫҚ ЖАУЫРЫН ПЕРИАРТРОЗЫН СӘУЛЕМЕН АНЫҚТАУ

ДДҰ - ның мәліметі бойынша әлемде ауырсыну синдромынан және иық буыны қызметінің бұзылуынан 5-30% дейінгі адамдар зардап шегуде. Соның ішінде медициналық көмекке жүгінген 60% адамның мүгедектігі анықталып отыр.

Сәулемен анықтаудың соңғы күнгі жетілдірілген әдістерін дер кезінде қолдану және оны дамыту иық буынының сырқатымен қаралған науқастардың емделу кезеңін біршама азайтып, мүгедектіктің алдын алуға мүмкіндік береді.

RADIODIAGNOSIS OF HUMEROSCAPULAR PERIARTHROSIS

According to WHO data from 5 to 30% of the adult population worldwide suffers from pain and functional disorders of shoulder joint. With more than 60% seeking medical aid become disabled.

The solution of diagnostic problems with damaged shoulder joint with the use of advanced methods of radiation diagnosis significantly improve the quality of treatment and able significantly shorten the period of rehabilitation and material costs for further welfare of patients

VALEO

УДК: 615.03:615.322

М.А. Моренко

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

АО "Медицинский университет Астана", г. Астана

В последние годы внимание специалистов привлекают природные лекарственные вещества, обладающие широким спектром действия при различных заболеваниях, обладающие способностью нормализовать реакции специфического и неспецифического иммунитета. Наиболее интересной с точки зрения практической медицины является использование препаратов солодки. Солодковый корень - одно из древнейших лекарственных средств, он является классическим средством китайской, тибетской, японской медицины, занимает в "золотом ряду" растений Аюрведы одно из первых мест. Глицирризиновая кислота (ГК) и ее производные на протяжении четырех десятков лет являются объектами обстоятельных фармакологических и клинических испытаний [1]. По данным многочисленных исследований было доказано, что ГК и ее производные проявляют противовоспалительный, противоязвенный, противоопухолевый, иммуномодулирующий, а также противовирусный эффекты [2].

В настоящее время в клинической практике широко используются препараты, содержащие ГК и ее производные: российские - "Глицирам", "Фосфоглив", японский - "Strong Neominophgen C" (Неоминофагин С), испанские препараты "Виусид" и "Эпиген". Кроме этого, выпускаются ряд биологически активных добавок корня солодки в виде сиропов и экстрактов, содержащих до 23% ГК. Однако, противовирусная активность экстрактов крайне мала, и они обладают, в основном, противовоспалительным действием [3].

Перспективными рассматриваются новые отечественные препараты "Биосластилин", "Рувимин", "Глиаспин", "Вирустад", "Биаскин", содержащие ГК и ее производные в более высоких концентрациях [4]. В институте химических наук МОН РК на основе корня солодки был получен первый Казахстанский препарат "Глидеринин" (18-дегидроглицирретовая кислота), обладающий выраженным противовоспалительным эффектом. Клинические исследования препарата (в виде 1% и 2% мази) успешно были проведены в крупнейших центрах СНГ и Казахстана [5]. В течение последних лет были разработаны и стандартизированы еще ряд перспективных мазей на основе корня солодки ("Глицинат", "Глифениколь", "Глидентавит" [4]. По данным исследователей монотерапия препаратом "Рувимином" у детей с артериальной гипотензией способствовала достоверному повышению артериального давления и улучшению состояния [6]. Отмечено положительное влияние препарата "Рувимин" на клинико-иммунологические показатели при бронхиальной астме у детей в комплексном лечении [7]. В работах Арыстановой Т.А. (2006) был проведен комплекс технологических и биофармацевтических исследований нового препарата "Вирустат" для лечения иммунной недостаточности при ВИЧ-инфекциях [8].

С практической точки зрения наиболее интересной является противовоспалительная активность препаратов корня солодки. В большинстве случаев высокая противовоспалительная активность ГК и ее производных сочетается со стимулирующим действием на иммунную систему и отсутствием ульцерогенного эффекта, что расширяет сферу применения препаратов. Доказано, что противовоспалительная активность ГК обусловлена ее способностью подавлять различные воспалительные реакции, уменьшать сосудистую проницаемость, оказывать заживляющее и антипролиферативное действие. Установлено также, ГК и ее производные оказывают стимулирующее влияние на гипофизарно-адреналовую систему, угнетающее сосудистую проницаемость, которое обусловлено вазоактивными агентами тучно-клеточного происхождения, стабилизацию клеточных мембран, клеточную миграцию, проявляют антикининовую активность и ингибируют действие гиалуронидазы. Кроме того, ряд авторов считают, что одним из основных в реализации противовоспалительного эффекта ГК является угнетение продукции простагландина Е2 и лейкотриенов, а также при ингибировании ферментов - липооксигеназы и циклооксигеназы. Показано, что ГК усиливает активность собственных гормонов коры надпочечников и оказывает кортикостероидоподобное действие [9]. Известно также, что глицирретовая кислота, являясь синергистом кортизона, способна подавлять метаболизм кортикоидных гормонов в организме, снижая активность β-редуктазы и δ-4,5-α- -редуктазы, это приводит к замедлению выведения кортикостероидов, и таким образом, увеличивает продолжительность их действия [10]. Другие исследования противовоспа-лительную активность ГК связывают с угнетением фермента 11- β-гидроксистероидной гидрооксигеназы. Ингибирование этого фермента сопровождается накоплением гидрокортизона с присущими ему противовоспалительными свойствами [11].

Многочисленные работы по изучению фармакологической активности установили наличие у ГК и ее производных отчетливо выраженного антиоксидантного эффекта. Было доказано, что производные ГК ингибируют процессы перекисного окисления липидов в крови и в клетках, усиливающиеся при воспалительных процессах [12, 13].

В исследованиях последних лет сохраняется интерес в отношении противовоспалительного эффекта ГК. Итальянские исследователи (2008) отметили, что ГК в небольших концентрациях (при дозе 10 мг/кг за 5 мин до введения флогогенного агента), оказывала мощное противовоспалительное действие на модели воспаления. Кроме того, иммуногистохимический анализ легких показал, что ГК предотвращала активацию NF- kappaB, TNF- α, IL-1b. Как известно, TNF- α является важным медиатором воспаления, приводящим к развитию эндотоксин-индуцированного септического шока [114]. Практически аналогичные результаты были продемонстрированы в исследованиях Furusawa J. (2009), Funakoshi-Tago M. (2009). Полученные результаты позволили утверждать, что ГК и ее производные являются перспективными противовоспалительными препаратами [15,16].

В исследованиях Хисамутдиновой Р.Ю. (2007) было доказано, что препараты из корня солодки обладают кардиопротекторной активностью. Известно, что ГК является растительным селективным ингибитором тромбина, перспективна для применения при патологических процессах в сердце, сопровождающихся воспалительными и некротическими изменениями миокарда. В частности при миокардитах и инфаркте миокарда; снижает повышение сывороточного уровня маркерных ферментов (креатининфосфаткиназы, лактатдегидрогеназы, аспартатаминотрасферазы) в сыворотке крови, препятствует снижению содержания в миокарде гликогена и повышению содержания общих липидов, активации перекисного окисления липидов и снижению антиоксидантной активности сыворотки крови, улучшает электрокардиографические показатели [17].

Наряду с кардиопротективными свойствами ГК, внимание ряда исследователей привлекла обнаруженная и нейропротекторная активность препаратов солодки. Установлено, что на моделях хронического стресса препараты экстракты корня

солодки проявляли эффекты свойственные антидепрессантам и оказывали позитивное влияния на процессы, связанные с деятельностью головного мозга [18, 19].

Интересные данные были получены при изучении антимикробных свойств препаратов ГК относительно ряда патогенных микроорганизмов (стафилококк, туберкулезные микобактерии, кишечная палочка, кандида и др.). Экспериментальные исследования последних лет (Gupta V.K., 2009, Lee J.W., 2009) подтверждают наличие антимикробной активности ГК в отношении различных штамов Грам-отрицательных и Грам-положительных бактерий, а также штаммов метициллин-устойчивого золотистого стафилококка (MRSA), кишечной палочки, микобактерий туберкулеза [20,21].

Кроме того, также были получены о проявлении ГК антимикробной активности в отношении грибов. Так, в исследованиях было доказано, что фенолы спиртового и эфирного экстрактов корня солодки задерживали рост Candida ablicans (200-250 мкг/мл), Trichophyton gypsoum (100-250 мкг/мл), Microsporum lanosum (10-100 мкг/мл), лекарственно устойчивых мутантов Albicans Candida. А в работах Fatima A., Gupta V.K. и соавт. (2009) обнаружено, что флавоноиды корня солодки помогают противостоять диссеминированному кандидозу, вызванному Candida Albicans, путем положительного влияния на показатели клеточного иммунитета (CD4 +Th1) и нормализации уровней цитокинов (ИЛ-4 и ИЛ-10) [22].

Общеизвестно, что препараты корня солодки издавна использовали в лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта [23]. В то же время, данные о том, что Glycyrrhiza glabra (солодка голая) ингибируют адгезию Helicobakter Pylori, помогают раскрыть некоторые аспекты механизма действия препарата. Авторы данного исследования считают, что ГК и ее производные могут быть использованы в качестве мощных инструментов для дальнейшего развития цитопротективных препаратов с антиинфекционным потенциалом [24].

Одним из самых важных свойств ГК, обеспечивающих её эффективность при лечении различных инфекционных заболеваний, является способность оказывать общеукрепляющее действие и усиливать резистентность у лиц с ослабленным иммунитетом. Было показано, что эти свойства ГК обусловлены её способностью активировать Т-лимфоциты, усиливать фагоцитоз, стимулировать продукцию собственных интерферонов, что в конечном итоге позволяет организму эффективно бороться с инфекцией [2].

В течение последних десяти лет в клинической практике хорошо зарекомендовал себя комплексный испанский препарат "Виусид". Одним из основных действующих начал препарата является высокоочищенная ГК, получаемая из корня солодки голой и определяющая мощное инактивирующее действие на различные типы ДНК и РНК-содержащих вирусов [25].

Известно, что индуцированное образование интерферона приводит к значительной антивирусной активности, в результате чего активизируется синтез внутриклеточных протеинов, которые блокируют вирусную ДНК. Были проведены ряд исследований о влиянии препарата "Виусид" на продукцию интерферона. В эксперименте препарат вводился в широком диапазоне доз и использовались различные способы введения (внутрибрюшинно, перорально, ректально). Высокую интерферон-индуцирующую активность препарат "Виусид" проявил при ректальном способе введения (1024 ед/мл), что особенно ценно и удобно в клинических условиях. Оптимальная интерферон-индуцирующая доза при этом составила 50 мг/кг. При назначении тех же доз мегосина, в качестве индуктора интерферона, вместо "Виусида", индуцируемые титры интерферона были в 8 раз ниже при внутрибрюшинном введении, в 4 раза ниже при пероральном (после 24 часов лечения) и в 3,2 раза ниже при ректальном по сравнению с "Виусид". Процент выживаемости мышей пролеченных "Виусид" был на 43 % выше, чем мышей пролеченных мегосином [26].

Австрийские исследователи (2009) в эксперименте изучали механизм действия ГК при инфицировании вирусом гриппа А. В результате было обнаружено, что лечение препаратом ГК приводило к явному сокращению инфицированных человеческих клеток легкого, а также сокращению титра вирусной гемагглютинации на 90%. Подробный анализ изучения репликации вируса показал, что предварительная обработка, лечение во время и после адсорбции вируса приводил к сокращению цитопатологического эффекта, снижению вирусной РНК в клетках. Другие исследователи считают препараты ГК перспективными в терапии influenza A, вируса pneumonia, а также ВИЧ-инфицированных пациентов, резистентных к антиретровирусным средствам [27].

В исследованиях Нелюбова М.В. (2002) было изучено влияние препарата "Виусид" на течение острой и рецидивирующей герпес-вирусной инфекции. Полученные результаты свидетельствовали о положительном влиянии препарата на клинико-лабораторные показатели больных с острыми и хроническими герпес-вирусными инфекциями, а также у больных с другими ассоциированными с урогенитальными инфекциями [28].

Особое внимание в последние годы уделяется способности ГК ингибировать вирус иммунодефицита человека (ВИЧ). Многие исследователи считают препараты, содержащие ГК, обнадеживающими для лечения болезней, связанных с ВИЧ-инфекцией,

включая СПИД. В Японии для лечения пациентов с ВИЧ-инфекцией используется препарат "Strong Neominophgen C", в состав которого входит глицирризин. Клинические исследования показали, что перрорально введенный глицирризин был преобразован в глицирретиновую кислоту, которая была обнаружена в сыворотках больных, без проявления каких-либо побочных действий. У больных с проявлениями ВИЧ-инфекции, получавших длительно (от 3-7 лет) и перорально ежедневно (150-225 мг) глицирризина, не развивались иммунологические аномалии или СПИД, тогда как у пациентов, не получавших препарат солодки, наблюдалось выраженное угнетение Т-клеточного иммунитета и уровней антител [29].

Другие исследователи применили препарат "Виусид" в качестве монотерапии у ВИЧ-инфицированных пациента, на III и IV стадии заболевания (по классификации ВОЗ). Исходная вирусная нагрузка (ВН) от 30 до 300 тыс. копий/мл. "Виусид" показал свою высокую клинико-лабораторную эффективность у ВИЧ-инфицированных пациентов со средней и высокой вирусной нагрузкой (от 30 до 300 тыс. копий/мл). После 18 мес. приема выявлен положительный клинико-лабораторный эффект препарата у 67% пациентов. Отсутствие эффекта отмечено у 33% лиц, которые нерегулярно принимали препарат [30].

В Румынии Национальном Институте инфекционных болезней (2003) изучили эффективность "Виусида" при ВИЧ-инфекции. Препарат назначался в комплексной терапии с антиретровирусными препаратами у ВИЧ-инфицированных лиц II-III на стадии заболевания. В течение 14-21 дня приема препарат показал высокую клиническую эффективность, проявляющуюся в уменьшении симптомов кожных заболеваний, признаков астении, гепатотоксического эффекта, восстановлении измененных лабораторных показателей: нормализации гемограммы, уровней трансаминаз, билирубина; у 70% пациентов отмечено увеличение содержания CD4+ лимфоцитов [31]. Аналогичные исследования проводились в Институте иммунологии МЗ РФ г. Москвы (2003). У всех ВИЧ-инфицированных пациентов, получавших ГК были диагностированы гепатиты С, В, а также другие оппортунистические заболевания. Полученные результаты показали, что "Виусид" показал свою высокую клинико-лабораторную эффективность при монотерапии у ВИЧ-инфицированных наркоманов в стадии II Б и III В (при ВН до 3000 копий/мкл). На фоне введения препарата ГК у больных с ВИЧ-инфекцией нормализуется повышенный уровень билирубина; уменьшается повышенный уровень АЛТ у 20% лиц; уменьшается вирусная нагрузка в плазме HIV у 43%; увеличивается содержание CD4+Т-хелперов в крови у 43%, улучшается клиническое состояние пациентов, уменьшаются жалобы на утомляемость, депрессию [32]. Проведены также исследования в России и на Кубе (2003) по применению препаратов ГК в комбинации ?-интерфероном (Реафероном) для лечения гепатита С. Так, у пациентов, принимавших комбинированную терапию (Реаферон+Виусид) нормализация уровня трансаминаз происходила в 3 раза быстрее, а исчезновение РНК вируса гепатита С - в 2 раза быстрее, чем при монотерапии Реафероном. Полученные результаты свидетельствовали о хорошей переносимости комбинированной терапии и возможности использования ГК как в виде монотерапии, так и в первую очередь в комбинации с интерферонами для лечения гепатита С [2].Обобщая литературные данные о многочисленных исследованиях фармакологической активности препаратов ГК и ее производных, следует отметить, что данные средства являются перспективными для использования в клинической практике при различных заболеваниях. Препараты солодки проявляют достаточно выраженный противовоспалительный и обладают способностью нормализовать реакции специфического и неспецифического иммунитета.

ЛИТЕРАТУРА

1.Толстиков А. Этюды о лекарственных растениях// Экос №1.- 2008.-с.37-40.

2.Hosseinzadeh H. Review of pharmacological effects of Glycyrrhiza sp. and its bioactive compounds //Phytother Res. 2008 Jun;22(6):709-24. Links

3.Оппортунистические инфекции: проблемы и перспективы /Под ред. Редькина Ю.В., Мирошника О.А., Лобова В.В. - Омск: Омская медицинская академия. - 2002. - 100 с.

4.Арыстанова Т.А., Джиембаев Б.Ж., Рахимов К.Д. Лекарственные средства на основе растительного сырья / /Материалы международной конференции "Дни Университета". - Алматы. - Вестник КазНМУ. - 2009. - С. 179-182.

5.Ирисметов М.П., Джиембаев Б.Ж., Сегал А.Р., Рыжиков А.А. Производные глицирретовой кислоты как антифлогистики. / В кн.: Технология возделывания, переработки лекарственного сырья и производство фитопрепаратов для медицины и сельского хозяйства. - Алматы: РНИ Бастау, 1997.- С.128-129.

6.Исаева Л.З, Аскамбаева К.А., Хабижанов Б.Х., Северова А.Е. Абдукаримов Б.У. Использование рувимина у детей с артериальной гипотензией // Сборник материалов V Международного конгресса кардиологов тюркоязычных стран. - Алматы. - 2005. - С. 116

7.Моренко М.А., Розенсон Р.И., Аманкулова А.А. Лечение бронхиальной астмы у детей с применением рувимина и

ингаляционных глюкокортикостероидов // Астана медициналык журналы.- 2005. - №.3 - С. 108-110.
8.Арыстанова Т.А., Шукирбекова А.Б., Айнабекова Ш.К., Филипович Г.С. "Вирустат" - препарат для лечения иммунной недостаточности при ВИЧ-инфекциях // Фармация Казахстана . - 2006. - №11. - С.32-34.
9.Fuyita H., Sacurai A. Antiinflammatory effect of glycyrrhizinic acid // Phamacometrics.- 2000.- Vol. 19. - P. 481 - 485.
10.Kumagai A., Nichino K., Yamamoto M. et al. An inhibitory effect of glycyrrhizin on metabolic actions of cortisone. // Endocrinol. Jpn. - 1999.- V. 13. N 4. - P.416
11.Seki H/, Ohyama K/, Sawai S. et al.Licorice beta-amyrin 11-oxidase, a cytochrome P450 with a key role in the biosynthesis of the triterpene sweetener glycyrrhizin //Proc Natl Acad Sci U S A. 2008 Sep 16;105(37):14204-9.
12.Dong S., Inoue A., Zhu Y. et al. Activation of rapid signaling pathways and the subsequent transcriptional regulation for the proliferation of breast cancer MCF-7 cells by the treatment with n extract of Glycyrrhiza glabra root //Food Chem Toxicol. 2007 Dec;45(12):2470-8.
13.Kampk?tter A., Chovolou Y., Kulawik A. et al. Isoflavone daidzein possesses no antioxidant activities in cell-free assays but induces the antioxidant enzyme catalase //Nutr Res. 2008 Sep;28(9):620-8
14.Menegazzi M., Di Paola R., Mazzon E. et al. Glycyrrhizin attenuates the development of carrageenan-induced lung injury in mice //Pharmacol Res. 2008 Jul;58(1):22-31. Epub 2008 Jun 11/
15.Furusawa J., Funakoshi-Tago M., Mashino T. et al. Glycyrrhiza inflata-derived chalcones, Licochalcone A, Licochalcone B and Licochalcone D, inhibit phosphorylation of NF-kappaB p65 in LPS signaling pathway. Int Immunopharmacol. 2009 Apr;9(4):499-507.
16.Funakoshi-Tago M., Tago K., Nishizawa C. et al. Licochalcone A is a potent inhibitor of TEL-Jak2-mediated transformation through the specific inhibition of Stat3 activation //Biochem Pharmacol. 2008 Dec 15;76(12):1681-93. Epub 2008 Sep 19.
17.Хисамутдинова Р.Ю. Антиаритмическая активность комплекса лаппаконитина с глицирризиновй кислотой (глиалин). - Автореф. Дисс. к.м.н. - 2007. - 35 с.
18. Zhao Z., Wang W., Guo H., Zhou D. Antidepressant-like effect of liquiritin from Glycyrrhiza uralensis in chronic variable stress induced depression model rats. //Behav Brain Res. 2008 Dec 1;194(1):108-13.
19.Cui Y.M., Ao M.Z., Li W. et al.Effect of glabridin from Glycyrrhiza glabra on learning and memory in mice //Planta Med. 2008 Mar;74(4):377-80.
20.Gupta V.K., Fatima A., Faridi U. et al. Antimicrobial potential of Glycyrrhiza glabra roots // J Ethnopharmacol. 2008 Mar 5;116(2):377-80.
21.Lee JW, Ji YJ, Yu MH et al. Antimicrobial effect and resistant regulation of Glycyrrhiza uralensis on methicillin-resistant Staphylococcus aureus //Nat Prod Res. 2009;23(2):101-11.
22.Fatima A., Gupta V.K., Luqman S. et al. Antifungal activity of Glycyrrhiza glabra extracts and its active constituent glabridin / /Phytother Res. 2009 Jan 23. 58-65.
23.Chen G, Zhu L, Liu Y, et al. Isoliquiritigenin, a flavonoid from licorice, plays a dual role in regulating gastrointestinal motility in vitro and in vivo //Phytother Res. 2009 Apr;23(4):498-506. Links
24.Wittschier N., Lengsfeld C., Vorthems S. et al. Large molecules as anti-adhesive compounds against pathogens //J.Pharmacol. 2007 Jun;59(6):777.
25.Виусид. Механизм действия и клиническое применение / Под ред. В.В. Помазанова. - Межд. межакадем. союз и АМТН РФ. - М. - 2002. - 80 с.
26.Хаджиев Ш.Х., Саидкулов А.М. Влияние Виусида на продукцию интерферона в эксперименте // Оппортунистические инфекции: проблемы и перспективы / Под ред. Редькина Ю.В., Мирошника О.А., Лобова В.В. - Омск: Омская медицинская академия. - 2002. - С. 45-46.
27.Fiore C., Eisenhut M., Krausse R. et al. Antiviral effects of Glycyrrhiza species //Phytoher Res. - 2008 Feb;22(21):141-8.
28.Нелюбов М.В. Применение Виусида при герпес-вирусной инфекции // Оппортунистические инфекции: проблемы и перспективы /Под ред. Редькина Ю.В., Мирошника О.А., Лобова В.В. - Омск: Омская медицинская академия. - 2002. - С. 52-53.
29.Movik N., Sajai H., Suzuki S. et al. Effect of glycyrrhizin (SNMC) in hemophilia patients with HIV infection. // Tohoku J. Exp. Med.- 1989.- Vol.158.- P.25-35.
30.Рабинович Э.З., Ореге П., Гонсалес А., Чиожан М. Применение Виусида в терапии ВИЧ-инфекции: Тез. докл. IX Росс. нац. конгр. "Человек и лекарство". - М.- 2002. - С.233.
31.Gonsales A. Prevencion y tratamiento tratammiento antitumoral, antiviral y de otras entermedactes degenerativas. - Madrid, Macarena, 14, "Catalysis, S.L.". - 2001. - с. 60.
32.Mircea Chitan, Raluca Nastase, Horatiu Albu Клинические исследования препарата Виусид в терапии больных гепатитом С. // Оппортунистические инфекции: проблемы и перспективы /Под ред. Редькина Ю.В., Мирошника О.А., Лобова В.В. - Омск: Омская медицинская академия. - 2002. - С.61-63.

КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕ ЕМДІК ӨСІМДІКТЕРДІ ҚОЛДАНУДЫҢ БОЛАШАҒЫ

Мақалада мия тамырынан жасалған дәрі дәрмектердің фармакологиялық әсеріне жүргізілген зерттеулер келтірілген. Бұл дәрінің кең спектрлі екендігі анықталып, клиникалық тәжірибеде және эксперименттер арқылы дәлелденді. Глицирризинді қышқыл және оның туындыларының иммуномодуляциялаушы, қабынуға қарсы, антиоксидантты, кардиотрофикалық, нейропротекторлық әсерлерінің медицинадағы келешегінің зор екендігі қарастырылған.

PERSPECTIVES OF MEDICINAL PLANTS IN CLINICAL PRACTICE

The article provides data on numerous studies of drugs from licorice root with a wide spectrum of pharmacological action. In clinical practice, and experiments proved that glycyrrhizic acid and its derivatives have immunomodulating and anti-inflammatory, antioxidant, kardiotroficheskim, neuroprotective properties and are promising for medicine.

З. А. Рахимберлина

ЯТРОГЕНИЯ И ЛЕКАРСТВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

г. Петропавловск, 3-я городская больница

"Побочное действие лекарств - это комплекс лекарственных синдромов или сложное ятрогенное заболевание, полный объем которого в его современном виде трудно охватить". При этом было дано пояснение: "Мы применяем термин "ятрогенные заболевания" в его более широком прямом значении, т. е. как заболевания, вызываемые врачом, врачеванием, в том числе лекарственным, как это делают все чаще в последние годы отечественные авторы, говоря, например, о ятрогенных катаболиях при лечении глюкокортикоидами, и зарубежные - ятрогенная подагра, ятрогенный диабет". Для отечественной медицины несомненна значимость учения о лекарственной болезни, поскольку было привлечено внимание к патологии, вызываемой лекарственными препаратами 1,2,3 .

Термин "лекарственная болезнь" впервые был предложен в 1901 г. Е. А. Аркиным для обозначения кожных сыпей, вызываемых лекарственными препаратами. В статье, подготовленной главной редакцией БМЭ четверть века назад, можно прочесть, что термин "лекарственная болезнь" используется в медицинской литературе либо как синоним термина "побочные действия лекарственных средств", либо для обозначения отдельных проявлений этого действия и его нерационально применять из соображений медицинской деонтологии, так как он заранее предполагает, что применение лекарств приводит к развитию особой, связанной с ними болезни 4,5 . Однако к этому времени ученые Великобритании уже сообщили своему национальному Комитету по оценке безопасности лекарственных препаратов о том, что не существует абсолютно безопасных лекарственных препаратов, обладающих фармакологической эффективностью, хотя опасность может быть несущественной или допустимой в связи с терапевтическим действием лекарства. Более того, не все случаи опасного действия лекарственных препаратов могут быть известны до их поступления в аптечную сеть. Ни тесты на животных, ни клинические испытания не позволяют оценить все возможные неблагоприятные действия лекарств, они обнаруживаются только в процессе длительного применения лекарственного препарата большими группами людей. Однако, согласно принятой в России Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), клинико-диагностические термины которой адаптированы к особенностям отечественной медицинской практики, осложнения терапевтических и хирургических вмешательств (Y44-Y84) должны кодироваться наряду с другими болезнями, причем в этот раздел включены "любые неблагоприятные реакции, связанные с соответствующими назначениями, правильно введенными в терапевтических или профилактических дозах лекарственными средствами" 6,7,8 .

Неблагоприятные реакции могут быть обусловлены не только свойствами препарата или состоянием организма человека, но и медикаментозной ошибкой, которой считают любое предупреждаемое событие, являющееся причиной неправильного применения лекарственного препарата и нанесения вреда больному. К предупреждаемым событиям относятся неправильный дозовый режим (например, передозировка), неправильная выдача или прием лекарственного препарата по ошибке, игнорирование факторов риска возникновения неблагоприятной реакции, игнорирование информации о совместимости применяемых препаратов и т. п. Так, экспертная оценка качества лечебно-профилактической помощи одного из регионов России показала, что в структуре ошибок фармакотерапии преобладают ошибки, связанные с нерациональным использованием имеющихся лекарственных препаратов. Так, в 36% случаев назначались непоказанные, а в 2,5% - противопоказанные препараты, в 31% случаев необходимые медикаменты не были назначены. Установлено, что лечащие врачи, как правило, не учитывают взаимодействия назначенных препаратов, а также противопоказаний при их назначении. Согласно МКБ-10 для подобных неблагоприятных реакций предусмотрены коды в разделе "Отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (T36-E50)", охватывающем более 115 групп лекарственных препаратов 9,10,11 .

Широкие круги медицинской общественности пользуются научными справочными изданиями, представляющими систематический свод знаний или совокупность сведений в какой - либо одной области знания. В этом отношении привлекла к себе внимание "Малая медицинская энциклопедия", в 11-м томе которой отмечено: "ятрогенные заболевания (ятрогении; от греч. iatros - врач и gennao - порождаю) - болезни, имеющие исходным пунктом такие высказывания врача или такие его поступки, которые обусловили неблагоприятное воздействие на психику

больного, в результате чего у последнего возникает ряд новых болезненных ощущений, складывающихся в конечном итоге в самостоятельную картину заболевания".

О ятрогенных психических вредностях написано очень много, при этом большинство авторов ссылаются на И. П. Павлова, который словесные воздействия по их значению сравнивал с физическими раздражителями. В последнем издании Большой медицинской энциклопедии ятрогенные заболевания также определяются как "психогенные расстройства, возникающие как следствие деонтологических ошибок медицинских работников - неправильных, неосторожных высказываний или действий" 4,7,9,11 .

Несколько поколений врачей пользуются руководством по внутренним болезням, занимающим исключительное положение в мировой литературе, в 14-м издании которого отмечено, что ятрогенным называется заболевание, вызванное лечебными или диагностическими мероприятиями. Указано также, что навредить может не только лечение, но и слово, и поведение врача и побочные эффекты лекарственных препаратов - неизбежный спутник медикаментозного лечения. Согласно определению ВОЗ, неблагоприятная реакция, вызванная лекарственным препаратом, - это "ответ на лекарственный препарат, являющийся вредным, непреднамеренным, встречающимся при назначении его в обычных для людей дозах для профилактики, диагностики и лечения болезней или изменения физиологической функции".

Негативные реакции, обусловленные лекарственными препаратами, распространены, дорогостоящи и могут оказывать значительное влияние на смертность госпитализированных больных. Согласно одной из оценок, стоимость лечения побочных реакций, связанных с применением лекарственных препаратов, может быть выше, чем общая стоимость лечения сердечно-сосудистых заболеваний и диабета.

В США Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными веществами и объединенная комиссия по аккредитации организаций здравоохранения подчеркивают необходимость сообщений о неблагоприятных реакциях, вызываемых лекарственными препаратами, как важных маркерах качества медицинской помощи. Показано, что неблагоприятные реакции, вызываемые лекарственными препаратами, часты и более распространены, нежели обычно распознаются. Фатальные неблагоприятные реакции, вызываемые лекарственными препаратами, оказались стабильно на 4-6-м местах среди ведущих причин смерти в течение последних трех десятилетий. Недавно подсчитано, что стоимость неблагоприятных реакций, вызываемых лекарственными препаратами, может быть очень высокой. Так, только прямые затраты на них обходятся госпиталям ежегодно в 1,5-4 млрд долларов США. Установлено, что в США неблагоприятные реакции, вызванные лекарственными препаратами, являются причиной почти 106000 смертей ежегодно. В связи с чем подчеркивается необходимость срочной разработки стратегии предупреждения связанных с лекарствами заболеваемости и смертности 9,10,11 .

Во всем мире для регистрации неблагоприятных реакций лекарственных препаратов по-прежнему широко применяется система спонтанных (добровольных) сообщений врачами, фармацевтами и другими медицинскими работниками в органы здравоохранения. Главным недостатком такой системы является небольшое число сообщающих такие данные практикующих врачей (часто менее 5%).

В последнее время стали обсуждать возможность участия больных в качестве активных партнеров по контролю безопасности лекарственных препаратов. Проведенная в 2000 г. в Швеции 1-я Международная конференция по отзывам потребителей об эффектах медикаментов показала, что среди преимуществ, которые дают сообщения больных о неблагоприятных реакциях на лекарственные препараты, можно отметить раннее накопление отрицательных воздействий на широкий спектр органов и систем. Больные делают более информативные отчеты о неблагоприятных ощущениях, о которых врачи не знают и поэтому не могли сообщить, в частности в случаях самолечения.

Таким образом, учение Е. М. Тареева о лекарственной болезни действительно "стало важнейшим этапом в развитии отечественной клинической медицины", позволившим поднять на новый уровень обсуждение проблемы неблагоприятного действия лекарственных препаратов, возникновение которых, в каждом конкретном случае связано с определенными причинами, как неизбежными (1). Невозможно с абсолютной уверенностью предсказать возникновение неблагоприятного действия применяемого лекарственного препарата; 2) не существует лекарственных препаратов, не вызывающих неблагоприятных реакций каких-либо, у кого-либо, где-либо, когда-либо; 3) информация о редких неблагоприятных реакциях отсутствует до тех пор, пока они не возникнут, так и предупреждаемыми (1) назначение непоказанного лекарственного препарата; 2) неправильный выбор дозы; 3) назначение препарата, показанного при имеющейся болезни, но противопоказанного для конкретного больного из-за генетических или этнических особенностей, возраста, наличия других заболеваний, аллергии; 4) назначение показанного препарата, но без учета потенциально отрицательного взаимодействия его с другими лекарственными препаратами, которые уже принимает больной; 5) не учитываются показания, противопоказания и риск назначения лекарственного препарата; 6) игнорирование советов врача или рекомендаций

информационного листка лекарственного препарата; 7) самолечение, как и применение нескольких препаратов (полипрагмазия) или лечение у нескольких специалистов (политерапия) 2,5,8,10 .

Выводы: Распространенность неблагоприятных реакций лекарственных препаратов в значительной степени можно уменьшить, если больше внимания уделять распознаванию неблагоприятных реакций на лекарственные препараты у всех больных и сбору сообщений о них, оповещать медицинскую общественность о возникающих неблагоприятных реакциях лекарственных препаратов, сделать общедоступными сообщения о неблагоприятном действии лекарственных препаратов и степени риска, связанного с их назначением, в общественной печати всесторонне обсуждать проблему гармонизации баланса пользы и вреда, эффективности и риска применения лекарственных препаратов, широко обсуждать природу риска в целом и в индивидуальных случаях, допустимость риска применения лекарственных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1.Тареев Е. М. Проблема побочного действия лекарств. Клин. мед. 1968; 9: 3 - 11.

2.Главная редакция БМЭ. Лекарственная болезнь. В кн.: БМЭ. 3-е изд. М.; 1980; т. 12: 505.

3.Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Всемирная организация здравоохранения. Женева; 1995.Я т. 1, ч. 2.

4.Хархардина В. А., Кузьменко Н. Ю., Здоровцев Г. И. Подходы к вопросам рационального лекарственного обеспечения по результатам экспертизы качества медицинской помощи с использованием автоматизированной программы персонифицированного учета медикаментов. Пробл. стандартизации в здравоохр. 2000; 4: 17-21.

5. Иванов Н. Ятрогенные заболевания. В кн.: Василенко В. Х. (ред.) Малая медицинская энциклопедия. М.: Сов. энциклопедия: 1969. т. 11: 1242-1243.

6. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больным: Пер. с венгер. Будапешт; 1973. 257.

7. Зухарь В. П. Ятрогенные заболевания. В кн.: Прохоров А. М. (ред.) Большая советская энциклопедия. М.: Сов. энциклопедия; 1978. т. 30: 567.

8. Эльштейн Н. В. Ятрогенные заболевания. В кн.: БМЭ. 3-е изд. М.; 1986. т. 28: 537.

9. Фаучи Э. и др. (ред.) Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону: Пер. с англ. М.: Практика; Мак-Гроу-Хилл; 2002; 1: 4.

10. Фаучи Э. и др. (ред.) Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону: Пер. с англ. М.: Практика; Мак-Гроу-Хилл; 2002; 1: 501.

11. Финер Д. Первая конференция по отзывам пациентов о неблагоприятных эффектах. Монитор основных лекарств 2001;12-13: 2.

VALEO

УДК 614.2(364)+616-036.865

Абдулин А.А.

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Центральный клинический госпиталь
для инвалидов Отечественной войны, г. Астана

ВОЗ как специальная организация ООН вплотную занимается вопросами реабилитации инвалидов. При этом на первом плане стоят вопросы медицинской реабилитации.

Новая программа ВОЗ особенно акцентирует внимание на том, что реабилитация должна стать важным принципом в деятельности каждого врача и в каждой клинической дисциплине. Реабилитация должна быть объединена с основными медицинским обслуживанием больного.

ВОЗ считает, что необходимо объединить реабилитацию прежде всего с первичными службами здравоохранения, а не создавать отдельные крупные центры для реабилитации небольшого числа инвалидов.

До настоящего времени предпринимаются попытки дать всеобъемлющее определение понятия "реабилитация".

Наиболее полным является определение: "Реабилитация - это система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, ведущих к временной или стойкой утрате трудоспособности и на возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду".

В этом определении подчеркнут государственный характер и профилактическая направленность социально-экономических мероприятий реабилитации. Цель этих мероприятий физическое, моральное, психическое и социально-экономическое восстановление больных с хроническими заболеваниями для возвращения их к продуктивной трудовой деятельности.

Реабилитация - это процесс, целью которого является профилактика по предотвращению инвалидности в период лечения заболевания и помощь больному в достижении максимальной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности на которую он будет способен в рамках существующего заболевания.

Принципиально важным с этих позиций является то, что реабилитация как проблема аппелирует к личности больного и инвалида. В концепции и конкретном содержании ее заложена борьба за человека, а не только против болезни.

Цели реабилитации: восстановление функций, восстановление социально-бытовой активности, восстановление профессиональной деятельности, восстановление способности к обучению (у детей), обеспечение самообслуживания. Для врача реабилитация представляет собой распространение его деятельности за пределы терапии. Здесь следует оговориться, что чистая терапия осуществляется как и прежде, и не прекращается в период реабилитации.

Однако только клиническое лечение во многих случаях не может вернуть больного снова в то состояние, в котором он находился до своей болезни. В подобных случаях необходимо использовать другие методы для возвращения в строй, такие как активирующая терапия и особенно трудотерапия.

Часто больной нуждается в помощи врача еще длительное время, даже после восстановления трудоспособности - диспансерное обслуживание реабилитированных.

Существенный вопрос будущей жизни инвалида - определить свое место в обществе, что в большой мере зависит от общественных условий.

Для эффективной организации реабилитации необходимо воспитывать общество, тем более, что это происходит в интересах самого общества.

Этапы реабилитации:

1. Восстановление функциональной способности:

1.1. Полное восстановление;

1.2. Частичное выздоровление;

1.3. Компенсация при ограниченном излечении или отсутствии излечения;

1.4. Замещение (ортопедическое или хирургическое) при отсутствии излечения.

2. Восстановление адаптации к повседневной и профессиональной жизни:

2.1. Лечение воспитанием и функциональное лечение (стимулирование воли к деятельности);

2.2. Трудотерапия, вовлечение в трудовой процесс.

3. Диспансерное обслуживание реабилитированных.

Основными принципами реабилитации является более раннее начало мероприятий по реабилитации, которые должны органически войти в терапию, дополнить и обогатить ее.

В случае угрозы инвалидности они становятся профилактикой, если же инвалидность наступила, они

становятся первым этапам борьбы с ней:

Непрерывность реабилитации - это является краеугольным камнем эффективности реабилитации, так как только благодаря непрерывности достигается снижение инвалидности и связанных с ней затрат на длительное материальное обеспечение и постепенное излечивание инвалида; комплексный характер реабилитационных мероприятий. В реабилитации должны принимать участие не только медики, но и специалисты других областей: социологи, психологи, педагоги, представители органов социального страхования, представители профсоюзов, юристы и др.

Индивидуальность реабилитационных мероприятий. Насколько различно течение патологического процесса у разных людей, насколько неповторим характер людей в различных условиях их жизни и труда, настолько строго индивидуальными должны быть программы реабилитации каждого больного или инвалида.

Реализация реабилитации в коллективе больных. Этот принцип безусловен прежде всего тем, что цель реабилитации - возвращение инвалида в коллектив. Жизнь и труд в коллективе морально облегчает существование инвалида хороший пример воодушевляет его и заставляет поверить в собственные силы.

Реабилитация более эффективна, если мероприятия по реабилитации (трудотерапия, профессиональная подготовка, адаптация протезов, спортивные занятия и т.д.) совершаются в коллективе. Примером подобного коллектива может служить организация общества слепых; возвращение инвалидов к активной общественно полезной деятельности. Если рациональная организация труда состоит в том, чтобы предоставить работу соответственно функциональным возможностям инвалида, то она является логическим завершением реабилитации (возврат к труду), предусматривающим полное самообеспечение инвалида и его материальную независимость в большинстве случаев.

Как и везде в мире, также различают четыре вида реабилитации, которые, однако близки друг к другу: медицинскую - социальную - профессиональную - педагогическую. Необходимым условием реабилитации инвалидов непрерывность лечения. Так профессиональная реабилитация должна начинаться и проводиться в период медицинской и социальной реабилитации и заканчиваться с возобновлением больным работы.

Аспекты и этапы восстановительного лечения.

Процесс реабилитации имеет постоянный и фазовый характер. Для реабилитации сердечно-сосудистых больных наиболее удобной с клинической точки зрения является классификация фаз или этапов предложенная Комитетом экспертов ВОЗ (1968).

Она предусматривает:

1 фазу - больничную,

2 фазу - реконвалесценции,

3 фазу - постреконвалесценции.

Существует также разделение реабилитации на:

- медицинскую;
- социальную;
- производственную или профессиональную.

Основными аспектами являются:

1)Медицинский: лечебного, лечебно-диагностического и лечебно-профилактического плана. При этом внимание должно быть сконцентрировано на профилактике возможных последствий заболеваний и травм, ведущих к нарушению трудоспособности, ликвидации возникших последствий устранении вызванных ими функциональных расстройств.

2) Физический аспект, охватывающий все вопросы, относящиеся к применению физических факторов: физиотерапии, лечебной физкультуры, интенсивных тренировок, механо- и трудотерапии, а также методов исследования реакции организма на физические факторы и т.д. Основное содержание этого аспекта - повысить физическую работоспособность, при этом очень важно, чтобы эффект от медикаментозного лечения, дополнялся физическими факторами, которые оказывают более широкое воздействие на функции различных систем организма.

3) Психологический аспект, предусматривающий всемерное ускорение нормального процесса психологической адаптации к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации, профилактику и лечение развивающихся патологических психических изменений. Основными методами при этом являются различные психотерапевтические воздействия и фармакотерапия.

4) Профессиональный аспект, включающий не только восстановление трудоспособности, но и дальнейшую профилактику возможного ее снижения или потери. Сюда входят следующие вопросы: определение трудоспособности, трудоустройство, профессиональная гигиены, физиология и психология труда, эргономика, трудовое обучение, переквалификация и т.д.

5) Социальный аспект, охватывающий вопросы влияния социальных факторов на развитие и последующее течение болезни, эффективность реабилитационных мероприятий, социального обеспечения трудового, пенсионного законодательства, взаимоотношения больного и семьи, общества, производства.

6) Экономический аспект, предусматривающий: изучение экономических затрат и ожидаемого экономического эффекта при различных способах восстановительного лечения, формах и методах реабилитации для планирования медицинских и социально-экономических мероприятий.

Все указанные аспекты реабилитации могут рассматриваться только как части единого целого,

разделение их представлено весьма условно. Ключевые слова: реабилитация, инвалидность.

РЕАБИЛИТАЦИЯНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ҰЙЫМДАСТЫРУ НЕГІЗДЕРІ

Бұл мақалада медициналық ұйымдастыру технологиясы негіздеріндегі реабилитация жөніндегі жалпы түсінік, оның принциптері, мақсаты мен міндеттері, кезеңдері және түрлері келтірілген.

MEDICAL-ORGANIZATIONAL ASPECTS OF REHABILITATION

The concept, principles, the purpose and problems, stages, phases and kinds of rehabilitation from positions of medical-organizational technologies are defined.

VALEO

М. Шайдаров

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ - СТИМУЛ К ВНЕДРЕНИЮ СТАНДАРТОВ

Департамент Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК по городу Астане

Одной из главных составляющих медицинского обслуживания населения является лекарственное обеспечение, которое занимает одну треть в общем объеме затрат на лечение. С внедрением единой системы дистрибуции лекарственных средств для государственных организаций здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на основе государственно-частного партнерства обеспечивается прозрачность схемы закупки, эффективность системы транспортной и складской логистики, внедрение автоматизированной системы дистрибуции лекарств, отвечающей стандартам надлежащей практики по осуществлению закупа лекарственных средств.Министерством здравоохранения утвержден Список лекарственных средств и изделий медицинского назначения, подлежащих закупу у Единого дистрибьютора на 2010 год. Для бесперебойного функционирования медицинских организаций, оказывающих стационарную, стационарозамещающую и скорую помощь были созданы запасы лекарственных средств на 1,5-2 месяца следующего года до поставки лекарственных средств, приобретенных Единым дистрибьютором на 2010 год.

В целях совершенствования качества медицинской помощи путем эффективного и рационального использования лекарственных средств начата системная работа по внедрению формулярной системы на всех уровнях организаций здравоохранения.

Каждая медицинская организация определяет потребности в лекарственных средствах для лечения заболеваний и составляет лекарственный формуляр на основании реестров больных, анализа заболеваемости в регионе, профиля организации, протоколов диагностики и лечения, наличия данных доказательной медицины и фармакоэкономических исследований.

Внедрение Единой национальной системы здравоохранения и формулярной системы в совокупности с внедрением системы единой дистрибуции лекарственных средств, позволит гарантировать бесперебойное обеспечение потребностей системы здравоохранения наиболее эффективными, безопасными лекарственными средствами, с учетом особенностей регионов по распространенности заболеваний, что также приведет к снижению цен и экономии бюджетных средств, выделяемых на оказание гарантированного объемам бесплатной медицинской помощи.

От цены лекарств, в значительной мере, зависит стоимость лечения и его доступность. Влияние инфляционных процессов особенно заметно на фармацевтическом рынке, где на цены влияют завод-производитель, оптовые фармацевтические компании (как посредники и между производителями и аптечными, лечебными организациями) и аптечные организаций.

С целью контроля стоимости ввозимых в страну лекарственных средств, с начала текущего года, Департаментом Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения по г. Астане (далее - Департамент) проводится мониторинг по регулированию цен на лекарственные средства, закупаемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

С 1 января 2010 года взамен письма-согласования на ввоз лекарственных средств выдается лицензия, предоставляющая право на импорт лекарственных средств и фармацевтических субстанций в соответствии с требованиями Соглашения о правилах лицензирования в сфере внешней торговли товарами.

В целях совершенствования анализа уровня материально-технического обеспечения, изучения потребности и определения нормативов оснащения медицинским оборудованием, Департаментом на постоянной основе осуществляется мониторинг состояния, эффективности использования, сервисного обслуживания и ремонта медицинского оборудования и изделий медицинского назначения в организациях здравоохранения.

С начала 2010 года Управлением здравоохранения г. Астаны организовано проведение внутреннего аудита парка медицинского оборудования в государственных организациях здравоохранения. В состав рабочих групп по данному аудиту включены представители Департамента.

С 1 января 2009 года проводится технический контроль поставляемого медицинского оборудования, закупленного за счет средств республиканского бюджета, на предмет выполнения требований договора и соответствия установленным требованиям законодательства Республики Казахстан.

Одним из функций Департамента является осуществление контроля в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники. В целях реализации Закона Республики Казахстан "О частном предпринимательстве" Департаментом направлены предложения по разработке критериев системы управления рисками в сфере обращения лекарственных средств.До вступления в действие системы управления рисками в сфере обращения лекарственных средств проверки осуществлялись согласно подписанного 29 июля 2009 года между МЗ РК и МЭБП РК Соглашения о проведении проверок.

С 2010 года изменились принципы государственного контроля касательно общего порядка организации и проведения проверок субъектов частного предпринимательства и оснований для их назначения.

Проверки (плановые и внеплановые) деятельности субъекта частного предпринимательства осуществляются в соответствии с Законом РК "О частном предпринимательстве" (далее - Закон) и иными нормативными правовыми актами, на которые делается ссылка в Законе.

Плановая проверка - проверка, назначаемая государственным органом, в отношении конкретного субъекта частного предпринимательства, на основании плана проверок, утвержденного уполномоченным органом в соответствии с системой оценки рисков и с учетом установленных временных интервалов по отношению к предшествующим проверкам с целью предупреждения угрозы жизни и здоровью человека, законным интересам физических и юридических лиц, государства.

Внеплановая проверка - проверка, назначаемая государственным органом в отношении конкретного субъекта частного предпринимательства, с целью устранения непосредственной угрозы жизни и здоровью человека, законным интересам физических и юридических лиц, государства.

Разработаны и утверждены проверочные листы, критерии оценки степени риска, ежегодный план проведения проверок.

Субъекты частного предпринимательства отнесены к категориям с разной степенью риска:

I - высокая, с базовой кратностью плановых проверок один раз в год (объекты, связанные с производством и оптовой реализацией лекарственных средств, а также объекты розничной реализации, осуществляющие деятельность по реализации наркотических, психотропных средств и прекурсоров);

II - средняя, с кратностью проверок один раз в три года (объекты розничной реализации лекарственных средств);

III - незначительная, с кратностью проверок один раз в пять лет (объекты розничной реализации фармпродукции в отдаленных сельских регионах).

Распределение субъектов контроля по степеням риска осуществляется с учетом значимости субъекта с точки зрения тяжести последствий, статистики нарушений законов РК, а также результатов внеплановых проверок.

Контролирующий орган уведомляет субъект частного предпринимательства о плановой проверке не менее чем за 30 календарных дней до начала проверки. Внеплановые проверки могут осуществляться только после уведомления субъекта за сутки до начала проверки.

Системы управления рисками обеспечат прозрачность проверок и исключат возможность некорректного подхода к участникам рынка. С другой стороны, система уменьшает количество проверок, а значит, существенно снижает нагрузку на бизнес. Раньше периодичность проверок, проводимых органами фармконтроля, составляла один раз в три года, т.е. в течение года проверками было охвачено 30% действующих объектов. С введением новой системы, выделена весьма многочисленная категория

предприятий с низкой степенью риска, которые будут проверяться еще реже - один раз в пять лет.

Еще один эффект, ожидаемый от внедрения системы проверок - она станет для предприятий стимулом к внедрению отраслевых стандартов, получению и периодическому подтверждению соответствующих сертификатов.

ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ БАҚЫЛАУ - СТАНДАРТТАРДЫ ЕНГІЗУГЕ СЕБЕП

Мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарында тегін медициналық көмек негізінде дәрілік заттарды бір жүйеде қамтамасыз ету тасымалдау және сақтауды ұйымдастыруға, сатып алу мен таратудың автоматтандырылған жүйесін қойылатын талаптық стандарттарға сәйкес енгізуге мүмкіндік береді.

THE PHARMACEUTICAL CONTROL - STIMULUS TO INTRODUCTION OF STANDARDS

With introduction of uniform system of distribution of medical products for the state organisations of public health services within the limits of the guaranteed volume of free medical aid on the basis of state-private partnership the transparency of the scheme of purchase, a system effectiveness of transport and warehouse logistics, introduction of the automated system of distribution of the medicines answering to standards of appropriate practice on realisation of medical products is provided.

VALEO

Ким О.С.

МОНИТОРИНГ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ПО ДАННЫМ ПРИЕМНО-КОНСУЛЬТАТИВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЗА ПЕРИОД 2007 - 2009 ГГ.

Городская инфекционная больница

Проблемой здравоохранения в целом, как и в прошлые годы, остаются инфекционные заболевания. Заболеваемость ими продолжает оставаться достаточно высокой. В соответствии с основным направлением реформирования здравоохранения в республике, а именно уменьшением объема стационарной помощи и увеличения объема амбулаторной, в инфекционную больницу госпитализируются среднетяжелые и тяжелые больные.

Кишечные инфекции до настоящего времени занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии, уступая по заболеваемости только гриппу и острым респираторным инфекциям (ОРЗ). По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется до 1-1,2 млрд диарейных заболеваний, около 5 млн детей ежегодно умирают от кишечных инфекций и их осложнений 1 .

Не маловажное внимание обращает заболеваемость ОРВИ и гриппом. Так, опасность гриппа H1N1 заключается в том, что данный вид гриппа передаётся от человека к человеку воздушно-капельным путём - это отличительная особенность, например птичьего гриппа, которым можно было заразиться только при близких контактах с больным или зараженной пищей. ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) присвоила данному гриппу 4 категорию из 6 возможных, по опасности. По прогнозам экспертов, вспышка пандемического гриппа способна унести жизни порядка 7 миллионов человек, превзойдя знаменитый грипп "испанка", который свирепствовал в начале 20 века 2 .

Серьезную проблему представляют вирусные гепатиты С парентеральным механизмом передачи, которые дают высокий процент хронизации и чреваты осложнениями. В связи с чем решено проанализировать обращаемость больных в городскую инфекционную больницу в разрезе нозологических форм за 2007 - 2009 гг..

Цель исследования: Мониторинг различных нозологических форм, выявленных в приемном покое городской инфекционной больницы г.Астана.

Методы исследования: в городской инфекционной больнице (ГИБ) г. Астана проанализированы журналы учета приема больных и отказов в госпитализации (форма № 001/у) в 2007 - 5789 больных, в 2008 году - 5055, в 2009 году - 5886 больных.

Большую практическую значимость имеет для инфекционной клиники приемно-консультативное отделение. Практически все инфекционные больные относятся к категории экстренных, в первые дни госпитализации требуют клинически и лабораторно дифференцированного подхода.

Результаты исследования: в 2007 году в городскую инфекционную больницу обратились (ГИБ) 5789 человек с различными инфекционными заболеваниями (таблица № 1). Отмечается так же достаточно высокая заболеваемость острыми кишечными инфекциями (ОКИ) при обращении в инфекционный стационар г. Астаны - 2090 человек, что составляет 36,1% от общего числа обратившихся. В 2008 и 2009 годах сохраняется преобладание заболеваемости ОКИ - 2077 человек (41,0%) и 2468 (41,9%). Во многом это определяется активной миграцией населения, при отсутствии возможности обеспечения нормальных условий проживания. Так значительное количество больных, обратившихся в ГИБ, проживают в дачных поселках, где нет центрального тепло- и водоснабжения, что не позволяет соблюдать все нормы санитарно-гигиенического характера.

Второе место занимает заболеваемость острыми респираторными инфекциями (ОРВИ). Так в 2007 году в ГИБ обратилось 1206 больных (21,7%), в 2008 году 1029 больных (20,3%) и 2009 году возрастает обращаемость с ОРВИ до 1447 больных (24,5%), что объясняется повышением настороженности медицинских работников в отношении ОРВИ и пандемического гриппа.

Группа стрептококковых заболеваний представлена основными инфекционными заболеваниями как, рожа, ангина, скарлатина. В 2007 году больных с ангиной обратилось в ГИБ 870 (15%), в 2008 году - 625 больных (12,3%), в 2009 году 794 (13,5). Заболеваемость сохраняется достаточно высокой. С рожей обратились в 2007 году 198 больных (3,4%), в 2008 году 240 больных (4,7%), в 2009 году 204 (3,4%). Единичные случаи скарлатины у взрослых наблюдался за весь анализируемый период.

В последние годы уделяется большое внимание острым и хроническим гепатитам. Вирусные гепатиты с фекально-оральным механизмом передачи имеют

Таблица 1 - Анализ обращений больных в ГИБ по нозологиям за 2007-2009 гг.

Нозологии	2007год		2008 год		2009 год	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ОКИ	2090	36,1	2077	41,0	2468	41,9
ОРВИ	1206	21,7	1029	20,3	1447	24,5
Вирусные гепатиты	770	13,3	496	9,8	441	7,5
Стрептококковые инфекции						
- ангина	870	15,0	625	12,3	794	13,5
- рожа	198	3,4	240	4,7	204	3,4
- скарлатина	1	0,01	1		3	0,05
Описторхоз	372	6,4	306	6,0	294	4,9
Аскаридоз	1	0,01	1	0,02	-	-
Лямблиоз	121	2,1	51	1,0	15	2,8
Ветряная оспа	89	1,5	114	2,2	118	2,0
Краснуха	12	0,2	49	0,9	17	0,3
Менингококковая инфекция	17	0,3	13	0,2	17	0,3
Паротитная инфекция	9	0,15	35	0,7	22	0,37
Инфекционный мононуклеоз	2	0,03	-		1	0,01
Бруцеллез	28	0,5	15	0,3	35	0,6
Лептоспироз			1	0,02	-	-
ВИЧ			2	0,03	3	0,05
Тениозы	2	0,03	-		2	0,03
Гименолепидоз	1	0,01	-		3	0,05
Трихоцефалез			-		1	0,01
фасциолез			-		1	0,01
Итого	5789	100	5055	100	5886	100

благоприятный исход и в большинстве случаев заканчиваются выздоровлением. Эти больные госпитализируются по клиническим показаниям до верификации диагноза лабораторно. Так в 2007 году с диагнозом: вирусный гепатит обратились 770 больных (13,3%), в 2008 году 496 (9,8%), в 2009 году 441 больной. Отмечается тенденция к снижению заболеваемости вирусными гепатитами. Положительную роль сыграла вакцинация новорожденных от ВГВ с 1998 года. В настоящее время ОВГВ у детей практически не встречается.

По - прежнему остается проблемой краевая патология - описторхоз. В 2007 году госпитализировано 372 больных (6,4%), в 2008 году 306 (6,0%) и в 2009 году 294 (4,9%). Лечение больных проводится билтрицидом после подготовительной терапии. Активно проводиться разъяснительная работа по профилактике описторхоза.

Определенная доля больных представлена пациентами с детскими инфекциями. Так с ветряной оспой обратилось в 2007 году 89 человек (2,1%), в 2008 году 114 больных (2,2%), в 2009 году 118 (4,0%). Отмечается рост заболеваемости данной неуправляемой инфекцией. Заболеваемость паротитной инфекцией и краснухой остается достаточно низкой в пределах 0,15 - 0,37%, как результат проведенной активной вакцинации населения несколько лет тому назад.

Сохраняется на прежнем уровне заболеваемость бруцеллезом. Так в 2007 году обратилось 28 больных (0,5%) , в 2008 году - 15 (0,3%), в 2009 году - 35 больных (0,6%) с бруцеллезом. Причем большая часть больных обративших в ГИБ с данной патологией жители преимущественно южных областей Казахстана.

Единичные случаи заболевания некоторыми гельминтозами (тениозы, гименолипидоз, трихоцефалез, фасциолез), а также ВИЧ инфекции были зарегистрированы в анализируемый период.

Таким образом за исследуемый период в приемно - консультативное отделение городской инфекционную больницу обратились больные с различными нозологическими формами. Среди которых на первом месте остаются больные с ОКИ в 39,5% случаев. На втором месте обращаемость больных ОРВИ -22,1%, третье место занимают стрептококковые инфекции - 17,42% случаев. На долю краевой патологии - описторхоза приходится 5,7%.

Выводы:

- сохраняется достаточно большое количество больных, обращающихся в инфекционную больницу с диагнозом ОКИ, что требует активного выявления возможного источника с целью проведения эффективных профилактических мероприятий
- второе место при обращении в ГИБ занимает заболеваемость ОРВИ, в связи с чем необходимо информировать население о мерах предосторожности в период повышения заболеваемость ОРВИ, о необходимости своевременной вакцинации
- необходимо проводить работу по формированию здорового образа жизни, в том числе закаливание организма с целью профилактики стрепто-стафилококковых инфекций

ЛИТЕРАТУРА

1. Н. В. Воротынцева, Л. Н. Мазанкова, Острые кишечные инфекции у детей, Библиотека практикующего врача, 2008 г.

2. Маринич И.Г. Начало весны - сражаемся с гриппом / И.Г. Маринич // Фармац. вестник. - 2002.

3.Шахгильдян И. В.,Михайлов, М.И.,Онищенко Г.Г., Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика), ГОУ ВУНМЦ, 2003 г.

2007-2009Ж.Ж. МЕРЗІМІНДЕГІ ҚАБЫЛДАУ-КЕҢЕС БӨЛІМШЕСІНІҢ МӘЛІМЕТТЕРІ БОЙЫНША ӘРТҮРЛІ НОЗОЛОГИЯ ТҮРЛЕРІН ТАЛДАУ

Қалалық жұқпалы аурулар ауруханасында 2007-2009ж.ж. мерзімінде көбіне жіті ішек аурулар жұқпасымен, жіті респираторлық вирустық жұқпасымен және стрепто-стофилаккоктік жұқпасымен каралаған наукастардың көрсеткіштері талқыланып отыр.

MONITORING THE DIFFERENT NOSOLOGICAL FORMS OF DATA RECEIVING AND ADVISORY OFFICE OR THE PERIOD 2007 - 2009 YEARS

Over the period 2007 - 2009 he was in urban infectious diseases hospital treated patients with acute intestinal diseases, acute respiratory viral diseases, strepto - staphylococcal and other infections.

Куспаев Е.Н., Жузжанов О.Т., Нурашева С.К., Миронюк И.Н., Вервейн С.К.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

АО "Медицинский университет Астана"

Надлежащее качество медицинской помощи - это соответствие оказанной медицинской помощи современным представлениям о ее необходимом уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения [1]. Показателями современного медицинского обследования являются доступность, качество, своевременность медицинской помощи, частота обращений в медучреждения, качество их работы, дата прохождения последнего комплексного медосмотра, доступность дорогостоящей медицинской помощи, частота и причины обращения больных за платными медицинскими услугами [2].

К работе приемного отделения стационаров, оказывающих специализированную помощь больным с экстренной патологией предъявляются строгие требования, необходимо надлежащее качество медицинской помощи. Среди критериев оценки качества медицинских услуг наиболее значимыми, по мнению самих пациентов, является уровень врачебной квалификации и высокий профессионализм (39%), полнота и быстрота выполнения лечебно-диагностических мероприятий (33%), чуткое и внимательное отношение к больным (44%), организованность в работе (14%) [3].

Цель исследования - определить удовлетворенность больных, с экстренной патологией, оказанной медицинской помощью.

Материал и методы исследования: Нами проведено социологическое исследование 76 больных обратившихся за медицинской помощью в ФАО ЖГМК "Центральная дорожная больница" г.Астаны. Согласно разработанной анкете, проведено исследование удовлетворенности обратившихся больных организацией работы скорой помощи, приемного покоя и хирургического отделения (для госпитализированных больных). Все респонденты были разделены на 4 группы: 1 группа - это люди, у которых при обследовании в приемном покое острой патологии не выявлено, и, соответственно, отпущенных домой. 2 группа - это пациенты, без экстренной патологии, направленные на обследование и лечение в поликлинику по месту жительства. 3 группу составили больные с острой хирургической патологией, которые были госпитализированы в стационар. 4 группу составили больные хирургического отделения, после излечения основного заболевания и готовящиеся к выписке из стационара.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст больных составил 46,7?4,9 лет. Абсолютное большинство больных (89,5%) были доставлены в приемный покой бригадой скорой помощи, у 9 больных - самообращение. Своевременностью и качеством оказания медицинской помощи бригадой СМП удовлетворены все больные. Все больные указывают, что бригада скорой помощи приехала к ним в течении часа с момента вызова, из них 67,2% респондентов отмечают, что бригада СМП приехала к ним в течении 30 минут. Как отметили 67,2% респондентов, врачи скорой медицинской помощи оказали помощи на "высоком профессиональном уровне", 31,3% опрошенных удовлетворены работой скорой помощи, 1 больной в анкете отметил графу "неудовлетворительно".

При опросе больных по поводу работы приемного отделения мнения респондентов разделились. Так, опрошенные из 1 группы удовлетворены качеством оказания медицинской помощи в приемном покое только в 75% случаев, из 2 группы на 58,8%, из 3 и 4 групп на 95,7%. При этом 77,6% респондентов оценили работу приемного отделения "удовлетворительно", 5% на "высоком профессиональном уровне", и 17,4% "неудовлетворительно". Абсолютное большинство больных отмечают, что провели в приемном покое от 30 минут до 1 часа, 2 больных более 1 часа и 13 больных от 15 до 30 минут. Анализируя факторы, оказывающие вияние на мнение респондентов, пришли к заключению, что основное влияние оказывает факт госпитализации, то есть конечный результат. Если больным было отказано в госпитализации (опрошенные из 1 и 2 групп) по причине отсутствия экстренной патологии, то процент неудовлетворительных результатов выше. В группе госпитализированных больных 96% удовлетворены работой приемного отделения. Следует отметить тот факт, что количество опрошенных, недовольных работой приемного отделения больше в возрастной группе старше 50 лет.

Проведен опрос больных, находящихся на стационарном лечении (3 и 4 группа), которым предлагалось оценить работу хирургического отделения. 85,1% респондентов удовлетворены работой отделения, 14,9% отметили работу медицинского персонала "на высоком профессиональном уровне". Среди опрошенных больных, никто не отметил графу "неудовлетворительно". На вопрос "Сталкивались ли Вы с грубым

обращением со стороны медицинского персонала?" 46 из 47 больных отметили "Нет, медицинский персонал всегда вежлив со мной" и 1 отметил "Да, со стороны медицинских сестер отделения".

Следующим вопросом было оценено качество еды. 48,9% больных полностью устраивает больничная еда. 51,1% опрошенных больничная еда устраивает, "но качество еды оставляет желать лучшего". Ни один из респондентов не отметил плохое качетсво больничной еды.

Таким образом, удовлетворенность больных работой как скорой помощи, так и приемного покоя в большей степени зависит не от общего состояния и проведенных методов диагностики и лечения, а от факта госпитализировали их или нет. Опрос больных необходимо проводить на последующем этапе. Так, опрос больных на предмет удовлетворенности работой скорой помощи и приемного отделения проводить в отделении, а качество лечения в стационаре оценивать уже после выписки.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.С. Лучкевич. Основы социальной медицины и управления здравоохранением, Санкт-Петербург, 1997г. - 184 с.

2. Тайжанов А.Т., Кумыспаев С.С. Социальные аспекты реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан // Медицинский журнал Западного Казахстана, 2006. - №4(12). - С.64-66.

3. Цой А.Н. Некоторые результаты социологического исследования по вопросам оказания специализированной консультативно-диагностической помощи амбулаторным пациентам в ННМЦ // Клиническая медицина Казахстана, 2005. - №3(4). - С.21-25.

ХИРУРГИЯЛЫҚ ПРОФИЛЬДЕ НАУҚАСТАРҒА ЖАСАЛЫНҒАН МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ САПАСЫН БАҒАЛАУ

Астана қаласының "Орталық темір жол ауруханасы" АҚФ ЖГМК медициналық жәрдемге қаралған 76 науқасқа әлеуметтік зерттеу жүргізілген. Сұраған науқастардың басым көпшілігі жедел жәрдемнің, қабылдау бөлімі және хирургиялық бөлімшелердің жұмыстарына қанағаттанған. Науқастардың қанағаттануы жалпы күйі мен оған жүргізілген диагностикалық және емдеу әдістеріне байланысты емес, жедел жәрдем және қабылдау бөлімі көбінесе оларды ауруханаға жатқызуға немесе жатқыздырмауға жағдай жасауына байланысты болып отыр.

EVALUATION OF QUALITY OF MEDICAL SERVICE BY THE PATIENTS OF SURGICAL PROFILE

Social Investigation of 76 patients, turned for medical help into the branch Joint-Stock Company Extreme Situational Traffic Hospitals "Central Traffic Hospital" of city Astana was carried out. Absolute majority of asked patients are satisfied by the work of ambulance, reception ward and surgical department. Satisfaction of the patients of work both ambulance and reception department greatly depend on not from general condition and carried out methods of diagnosis and treatment, but from the fact of hospitalizing of them or not.

УДК 616.155.194:616-084

Салханова А.Б.

ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Казахская академия питания, г.Алматы

В реализации программ по борьбе с железодефицитной анемией (ЖДА) и обучению населения правильному питанию и методам профилактики ЖДА ключевую роль играют медицинские работники. Следовательно, качество их знаний в данной области будет фактором успеха или, напротив, низкой эффективности этих программ. *Целью* настоящего исследования явилось изучение уровня осведомленности медицинских работников - представителей системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) по проблеме ЖДА, профилактической роли правильного питания и фортифицированной пшеничной муки (ФПМ), а также установление предпочтительных каналов и источников информирования о ЖДА. Медицинские работники в 5 основных регионах республики (север, юг, восток, запад и центр), а также в г. Алматы и г.Астана были опрошены с помощью стандартизованного и индивидуального интервью. Всего было обследовано 292 респондента.

Из числа обследованных респондентов одна треть (32,7%) оценили свой уровень информированности о ЖДА как высокий, 30% - выше среднего, 33,9% - средний, а 8,1% - ниже среднего/недостаточный или затруднились ответить. Подавляющее большинство медицинских работников (97,9%) знают, что развитие ЖДА связано с недостаточным или неполноценным питанием. Интересен факт, что на вопрос о степени опасности ЖДА для здоровья человека 10% опрошенных ответили, что ЖДА неопасно для жизни или протекает без последствий. Среди негативных последствий анемии для здоровья респонденты чаще всего называли сниженную физическую активность и работоспособность (78,8%) и сниженную умственную активность и познавательную деятельность детей и взрослых (61,3 %), затем следовали риск повышенной смертности матери во время родов (51,4%), повышенной смертности новорожденных и детей раннего возраста (34,9%) и риск врожденных патологий (33,9%). Из методов предотвращения анемии наиболее необходимыми для внедрения медицинские работники считали употребление продуктов, богатых железом/ витаминами (87,7%) и частое употребление мясных продуктов, овощей и фруктов (76,0%), употребление железосодержащих препаратов и витаминов и использование ФПМ были менее популярны (62,3% и 57,9%, соответственно), а отказ от чая и кофе во время еды опрошенные назвали в 42,1%. Казалось бы, логичным должно являться то, что данные знания отражаются на собственных рекомендациях работников ПМСП населению по профилактике ЖДА. Однако только рекомендации по улучшению питания и по употреблению продуктов, богатых железом/ витаминами (89,4%), а также назначение железосодержащих препаратов (78,4%), являются самыми используемыми, в то время как рекомендации по употреблению ФПМ использовались лишь в 37,3%. Печально, что только половина опрошенных медиков (49,7%) считают, что потребление ФПМ помогает в профилактике ЖДА, 28,4% считают, что потребление ФПМ помогает слабо, а 22,6 % и вовсе так не считают или не знают об этом. Роль железосодержащих препаратов в профилактике ЖДА была оценена выше: 79,8 % респондентов полагают, что потребление препаратов железа с фолиевой кислотой помогает в профилактике и лечении ЖДА, 16,1% считают, что помогает, но слабо, и 5,5% - так не считают или не знают об этом. В рейтинге "слабых мест", не позволяющих эффективно проводить профилактику ЖДА в регионе, первые места заняли низкая осведомленность населения о проблеме ЖДА, несерьезное отношение к рекомендациям медиков (68,5%) и недостаточная информированность населения о вопросах профилактики ЖДА (51,0%), кроме этого, респонденты отметили отсутствие в продаже ФПМ (36,6%) и продуманной государственной политики в этом направлении (21,6%), недостаток информации для лиц, принимающих решения (21,2%), и для работников сферы образования (17,8%). Важен факт, что респонденты озабочены отсутствием возможности размещать необходимую информацию о проблеме ЖДА и ее профилактики в местных СМИ и других информационных источниках (10,6%) и недостатком информации для медиков (3,8%), а также недостаточно глубоким пониманием проблемы исполнительными органами власти и руководством (13%). При анализе фактических источников получения информации о ЖДА для медицинских работников оказалось, что, в основном, это были учебные семинары (65,8%), информационные буклеты (58,9%), специальная профессиональная литература (56,8%), газеты, журналы (40,1%), телевидение (31,8%), инструкции сверху от начальства или властей (20,9%), 2,7% опрошенных не получали никакой информации. Выяснение предпочитаемых источников выявило сходную с фактической картину, за исключением того, что медицинские работники хотели бы больше получать специальной профессиональной литературы (63,7%). Для работы с населением по профилактике ЖДА медицинским работникам необходимы листовки (69,2%), руководства (методические рекомендации) для врача/медицинской сестры (68,5%), плакат в форме санитарного бюллетеня (58,2%). Доступными, предпочтительными и имеющими влияние источниками и каналами информации для населения, по мнению опрошенных, являются программы республиканских телеканалов (54,1%), сами медицинские работники (55,1%), программы местных телеканалов (57,5%), плакаты в поликлиниках (62,0%), рекламные блоки на телевидении (50,7%), информация на упаковке продукта (43,2%), специальные брошюры для населения (59,6%), статьи в местных и республиканских газетах/журналах (49,3% и 30,8%), радио-программы (28,8%), плакаты в торговых точках (42,5%), учителя в школе (41,1%), листовки в почтовом ящике (24,3%), реклама снаружи и внутри городского транспорта (24,0%). Респондентам также было предложено выбрать необходимые мероприятия для повышения потребления ФПМ. Оказалось, что 69,9% респондентов считают наиболее действенным просто выпуск такой муки и продажу ее в магазинах и на рынках, 56,5% - размещение рекламы ФПМ на телевидении и радио, также были популярны выпуск специальных программ о здоровье на телевидении и радио, размещение информации на упаковке, проведение информационно-образовательной работы через медицинских работников, создание специальных рубрик в печатных СМИ, посвященных вопросам здоровья, выпуск листовок.

Таким образом, несмотря на относительно высокую информированность медицинских работников о проблеме ЖДА и методах ее профилактики, ими

остается недооцененной роль ФПМ и потенциал ее использования в борьбе с ЖДА. Кроме того, исследование выявило обеспокоенность респондентов отсутствием возможности публикации материалов о проблеме ЖДА и ее профилактике в местных СМИ и других информационных источниках, недостатком информации для медиков, а также желание получать больше специальной профессиональной литературы. Оценка знаний медицинского персонала ПМСП необходима для планирования дальнейшей коммуникационной работы с ними, так как большинство пациентов обращаются именно в это звено медицинской помощи. Сейчас, когда вступил в силу Кодекс РК "О здоровье народа и системе здравоохранения", согласно статье которого пшеничная мука, реализуемая на территории Республики Казахстан, подлежит обязательному обогащению, особенно важно ориентировать медицинских работников на улучшение информационно-образовательной работы с населением и его поощрение в формировании поведенческих навыков по осознанному потреблению ФПМ для профилактики ЖДА.

МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ТЕМІРТАПШЫЛЫҚТЫ АНЕМИЯНЫҢ АЛДЫН АЛУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ТУРАЛЫ ХАБАРДАРЛЫҒЫН ЗЕРТТЕУ

Бұл зерттеу жұмысының мақсаты - медицина қызметкерлерінің теміртапшылықты анемияның (ТТА) мәселесі, байытылған бидай ұнының профилактикалық ролі туралы хабардарлық деңгейін, сонымен қатар ТТА туралы таңдап алынатын хабар көздері мен арналарын анықтау болып табылады. Зерттеу нәтижелері медицина қызметкерлерінің ТТА мәселесі және оның алдын алу әдістері туралы хабардарлық деңгейі жоғары болғанымен ТТА алдын алудағы байытылған ұнның ролі жеткілікті дәрежеде бағаланбай қалып отырғандығын көрсетіп берді. Осыған байланысты медицина қызметкерлерін ақпараттық-білім беру жұмыстарын жақсарта түсіруге жұмылдырумен қатар, халық арасында ТТА алдын алу мақсатында байытылған ұнды пайдалануға машықтандыратын дағдылар қалыптасуына қолдау көрсетулері керек.

ASSESSMENT OF AWARENESS ON IRON DEFICIENCY ANEMIA AMONGST HEALTH WORKERS

The objective of the survey is to determine the level of awareness of health workers on iron deficiency anemia (IDA) and preventive role of fortified wheat flour (FWF) as well as to determine information sources and channels. The results show high level of knowledge on IDA and ways of prevention. However the role of FWF in IDA prevention is underestimated. It is necessary to direct health workers for improvement of communication work with population and stimulation of vulnerable groups to form conscious behavioral models on FWF consumption for IDA prevention.

А.А. Юферева, В.Л. Шульц, А.Т. Кучербаева.

АНАЛИЗ ПОВТОРНЫХ ВЫЗОВОВ ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РКП "БОЛЬНИЦА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН"

Больница Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Астана

Среди проблем эффективности функционирования службы скорой помощи управления качеством оказания экстренной медицинской помощи занимает особое значение. Управление качеством должно основываться на фактических данных.

Одним из качественных показателей работы отделения скорой медицинской помощи являются повторные вызова, что отражено в "Положении о показателях деятельности станции (отделений) скорой и неотложной медицинской помощи" (утверждено приказом Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 28 августа 2001 года №788).

Цель работы: изучение частоты, структуры, причин повторных вызовов за период 2007-2009 годы для определения резерва качественного улучшения работы выездных бригад скорой помощи.

Материалы и методы: использовался метод ретроспективного анализа карт повторных вызовов скорой помощи за период 2007-2009 годы по причинам повторного обращения за медицинской помощью, полноты обследования, оценки качества проведенной терапии, эффекта от лечения.

Определение: повторным вызовом считается каждый случай вызова бригады скорой помощи в течение суток с момента первичного обращения.

Сформировалась практика направления на повторный

Таблица № 1 - Распределение и удельный вес повторных вызовов по годам.

	2007год	2008год	2009год
Всего вызовов	1030	1007	1454
Повторные вызова	9	10	11
Удельный вес повторных вызовов в (%)	0,9 %	1,0 %	0,8 %

вызов бригады, посетившей больного первично. Это предусматривает динамическое наблюдение за больным и сравнительную оценку тяжести его состояния.

Полученные результаты анализировались по следующим критериям:

- распределение повторных вызовов по группам заболевания;
- причина повторного обращения за медицинской помощью;.

Результаты: всего за три года было 30 случаев повторных вызовов. На основании данных таблицы необходимо отметить уменьшение повторных вызовов с 0,9% до 0,8% (табл. № 1).

В таблице указано, что на первом месте среди повторных вызовов находятся заболевания сердечнососудистой системы в 2007 и 2009годах.

На втором месте - заболевания желудочно-кишечного тракта и заболевания нервной системы за 2007-2009годы. На третьем месте - инфекционные заболевания (табл.№ 2).

По причинам повторные вызова разделяются на обоснованные и необоснованные.

Необоснованными считаются вызова к больным, которые при повторном обращении не нуждаются в оказании помощи, зачастую бригада скорой помощи вызывается для контроля состояния пациента:

- 2(22,2%) в 2007 году;
- 1(10,0%) в 2008 году;
- 2 (18,2%) в 2009 году.

Обоснованные повторные вызова анализируются по причинам: особенности течения заболевания пациента отказ от госпитализации больным при первичном обслуживания бригадой скорой помощи отказ в госпитализации стационаром при первичном доставке больного по недоработке медицинских работников.

Большое внимание при анализе повторных вызовов уделяется повторным обращениям пациентов по вине медицинских работников, как показатель качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. Из них причинами могут быть:

- неполно собранный анамнез заболевания
- недооценка состояния тяжести состояния
- неполный объем оказанной медицинской помощи.

Как видим, причины повторных обращений за медицинской помощью достаточно разнообразны. На определенную группу их мы не можем повлиять - отказ в стационарном лечении врачом приемного отделения больницы, категорический отказ больного от госпитализации при первичном посещении. Наиболее частой причиной повторного вызова является особенность течения заболевания 71,4%-77,8%. Повторных вызовов по вине медицинских работников за 2007-2009 годы не было (табл. № 3).

Регулярно проводимый анализ повторных вызовов скорой помощи помогает определить скрытые резервы качественного улучшения работы выездных бригад. Повторные вызова по вине медицинских работников

Таблица №2. Структура повторных вызовов

Нозология	2007год	2008 год	2009год
Заболевания сердечно-сосудистой системы	4 (44,4%)	2 (20,0%)	6 (54,5%)
Заболевания желудочно-кишечного тракта	2 (22,2%)	3 (30,0%)	2 (18,2%)
Инфекции	1 (11,2%)	2 (20,0%)	1 (9,1%)
Заболевания нервной системы	2 (22,2%)	3 (30,0%)	-
Травмы	-	-	1 (9,1%)
Заболевания почек	-	-	1 (9,1%)
Всего	9 (100%)	10 (100%)	11 (100%)

Таблица №3 - Распределение обоснованных повторных вызовов по причинам.

Причины обоснованных вызовов	2007 год	2008 год	2009 год
Особенность течения заболевания	5(71,4%)	7(77,8%)	7(77,8%)
Отказ от госпитализации пациентом при первичном вызове	-	2(22,2%)	2(22,2%)
Отказ от госпитализации в приемном покое	2(28,6%)	-	-
Повторный вызов по вине медицинских работников	-	-	-
Всего	7(100%)	9(100%)	9(100%)

рассматриваются на общебольничных конференциях, выявляются их причины, разбираются выявленные ошибки с целью недопущения их в дальнейшем.

С целью снижения количества повторных вызовов, в частности, повторных вызовов по вине медицинских работников, в отделении разработаны памятки для пациентов по вызову бригады скорой помощи, о каждом обращении сообщается участковому врачу поликлиники (передается сигнальный лист о вызове скорой помощи), на вызовах с пациентами врачами скорой помощи проводятся беседы по профилактике заболеваний, правилам приема лекарственных препаратов.

Немаловажную роль играет и систематическая работа над повышением квалификации медицинских работников, участие в научных конференциях, использование телемидицинских обучающих технологий.

Выводы: При анализе повторных за период с 2007г-2009г. отмечается снижения удельного веса повторных вызовов. Чаще обращаются пациенты с заболеваниями сердечнососудистой системы. Причины повторных обращений за медицинской помощью достаточно разнообразны. Определенная группа причин не зависит от квалификации медицинских работников - отказ пациента от госпитализации, вызов скорой помощи для контроля артериального давления, особенность течения заболевания, несоблюдение пациентами правил приема лекарственных препаратов.

Планомерная работа по улучшению организации работы отделения скорой помощи, диагностике заболеваний, динамическое наблюдение в период пребывания врача на вызове, контроль за результатами проведенного лечения позволяют значительно снизит количество повторных обращений за скорой медицинской помощью.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.Е.Жуков, В.К.Тиунов, Г.И.Девятко "Показатели и оценка качества оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе", журнал "Неотложная терапия" 1-2, 2004 год.

2. Е.П.Аксенова "Анализ повторных вызовов бригад скорой помощи", журнал "Неотложная терапия", №3-4,2003год.

3. Б.А. Сулейменова, А.А.Дубицкий "Службе скорой помощи г. Астаны 70 лет" 2002год.

4. К.К.Турлубеков, Г.Е.Малько, М.М. Кусаинова "Оценка качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе (20012003г.г.), материалы научно-практической конференции г. Астана 2004 год.

РКӨ "ҚР ПРЕЗИДЕНТІНІҢ ІСІН БАСҚАРАТЫН АУРУХАНАНЫҢ" ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМ КӨМЕГІ БӨЛІМШЕСІНІҢ АҚПАРАТЫ БОЙЫНША ҚАЙТАЛАП ШАҚЫРЫЛАТЫН КӨМЕКТЕР САНЫН ТАЛДАУ

Жедел жәрдем көмегі бөлімшесінің жұмыс жоспарында ауруларды диагностикалауда, шақырту кезінде науқасты тексеруде дәрігердің бақылауын жылдамдатуды, сонымен қатар жүргізілген ем нәтижесін дер кезінде бақылауды дұрыс ұйымдастыру медициналық жедел жәрдем көмегіне қайталап қаралудың санын азайтады.

ANALYSIS OF THE REPEATED CALLS ACCORDING TO DATA OF AMBULANCE MEDICAL EMERGENCY RCE "HOSPITAL OF THE PRESIDENT ADMINISTRATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN"

Systematic work to improve the organization of the emergency department, diagnosis, dynamic observation during doctor's visitingl, monitor the results of the treatment can significantly reduce the number of repeat calls for ambulance services.

Василенко О.К.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МНО И ОБЛАСТЬ ЕГО ПРИМЕНЕНИЯ

ГККП "Городская поликлиника №4" г. Астана

Главным преимуществом системы МНО (Международное нормализованное отношение) является независимость результатов протромбинового теста (ПТ) от типа используемого лабораторией тромбопластина. Это в свою очередь позволяет сравнивать результаты антикоагулянтной терапии в разных клиниках. Стандартизация лабораторного контроля привела к снижению интенсивности терапии и как следствие к повышению безопасности пероральных антикоагулянтов (ПА). Появилась реальная возможность предотвращения тромботических осложнений, вторичных кровотечений, снижения длительности пребывания пациента на больничном листе, что с экономической точки зрения так же имеет ряд преимуществ.

В утверждённый перечень проводимых исследований клинико-диагностической лабораторией ГККП "Городская поликлиника №4" включены тесты по исследованию гемостаза, в том числе и МНО. Разработаны и внедрены в практику протоколы стандартных операционных процедур по данным тестам. Работа проводится на четырёх канальном автоматическом коагулометре "Сисмекс СА 60", с использованием первичных и вторичных стандартов (контрольная и стандартная нормальная и патологическая плазма), одноразовых расходных материалов и реагентов производства Германии, Японии, Австрии, дозаторов прошедших метрологическую поверку.

Следует напомнить, что протромбин - сложный белок, один из важнейших показателей коагулограммы, характеризующий состояние свертывающей системы крови. Протромбин - по международной номенклатуре фактор II (второй) свертывания крови - это предшественник тромбина (белка, стимулирующего образование тромба). Протромбин синтезируется в печени при участии витамина К. На основании анализа протромбинов врач может оценить работу и выявить заболевания печени и желудочно-кишечного тракта. Для характеристики системы гемостаза (свертывающей системы крови) анализ протромбинов крови является наиболее важным тестом, входящим в гемостазиограмму. В то время как МНО - это дополнительный способ представления результатов протромбинового теста, рекомендованный для контроля терапии непрямыми антикоагулянтами комитетом экспертов ВОЗ, Международным комитетом по изучению тромбозов и гемостаза и Международным комитетом по стандартизации в гематологии. МНО - математическая коррекция, при помощи которой производится стандартизация протромбинового времени, измеренного с помощью тромбопластинов, имеющих разную чувствительность. Оптимальные пределы МНО, которые должны быть достигнуты в ходе лечения непрямыми антикоагулянтами, зависят от терапевтических целей и определяются лечащим врачом.

Как показывает практический опыт, существует ряд потенциальных проблем системы МНО. Называя проблемы потенциальными, мы хотим подчеркнуть, что все они могут быть устранены при правильном понимании врачами и лаборантами сути МНО. Врачи предпочитают мониторировать терапию ПА с помощью протромбинового теста (ПТ). Во-первых, он отражает процесс снижения большинства витамин-К зависимых факторов свёртывания крови (II,X,VII), во-вторых, тест достаточно прост и в-третьих, относительно не дорогостоящий. Для выражения результатов ПТ используют следующие показатели: % протромбина по Квику, протромбиновое время, протромбиновое отношение, % протромбинового индекса. Все перечисленные методы страдают серьёзным недостатком в случае терапии ПА, так как зависят от типа используемого торомбопластина и ряда методологических ньюансов. Система МНО лишена вышеперечисленных недостатков, что позволяет сравнить результаты ПТ, полученные в разных лабораториях и обобщить опыт клиник для подбора оптимальных доз ПА.

Но необходимо отметить, что МНО воспроизводимы только на стадии стабилизации терапии ПА (по определению ВОЗ пациент считается "стабилизированным" после как минимум 6-ти недель стабильной дозы ПА), а в начале лечения, а так же у больных с поражением печени, антифосфолипидным синдромом, дают значительный разброс значений.

Для стандартизации проводимых исследований и повышения качества медицинских услуг необходимо помнить:

Показания к назначению анализа:

- патология системы свертывания крови;
- скрининговое исследование свертывающей системы крови;
- контроль свертываемости крови при длительном лечение непрямыми антикоагулянтами;
- исследование функции печени;
- антифосфолипидный синдром;
- состояния, сопровождающиеся дифицитом

витамина К.

Подготовка к исследованию: кровь рекомендуется сдавать в утренние часы, натощак; при необходимости сдачи крови в другое время требуется воздержание от приема пищи в течение 4-6 часов; при сдаче крови необходимо сообщить медсестре о приёме препаратов, влияющих на свертывание крови.

Срок исполнения: 1 рабочий день.

Когда происходит увеличение активности протромбина (снижение МНО)?

- Последние месяцы беременности (физиологическое повышение).
- Тромбоэмболические состояния (начальные стадии тромбоза).
- Полицитемия.
- Злокачественные опухоли.
- Прием лекарственных препаратов: ацетилсалициловая кислота (в небольших дозах), меркаптопурин, пероральные контрацептивы, барбитураты, кортикостероиды.

Когда происходит снижение активности протромбина (увеличение МНО)?

- Дефицит одного или нескольких факторов протромбинового комплекса (X, V).
- Острый ДВС-синдром.
- Достаточно редкие наследственные коагулопатии: гипопроконвертинемия (дефицит фактора VII) и гипопротромбинемия (дефицит фактора II).
- Афибриногенемия, гипофибриногенемия (снижение содержания фибриногена в крови до 1г/л и ниже)
- Избыточное содержание в крови гепарина.
- Повышение уровня антитромбина (ATIII) или антитромбопластина.
- Заболевания печени (острые и хронические гепатиты, цирроз печени, механическая желтуха и др.).
- Дефицит витамина К при соблюдении диеты.
- Энтеропатия и кишечные дисбактериозы (приводящие к недостаточности витамина К).
- Лечение антагонистами витамина К - антикоагулянтами непрямого действия.
- При амилоидозе (связанно с дефицитом фактора X).
- При нефротическом синдроме (связано с дефицитом факторов VII и V, которые выделяются с мочой).
- Хронический панкреатит, рак поджелудочной железы и желчного пузыря.
- Острые и хронические лейкозы (вследствии развития ДВС-синдрома).
- Прием лекарственных препаратов: кумарины, ацетогексамид, анаболические стероиды, антибиотики, ацетилсалициловая кислота (в больших дозах), слабительные средства, метотрексат, никотиновая кислота, хинидин, хинин, тиазидные диуретики, толбутамид.

Казахстан интегрируется в мировое сообщество. Число лабораторий, использующих систему МНО, возрастает год от года. Перечень применяемых ПА в казахстанских клиниках для профилактики и лечения больных с риском тромбоэмболических заболеваний, увеличивается. Оптимизация терапии в случае использования ПА напрямую связана со стандартизацией лабораторных методов: внедрением системы МНО, пониманием лаборантами и клиницистами сути стандартизации ПТ и соблюдением рекомендаций ВОЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1.Баркаган З.С. "Материя медика" 2007 год №1 стр 5-14

2.Гемостаз: учебное пособие/ под ред.Н.Н. Петрищева и Л.П.Папаян- СПб, 2005 год

3.Пособие для врачей лаборантов по методам исследования гемостаза/ Козлов А.А. Берковский А.Л. Качалова Н.Б.-М., 2000год

4.Баркаган З.С. Мамот А.П. "Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза" 2007 год.

ХҚҚ КЛИНИКАЛЫҚ-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ МАҢЫЗЫ ЖӘНЕ ҚОЛДАНУ АЙМАҒЫ

Қазақстан әлемдік қоғамдастыққа жақындағалы ХҚҚ (Халықаралық қалыптасқан қатынас) жүйесінде жұмыс жасайтын зертханалардың саны күннен күнге арта түсуде. Қазіргі күні Қазақстандық емдеу орындарында тромбоэмболиялық ауруларды емдеу негізінде антикоагулянттарды қолдану жиілеп отыр. Емдеу нәтижесінің тиімділігін арттыруда лаборанттар мен клиникалық дәрігерлер арасында түсінікті болатын бірыңғай ХҚҚ жүйесін енгізу қажет.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF INRS AND ITS USE

Kazakhstan is integrated into the global community. The number of laboratories using the INR (INR - international normalized ratio) system, increases from year to year. A list of the PA in Kazakhstan clinics for prevention and treatment of patients with the risk of thrombus embolic disease increases. Optimization of therapy in the case of the PA is directly connected with the standardization of laboratory methods: the introduction of the INR, understanding the meaning of PT standardization and compliance with recommendations by laboratory technicians and clinicians

Омарова А.Б., Айкешева А.С., Жузжанов О.Т., Камзина Б.А.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

АО "Медицинский университет Астана"

На сегодня многими исследователями высказывается мнение, что в развитии ряда заболеваний решающую роль играют социальные и экологические факторы. Несмотря на то, что в среднем показатели здоровья городского населения выше, чем в сельской местности, колоссальное экономическое и социальное расслоение в пределах городов приводит к значительному неравенству в уровне здоровья горожан. И это, в первую очередь, касается пожилых и людей старческого возраста. Кроме того, урбанизация, старение населения и глобальные изменения образа жизни в совокупности выдвигают хронические и неинфекционные болезни (включая депрессию, сердечно - сосудистые заболевания, сахарный диабет, рак), а также травмы в число основных причин инвалидности и смертности [1].

В основе большинства случаев коронарных эпизодов, артериальной гипертензии у пожилых с учетом их социального положения в основе лежат одиночество, депрессия и стресс. Объективная оценка заболеваемости, особенно, патологией БСК затруднена в силу того, что часто инволютивные процессы, соответствующие физиологическим периодам онтогенеза, по признакам классических клинических появлений заболеваний, принимаются за болезнь и лечение назначается соответствии с диагнозом.

Согласно онтогенетической концепции медицины В.М.Дильмана [2] ("главные" или "нормальные болезни" (артериальная гипертензия, атеросклероз ожирение, рак и др.) являются следствием закономерно нарастающих отклонений в системах гомеостаза. По мнению В.М.Дильмана все системы гомеостаза достигают оптимума к 25 годам жизни, но процесс их отклонения, лежащий в основе онтогенеза, по инерции продолжается, несмотря на утрату целесообразности и нарастающее отклонение от оптимума. Следствием этого отклонения является развитие этих болезней.

Отсутствие грамотности у пожилых об особенностях физиологических процессов в их организме становится одной из причин депрессии, тревоги и страха вследствие неэффективности, как им кажется, проводимого лечения. К примеру, оптимальный уровень артериального давления при имеющихся склеротических процессах в сосудах пожилых явно отличается от нормы у молодого пациента. Порог интенсивности и объема физической нагрузки, не вызывающий стенокардию у пожилого иной, чем для среднего возраста.

Наряду с другими факторами риска тревога по поводу предстоящего ухода из жизни имеет для пожилых серьезное значение в развитии ССЗ. Всемирная декларация по здравоохранению "ЗДВ - 21" одной из задач провозгласила "Сохранение здоровья в пожилом возрасте", где существенное значение придается "достойной смерти" [3].

До 2009г. вскрытию подлежали, практически, все случаи летальных исходов. В Израиле, где численность населения в 2 раза меньше, чем население Казахстана, за 2009г. патологоанатомическому вскрытию трупа подлежало 1200 случаев против 48 200 случаев в нашей стране. С августа 2009 г. в соответствии с приказом МЗ РК №520 ситуация изменилась. Это можно считать позитивным сдвигом в профилактике депрессии, следовательно, и ССЗ, у пожилых людей. Об этом свидетельствуют данные неофициального опроса в домах для престарелых.

№	Критерии	Трудоспособный возраст	Пенсионный возраст
1	Физическое функционирование	41,2±3.1	46,1±6.0
2	Ролевое физическое функционирование	39.3±4.6	23.8±7.3
3	Интенсивность болевого синдрома	46,6±2.9	50.8±5.4
4	Общее здоровье	60,2±1.7	51.1±4.7
5	Жизненеспособность	64,8±1.6	65.1±3.7
6	Социальное функционирование	48,1±1.7	52±5.3
7	Ролевое эмоциональное функционирование	61,6±5.2	56.5±9.6
8	Психическое состояние	65,1±1.6	67±3.5

Проведенные нами исследования качества жизни у пожилых в сравнении с лицами среднего возраста, имеющих ограничения жизнедеятельности, подтверждают вышеизложенное.

Исследование качества жизни у инвалидов пенсионеров и трудоспособного возраста выявило достоверно значимое различие по изучаемым критериям (опросник MOS-SF 36 (Medical Outcome Study - Short Form), валидированный и адаптированный к условиям России Межнациональным центром КЖ, Росийской военно-медицинской академией) [4].

Анализ полученных средних значений самооценок качества жизни показал, существенное снижение показателя ролевого функционирования, связанный с физическим состоянием в пенсионном возрасте (23.8?7.3) в сравнении с трудоспособным возрастом 39.3?4.6. Данный уровень физической активности отягощен, прежде всего, наличием множественной хронической патологии, наличием возрастных особенностей, активностью болевого синдрома.

Социальное функционирование т.е. удовлетворенность своей социальной активностью, ограниченной психологическим состоянием менее выражена в трудоспособном возрасте (48,1?1.7) и выше в пенсионном возрасте (52?5), возможно связано с тем, что в пенсионном возрасте инвалиды более адаптированы к своему состоянию. Низкий уровень эмоционального состояния более выражен в пенсионном возрасте (56.5?9.6). Ухудшение эмоциональной активности, возможно, обусловлено ухудшением материального положения, затратами на медикаменты, снижением трудовой нагрузки, сокращением социальных контактов, утратой значимости в глазах окружающих и снижением своего социального статуса.

Данные литературы и наших исследований указывают, что разработка программ первичной и вторичной профилактики сердечно - сосудистых заболеваний, а также других "главных болезней" должна строиться с учетом особенностей психофизиологии пожилых и социальных факторов риска.

ЛИТЕРАТУРА

1.Abegrunde d et al. The burden and costs of chronic diseases in Low -income and middle- income countries. Lancet, 2007, 370:1929-1938

2.Дильман В.М. Четыре модели медицины.-М.-1980

3.Здоровье 21 - здоровье для всех в 21-ом столетии. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ, 1999 г., №6

4.Новик А.А., Ионова Т.И. руководство по исследованию качества жизни в медицине. - М.,2002;

ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫНЫҢ НӘТИЖЕСІНЕН МҮГЕДЕК БОЛҒАН ҚАРТТАР ӨМІРІНІҢ САПАСЫНДА ӘЛЕУМЕТТІК ФАКТОРЛАРДЫҢ МАҢЫЗЫ

Мақалада В.М. Дильманның онтогенетикалық медицинасы тұрғысындағы карттардың жүрек қан-тамыр жүйесіндегі қауіпті процесстерді дамытатын әлеуметтік факторларының маңызы қарастырылған. Патологиялық процеске әкелетін бұл факторлардың сараптамасы алдын-алу жұмыстарына негізделуі мүмкін.

THE ROLE OF SOCIAL FACTORS IN THE QUALITY OF LIFE OF OLDER PERSONS WITH DISABILITIES DUE TO ISCHEMIC HEART DISEASE

In the article in terms of V.M. Dilman's ontogenetic medicine explores the role of social factors in the development of pathological processes in the cardiovascular system in the elderly. Analysis of the contribution of those factors in the pathological process may be the basis for prevention.

Омарова А.Б., Айкешева А.С., Жузжанов О.Т., Элтаева М.А.

ОСОБЕННОСТИ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ Г. АСТАНА

АО "Медицинский университет Астана"

Наряду с известными факторами риска сердечно - сосудистых заболеваний (ССЗ) в последние годы существенную роль сыграли социально - экономические, демографические, экологические и другие причины [1]. Миграционные процессы вместе с изменениями в образе и укладе жизни, социальными проблемами в виде бедности и безработицы и т.д. повлекли за собой изменения, коснувшиеся, практически всех детерминант здоровья. Это относится ко всем возрастным категориям здоровых и больных во всех возрастных группах по любой из 21 нозологий МКБ-10, но в большей степени эти изменения коснулись сердечно - сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований.

По определениям отечественных ученых проф. Даленова Е.Д. и проф. Тель Л.З. [2]. предупреждение от различных отклонений происходит по возрастным уровням в соответствии с физиологическими особенностями и приоритетами жизненных ценностей. В 17-35 лет, или девятый критический период характеризуется периодом функционирования репродуктивной системы и потенциала, совместимостью партнеров, регулирование деторождения. В основе профилактики отклонений здоровья в период пенсионного возраста, или десятого критического периода в жизни, лежат возрастные и социальные особенности изменения физиологических показателей. Профилактика отклонения здоровья в пожилом и старческом возрасте, или одиннадцатом критическом периоде жизни, основана на критериях снижения качества жизни.

Анализ возрастного состава среди впервые признанных инвалидами вследствие ИБС показал, что лица молодого возраста (до 39 лет) составили от 1,8 до 9,4%, инвалиды среднего возраста (женщины до 58 лет, мужчины до 63 лет) - от 71,7 до 93,6%, а инвалиды пенсионного возраста - от 4,8 до 20%. В динамике имеется тенденция к увеличению лиц трудоспособного возраста и соответственно снижение лиц пенсионного возраста. В контингенте впервые выявленных инвалидов с ИБС также преобладают мужчины, которые составляют 82,5%, женщины составляют 17,5 %. Наблюдается тенденция к росту инвалидности среди женщин. Более половины инвалидов вследствие ИБС представлены лицами, не имеющими высшего образования, в основном, заняты физическим трудом. Это может быть обусловлено и тем фактом, что многие госслужащие и квалифицированные специалисты с высшим образованием, высокооплачиваемой работой возвращаются к труду на доэкспертном этапе.

Уровень инвалидности при ИБС имеет тенденцию к снижению с 1,7 в 2004 году до 1,0 в 2008 году на 10 тыс. взрослого населения, что связано с кардиохирургической активностью и работой городского кардиологического центра, занимающегося ранней реабилитацией больных на доэкспертном этапе после инфаркта миокарда и кардиохирургических операций. Как видно в таблице, инвалиды 1 группы, самые сложные в медико - социальной реабилитации, сводятся к 0. Единичный случай первичной инвалидности в 2005 году обусловлен наличием сочетанных патологий. В основном первичная инвалидность обусловлена лицами, имеющими признаки ограничения жизнедеятельности, соответствующие 2 группе инвалидности. Именно эта группа составляет 78-80% стабильности этого показателя за счет повторной инвалидности. Это дает основание утверждать, что

Таблица 1 - Структура первичной инвалидности вследствие ИБС в зависимости от возраста за период с 2001 по 2008 г.г.

Годы	ИП на 10тыс нас.	По полу (%)		По возрасту (%)		
		Муж.	Жен.	От 18 до 39 лет	От 40 до пенс. возраста	Пенсион возраста
2004	1,7	86,3	13,2	2,9	80,9	16,2
2005	1,3	78,2	21,8	1,8	78,2	20,0
2006	1,4	82,3	17,7	1,6	93,6	4,8
2007	1,0	91,7	8,3	2,1	89,6	8,3
2008	1.0	73,9	26,1	-	93,5	6,5

Таблица 2 - Сравнительная характеристика инвалидности вследствие ИБС и ЦВБ за период с 2004 по 2008г.г среди жителей г. Астана

годы	ИБС		ЦВБ		по группам					
	по полу		по возрасту		1 группа %		2 группа %		3 группа	
	мужчин %	женщин %	мужчин %	женщин %	ИБС	ЦВБ	ИБС	ЦВБ	ИБС	ЦВБ
2004	86,3	13,2	73,9	26,1	0	28,4	55,9	56,8	44,1	14,8
2005	78,2	21,8	61,5	38,5	5,5	39,6	52,7	38,5	41,8	21,9
2006	82.3	17,7	65,8	34,2	0	29,1	69,4	40,5	30,6	30,4
2007	91.7	8,3	73,5	26,5	0	30,1	60,4	47	39,6	22,9
2008	73,9	26,1	71,6	28,4	0	30,5	65,2	52,6	34,8	16,8

профилактика инвалидности как категории в здравоохранении должна проводиться еще на доэкспертном уровне, т.е. среди больных.

Как известно, наиболее важными факторами риска развития ИБС принято считать повышенный уровень холестерина, повышенное кровяное давление и курение, которое является единственным из трех факторов риска ИБС, поддающееся изменению. Что касается двух других факторов риска, то они зависят в большей степени от социально - экономических возможностей семьи: материальный доход для непрерывного лечения артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии и рационального питания. Прием статинов и лабораторный контроль для нашего соотечественника вряд ли доступны из-за дороговизны, для пожилых тем более, так как в ГОБМП эти услуги не входят.

При определении подходов к направлениям преобразований одним из центральных вопросов эксперты ВОЗ считают выбор ключевых показателей, характеризующих состояние здоровья населения. Полное отсутствие в последних научных исследованиях, реформах социальных приоритетов, по - видимому, и стало причиной неэффективности профилактической службы.

ЛИТЕРАТУРА

1.Жузжанов О.Т., Ибраев С.Е., Даутов Т.Б. Здоровье нации -путь к процветацию Казахстанского общества. Информационный Вестник Медицинского Центра Управления Делами Президентами РК - 2003, №1, с. 18 - 21

2.Тель Л.З., Даленов Е.Д. Теоретические и практические основы профилактической медицины. Материалы международной научно - практической конференции "Научные основы политики охраны здоровья и формирования здорового образа жизни в Республике Казахстан". Алматы. - 2003. с23 - 40.

АСТАНА ҚАЛАСЫНЫҢ ТҰРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДАҒЫ ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫНАН ТУЫНДАҒАН МҮГЕДЕКТІКТІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Өркендеуші ірі қалалардағы әлеуметтік экономикалық өзгерістер кезінде әлеуметтік сипаттағы денсаулық детерминанттары аса маңызды болып табылады. Зейнеткерлерде әлеуметтік себептердің жеткіліксіздігінен жүректің ишемиялық ауруларының алдын алу қиыншылық тудырып отыр. Осы кезде жалпы денсаулық сақтаудағы қазіргі жағдайға байланысты, стратегиялық алдын алу бағдарламаларын ойлап табуда барлық жайттарды сараптамалауды қолдану ұсынылады.

FEATURES OF PHYSICAL INABILITY OWING TO THE ISCHEMIC HEART TROUBLE AMONG INHABITANTS ASTANA

The determinants of health and social are most important things during period of social and economic changes in the rapidly growing cities. Because of the social causes, prevention of coronary heart disease for seniors is unreadily available. Proposed in the strategic prevention programs use data analysis of all the events that led to the current situation in Public health.

Айкешева А.С.

КУРЕНИЕ И ОБЩИЙ УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

АО "Медицинский университет Астана"

Среди причин смерти, связанных с курением, сердечно - сосудистые заболевания (ССЗ) находятся на первом месте и по оценкам глобальной смертности, вызванной курением, от этих заболеваний в 2000 году умерло 1 690 000 человек. Согласно базе "Здоровье для всех" Европейского бюро ВОЗ, в странах СНГ в 2002 году эти заболевания обусловили 57% общей смертности. При этом для людей, умерших в возрасте 20-69 лет, смертность мужчин вдвое превышает смертность женщин, а после 70 лет картина становится обратной - смертность женщин вдвое превышает мужскую. Это, вероятно, объясняется тем, что у женщин данные заболевания развиваются в основном из-за старения организма, а на мужчин в большей степени действуют иные факторы, которые приводят к преждевременному ухудшению функционирования сердечно - сосудистой системы [1].

Среди известных факторов риска развития ССЗ, как показывают научные исследования, табакокурение является главной, единственной внешней, а следовательно, предотвратимой причиной смертности от ССЗ. Снижение уровня содержания никотина и смол в сигаретах может снизить долю риска, но это еще остается под вопросом. Тем не менее, такой вещи, как безопасная сигарета или безопасный уровень курения, не существует.

Поэтому усилия, направленные на прекращение курения, оказываются весьма рентабельным видом медицинских действий, если их рассматривать только в ракурсе сердечно - сосудистой патологии.

Исследовательский проект ВОЗ под названием MONICA, в которой приняли участие 21 страна мира, показал, что у курильщиков моложе 40 лет риск несмертельного инфаркта миокарда в 5 раз больше, чем не у курящих. Для курильщиков старшего возраста избыточный риск, создаваемый курением, ниже, так как имеют значение другие многочисленные факторы риска. Но для женщин он остается более высоким, чем для мужчин, и в старшей возрастной группе, поскольку женский организм более чувствителен к воздействию курения. В результате исследования выявлены процессы, ведущие к нарушениям состояния сердечно - сосудистой системы, которые можно условно разделить на острые и кумулятивные (2).

К кумулятивным механизмам ухудшения состояния сердечно - сосудистой системы можно отнести:

1.Изменение соотношения липопротеидов высокой и низкой плотности;

2.Снижение способности крови переносить кислород из-за карбоксигемоглобинемии. Монооксид углерода намного легче соединяется с гемоглобином крови, чем кислород. Также содержащийся в табачном дыме кадмий, оксид азота, цианид водорода усугубляют эти процессы;

3.Повышение содержания гомоцистеина в сыворотке крови;

4.Влияние инфекционных агентов;

5.Гипертензия (которая, по-видимому, может иметь отношение и к острым механизмам).

Эти механизмы создают общие условия для повышения риска ССЗ.

Другие механизмы вызывают острые изменения, которые повышают риск сердечного приступа, или инфаркта миокарда непосредственно в момент курения или же вдыхания чужого табачного дыма.

1.Развитие дисфункции эндотелия, которая обычно развивается постепенно под влиянием перечисленных выше факторов, но иногда, может развиться остро в результате даже получасового воздействия окружающего табачного дыма.

2.Развивающийся на фоне эндотелиальной дисфункции острый тромбоз;

3.Сердечная аритмия.

С существованием острых эффектов курения связано то, что кривая зависимости между интенсивностью воздействия и риском инфаркта носит нелинейный характер, в отличие от первой группы причин. То есть при малой интенсивности воздействия риск растет быстро и линейно, а затем, при большей интенсивности - медленно и линейно.

Проведенные в США исследования оценки показывают, что ССЗ обусловливают 17% прямых расходов здравоохранения, при этом курение как фактор развития этой патологии вносит существенный вклад.

Нидерландские исследователи провели математическое моделирование влияния курения на продолжительность жизни и развитие ССЗ. Они обнаружили, что у некурящих больше общая продолжительность жизни (в среднем на 8,66 лет у мужчин и 7,59 лет у женщин) и продолжительность жизни до возникновения ССЗ (в среднем на 6,22 лет у мужчин и 4,93 лет у женщин).

Наблюдаемое в Великобритании с 1970 -х годов почти двухкратное снижение смертности от ССЗ объясняется тем, что британцы массово бросали курить. Эти

заболевания все еще являются ведущей причиной смертей в индустриальном мире, но смертность от ССЗ за последние 30 лет снизилась вдвое. Данные исследований показали, что в Англии и Уэльсе

Между 1981 и 2000 годами эта смертность уменьшилась на 62% среди мужчин и на 45% среди женщин, которым было от 25 до84 лет. При этом 48% этого снижения следует отнести за счет прекращения курения. Еще 10% относится на счет снижения кровяного давления и уровней холестерина. Оставшиеся 42% объясняются внедрением новых методов лечения. Данные результаты были получены с помощью компьютерного моделирования, в котором анализировались такие показатели, как размер населения, количество пациентов, предоставленное им лечение, а также тенденции таких факторов риска, как курение, диета, кровяное давление, ожирение и диабет.

Мета - анализ (3) всех доступных исследований, касающихся смертности среди пациентов с различными диагнозами хронических болезней сердца после прекращения курения, показывает, что смертность от всех причин снижается на 36%, а риск не приведшего к смерти от инфаркта миокарда снижается на 32%.

Таким образом, на сегодня ведущей патогенетической основой развития сердечно - сосудистых заболеваний при курении является дисфункция эндотелия. Курение, как единственный внешний фактор риска болезней системы кровообращения, является предотвратимой причиной смертности от сердечно - сосудистой патологии. В связи с этим существует потребность в информационных кампаниях, владеющих научными данными и способными работать на популяционном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1.Профилактика через первичное здраво-охранение. Рекомендации для улучшения качества работы. СИНДИ. ЕРБ, ВОЗ, Копенгаген. - 2003. 164с.

2.Jousilahti P, Patja K, Salomaa V. Environmental tobacco smoke and the risk of cardiovascular disease. Scand J Work . Environ Health 2002, 28 Suppl 2: 41-51.

2.Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. Cochrane Data- base Syst Rev. 2004, (1) :CD003041

ТЕМЕКІ ТАРТУ ЖӘНЕ ЖҮРЕК ҚАН-ТАМЫР ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНАН ТУЫНДАЙТЫН ӨЛІМНІҢ ДЕҢГЕЙІ

Мақалада темекі тартуды алдын-алу жүрек қан-тамыр жүйесі ауруларынан туындайтын өліммен және оны болдырмайтын бірден бір сыртқы фактор ретіндегі шет елдердегі зерттеулер қарастырылған. Ғылыми зерттеулерден алынған темекі тартудың жүрек қан-тамыр жүйесі аурулары дамуындағы патогенетикалық негіздегі әсері халыққа мәлімет жеткізу жұмыстары үшін объективті ғылыми негізді құрайды.

SMOKING AND TOTAL MORTALITY FROM CARDIOVASCULAR DISEASES

The articles deals with the study of foreign countries in the prevetion of smoking, as the only external causes of mortality of cardiovascular diseases, therefore, preventable. The pathogenetic basement of the impact of smoking on the risk of cardiovascular diseases, obtained in research to evaluate the scientific basis for outreach at the population level.

Омарова А.Б.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Департамент по контролю и социальной защите по г. Астане.

Материалы большинства популяционных исследований свидетельствуют о том, что на исходе XX столетия сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему остаются основной проблемой в деятельности медицинских и социальных учреждений промышленно развитых стран мира в связи с высокой заболеваемостью, инвалидизацией и смертностью при данной патологии [1-4].

В связи с этим, естественно, возникает вопрос: "Если лечение не увеличивает продолжительность жизни, то на какую реальную пользу от проводимой терапии может рассчитывать пациент?". В 1957 г. рабочая группа комитета экспертов ВОЗ предложила подразумевать под понятием "здоровье" состояние или качество человеческого организма, обеспечивающее адекватное функционирование организма в данных условиях. Современные тенденции возвращения к гуманистическим традициям медицины отражает исследование качества жизни (КЖ) больных и инвалидов. Качество жизни, по определению ВОЗ (1996) - это восприятие индивидуума своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей той среды, в которой они живут, в неразрывной связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами (ВОЗ, 1996).

Целью данного исследования явилось изучение самооценки инвалидов с ИБС, прошедших реабилитацию в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (ИПР).

Материалы и методы исследования: Нами для социологического исследования и оценки качества жизни среди инвалидов с ИБС проводилось анкетирование, интервьюирование по опроснику MOS-SF 36 (Medical Outcome Study - Short Form),

Таблица 1- Анализ физического функционирования

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
а. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятия силовыми видами спорта	95 %	5 %	-
б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, пора ботать с пылесосом, соби рать грибы или ягоды	36,7 %	60 %	3,3 %
в. Поднять или нести сумку с продуктами	1,7 %	56,7 %	41,6 %
г.Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	68,3 %	31,7 %	
д. Подняться пешком по лестнице на один пролет	15 %	53,3 %	31,7 %
е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	3,3 %	41,7 %	55 %
ж. Пройти расстояние более одного километра	61,7 %	36,7 %	1,7 %
з. Пройти расстояние в несколько кварталов	83,3 %	16,7 %	-
и. Пройти расстояние в один квартал	31,7 %	51,7 %	16,6 %
к. Самостоятельно вымыться, одеться	-	35%	65 %

Таблица 2 - Сравнительные показатели качества жизни

№	Критерии	Трудоспособный возраст	Пенсионный возраст
1	Физическое функционирование (PF)	41,2±3.1	46,1±6
2	Ролевое функционирование (RP)	39.3±4.6	23.8±7.3
3	Интенсивность боли (BP)	46,6±2.9	50.8±5.4
4	Общее состояние здоровья (GH)	60,2±1.7	51.1±4.7
5	Жизненная активность (VT)	64,8±1.6	65.1±3.7
6	Социальное функционирование (SF)	48,1±1.7	52±5.3
7	Ролевое функционирование (RE)	61,6±5.2	56.5±9.6
8	Психическое состояние (MH)	65,1±1.6	67±3.5

валидированный и адаптированный к условиям России Межнациональным центром КЖ, Росийсской военно-медицинской академией [5-7].

Количественно оценивались следующие показатели КЖ: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья; жизненная активность; социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, психическое состояние. Следует отметить, что физический компонент отражает выраженность симптомов заболевания, ограничение физической активности, степень трудоспособности пациента. Психологическая составляющая отражает эмоциональное и интеллектуальное благополучие и особенности поведения. Социальная сторона - ограничение социальных возможностей вследствие нарушений здоровья. Максимальное количество баллов по каждой шкале составляет 100,00, что соответствуют максимально высокому КЖ.

Нами проведена сравнительная оценка КЖ инвалидов с ИБС. Всего исследовано 120 респондента, из них лиц мужчин 75%, женщин - 25 %.

Средний возраст женщин и мужчин, был практически сопоставим (женщин 54,7±6,7 лет; мужчин 55,8±6,8 лет.).

Среди всех респондентов 80% были лица трудоспособного возраста, 20% - пенсионного.

Согласно опроснику SF 36 все респонденты на момент опроса оценивали свое состояние здоровья. Выявлено, что 8,3 % респондентов оценивают свое здоровье как хорошее. Большая часть респондентов оценили здоровье как удовлетворительное - 63,3 %. Состояние здоровья как "плохое" отметили 28,3 % респондентов.

На вопрос "Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад?" получены следующие ответы: значительно лучше, чем год назад - 5 % респондентов, несколько лучше, чем год назад - 15% , примерно такое же, как год назад - 45 %, несколько хуже, чем год назад - 26,7 % и 8,3 % респондентов ответили, что гораздо хуже, чем год назад. Полученные ответы свидетельствуют, что у большинства респондентов состояние здоровья со временем значительно ухудшается и соответственно снижается уровень качества жизни. Нами оценивалось физическое функционирование, отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение повседневных физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице и т. д). Результаты ответов респондентов распределились следующим образом и представлены в таблице 1.

Из представленной таблицы видно, что даже умеренные физические ежедневные нагрузки (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице и т. д.) влияют на физическое состояние, самочувствие, почти более 30% респондентов имели значительное ограничение при ежедневной ходьбе пройти расстояние в один квартал, а пройти расстояние в несколько кварталов вызывает значительное ограничение у 83,3% респондентов. Подъем по лестнице на несколько пролетов у 68,3% вызывает значительное ограничение. Следует отметить, что у 35 % респондентов была немного затруднена процедура - самостоятельно вымыться, одеться. Среди респондентов оценивалось физическое состояние за последние 4 недели, которое могло вызвать затруднения в работе или другой повседневной деятельности вследствие чего, сокращалось время на его выполнение. Так, пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела 46,7% респондентам. Из-за неудовлетворительного физического состояния 58,3% респондентов выполняли меньше повседневной работы, чем хотелось бы. Кроме того, потребовались дополнительные физические усилия у 73,3 % случаях. Все

вышеуказанные результаты свидетельствуют о явном снижении физического состояния, влияющего на выполнение обычных ежедневных физических нагрузок.

Немаловажное значение на качество жизни оказывает эмоциональное состояние. В связи с этим мы оценили, эмоциональное состояние за последние 4 недели, которое могло бы вызвать затруднения респондентов в их работе или другой обычной повседневной деятельности. Из-за ухудшения эмоционального состояния 35 % респондентам пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела. Выполняли меньше работы, чем хотели 50% опрошенных. Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно 83,3 % респондентов. Таким образом, эмоциональное состояние оказывает влияние на выполнение определенных физических нагрузок. На вопрос "Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?" респонденты ответили следующим образом: 10% - совсем не мешало, 40% - немного, 35% - умеренно, 15 % сильно мешало. Нами также оценивалась интенсивность боли, которую испытывали за последние 4 недели все респонденты и были получены следующие результаты: 16,7% испытывали слабую боль, 15% испытывали умеренную боль, 38,3% сильную боль и 30% очень сильную боль.

Полученные данные представлены следующим образом (табл.2).

Результаты исследования в обеих группах выявили снижение практически всех критериев КЖ у лиц трудоспособного возраста в сравнении с данными показателями у лиц пенсионного возраста.

Как видно, из представленной таблицы, среди всех критериев КЖ значительно снижен показатель ролевого функционирования, связанный с физическим состоянием (в пенсионном возрасте (23.8±7.3), в трудоспособном (39.3±4.6). Данный уровень физической активности у лиц пенсионного возраста отягощен, прежде всего, наличием множественной хронической патологии, наличием возрастных особенностей, активностью болевого синдрома. Низкий уровень эмоционального состояния более выражен в пенсионном возрасте (56.5±9.6). Ухудшение эмоциональной активности, возможно, обусловлено ухудшением материального положения, затратами на медикаменты, снижением трудовой нагрузки, сокращением социальных контактов, утратой значимости в глазах окружающих и снижением своего социального статуса.

Полученные результаты исследования указывают на необходимость конструктивных изменений в рамках медицинского аспекта реабилитации инвалидов с ИБС. Следует обратить особое внимание на симптомы, свидетельствующие о наличии депрессии у лиц с ИБС. Важно отметить, что депрессия негативно влияет на течение соматического заболевания, оценку собственного здоровья и качества жизни. Поэтому, необходимо рассматривать депрессивное расстройство у инвалидов с ИБС как серьезное и потенциально хроническое заболевание, требующее постоянной психокоррекции и активности социальной работы с ними. К сожалению, психотерапия у больных и инвалидов с ИБС в объем гарантированного бесплатного лечения не входит и инвалиды практически психологическую помощь не получают. Снижение показателя ролевого функционирования, связанного с физическим состоянием, позволяет предполагать недостаточным обеспечение в рамках гарантийного объема бесплатной медицинской помощи для инвалидов, необходимо проведение реабилитации с учетом реабилитационного потенциала с активным привлечением методов восстановительного лечения и оценкой эффективности этих мер.

ЛИТЕРАТУРА

1.Артериальная гипертония: Эпидемиологическая ситуация в России и в других странах. Жуковский Г.С., В.В.Константинов, Т.А. Варламова, Русский медицинский журнал -1997, №9, с. 45-49.

2.Реформирование здравоохранения и проблемы инвалидности населения в условиях трансформации общества. О.Т. Жузжанов, Г.К. Каусова, Алматы 1999г., с.164-165

3. И. Заболотных, Р.К. Кантемирова. Руководство для врачей "Медико-социальная экспертиза и реабилитация в кардиологии". Санкт-Петербург, 2008, с. 7-8.

4."Программа развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007-2009 годы" Правительства РК от 13 февраля 2007 года № 102

5.Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - М.,2002;

6. Недошвин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н. - Тер. архив, 1999. №8., с.10-12;

7. McHorney C.A., Ware J.E., Raczek A.E. Med. Care. - 1993/ - Vol.31. -P. 247-263.

ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫ САЛДАРЫНДАҒЫ МҮГЕДЕКТЕРДІҢ ӨМІР САПАСЫ

Мақалада ЖИА-мен мүгедектердің өмір сапасы туралы әлеуметтік сұрастыру нәтижелері баяндалған. Зерттеу нәтижелері еңбекке жарамды жастағы және де зейнеткерлік жастағы мүгедектердің өмір сапасының барлық көрсеткіштерінің шын мәнінде төмендегенін айқындады. Зерттеуден алынған нәтижелер ЖИА-мен мүгедектерді медициналық оңалдыру шеңберінде конструктивтік өзгерістер қажеттігін көрсетеді.

QUALITY OF LIFE OF DISABLED WITH CORONARY HEART DISEASE

The article highlights the results of a poll the quality of life of disabled with coronary heart disease. The results showed decrease in virtually all life quality criteria of life of persons with disabilities as a working age and retirement age. These findings indicate the need for constructive change within the medical rehabilitation aspects of disabled with coronary heart disease.

Сливкина Н.В.

ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ ПРИЗЫВНОГО И ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТОВ АСТАНЫ

АО "Медицинский университет Астана", Республика Казахстан

В последнее время наблюдается увеличение интереса к изучению вариабельности сердечного ритма, как информативной методики оценки вегетативного состояния организма и его адаптационных возможностей.

Целью нашей работы явился сравнительный анализ параметров вариабельности сердечного ритма (ВСР) подростков и молодежи призывного и допризывного возрастов Астаны.

При анализе возрастных особенностей параметров ВСР была отмечена тенденция к увеличению с возрастом среднего значения RR-интервалов (M). Это соответствует общеизвестному представлению об уменьшении частоты сердечных сокращений с возрастом в связи с улучшением функциональных возможностей сердца. Достоверные различия длительности RR-интервалов наблюдались у юношей 16 и 17 лет ($p<0,05$). У девушек показатели M были ниже, чем у юношей и достоверно отличались в 20-ти летнем возрасте. Очевидно, это связано с большим ударным объемом сердца у представителей мужского пола, что сопровождается большей рефлекторной активностью парасимпатического отдела ВНС. Значения SDNN, параметра отражающего общую вариабельность сердечного ритма, были максимальными в 15-ти и 16-ти летнем возрасте. Достоверное снижение этого показателя наблюдалось в возрастном промежутке 16 - 17 лет, что вероятно связано с увеличением симпатических влияний. Во всех возрастных группах этот показатель был выше у юношей, достоверное же уменьшение показателя SDNN по сравнению с юношами наблюдалось у девушек в 16-ти летнем возрасте и после 20 лет. Очевидно, это также связано с большей рефлекторной активностью симпатического отдела ВНС у девушек. Максимальные значения RMSSD, отражающего высокочастотные компоненты сердечного ритма, были отмечены в 15-ти летнем возрасте. Значения этого показателя имели тенденцию к уменьшению с возрастом, при этом достоверное снижение наблюдалось в возрастном промежутке 16 - 17 лет, как и показателя SDNN. Половые различия показателя RMSSD сходны с SDNN: у юношей значения этих показателей выше. Достоверно ниже параметры RMSSD по сравнению с юношами у девушек в 15-ти летнем возрасте. При проведении ортостатической пробы наблюдались те же тенденции в изменении статистических параметров сердечного ритма, что и в покое. При этом было отмечено достоверное снижение показателей SDNN и RMSSD от 16-ти к 17-ти годам и достоверно более низкие эти показатели у девушек 16-ти лет и старше 20 лет, по сравнению с юношами ($p<0,001$).

Нами обнаружено, что VLF, отражающий активность надсегментарного уровня ВНС, изменялся волнообразно, при этом максимальные значения этого показателя наблюдались в 16-ти и 19-ти летнем возрасте. Во всех возрастных категориях значения

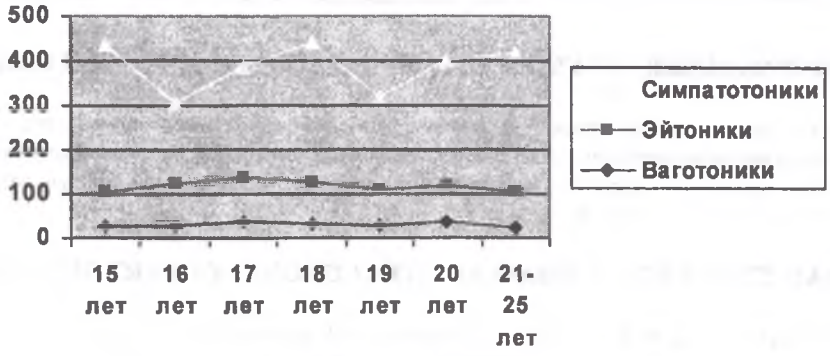


Рисунок 1. Возрастная динамика индекса напряжения при разных типах регуляции ВНС

этого показателя у девушек были ниже. При анализе возрастных особенностей параметра LF, характеризующего симпатические и парасимпатические влияния на сердечный ритм, наблюдалось также его волнообразное изменение с общей тенденцией снижения с возрастом. Максимальные значения данного показателя наблюдались в 15-ти, 16-ти и 19-ти летнем возрасте. У девушек значения LF были достоверно ниже, чем у юношей. Изменения параметра HF, характеризующего парасимпатические влияния, как и параметры VLF и LF носили волнообразный характер. При этом достоверное снижение его наблюдалось от 16-ти к 17-ти годам и от 19-ти к 20-ти годам. У девушек значения HF также были ниже, что указывает на преобладание симпатических влияний. При анализе возрастных особенностей соотношения LF/HF, характеризующего вагусно-симпатический баланс, общих закономерностей не обнаружено, хотя в целом наблюдалась тенденция к увеличению этого показателя.

Известно, что в популяции людей существуют лица с разным исходным вегетативным тонусом, который является существенным элементом конституции (Казначеев В.П., 1980). В настоящее время сложилось представление о том, что предрасположенность к определенному исходному вегетативному тонусу является генетически детерминированной. При этом накопившийся научный материал свидетельствует, что существуют границы, в рамках которых баланс отделов вегетативной нервной системы (ВНС) может меняться под влиянием средовых факторов (Исмагилов М.Ф., 1986; Вейн А.М. и др., 1991; Коркушко О.В. и др., 1991). Для того чтобы увидеть особенности изменения баланса отделов ВНС у подростков и молодежи призывного и допризывного возрастов нами были изучены параметры вариабельности сердечного ритма отдельно для лиц с разным типом вегетативной регуляции. Для этого подростки в каждом возрасте были разделены на три группы: с преобладанием парасимпатической регуляции, симпатической и со смешанной. В результате исследований мы обнаружили, что указанные параметры в группах 15-16 лет менялись не линейно и имели периодизацию, которая, вероятно, была связана с неравномерностью в созревании регуляторных механизмов. На рисунке 1 продемонстрированы возрастные изменения интегрального показателя, рассчитываемого из указанных параметров, - индекса напряжения (ИН).

Вместе с изменением параметров сердечного ритма

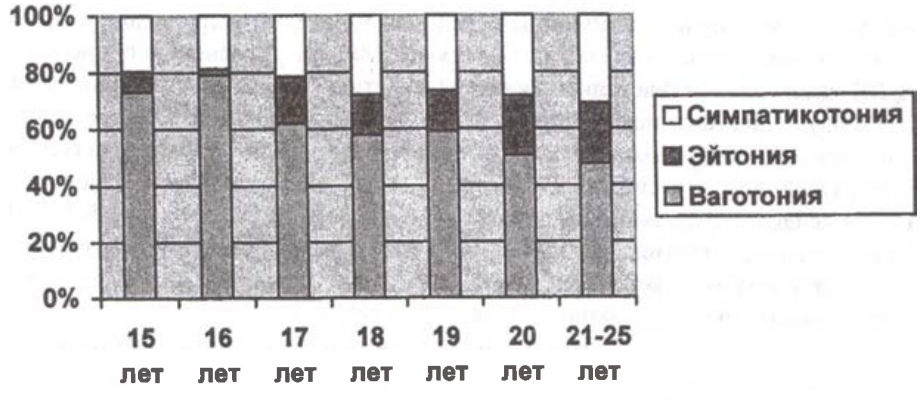


Рисунок 2. Соотношение обследованных в возрастных группах с разным типом регуляции ВНС

обнаружена возрастная динамика распределения у школьников вегетативного тонуса (рис. 2).

Наши данные подтвердили наличие нестабильности вегетативной регуляции в подростковом периоде. В целом это согласуется с результатами других исследований, посвященных исследованию состояния систем вегетативного обеспечения у детей и подростков (Осокина Г.Г., 1985; Исмагилов М.Ф., 1986; Гринене Э. и др., 1990; Коркушко О.В. и др., 1991, Галлеев А.Р., 1999).

Наименьшее количество лиц с эйтонией наблюдалось в возрасте 16 лет. Следует отметить, что в этом возрасте прослеживалось снижение ИН среди лиц с симпатикотонией и увеличение ИН среди лиц с эйтонией (рис.1). Вероятно, это объясняется тем, что именно в эти периоды наблюдается наибольшее количество лиц с несвойственной для них регуляцией, вследствие повышения напряжения регуляции, обеспечивавшего функциональные перестройки в организме. В тоже время, уменьшение числа лиц с эйтонией за счет преобладания ваготоников в 15-16 летнем возрасте (до 79%) вероятно связано с наиболее интенсивным ростом ударного и минутного объёмов кровообращения (Зарецкий В.В. и др., 1979), что и привело к снижению ЧСС и развитию ваготонии. С возрастом наблюдалось увеличение количества лиц с эйтонией и симпатикотонией. И в целом к 21-25 годам соотношение различных типов регуляции ВНС стремится к уравниванию. Поскольку, по данным А.М. Вейн (1991) большинство лиц в популяции предрасположены к смешанному типу вегетативной регуляции, то и смещение средних значений параметров сердечного ритма происходило в сторону эйтонии.

Описанная динамика была одинакова для лиц обоего пола. Присутствие отличий между юношами и девушками, как показали наши исследования, было связано с неравным соотношением их в группах с разным типом регуляции. Так, в 15-ти и 16-ти летнем возрастах среди лиц с ваготонией было больше юношей, а среди лиц с симпатикотонией больше девушек. Поэтому при анализе половых отличий в этом возрасте мы обнаружили, что у девушек более выражены симпатические влияния на сердечный ритм по сравнению с юношами. При поиске отличий между мальчиками и девочками внутри групп лиц с одинаковой регуляцией таковых обнаружить не удалось.

АСТАНА ҚАЛАСЫНДАҒЫ ЖАСӨСПІРІМДЕР МЕН ЖАСТАРДЫҢ ЖҮРЕК ҚАҒЫСЫНЫҢ ӨЗГЕРМЕЛІ ҚАСИЕТТЕРІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Біздің жұмысымыздың мақсаты Астана қаласының жасөспірімдермен жастардың арасында аурулардың қатер факторларының таралуын зерттеу.

Жасөспірімдермен жастардың арасында негізгі қатер факторларының айырмашылықтарын анықтадық.

FEATURES OF REGULATION OF AN INTIMATE RHYTHM AT TEENAGERS AND YOUTH OF ASTANA

Recently the increase in interest to studying variability of an intimate rhythm, as informative technique of an estimation of a vegetative condition of an organism and an adaptable opportunities is observed.

The purpose of our work was the comparative analysis of parameters of variability of intimate rhythm of teenagers and youth of Astana.

Айнабекова Б.А., Имангазинова С.С., Танбаева К.Д.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИК Г. ПАВЛОДАРА

АО "Медицинский университет Астана"

Хронические обструктивные заболевания легких (ХОБЛ) являются серьезной проблемой для здравоохранения Казахстана [1,2]. По ранговой градации по общей и первичной заболеваемости в республике за 2008 год на 1-ом месте находились болезни органов дыхания [3]. Среди них превалирующую позицию занимает ХОБЛ. В Алматы за последние пять лет из числа больных с различными бронхолегочными заболеваниями у 62,6% было выявлено хронический обструктивный бронхит, а в Астане ХОБЛ встречается у 6,3% населения и отмечается ежегодный рост заболеваемости [4, 5].

Для изучения распространенности ХОБЛ в крупном промышленном центре республики были проанализированы статистические данные территориальных поликлинических организаций г. Павлодара. Результаты исследования показали достаточно высокую распространенность ХОБЛ среди населения. Количество больных впервые выявленных с ХОБЛ в период с 2005 по 2008 годы приведено в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, в 2005 году впервые с ХОБЛ обратились в поликлиники 225 больных (3,0 на 1000 населения), в 2006 году - 265 (3,53 на 1000 населения), в 2007 году - 336 (4,47 на 1000 населения), в 2008 году - 443 (5,89 на 1000 населения). Среднегодовой показатель выявляемости ХОБЛ с впервые установленным диагнозом ХОБЛ составил 317,25 больных или 4,22 на 1000 населения. Таким образом, показатели ХОБЛ по обращаемости в поликлиники г. Павлодара носят стабильно возрастающий характер с колебаниями показателей от 3,0 на 1000 населения в 2005 году до 5,89 на 1000 населения в 2008 году. На этом фоне болезненность по ХОБЛ отличалась также постоянством эпидемиологической картины увеличения относительных показателей с 22,86 на 1000 населения в 2005 году до 31,48 на 1000 населения в 2008 году (таблица 2).

Подавляющее большинство больных с ХОБЛ были в возрасте старше 50 (80,1%). Пациентов в возрасте от 15 до 49 лет были только 19,9%, что указывают на незначительную зарегистрированную заболеваемость ранних форм ХОБЛ в молодом возрасте (таблица Х).

Анализ случаев с временной утратой трудоспособности среди больных хронической обструктивной болезнью легких в расчете на 75200 взрослого населения, показал тенденцию роста как в случаях с 281 (3,74 на 1000 населения) в 2005 году до 400 (5,32 на 1000 населения) в 2008 году, так и в днях с 3356 (44,63 на 1000 населени) дней до 4374 (58,17 на 1000 населения) дней, соответственно ($p<0,05$). При этом средние сроки пребывания по временной нетрудоспособности в динамике были без существенных изменений (12,1+/- 1,1 дня в 2005 г. и 13,2+/- 1,3 дня в 2008 г., $p>0,05$; таблица 8).

В наблюдаемых территориях с 2005 по 2008 годы было зарегистрированы всего 23 случая смерти от ХОБЛ (таблица 9). При средневзвешенном показателе смертности в расчете на 1000 населения за период проведения анализа, равного 0,09, в динамике

Таблица 1 - Распределение больных с ХОБЛ, выявленных впервые, в поликлиниках г. Павлодара

Показатель	Годы				
	2005	2006	2007	2008	Среднегодовой показатель
Абс. количество ХОБЛ	225	265	336	443	317,25
Количество на 1000 населения	3,0	3,53	4,47	5,89	4,22

Таблица 6 - Показатели болезненности ХОБЛ в поликлиниках г. Павлодара

Показатель	Годы				
	2005	2006	2007	2008	Среднегодовой показатель
Абс. количество ХОБЛ	1719	2188	2303	2367	2144,25
Количество на 1000 населения	22,86	29,1	30,63	31,48	28,52

Таблица 7 - Распределение больных с ХОБЛ, выявленных впервые, по возрасту

Возраст, лет	Количество больных	
	Абсолютное количество	%
15-19	3	0,24
20-29	58	4,6
30-39	71	5,6
40-49	120	9,46
50-59	413	32,6
60-69	346	27,2
70 и старше	258	20,3
Всего	1269	100

Таблица 8 – Число случаев и дней нетрудоспособности у пациентов с ХОБЛ в г. Павлодаре

Год	Число случаев		Случаи в днях		Средние сроки нетрудоспособности в днях
	абс.	на 1000	абс.	на 1000	
2005	281	3,74	3356	44,63	12,1+/-1,1
2006	294	3,91	3588	47,72	11,5+/-0,3
2007	302	4,02	4021	53,47	12,5+/-0,5
2007	400	5,32	4374	58,17	13,2+/-1,3

Таблица 9 - Случаи смерти от ХОБЛ на территории обслуживания поликлиник г. Павлодара

Год	Число случаев	
	абс. Число случаев	на 1000 населения
2005	3	0,04
2006	4	0,06
2007	8	0,11
2008	8	0,11
Средне-годовой показатель	5,8	0,08

отмечается рост смертности от ХОБЛ от 0,04 на 1000 население в 2005 году до 0,11 на 1000 населения в 2007 и 2008 годах ($p < 0,05$). Если в 2005 году умерло 3 больных от ХОБЛ, то в 2007 и 2008 годах количество их возросло более 2,6 раза. В дальнейшем можно ожидать рост смертности в связи с прогнозируемым ростом курения среди населения и увеличения инфекционных заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию [6].

Выводы:

1.Динамика случаев ХОБЛ в городских поликлиниках г. Павлодара за 2005-2008 годы показала на рост ХОБЛ, как в случаях заболеваемости и болезненности, так и в случаях с временной утратой нетрудоспособности и смертности от ХОБЛ.

2.Полученные данные являются основанием для дальнейшего детального изучения клинической эпидемиологии ХОБЛ в Павлодарском регионе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлова И.Ю., Сейсембеков Т.З., Сагындыкова М.Ж. Распространенность и структура болезней органов дыхания в г. Астана // Центрально-Азиатский медицинский журнал.- 2004.-Том X.- Приложение 3.- С.134.

2. Семенова Р.И., Турланов К.М. Анализ заболеваемости болезнями органов дыхания в Республике Казахстан // Центрально-Азиатский медицинский журнал.- 2004.-Том X.- Приложение 3.- С.135-136.

3. Изатуллаев Е.А., Ошакбаев К.П., Аманов Т.И., Боборыкин В.М. Заболеваемость и смертность взрослого населения

Республики Казахстан от внутренних болезней // Терапевтический вестник.- 2009.- № 03(23).- С. 88.
4. Касымова Г.М., Терликбаева А.Т., Касымова Б.М. и др. К частоте заболеваний легких среди взрослого населения южной столицы // Терапевтический вестник.- 2009.- № 03(23).- С. 146-147.
5. Сагиндыкова М. Анализ состояния терапевтической помощи населению г. Астана //Терапевтический вестник.- 2009.- № 03(23).- С. 11-13.
6. Global initiative for chronic obstructive lung disease.- WHO, 2006.

ПАВЛОДАР ЕМХАНАЛАРЫНЫҢ ДЕРЕКТЕРІ БОЙЫНША СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКЦИЯЛЫҚ ӨКПЕ АУРУЫНЫҢ ТАРАЛУЫ

Павлодар емханаларының деректері бойынша созылмалы обструкциялық өкпе ауруының таралу сараптамасы өткізілді. Соңғы 4 жыл ішінде созылмалы обструкциялық өкпе ауруының 1,97 есе, ал өлім-жітім саны 2,75 есе артқандығы анықталды. Бұл көрсеткіштер созылмалы обструкциялық өкпе ауруының аймақтық клиникалық эпидемиологиясын зерттеу қажеттілігінің негіздемесі болып табылады.

PREVALENCE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE ACCORDING TO THE URBAN CLINICS IN PAVLODAR

Analysis of prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among the population according to the clinics in Pavlodar. Over the past 4 years has been an increase of cases of COPD in 1,97 times and 2,75 times the mortality rate, which is the rationale for the study of regional clinical epidemiology of COPD.

Королёва А.Ф.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПОДРОСТКОВ - УЧАЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЛИЦЕЕВ Г. АСТАНЫ И ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА

ГККП "Городская поликлиника №3"

В условиях сформировавшейся в последнее десятилетие негативной динамики показателей общественного здоровья населения именно подростки становятся одной из наиболее социально-уязвимых групп населения. Состояние здоровья подростков ухудшается от года к году с большей частотой формирования хронической патологии [1].

С 1992 г. по 2002 г. отмечен рост распространённости болезней органов пищеварения среди подростков в 1,7 раза, а болезни верхних отделов занимают значительный удельный вес среди всей патологии желудочно-кишечного тракта.

В последние годы в Казахстане, как и во всем мире, имеется тенденция роста заболеваний желудочно-кишечного тракта [2].

Изучение факторов риска заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта среди подростков - учащихся профессиональных лицеев позволит разработать комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий.

Особую остроту данной проблемы подчеркивает низкий социальный статус учащихся, их ограниченные материальные возможности, недостаточная материальная поддержка родителей (или их отсутствие), проживание в условиях общежития или на квартире. Многие учащиеся воспитываются в социально неблагополучных семьях.

Целью исследования является анализ заболеваемости верхних отделов желудочно-кишечного тракта у подростков - учащихся профессиональных лицеев г. Астана и определение факторов риска заболеваний для последующей разработки и проведения комплекса

летнего возраста, учащихся профессиональных лицеев г. Астаны.

Диагностика патологии осуществлялась на основании анамнеза, клинической симптоматики, общеклиничиских, биохимических исследований крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, ЭФГДС, копрологических исследований кала на гельменты и простейшие.

Патология верхних отделов пищеварительного тракта выявлена в 2007 году у 59 человек, что составило 29,2 % от общего числа осмотренных, в 2008 году у 63 человек (29,4 %), а в 2009 - 67 человек, что составило 31,7 %.

Среди выявленной патологии пищеварительного тракта в 2007 году хронические гастриты, дуодениты выявлены в 62,7 %, ДЖВП (дискинезия желчевыводящих путей) - 25,4 %, язвенная болезнь желудка и 12перстной кишки - 6,7 %, холециститы - 5,0 %.

В 2008 году хронические гастриты, дуодениты составляют 71,4 %, ДЖВП - 20,6 %, язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки - 4,8 %, холециститы - 3,1 %.

В 2009 хронические гастриты - 71,6 %, ДЖВП - 20,8%, язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки - 4,5 %, холециститы - 3,2 %.

Наблюдается рост заболеваний органов пищеварения. В структуре заболеваний преобладают хронические гастриты, дуодениты. Эта тенденция сохраняется на протяжении всего времени наблюдения.

На основании анкетирования и анализа медицинской документации мной изучены факторы, способствующие формированию заболеваний пищеварительного тракта у подростков профессиональных лицеев города Астаны.

Питание, как фактор, воздействующий на состояние здоровья человека играет огромную роль в процессе формирования гастроэнтерологической патологии [3]. Несоблюдение режима и качество питания имело место у 58 человек (31,2 %).

Недостаточное использование свежих овощей и фруктов в питании установлено у 37 (19,7 %), еда всухомятку - у 42 (22,5 %), частое употребление острых, пряных, копченых блюд наблюдалось у 31 (16,8 %).

Гипокенезия, недостаточное пребывание на свежем воздухе, недостаточность занятий физической культурой и спортом у 40 (21,2 %).

Нервно-психические перегрузки и длительные отрицательные эмоции у 32 (16,3 %).

Неудовлетворительный микроклимат в семье, связанный с алкоголизмом родителей имел место у 24 (12,6 %). Неудовлетворительные жилищно-бытовые условия установлены у 37(19,8 %).

Перенесенные кишечные инфекции(вирусный гепатит, дизентерия, сальмонеллез) у 17(8,8 %). Глистная инвазия и лямблиоз у 16(8,4 %). Наличие кариозных зубов у 15(7,8 %) и хронических очагов инфекции у 10(5,2 %). Наследственная отягощенность по гастроэнтерологическим заболеваниям установлена у 42(22,2 %). Имеют вредные привычки: курение - 40(26,1%), употребление алкогольных напитков - 18(9,5 %).

Таким образом у учащихся профессиональных лицеев города Астаны наблюдается рост заболеваний пищеварительного тракта, а изучение факторов риска формировании заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта а данных учащихся позволило разработать комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий с целью проведения первичной профилактики.

ЛИТЕРАТУРЫ

1.Баранов А. А. Справочник педиатра, Москва, № 5 - 6, 2009 г., 37 с..

2.Материалы 1(5) съезда детских врачей Республики Казахстан, 2001 г., 78 с.

3.Баранов А. А. Педиатрия. 2009 г., т. 88, № 6, 95 с.

АСТАНА ҚАЛАСЫ ӨНДІРІСТІК ЛИЦЕЙІНДЕ ОҚИТЫН ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ АСҚАЗАН-ІШЕК ЖОЛДАРЫ АУРУЛАРЫНЫҢ ТАРАЛУЫ ЖӘНЕ ҚАУІПТІ ФАКТОРЛАРДЫ АНЫҚТАУ

Мақалада аскорыту жолдары ауруларының және Астана қаласы кәсіптік лицейлерінің жеткіншек-оқушыларының қауіп-қатер факторларының таралуының талдауы жүргізілген. Асқорыту жолдары ауруларының өскені байқалады, қауіп-қатер факторларын талдауы әлеуметтік деңгейі төмен оқушылар арасында емдеу-сауықтыру шаралар кешенін әзірлеуге мүмкіндік берді.

PREVALENCE OF DISEASES OF THE TOP DEPARTMENTS OF THE GASTROENTERIC PATH AT TEENAGERS - PUPILS OF PROFESSIONAL LYCЙES OF ASTANA AND STUDYING OF RISK FACTORS

In article the analysis of prevalence of diseases of a digestive path and risk factors among teenagers-pupils of professional licees of a city of Astana is carried out.

Growth of diseases of a digestive path is noted, the analysis of risk factors has allowed to develop a complex of medical-improving actions among pupils with low social level.

Сеитова М.Б.

ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

АО "Медицинский Университет Астана"
Кафедра ортопедической и детской стоматологии.

Актуальность. Клинические проявления кариеса и его развитие у детей раннего возраста являются актуальной проблемой детской терапевтической стоматологии. Многие родители, приводящие своих детей на прием к врачу стоматологу задают массу вопросов, относительно развития кариеса, правильного питания или выбора зубной щетки.

Прежде всего необходимо учитывать особенности развития кариозного процесса. Тем более, новейшие исследования показали, что причина возникновения кариеса должна быть приписана бактериям под названием Streptococcus mutans, в то время как лактобациллы (бациллы молочнокислого брожения) ответственны за их распространение в ротовой полости. Для начала этого процесса необходимо появление микроорганизмов в ротовой полости человека. Стоить заметить, что впервые микробы были обнаружены именно в ротовой полости, а вернее, в слюне человека. Но для того, чтобы начать разрушать ткани зуба, бактериям необходимо максимально приблизиться к этим тканям. Это происходит за счет приклеивания бактерий к эмали зуба вместе с частицами пищи. Далее бактерии выделяют специальные клейкие вещества (декстрины), и за счет их формируется зубная бляшка. Когда бактерии уже прикрепились к эмали зуба, они начинают вырабатывать молочную кислоту. Этот процесс происходит почти в закрытых от внешней среды условиях, кислота начинает разрушать эмаль зубов именно в месте прикрепления зубной бляшки. Далее на месте зубной бляшки начинает образовываться дефект тканей зуба, и появляется кариес.

Наиболее частые места локализации кариеса - это естественные ямки на зубах человека, чаще на жевательной поверхности, пространство между зубами, область шейки зубов вдоль десневого края.

Целью нашего исследования является ответить на самые часто задаваемые вопросы родителей.

Материалы и методы исследования. В стоматологическом отделении при ТОО "СВА-Академия" нами было опрошено более 50 родителей. И ниже представлены наиболее частые вопросы и наши ответы.

Могут ли быть повреждены все зубы кариозным процесом?

Чаще всего у детей поражаются верхние передние зубы, но и остальные зубы также могут быть поражены. Временные зубы помогают вашему ребенку легко пережевывать пищу, учиться правильно разговаривать и выглядеть привлекательно. Кариес в молочных зубах может повреждать прорезывающиеся постоянные зубы, вызывать боль и у некоторых детей, быть связанным с общими заболеваниями организма. То есть, чтобы избежать проблем в будующем, необходимо поддерживать зубы здоровыми с детства.

Заразен ли кариес?

В момент рождения ротовая полость малыша практически свободна от бактерий. Они поселяются там лишь в первые месяцы жизни. Если родители или кто-нибудь из ухаживающих за ребенком имеют в ротовой полости бактерии, а при кормлении ребенка облизывают ложку ребенка или упавшую на пол соску, то эти бактерии могут попасть в ротовую полость ребенка, он также приобретает кариес.

Какие продукты наиболее опасны с точки зрения развития кариеса?

Сахар не разрушает зубов, но он служит питательной средой для бактерий и это усугубляет течение кариозного процесса. Потому, если вы угощали ребенка конфетой, пирожным - нужно потом почистить зубы или хотя бы прополоскать рот. Большое количество сахара содержится в газированных напитках, поэтому их употребление стоит ограничить. Сок - гораздо полезней для малыша. Что касается молочных смесей, то в них часто содержание сахара состовляет 30 % и более, в то время как для ощущения сладкого вкуса достаточно 4-5%. Не позволяйте ребенку засыпать с бутылочкой, содержащей молоко, питательные смеси, фруктовые соки и .п.

Какие продукты могут укрепить зубы?

Для поддержания зубов в хорошем состоянии необходимо уделять внимание качеству пищи. Богатые кальцием и фтором продукты питания способствуют укреплению твердых тканей зубов. Например, сыр, молоко, творог богаты кальцием. Фторированные продукты: молоко, вода, соль. Поступление этих веществ в организм должно быть нормировано, чтобы не допустить некариозных поражений твердых тканей зубоа (флюороз и т.д.).

Можно ли давать ребенку жевательную резинку?

Жевательная резинка с медицинской точки зрения подходит далеко не каждому. Она рекомендована детям старше 3-х лет, не имеющие заболеваний пищеварительной системы, в качестве

дополнительного средства профилактики. Важно помнить, что использовать ее стоит только после еды, и не просто так для развлечения, как рекламируют. Нужно помнить, что всем известный кислотно-щелочной баланс устанавливается вовсе не за счет действия компонентов резинки, а в результате механического самоочищения полости рта при жевании.

Как правильно выбрать щетку?

В настоящее время существует множество моделей зубных щеток. Для временных зубов лучше всего использовать мягкие зубные щетки с искуственной щетиной. Важное значение в конструкции щетки имеет частота кустопосадки. Оптимальное расстояние между кустами считают 2,2-2,5 мм. Параллельная форма кустопосадки- наиболее простая и эффективная. Главная функциональная часть зубной щетки- головка. Поэтому необходимо учитывать размер головки. Для детей длина рабочей части щетки- 18-25 мм., ширина- 7-9 мм. Ребенка необходимо самостоятельно учить чистить зубы, начиная с 3-х лет, но это необходимо делать под контролем, чтобы ребенок не повредил твердые ткани формирующейся эмали.

Как правильно чистить зубы?

Чистку зубов обеих челюстей надо проводить по определенной схеме. Визуально каждая челюсть делиться на 6 сегментов: фронтальный (резцы, клыки), премоляры, моляры с каждой стороны. Если же прикус молочный, то количество сегментов составляет 4, так как в молочном прикусе отсутствуют ремоляры.

Чистку зубов осуществляют при несомкнутых зубных рядах. Щетку располагают под углом 45 градусов к поверхности зуба.

Начинают чистить зубы с щечной поверхности верхней челюсти слева (сегмент 1), где выполняют щеткой 10 подметающих движений, после чего проходят постепенно по всем остальным сегментам (по 10 движений на каждый сегмент).

После этого чистят небную поверхность верхних зубов, проходя по сегментам слева на право, делая на каждом сегменте по 10 подметающих движений.

Следующим этапом чистки зубов является чистка жевательной поверхности моляров и премоляров. Чистка осуществляется сркебущими движениями по их жевательной поверхности по направлению изо рта. Необходимо произвести 10-15 движений с каждой стороны.

На нижней челюсти осуществляют чистку зубов в той же последовательности. Сначала на щечной, а затем на язычной и в конце на жевательной поверхности зубов (слева на право).

При чистке небной поверхности верхних резцов и язычной поверхности нижних щетка располагается перпендикулярно зубному ряду. Процедура чистки должна заканчиваться массажем десен, который осуществляют при сомкнутых зубных рядах круговыми движениями зубной щетки с захватом зубов и десен, перемещаясь в направлении слева направо.

Таким образом, после проведенного исследования было выявлена большая заинтересованность родителей в разных вопросах стоматологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузьмина Э.М.. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. 2001г. стр.216.

2. Т.Ф. Виноградова. Стоматология детского возраста. 1987г. стр. 198-209.

3. Н.В. Курякина. Терапевтическая стоматология детского возраста. 2004г. стр.210-223.

БАЛАЛАР СТОМАТОЛОГИЯСЫНЫҢ СҰРАҚТАРЫ

Бұл мақалада балалар стоматологиясының ерекшеліктері, бактериялардың пайда болу көзі, тіс жегісінің себептері мен оларға әсер ететін жағдайлар жөніндегі мәселелер карастырылған. Сонымен қатар, тіс жегісі мен ауыз қуысы ауруларын болдырмау негізінде профилактикалық шараларды жүргізудің тәртібі, тәсілдері мен әдістері келтірілген.

QUESTIONS OF CHILDREN'S STOMATOLOGY

In this article it is resulted materials about features of nurseries of stomatology, and also the reason to caries. And also illnesses of a mouth and their preventing methods of preventive maintenance

Б.С.Байкенова, С.Н.Байтанова

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ У СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Поликлиника ДВД г.Астаны,
ТОО "Дом здоровья"

Служба в правоохранительных органах связана с необходимостью постоянно работать в режиме большого напряжения и самоотдачи. Эта деятельность требует соблюдения строгой иерархии, особого организационного построения и межличностного общения, дисциплины, приближающейся к военной, повышенной социальной и профессиональной ответственности и высокой степени риска потери здоровья, а иногда и жизни. При поступлении на службу сотрудники правоохранительных органов проходят тщательный медицинский и психофизиологический отбор. К уровню их физического развития и психического здоровья предъявляют повышенные требования. [1;2] В результате медицинского и психофизиологического отбора в правоохранительные органы формируется контингент более здоровых работников по сравнению с лицами других профессии, для которых не предусмотрен такой специальный порядок поступления на службу. Но работа в органах внутренних дел сопряжена с постоянной психической напряженностью, угрозой жизни и здоровью их самих и окружающих, неблагоприятным режимом труда и отдыха. [9] В последнее время отмечен постоянный рост числа случаев оказания сопротивления сотрудникам полиции, при этом увеличивается число сотрудников получивших при исполнении служебных обязанностей различной тяжести телесные повреждения, травмы и ранения. Сильные психогенные раздражители как угроза здоровью и жизни, вид погибших, обгоревших, травмированных людей, дефицит информации и времени на обдумывание, необходимость принятия адекватного решения, наличие неожиданных, внезапно возникающих препятствий, высокая ответственность за выполнение задачи вызывают у сотрудников органов внутренних дел сильный эмоциональный стресс, нервно-психические расстройства. [7]

Отрицательное деформирующее влияние напряженных, экстремальных условий службы сотрудников правоохранительных органов зачастую дает выраженные неблагоприятные последствия. Это проявляется различными психосоматическими нарушениями, отгороженностью от других профессиональных групп населения, чертами подозрительности, замкнутостью социального общения, определенными элементами психопатизации, а иногда и склонностью к злоупотреблению алкогольными напитками. [3] Но на первом месте стоят психосоматические заболевания, уровень которых с каждым годом растет. Поэтому главным направлением и основой корригирующих мероприятий является целенаправленное воздействие на психическое состояние сотрудников правоохранительных органов, и прежде всего на индивидуальные и личностные особенности каждого из них еще до того, как психические расстройства достигнут уровня устойчивого патологического динамического стереотипа - болезненного состояния. При таком подходе большое значение приобретает ранний учет изменений характерологических особенностей сотрудников на всех этапах службы. [4]

Для создания эффективной психопрофилактической помощи имеются отработанные психокоррекционные направления для сотрудников правоохранительных органов с наиболее часто встречающимися особенностями, такими как психастенические, гипертимные, астенические, возбудимые и эпитимные черты характера. [8]

Наиболее часто встречающиеся черты характера у сотрудников психастенические, делящиеся на два типа: "тревожные психастеники" и "педанты".

Для первого типа характерны элементы тревожно-мнительных черт с неуверенностью в себе, нерешительностью, постоянной склонностью к сомнениям, стремлением самоанализу и преобладанием абстрактно-логических построений. В коллективе эти сотрудники всегда деликатны и тактичны.

Для психастенического типа - "педантов" - также характерна тревожность, но чаще всего проявляется точностью, детальностью в процессе выполнения каких-либо работ. Если этим сотрудникам поручается какое-то задание, то оно выполняется, несмотря на любые трудности. Сотрудники с подобными чертами характера-люди слова. Они не являются выдающимися в коллективе, но всегда хорошие исполнители.

В данном случае методикой выбора психопрофилактической коррекции может быть аутогенная тренировка по Шульцу с использованием формул

самовнушения. Рекомендуются классические упражнения аутогенной тренировки, способные не только предотвратить развитие многих психических и психосоматических расстройств, но и купировать обнаруживающиеся реакции дезадаптации. [5;10]

Эти упражнения направлены на:

1) вызывание ощущения тяжести;
2) вызывание ощущения тепла;
3) овладение ритмом сердечной деятельности;
4) овладение регуляцией ритма дыхания;
5) вызывание ощущения тепла в эпигастральной области;
6) вызывание ощущения прохлады в области лба.

Особенно эффективно обучение аутотренингу в санаторно-курортных условиях, в которых они с пользой могут сочетаться с бальнеологическими, физиотерапевтическими процедурами расслабляющего характера.

Сотрудники с возбудимыми чертами характера отличаются от других большей напряженностью, раздражительностью, им свойственна повышенная требовательность к окружающим, уверенность в непогрешимости своего мнения. Наибольшая выраженность возбудимых личностных черт характеризует сотрудников с эпитимными чертами характера.

Методы психопрофилактической психотерапии этих характерологических особенностей требуют длительного и четкого планирования психотерапевтических мероприятий. Это, во-первых, обязательное эмоционально ровное отношение; во-вторых, прогнозирующее планирование действий, отношений и мероприятий, которые предполагаются в работе с ними. Этот план должен быть заранее доведен до сведения сотрудников с эпитимными, возбудимыми чертами характера. Специализированные психотерапевтические методики могут использоваться только после достаточно продолжительного периода завоевания доверия и уважения к психотерапевту.

Основой радикала гипертимных черт характера являются повышенное общение с людьми, повышенная активность. Эти сотрудники отличаются постоянно несколько приподнятым настроением, разговорчивостью, быстрым переключением на другие мысли, события, дела, но в то же время поверхностными суждениями.

Наиболее эффективным психопрофилактическим методом коррекции для повышения устойчивости к экстремальным воздействиям могут быть занятия общественной работой, досугом людей, организацией различных общественных объединений, фондов, сбором общественных средств. Эти мероприятия должны быть рекомендованы на постоянной основе.

Также часто встречаются сотрудники правоохранительных органов с преобладанием астенических черт. Они характеризуются ускоренной утомляемостью в сочетании с раздражительностью, повышенной впечатлительностью и чувствительностью. Данный вид характерологических черт часто сопровождает ранения, длительно протекающие заболевания. Для сотрудников с астеническими чертами с целью психопрофилактики следует рекомендовать дозированную физическую нагрузку с периодическим отдыхом - сном. Применяются такие психотерапевтические методики, в которых обязательно присутствуют элементы тонизирующих форм внушения, укрепления уверенности в себе, закрепления навыков четкого чередования режима занятости и отдыха.

Таким образом, рассматривая условия, способствующие возникновению реакций и состояний психической дезадаптации у сотрудников правоохранительных органов, наибольшую эффективность психопрофилактических мероприятий приобретает адекватная личностная направленность психопрофилактической психотерапии, в особенности в санаторно-курортных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шувалов А.В. Справочник практического врача по психиатрии, наркологии и сексопатологии. - М.: Советский спорт, 2001.

2. Снежневский А.В. Справочник по психиатрии. - М.: Медицина, 1985.

3. Дроздов А.А. Полный справочник психотерапевта. - М.: Эксмо, 2007.

4. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. - М.: Академический проект, 1999.

5. Меерсон Ф.З. Общий механизм адаптации и профилактики. М.: "Наука". 1973.

6. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: "Прогресс", 1979.

7. Стресс жизни: Сборник. - СПб.: ТОО "Лейла", 1994.

8. Темплер Ю.Б. , Ландышев Ю.С. Болезни адаптации и их психопрофилактика.// Валеология. Сб.научн. трудов. - СПб.: "Наука". 1993.

9. Тиграпян Р.А. Стресс и его значение для организма. - М.: "Наука", 1988.

10. Шнайнер К. Как снять стресс: 30 способов улучшить свое самочувствие за 3 минуты. - М.: "Прогресс-универс", 1993.

ҚҰҚЫҚ ҚОРҒАУШЫ МЕКЕМЕЛЕРДЕГІ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ ПСИХОЭМОЦИОНАЛДЫҚ КҮЙЗЕЛІСІНІҢ АЛДЫН АЛУ

Құқық қорғау органдары қызметкерлеріне тұрақты психикалық қысымдықпен өзінің және маңайындағылардың өмірімен денсаулығына қауіп-қатер төнген жағдайда болатын ерекшеліктері қаралған. Құқық қорғау органы қызметкерлерінің жұмысы экстремальды жағдайларда болғандықтан оларда әртүрлі психосоматикалық бұзылыстар жиі кездеседі. Ал бұл бұзылыстардың пайда болуында әр қызметкердің өзіндік және жеке дара ерекшеліктері әсер етеді. Өзіндік және жеке дара ерекшеліктерді ескере отырып психопрофилактикалық, психотерапевтік түзету әдістері ұсынылған.

PREVENTIVE MAINTENANCE OF THE PSYCHOEMOTIONAL PRESSURE AT LAW ENFORCEMENT OFFICERS

Reviewed characteristics of law enforcement officers' service, which is attended with constant mental tension, danger to life and health, to themselves and their surroundings. Extreme conditions of law enforcement officers' service have adverse consequences, which manifest themselves in various psychosomatic disorders. At the same time individual and personal characteristics of employees are very important. Psychoprophylactic and psychotherapeutic methods of correction are recommended on base of these individual and personal characteristics

Э.Г. Заркешев , Е.З. Акижанов, М. С. Митяева, М. Ш. Омаров, М. С. Токпанов.

СОСТОЯНИЕ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЫ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ Г. ПЕТРОПАВЛОВСК СЕВЕРО - КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

АО "Медицинский университет Астана",
КГКП 3-я городская больница, г. Петропавловск.

Политравма - это травматическая болезнь организма.

За последние десятилетия во всем мире отмечается значительный рост тяжёлых множественных и сочетанных повреждений.

Увеличение количества и тяжести повреждений связано с техногенными катастрофами, усилением социальной неустойчивости, глобальными конфликтами, в регионе Северном Казахстане больше связано с дорожно-транспортными происшествиями, ремонтно-строительными работами и криминальными травмами.

Несмотря на определённые успехи, достигнутые в лечении политравмы, актуальной сегодня остаётся высокая летальность (по данным разных авторов от 20 до 60 %), причём у населения в возрасте до 40 лет эта причина выходит на первое место (Н. В. Соколов, 1998), а также остаётся большой процент осложнений в виде несращения переломов, остеомиелита, в конечном итоге приводящие к инвализации.

Существующий разброс показателей по сочетанной травме связан с различной степенью тяжести повреждений, нахождения пострадавших в различных экономико-географических и климатических регионах и от неодинакового уровня оказания помощи в лечебных учреждениях.

Цель работы - изучить структурную статистику

Таблица 1 – Динамика по видам травматизма.

Наименование	2004	2005	2006	2007	2008	всего	%
Производственный	8	5	6	5	6	30	5,5
ДТП	51	39	46	28	34	198	36,7
Бытовой	35	55	74	68	60	292	54,1
Прочие	7	-	5	2	5	19	3,5
Итого:	101	99	131	103	105	539	100

Таблица 2 – Ведущие повреждения по группам, больных с сочетанными и множественными травмами с 2004по 2008 годы.

Группа	Ведущие повреждения	Количество пострадавших					Всего	%
		2004	2005	2006	2007	2008		
1-я	Сочетанная травма головного мозга, (ушибы мозга, переломы свода и основания, внутречерепные гематомы)	6	5	7	7	5	30	5,5
2-я	Сочетанная травма спинного мозга (травма позвоночника с нарушением проводимости)	2	1	2	2	1	8	1,4
3-я	Сочетанная травма груди (гема-пневмоторакс, "флотирующая" грудь, множественные переломы рёбер)	19	24	33	15	25	116	21,5
4-я	Сочетанная травма живота (гемиперетониум, повреждение полого органа)	7	5	6	4	3	25	4,6
5-я	Сочетанная травма опорно-двигательного аппрата (отрывы конечностей, нестабильные переломы таза, множественные переломы конечностей)	15	19	17	22	22	95	17,2
6-я	Сочетанная травма двух и более областей тела (сочетание ведущих повреждений головного и спиного мозга, груди, живота опорно-двигательной системы в различных вариантах)	7	8	9	12	13	49	9
7-я	Без ведущего повреждения (множественные неопасные для жизни повреждения)	45	37	57	41	36	216	40
Итого:		**101**	**99**	**131**	**103**	**105**	**539**	**100**

сочетанных и множественных травм, определить уровень летальности и наметить возможные пути снижения политравмы.

Проведен анализ пострадавших с политравмой, лечившихся в травматологическом отделении третьей городской больницы г. Петропавловска с 2004 по 2008 год.

Травматологическое отделение обслуживает взрослое население города с численностью 152,1 тыс. и население области где взрослое население составляет 528,3 тысячи.

За 5 лет всего пролечено 8959 пострадавших, из них с политравмой - 539 (6%).

По отношению к травмам ОДА (3747 пострадавших) - политравма составила - 14,3 %.

Среди поступивших больных мужчин было 367 (68%), женщины - 172 (32%).

По возрасту пострадавшие распределились следующим образом:

- до 20 лет - 59 (10,9%);
- с 21 до 40 лет - 200 (37,1%);
- с 41 до 60 лет - 227 (42,1%);

- 61 и выше - 53 (9,8%).

Большое значение травм у мужчин по сравнению с женщинами объясняется тем, что из них многие работают на автотранспорте или выполняют более тяжёлые и травмоопасные работы на производстве, а также это может быть связано с некоторыми особенностями мужского характера - пренебрежением к опасности, наличием вредных привычек, склонностью к хулиганским действиям.

Анализ приведённых показателей позволяет отметить увелечение удельного веса бытового травматизма в 2 раза, возростание произошло за счёт криминальной травмы (188 пострадавших), которая в структуре травматизма занимает второе место (34,8%), после ДТП, кататравма занимает третье место - 80 (14,8%). Побои, драки, избиения, в основном, связанные с пьянством среди молодых людей, подростков и бомжей.

При ориентации на ведущие повреждения, от которого в значительной степение зависит исход травм в раннем периоде, все виды сочетанных травм разделены на семь групп (использована клинико-аналитическая классификация политравм 1999 г. Московского Института скорой помощи имени Н. В. Склифасовского).

Как видно из представленной таблицы, тяжесть политравмы увеличилась за счёт самых сложных и тяжёлых групп - это сочетанная травма ОДА и сочетанная травма двух и более областей тела. По количеству пострадавших ведущее повреждение груди занимает первое место. Из сочетангной травмы без ведущего повреждения преобладают сотрясения головного мозга + травма ОДА - 91 (42,1%) и травма груди + сотрясение головного мозга - 46 (21%).

Всего умерло за пять лет 188 (2%) больных, с политравмой - (39,3%).

Высокой остаётся летальность у лиц молодого возраста (до 40 лет) - 43,1%. В первые сутки после поступления умерли 38 пострадавших (51,3%), в сроки от двух до пяти суток умерли 29 (39,1%) человек.

Непосредственными причинами смерти, по данным судебно-медецинской экспертизы, явились: травматический шок и острая кровопотеря - 35 (47,1%), черепно-мозговая травма - 32 (43,2%). У каждого пострадавшего наряду с повреждениями ОДА имело место повреждение других систем организма, в том числе и жизненно важных.

У умерших в более поздние сроки (3-4 период) травматической болезни причиной смерти были РДСВ-синдром, полиорганная недостаточность, сепсис, пневмония и др.

В результате дорожно-транспортных происшествий погибли 38 пострадавших (51,3%), от криминальных травм - 18 (24,3%), кататравмы - 8 (10,8%) и обстоятельства травмы неизвестны - 10 (13,5%).

Об особой тяжести пострадавших с политравмами свидетельствует и такой показатель, как средний койко-день - 29,3 суток.

Таблица 3 – Количество умерших по возростам с 2004 по 2008 годы.

Возраст	Количество умерших	%
До 20 лет	7	9,4
С 21 – 40	25	33,7
С 41 – 60	23	31
С 61 и выше	19	25,6
Итого:	74	100

В отделение травматологии доставлялись пострадавшие, как из города, так и из области. Из города поступтило 419 пострадавших (77,7%), из сельской местности - 120 (22,2%). Из сельских районов пострадавшие с тяжёлыми повреждениями достовлялись попутным транспортом, с недостаточным уровнем объёма оказания помощи на догоспитальном этапе, имело место и поздняя доставка - потеря периода первого часа.

При поступлении больные с политравмой в приёмном отделении в экстренном порядке осматриваются травматологом, хирургом, анастезиолого-реаниматологом; по показаниям - проводится консультация нейрохирурга, уролога, доставляемого санавиацией.

В первые сутки поступившим больным выполняются жизнеспасающие операции, в последущем; после стабилизации состояния - восстановительное оперативное лечение.

На современном этапе для улучшения исходов критической политравмы предложена система "Damage Control" (контроль повреждений). Данная система предполагает разделение хирургической помощи пациентам с тяжёлыми повреждениями поэтапно (В. А, Соколов, 2005 г.).

Ранняя стабилизация основных переломов - важный инструмент достижения цели лечения, но конечно же, в первую очередь необходимо проводить мероприятия для спасения жизни. (Л. Н. Анкин, 2004 г.). Таким образом, политравма остаётся сложной комплексной проблемой неотложной хирургии.

Выводы:

1.Политравма стала более тяжёлой, с преобладанием самой сложной группы сочетанных травм: сочетание двух и более областей тела. У каждого умершего пострадавшего наряду с повреждениями ОДА имело место повреждения других систем организма, в том числе жизненно важных.

2.Летальность с политравмой остаётся высокой -

39,3% от общего количества умерших, особенно у лиц молодого возраста (до 40 лет) - 43,1%.

3.Как причина смерти на первом месте стоит дорожно-транспортный травматизм - 51,3%. На сегодняшний день автоавариям способствует употребление водителями и пешеходами алкогольных напитков, в частности пива, продажа которых стала повсеместно доступной, а также употребление незаконных лекарственных препаратов, повышение невротических состояний, агрессии, особенно у лиц молодого возраста, и повышение "скорости" во всех сферах жизни.

4.Бытовой травматизм возрос в 2 раза за счёт криминальных травм. Особенно избиения и драки участились среди бомжей и подростков.

5.Анализ структуры повреждений пострадавших с политравмой позволяет рекомендовать меры по улучшению качества лечения и снижения травматизма:

А) Внедрение в отделение новых технологий диагностики,современных имплантатов для остеосинтеза, подготовки опытных врачей, создание хорошей базы для реабилитации;

Б) Для уменьшения криминальной травмы важными моментами являются повышение общей культуры и воспитание, особенно в молодых людях "сознательного трезвенника";

В) С целью улучшения догоспитальной помощи в сельской местности разумно использовать, исходя из концепции "золотого часа" - схему "клиника - клиника", т.е. доставлять пострадавших в отделение хирургического профиля, затем в специализированное отделение в максимально короткие сроки.

ЛИТЕРАТУРА

1.Л. Н. Анкин "Политравма" - Москва "Медпрессинформ", 2004 г. - 176 с.

2.С. М. Журавлев, П. Е. Новиков, К. А. Теодоридис - Смертность при множественных и сочетанных травмах // Анналы травматологии и ортопедии - 1995 г. - с. 5-7.

3.В. А. Соколов Сочетанная травма // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. - 1998 г. - с. 54-65.

4.В. А. Соколов "Damage Control" - современная концепция лечения пострадавших с критической политравмой // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. - 2005 г. - с. 81-84.

5.Г. В. Цой, В. В. Иванов, В. С. Собарь Причины политравмы, диагностика и тактика лечения // Травматология және ортопедия. - 2004 г. - с. 73-74.

СОЛТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ ПЕТРОПАВЛ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ЖОЛ-КӨЛІК АПАТЫ САЛДАРЫ НӘТИЖЕСІНДЕ БОЛАТЫН ҚАБЫСҚАН ЖӘНЕ КӨПТЕГЕН ЖАРАҚАТТАРДЫҢ ЖАҒДАЙЫ

Петропавл қ. 3-ші қалалық ауруханасының жарақат аурулар бөлімшесінде 5 жыл ішінде көптеген жарақаттардан (политравмадан) зардап шеккен науқастарға емдеу тәжірибесі зерттелді. Зерттеу жүргізілген кезде көптеген жарақаттардың (политравма) өте күрделі екендігі анықталды: науқастың денесінде екі және одан да көп жарақат болуы мүмкін.

Зерттеу барысында жалпы қайтыс болған адамдар арасында көптеген жарақаттан 39,3 % науқас қайтты (оның ішінде көптеген жарақаттан 43,1 % науқас 40 жасқа дейін қайтыс болды).

Жиі жол апаты салдырынан 51,3 % адам қайтыс болды. Талдау барысында осы сәтте көптеген жарақаттар аурулары ең маңызды мәселе болып табылады.

Емнің жақсы жүргізілуі көбінесе арнаулы мамандандырылған бөлімшелерге, жаңа диагностика технолгияларына, қазіргі кездегі сүйектің сынығын ұстату қондырғыларының сапасына және реабилитацияға байланысты.

CONDITION AND THE PLURAL TRAUMA AS A RESULT OF ROAD AND TRANSPORT INCIDENTS PETROPAVLOVSK NORTH THE KAZAKHSTAN AREA

The analysis of patients with polytraumas has been carried out at the traumatical branch of hospital № 3 for 5 years.

This research showed that polytraumas became more complicated with the most complicated combinations of traumas: combinations of two more anatomic parts of polytraumas is 39,3 %. The mortality of patients befor the age of 40 is 43,1 %. Traffic accidents as the cause of mortality are in a leading position - 51,3 %.

The result of this analysis poited out that polytraumas remain the urgent problem of today. The success of treatment and more effective rehabilitation depend on organization of specialized branch, qualified specialists the implementation of new diagnostic technology and modern implants.

Сливкина Н.В., Хасин В.Б., Даленов Н.Е.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ АСТАНЫ

"Медицинский университет Астана", Астана

В докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире (2002г.) отмечается: "Охрана здоровья людей начинается с оценки факторов риска для здоровья, информирования о них и разработки способов их преодоления, характеристики влияния факторов риска на людей и роли правительств в защите от них населения. Главным элементом профилактики должно стать изучение факторов риска для здоровья".

Целью наших исследований являлось изучение распространенности факторов риска заболеваний среди подростков и молодежи призывного и допризывного возраста Астаны.

Распространенность факторов риска заболеваний мы изучали раздельно для подростков допризывного возраста и молодежи призывного возраста с помощью анкетирования.

Анализ распространения курения среди подростков 15-17 лет показал, что 18,75% опрошенных курят. При этом в среднем они выкуривают от 2 до 4 сигарет в день.

Что касается распространенности такого фактора, как употребление алкоголя то 23,96% учащихся ответили положительно. При оценке распространенности факторов риска, мы оценивали и наличие хронических заболеваний у родителей, что позволяет судить о предрасположенности к тем или иным заболеваниям. У 8,14% опрошенных родители страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями. 18,6% подростков указали на наличие повышенного артериального давления у родителей. Наличие заболеваний органов дыхания выявлено у 9,3% родителей, аллергии - у 10,46%. На наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта у родителей указали 11,63% подростков, сахарного диабета - 5,81% опрошенных.

Анализ распространенности такого фактора, как низкая двигательная активность, показал, что только 37,8% учеников выполняют регулярно умеренную физическую нагрузку в течение дня, в то время как 7,3% выполняют ее только 2-3 раза в месяц, такой же процент подростков указали, что вообще не выполняют никогда такой нагрузки. 28% обследованных посещают в свободное время спортивные секции.

Высок процент распространенности среди учащихся такого фактора, как нерациональное питание. Так, только 51,16% анкетируемых указали на регулярное 4 -5 разовое питание. 40,69% опрошенных питаются 3 раза в день. Ежедневно употребляют овощи и фрукты лишь 54,22% учащихся. 30,12% обследованных употребляют газированные напитки, такие как спрайт, фанта и др. ежедневно.

Анализ работы школьных столовых показал, что разработка меню основывается на принципах рационального питания, а также на методических рекомендациях по "Организации горячего питания учащихся в школьных столовых", разработанных Министерством здравоохранения РК и Институтом проблем питания. Питание школьников организовано на платной и бесплатной основе. Средняя стоимость горячего питания в школьной столовой 100-120 тенге. Общий охват питанием в общеобразовательных школах города на 1.01.2010 г. составил 83,1%, в том числе горячим питание охвачено 52,2%, остальные 30,9% учащихся питаются буфетной продукцией. Причины влияющие на охват питанием: перегруженность школ, маленькие перемены, недостаток торговых площадей и посадочных мест в школах старого типа, недостаток знаний, как у родителей, так и у детей, о правильном и здоровом питании, низкий социальный уровень отдельных семей.

Анализ психологической обстановки в коллективе показал, что 44,19% подростков имеют проблемы в межличностных общениях, при этом 72,3% указали на проблемы в общении с преподавателями. У 49,6% подростков имеются недопонимания с родителями и выражено стремление больше общаться с товарищами. На повышенную тревожность указывали 44% обследованных, причем этот показатель выше у девушек, так, среди юношей высокая тревожность выявлена у 37,13%, а среди девушек у 49,7%. Известно, что длительный психоэмоциональный стресс может сопровождаться появлением головных болей, болей в области сердца, сердцебиений, нарушений сна и т.д. Среди опрошенных 23,5% подростков указали на периодические боли в области сердца, 52,94% опрошенных регулярно испытывают приступы сердцебиения при психоэмоциональных волнениях, 37,2% подростков указывают на частые головные боли и 13,95 - на нарушение сна. Анализ времени, затрачиваемого на подготовку домашних заданий, показал, что у 42,6% подростков на это уходит от 3 до 6 часов в день и более.

63,29% подростков указали на ежедневное пользование компьютером, при этом 72,29% подростов работают за компьютером от 2 до 14 часов в сутки.

9,7% учащихся указали на отсутствие свободного времени.

Среди молодежи призывного возраста на вопрос: "Курите ли Вы?" утвердительно ответили 22,97% опрошенных, из них 28,76% юношей и 16,15% девушек. 23,53% опрошенных регулярно работают до 5 часов и более в сильно накуренном помещении, а 10,46% - менее 1 часа.

Что касается распространенности среди лиц призывного возраста такого фактора, как алкоголь, то утвердительно ответили 50,33% опрошенных. 35,29% респондентов указали на факт употребления крепких алкогольных напитков.

Анализ двигательной активности молодежи призывного возраста показал, что только 13,07% юношей и 6,15% девушек занимаются в спортивных секциях. 47,71% юношей и 42,31% девушек выполняют умеренную физическую нагрузку только 2-3 раза в неделю, а 37,25% юношей и 44,61% девушек указали на то, что вообще не занимаются физически.

Оценка фактора питания молодежи призывного возраста показала, что 10,46% опрошенных при приготовлении пищи используют тугоплавкие жиры, при этом 71,89% регулярно употребляют сливочное масло. 78,6% опрошенных питаются крайне нерегулярно 2- 3 раза в день, с большими интервалами между приемом пищи.

На наличие психоэмоционального стресса указали 19,61% опрошенных юношей и 23,85% девушек..

Что касается такого фактора, как пользование компьютером, то он составил 21,42%.

Наши данные согласуются с данными Савельевой Л.Г. (2008), которая среди студентов колледжей г. Москвы также выделяла среди ведущих факторов низкую двигательную активность 58,1%, курение - 45,3%, алкоголь - 48,1%.

Таким образом, мы выявили различия в распространенности основных факторов риска среди допризывной и призывной молодежи. Так среди подростков 15- 17-ти лет лидирующее положение занимают психоэмоциональный стресс и пользование компьютером. Здесь, необходимо указать на то, что причиной психоэмоционального стресса среди данного контингента в 75% случаев является школа. Среди молодежи призывного возраста эти факторы по распространенности отнесены к несущественным. На наш взгляд, психоэмоциональный стресс среди молодежи призывного возраста изменил свой характер, став менее интенсивным, поэтому и не был указан при анкетировании. Однако его отрицательное влияние на организм не ослабевает, а иногда и более выражено. Видимо этим и объясняется столь высокий процент встречаемости бессонницы, головных болей и депрессивных состояний среди данного контингента. Что касается пользования компьютером, то резкое снижение этого фактора связано с тем, что у большей части молодежи призывного возраста в связи с поступлением в вузы меняются жилищно-бытовые условия и уменьшается доступность к компьютеру и Интернету.

Такой фактор, как низкая двигательная активность, остается ведущим в обеих возрастных группах. При этом он более выражен у молодежи призывного возраста. А вот фактор нездорового питания значительно возрастает у молодежи после 18 лет, что на наш взгляд, также объясняется изменением привычных жилищно-бытовых условий, необходимостью самостоятельно готовить себе пищу, отсутствием контроля со стороны родителей за регулярностью и качеством питания данного контингента молодежи.

Необходимо отметить значительный рост таких факторов, как алкоголь и курение. Причем, здесь существенно увеличивается доля пассивного курения (23,53%).

У 41,23% обследованных выявлены 2 и более факторов риска.

АСТАНА ҚАЛАСЫНЫҢ ЖАСӨСПІРІМДЕРІ МЕН ЖАСТАРЫ АРАСЫНДА АУРУ ТУДЫРУ ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ТАРАЛУЫ

Ағзаның вегетативті жағдайын және бейімделу қабілетін анықтауға ақпаратты әдіс ретінде жүрек қағысының өзгермелі қасиетін зерттеуге соңғы жылдары үлкен қызығушылық байқалады.

Біздің зерттеу жұмысымыздың барысында жасөспірім балалардың 41,23 % -дағы аурулардың себебінің көпшілігі қауіп-қатер факторларының әсерінен болып отыр.

PREVALENCE OF RISK FACTORS OF DISEASES AMONG TEENAGERS AND YOUTH OF ASTANA

The purpose of our researches was studying prevalence of risk factors of diseases among teenagers and youth draft and age of Astana.

We have revealed distinctions in prevalence of major factors of risk among teenagers and draft youth. 41,23 % surveyed had some risk factors.

Тленчиева Д.Е.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (ПОТРЕБНОСТЬ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ) ШКОЛЬНИКОВ Г. АСТАНА И Г. УСТЬ-КАМЕНОГОРСКА

магистрант ЕНУ им. Л.Н. Гумилева

В последние десятилетия появляется большое количество научной информации о влиянии экологически неблагоприятной среды на физическое развитие и функциональное состояние детского организма. Отрицательные факторы антропогенного воздействия способствуют снижению резервов здоровья на индивидуальном и популяционном уровнях, нарастанию степени психофизиологического и гигиенического напряжения, росту специфической патологии, появлению новых форм экологических болезней [1].

Здоровье населения республики - высшая национальная ценность, и возрождение наций должно начаться именно со здоровья, в первую очередь детей. Изучение проблем детского здоровья в наше время приобретает особую актуальность [2].

Объектом наших исследований были практически здоровые младшие школьники г. Астаны (средняя школа №22) и г. Усть-Каменогорска (средняя школа №11). Всего 30 человек. Были получены данные о состоянии сердечнососудистой системы, а именно потребность миокарда в кислороде. Для этого рассчитывали величину "двойного произведения" по Робинсону. "Двойное произведение" (ДП) считается весьма информативным показателем и широко используется как для оценки функциональных возможностей сердечнососудистой системы, так и в клинической кардиологии. ДП - интегративный показатель, характеризующий напряжение сердечной мышцы, отражающий уровень потребления кислорода миокардом [4,5].

Сравнительная характеристика отклонения от нормы ДП

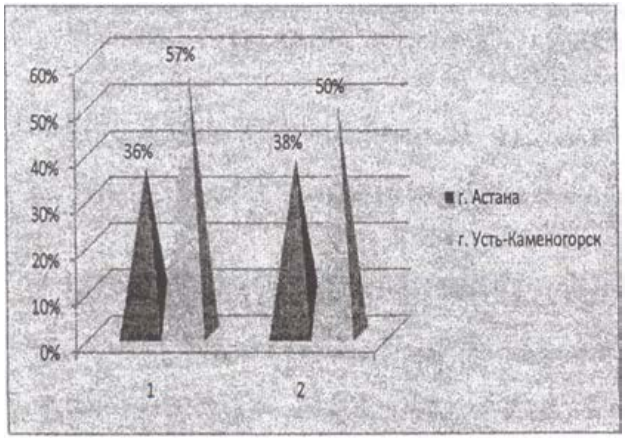


Рисунок 2

У здоровых лиц показатель ДП в среднем составляет 70-80 усл.ед. Показатель нормы ДП в г. Астана у школьников в среднем составил 72?2,7 усл.ед, что равно 64% из всех исследуемых, в г. Усть-Каменогорск данный показатель немного выше 78±2,4 усл.ед, т.е. 43% всех исследуемых. У дошкольников г. Астана показатель нормы ДП составляет в среднем 74±1,7 усл.ед, что соответствует - 62%, а г. Усть-Каменогорск - 78±2,2 усл.ед, т.е. 50% всех испытуемых. У остальных школьников данный показатель выше нормы, что свидетельствует о напряжении сердечной мышцы, и как следствие ухудшении потребления кислорода миокардом. У школьников г. Астана отклонение от нормы составило в среднем 84±2,4 усл.ед, что соответствует -36% всех исследуемых детей , а в г. Усть-Каменогорск - 87±2,2 усл.ед, т.е. 57%, у дошкольников г. Астана отклонение от нормы в среднем равно 83?1,4 усл.ед, что составляет 38% исследуемых ,а в г. Усть-Каменогорск 85±1,7 усл.ед, т.е. 50% всех испытуемых (Рисунок 2).

Делая вывод по нашему исследованию, нужно сказать о необходимости внедрения здоровьесберегающих технологии, автором одной из таких технологий является В.Д. Сонькин, которая разработана специально для обучающихся в начальной школе [6,7].

Здоровьесберегающая технология, по мнению В.Д. Сонькина, - это:

• условия обучения ребенка в школе (отсутствие стресса, адекватность требований, адекватность методик обучения и воспитания);

• рациональная организация учебного процесса соответствие учебной и физической нагрузки возрастным возможностям ребенка;

• необходимый, достаточный и рационально организованный двигательный режим.

ЛИТЕРАТУРА

1.Биология обучающая энциклопедия: http://www.informika.ru/text/database/biology//.

2.Биология: http://www.chat.ru/~dronisimo/homepage1/anatom1.htm

3.Смирнов А.Д., Чурина С.К. "Двойное произведение" в диагностике состояния сердечнососудистой системы // Физиология человека. - 1991. - Т.171.

4.Апанасенко Г.Л. Здоровье: методология и методика количественной оценки // Здоровье и функциональные возможности человека: Оценка и прогноз. - М. - 2001. - С.21-22

АСТАНА ЖӘНЕ ӨСКЕМЕН ҚАЛАЛАРЫНАДАҒЫ МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫРЫ ЖҮЙЕСІНІҢ (МИОКАРДТЫҢ ОТТЕГІНЕ МҰҚТАНДЫҒЫ) ЖАҒДАЙЫН ЗЕРТТЕУ

Республика тұрғындарының денсаулығы - ұлттың жоғарғы құндылығы болып табылады, ұлттардың қайта жаңаруы тек денсаулықтан, әсіресе балалар денсаулығынан басталуы қажет. Қазіргі уақытта бала денсаулығы мәселелерінің зерттелуінің өзектілігі артуда. Біздің зерттеулеріміздің объектілері Астаны қаласы (№22 орта мектебі) және Өскемен қаласының (№11 орта мектебі) бастауыш мектеп оқушылары болды. Жүрек-қан тамыр жүйесінің жағдайы және атап айтқанда. миокардтың оттегідегі қажеттілігі туралы мәліметтер алынды. Аталған мәліметтерді алу үшін, Робинсон бойынша "екілік туынды" (двойное произведение) шамасы есептелген. "Екілік туынды" (ЕТ) - миокардтың оттегінің тұтынушылық деңгейінің көрсеткішін көрсететін жүрек бұлшықетінің жұмысын сипаттайтын интегративті көрсеткіш болып табылады. Өскемен қаласының мектеп оқушыларында нормадан ауытқу барлық сыналған балалардың 50% құрады, бұл жүрек бұлшықетіне қысым түсіп, соның нәтежесі ретінде миокардтың оттегіні тұтынуының нашарлауына әкеп соғады. Сондықтан ҚР-ның экологиялық жағымсыз - Өскемен қаласы аймағының мектептерінде денсаулық сақтайтын технологияларды ендіру қажет болып отыр.

RESERCH OF THE CARDIOVASCUKAR SYSTEM OF SCHOOLCHILDREN OF THE CITIES ASTANA AND UST-KAMENOGORSK

Health of the population of the Republic - the highest national value, the revival of nations should begin precisely with health, especially children. Nowadays the study of child health is particularly relevant. The object of our study was apparently healthy younger pupils of Astana (secondary school № 22) and Ust-Kamenogorsk (secondary school № 11). Data were obtained on the state of the cardiovascular system, namely the need for myocardial oxygen. For that a value of the "double product" by Robinson was calculated. Double product (DP). DP is an integrative indicator of the stress of the heart muscle, reflecting the level of myocardial oxygen consumption. In schoolchildren of Ust-Kamenogorsk deviation from the norm was 50% of all children tested, indicating a stress of the heart muscle, and as a consequence the deterioration of myocardial oxygen consumption. Therefore it is necessary the introduction of compulsory health-saving technology in schools of ecologically unfavorable regions of Kazakhstan - Ust-Kamenogorsk.

Б.Р. Менликулов

АЛКОГОЛИЗМ И ТУБЕРКУЛЕЗ

Городской противотуберкулезный диспансер г. Астаны

Наблюдения, проведенные в последние годы, показывают, что проблема алкоголизма и сопутствующего ему туберкулеза легких очень актуальна. Еще в начале текущего столетия было доказано, что по мере увеличения распространенности алкоголизма и увеличения продукции алкоголя увеличивается заболеваемость туберкулезом. Значительное увеличение количества научных исследований, посвященных изучению проблемы алкоголизма и туберкулеза, отмечается с конца 50-х годов, а в нашей стране - в последние 5 лет.

Несмотря на длительное изучение этого вопроса, он до настоящего времени еще полностью не изучен, а имеющиеся данные противоречивы. Наиболее старая концепция заключается в том, что алкоголизм приводит к развитию туберкулеза из-за плохих условий жизни больных алкоголизмом.

Лица с сочетанием патологий представляют большую эпидемиологическую опасность из-за часто встречающихся у них тяжелых деструктивных форм туберкулеза с массивным бактериовыделением. Эти больные вследствие деградации личности, низкого уровня санитарной грамотности не соблюдают элементарных правил гигиены, поздно обращаются за медицинской помощью, пренебрегают рекомендациями врачей, отказываются от радикальной терапии. Тем самым они становятся особо опасными для окружающих, распространяя микобактерии туберкулеза, часто полирезистентные к противотуберкулезным препаратам. Среди больных туберкулезом и алкоголизмом лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза наблюдается в 1,2 раза чаще, а полирезистентность - в 6 раз чаще, чем у больных, не страдающих алкоголизмом.

Причинная взаимосвязь туберкулеза и алкоголизма мало изучена. Хроническая алкогольная интоксикация даже в ранних стадиях болезни способствует возникновению расстройств функций и органическим поражениям различных органов и систем, которые могут достигать значительной степени выраженности.

Важное значение в увеличении заболеваемости туберкулезом больных алкоголизмом имеет резкое снижение общей и специфической реактивности организма под влиянием длительной алкогольной интоксикации. Наряду с этим нарушается локальная защита легких. Поражение бронхолегочной системы при алкоголизме обусловлено непосредственным токсическим действием выделяющегося через дыхательные пути алкоголя и продуктов его распада на эпителий бронхов, в результате чего нарушается функция мукоцилиарного аппарата. Доказано разрушающее воздействие алкоголя и на другие компоненты местной защиты легких: растворение сурфактанта, угнетение функции альвеолярных макрофагов.

Установлен параллелизм между характером туберкулезного процесса, его распространенностью, частотой деструктивных изменений и бактериовыделения (в том числе обильного), максимальным размером каверн, частотой и характером поражения бронхов и степенью выраженности алкоголизма.

Клинические проявления и течение туберкулеза легких при алкоголизме могут быть различными. Процесс в легких у больных алкоголизмом иногда приобретает бурное течение и приводит к летальному исходу.

Частым осложнением туберкулеза легких при сочетании его с алкоголизмом являются легочные кровотечения и кровохарканье, которое связывают с пневмосклерозом и повышенной проницаемостью сосудов под влиянием алкоголя.

Таблица 1.

Название заболевания	2008 год по ЛТО-5				2009 год по ЛТО-5			
	Абс. число	%	Пролеченные мною	%	Абс число	%	Пролеченные мною	%
Фиброзно-кавернозный туберкулез	32	71,1	14	70	17	62,9	12	66,6
Инфильтративный туберкулез	12	26,6	5	25	8	29,6	5	27,7
Диссеминированный туберкулез	1	2,2	1	5	2	7,4	1	5,5

Таблица №2

Выявленные патологии	2008 год по ЛТО-5				2009 год по ЛТО-5			
	Абс. число	%	Пролеченные мною	%	Абс. Число	%	Пролеченные мною	%
Синусовая тахикардия	42	93,3	17	85	21	77,7	9	50
Нарушение метаболизма миакарда	35	77,7	14	70	15	55,5	12	66,5
Нарушение реполяризации	12	26,6	8	45	6	22,2	7	38,8
ФБС с нарушением патологии	12	26,6	12	60	13	48,1	13	72,2
ФВД выявленной ДН 1-2 степени	22	49,0	16	80	16	60	14	77,7
УЗИ с выявленной патологией: хронический холецистит	34	85,0	14	70	20	74,0	12	66,6
Хронический панкреатит	22	55,0	11	55	17	62,9	10	55,5
Хронический пиолонефрит	11	27,5	8	40	10	37,0	8	44,4
Гепотоз	18	45,0	16	80	21	77,7	14	77,7
Низкий гемоглобин и эритроцитов	32	21,1	15	75	20	74,0	14	77,7
Анемия средней степени тяжести	28	62,1	12	60	18	66,1	12	66,6
Тяжелая анемия	4	8,8	3	15	2	7,4	2	11,1
Обнаружена кандида	22	48,8	9	45	12	44,4	11	61,1

Одна из основных причин неблагоприятного течения туберкулеза легких при алкоголизме - неполноценное лечение из-за недисциплинированности больных.

В связи с взаимноотягощающим влиянием алкоголизма и туберкулеза при их сочетании этим больным необходимо проводить комплексную антиалкогольную и антибактериальную терапию. Использование высокоэффективных, адекватно подобранных комбинаций туберкулостатических препаратов позволяет одновременно осуществлять активную противоалкогольную терапию без серьезных осложнений. Последняя позволяет продлить сроки пребывания больных в стационаре за счет ремиссии алкоголизма и тем самым повысить эффективность химиотерапии туберкулеза.

Мною произведен анализ больных, поступивших в ЛТО-1, ЛТО-5 (легочно-терапевтическое отделение) за 2008-2009 годы, с диагнозам туберкулез и страдающих алкоголизмом. По проведенному анализу в 2008 году пролечено страдающих алокоголизмом 45 больных т.е. 45,9% из общего числа больных поступивших за год (абсолютное число поступивших - 130 больных), а в 2009 году - 27 больных т.е. 52,9% из общего числа больных, поступивших за 2009 год (абсолютное число поступивших всего -104 больных).

Основными причинами формирования туберкулеза множественной лекарственной устройчивости (ТБМЛУ) у большинства больных оказались - хронический алкоголизм, нарушение и перерыв в лечении, а также в некоторых случаях - асоциальный образ жизни.

При анализе пролеченных больных, выявлены следующие сопутствующие патологии:

хронический холецистит - 14 случаев (70%) в 2008 году, 12 случаев (66,6%) в 2009 году,

хронический панкреатит - 11 случаев (55%) в 2008 году, 10 случаев (55%) в 2009 году,

хронический пиелонефрит - 8 случаев (40%) в 2008 году, 8 случаев (44,4%) в 2009 году,

гепатоз - 16 случаев (80%) в 2008 году, 14 случаев (77,7%) в 2009 году,

нарушение патологии бронхов (эндобронхит) - 12

случаев (60%) в 2008 году), 13 случаев (72,2%) в 2009 году,

анемия - 15 случаев (75%) в 2008 году, 14 случаев (77,7%) в 2009 году,

кандида - 9 случаев (45%) в 2008 году, 11 случаев (61,1%) в 2009 году.

Распределение пролеченных больных по клиническим формам страдающих алкоголизмом и туберкулезом легких указан в таблице №1.

Абацилирование пролеченных из 20 больных 2008 году на 3-м месяце у 12(60%); на 4-м месяце - 5 больных (25%).

Переведены в МДР 3 больных (15%)

Абациллиарование пролеченных из 18 больных в 2009 году на 3-м месяце 10 больных (55,5%) , 6 больных - на 4-м месяце (33,3%).

Переведены в МДР 2 больных (11,1%).

По результатам обследования выявлены патология больных страдающих алкоголизмом и туберкулезом легких (таблица №2).

Таким образом, при анализе пролеченных больных, страдающих алкоголизмом, можно отметить следующие:

- малоэффективность их лечения, связанная с поздним обращением за медицинской помощью;
- неадекватное отношение к лечению самих больных;
- сопутствующая патология осложнений в связи с злоупотреблением алкоголя.

В связи с вышеизложенным, рекомендуется лечение больных хронических алкоголизмом в принудительном порядке до абацилирования.

МАСКҮНЕМДІК ЖӘНЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

Бақылауда болған ішімдікке салынған және туберкулез індетімен ауырған науқастарда туберкулез таяқшасынан айығу процессі ұзаққа созылуы байқалады. Олардың 92 пайыз жағдайында психикасы бұзылғандығы, нерв жүйелері әлсірегендігі анықталды. Ішімдікке салынған адамдар "арнайы топ" есебінде бақылауда болғандықтан ұдайы флюорография тексеруінен уақытылы өткізіліп, ертерек туберкулез ауруын жеңіл формасында анықтаса, ем қолдану ауру үшін тиімділігі сөзсіз. Сонымен бірге ішкілікке салынған туберкулез індетімен ауырған науқастарды мәжбүрлі түрде ем қабылдату ауру үшін тиімді болып саналады.

ALCOHOLISM AND TUBERCULOSIS

At the patients who were under supervision, suffering a tuberculosis in a combination to an alcoholism, treatment from a tubercular stick occurs very slowly. In 92 % cases from their number mentality frustration, easing of nervous system are noted. The account sick suffering a chronic alcoholism in risk group allows to spend regular timely flurografics inspections for a tuberculosis establishment in early forms that allows to treat patients effectively. Thus treatment sick chronic an alcoholism under compulsion has high efficiency.

VALEO

Шайдаров М.З.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ - КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ

Департамент Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК по городу Астане

На 1 января 2010 года по г. Астане насчитывалось 628 объектов фармацевтической деятельности, из которых 25 (3,29%) имеют государственную форму собственности, 203 - организации здравоохранения, в том числе 119 - негосударственные медицинские учреждения.

Из 628 объектов фармацевтической деятельности 4 являются фармацевтическими производственными цехами, 70 (11,5%) - аптечные склады; 69 (10,99%) - склады медицинской техники; 257 (40,93%) - аптеки, из которых 11(2%) производственные; 35 (5,58%) - аптечные пункты; 147 (23,41%) -аптечные киоски; 46 (7,33%) - магазины оптики и медицинской техники, изделий медицинского назначения.

Численность объектов фармацевтической деятельности по городу ежегодно увеличивается. Так, в 2007 году - 509, в 2008 году - 571, а в 2009 году их стало 628. В основном прирост их количества произошел за счет открытия новых аптек, складов медицинской техники и аптечных складов.

За 2009 год по г. Астане проведена 133 проверок лечебно- профилактических, медицинских и

фармацевтических организаций, из них: 40 плановых, 93 внеплановых (в том числе совместные с представителями районных и военной прокуратур, финансовый полиции, Комитета контроля медицинских услуг и др.)

В ходе проверок организаций здравоохранения выявлены следующие нарушения:

- нет информации для населения о порядке лекарственного обеспечения или размещены нормативные документы, утратившие силу;
- отсутствуют протоколы заседаний формулярной комиссии, расчеты потребности, материалы анализов по рациональному использованию лекарственных средств, фармакотерапии;
- лекарственные формуляры составляются некачественно;
- не на всех рецептах, амбулаторных картах, историях болезни, листах назначения больного, требованиях и накладных указывается полная дозировка выписанного лекарства;
- рецепты на бесплатные и льготные лекарства пронумерованы не соответствующим образом:
- отсутствуют бланки рецептов на бесплатные лекарства;
- хранение лекарств осуществляются в приспособленных помещениях, поставщиками осуществляется разовый завоз их годового объема;
- во многих лечебно- профилактических организациях отсутствуют или не соответствуют установленным требованиям журналы регистрации накладных, учета лекарственных средств;
- отсутствуют акты ежемесячной сверки наркотических средств, психотропных веществ, прекурсоров и этилового спирта.

В ходе проверок на предмет эффективного и рационального использования медицинского оборудования установлено, что во всех проверенных организациях составлены договоры и графики проведения метрологического обслуживания. Также имеются договоры на комплексное техническое обслуживание и ремонт, наладке медицинской техники.

Проведен технический контроль 58 наименований медицинской техники медицинского оборудования в 12 организациях здравоохранения города Астаны закупленных за счет республиканского бюджета.

Проводился контроль на достоверностью введенной в базу данных в медицинских организаций технико-экономических показателей, информации о наличии медицинского оборудования, изделий медицинского назначения, санитарного транспорта и его фактического наличия.

Вместе с тем, в некоторых организациях приобретенные в 2007- 2008 годах дорогостоящее медицинское оборудование не проверяется, так как не внесены в реестр государственной системы обеспечения единства измерения.

В некоторых организациях простаивают медицинские оборудования по причине отсутствия помещения. Имеет место неэффективное использование оборудования по причине технической неисправности. Интенсивность использования имеющегося оборудования в некоторых медицинских организациях превышает нормативы, что потенциально способствует раннему износу и выходу из рабочего состояния раньше гарантированного срока службы.

Выявлены расхождения фактического наличия в учетности медицинской техники и изделий медицинского назначения с данными, введенными в базу.

В базу данных вводится недостоверная информация по инвентарным номерам, стоимости, состояния оборудования. Несвоевременно вносится информация о вновь приобретенном оборудовании и изделиях медицинского назначения, данные о списании оборудования с баланса медицинских организаций.

Причинами выявленных нарушений являются:

- несоблюдение специалистами нормативных правовых актов, регулирующих обращения лекарственных средств;
- недобросовестное, безответственное отношение специалистов к своим функциональным обязанностям;
- недостаточный контроль со стороны руководителей медицинских организаций.

По фактам нарушений по статье 324 ч.2 КоАП РК направлены 4 материала в специализированный межрайонный административный суд г. Астаны, и приняты следующие меры: наложены административные штрафы на сумму 958200 тенге, приостановлена лицензии на фармацевтическую деятельность в двух объектах (аптеки ТОО "Денгук, ИП "Мажитова"); наложен административный штраф на должностное лицо ГУ "Центральный госпиталь МВД РК".

По выявленным фактам нарушений правил закупки, хранения, реализации лекарственных средств по статье 324 ч.1 КоАП РК руководителем Департамента рассмотрено 7 административных дел и наложены штрафы на сумму 934,1 тыс. тенге.

По фактам выявленных нарушений направлены материалы: в органы прокуратуры г. Астаны - 19, в Департамент финансовый полиции - 1, Управление здравоохранения г. Астаны - 2.

Выдано предписаний по устранению выявленных нарушений - 60.

Проверки осуществлялись в целях контроля:

- обеспечения безопасности, эффективности и качества лекарственных средств;
- состояния оснащенности и эффективности использования медицинского оборудования;
- качества ведения базы данных технико-экономических показателей (ТЭП);

- учета, эксплуатации, сервисного обслуживания и ремонта медицинского оборудования, соответствия закупленного медицинского оборудования условиям договоров о государственных закупках;
- учета, хранения, использования лекарственных средств, содержащих наркотические средства и психотропные вещества.

В 2010 году деятельность Департамента Комитета медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК по городу Астане будет направлена на дальнейшую реализацию государственной политики в сфере обращения лекарственных средств, Государственной программы реформирования и развития здравоохранения, Кодекса РК "О здоровье народа и системе здравоохранения" и положений Единой национальной системы здравоохранения.

ДӘРІЛЕРМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ - САПАЛЫЛЫҒЫ МЕН ҚАУІПСІЗДІГІ

2010 жылдың қаңтар айының 1 бастап Астана қаласы бойынша 628 фармацевтикалық орындар қызмет ететіндігі белгілі болды, олардың 25 (3,29%) мемлекеттік типте қызмет етеді, яғни 203 - денсаулық сақтау ұйымдарынан, оның ішінде 119 - мемлекеттік емес медициналық ұйымдардан болып отыр.

2009 жылы Астан қаласында 133 емдеу сауықтандыру орталықтарына, медициналық және фармацевтикалық ұйымдарға тексеру шаралары жүргізілді, оның ішінде: 40 жоспарлы, 93 жоспардан тыс.

Тексеру барысында анықталған кемшіліктер бойынша материалдар, Астана қаласының прокуратурасына - 19, Қаржы полициясы департаментіне - 1, Астана қаласы денсаулық сақтау департаментіне - 2 жіберілді.

MEDICINAL MAINTENANCE - QUALITY AND SAFETY

For January, 1st, 2010 across Astana 628 objects of pharmaceutical activity were, from which 25 (3,29 %) have the state pattern of ownership, 203 - the public health services organisations, including 119 - not state medical institutions. For 2009 across Astana it is spent 133 checks of medical - preventive, medical and pharmaceutical organisations, from them: 40 planned, 93 off-schedule. On the facts of the revealed infringements materials are directed: in bodies of Office of Public Prosecutor of Astana - 19, in Department financial polices - 1, Management of public health services of Astana - 2.

VALEO

УДК 313.646:665.63

Ж.Е. Баттакова, С.Т. Онаев, К.А.Медеубаева

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОИЗВОДСТВЕННОГО МИКРОКЛИМАТА НА РАБОЧИХ МЕСТАХ ОПЕРАТОРОВ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ УСТАНОВОК ЗАВОДА ПО ПЕРЕРАБОТКЕ НЕФТИ И ГАЗА

Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК, г. Караганда

Проведена оценка условий труда по микроклиматическим параметром на рабочих местах операторов технологических установок завода по переработке нефти и газа ТОО "Тенгизшевройл". Результаты исследования выявили, что на всех установках завода имеются отклонения от санитарных норм по показателям микроклимата.

Ключевые слова: завод по переработке нефти и газа, микроклиматические параметры, технологическая установка, работоспособность.

Вопросы охраны и укрепления здоровья работающего населения продолжают оставаться важнейшей проблемой медицины труда и здравоохранения в целом [1,2].

Интенсивный рост нефтедобывающей и нефтеперерабатывающей промышленности Казахстана на современном этапе обуславливает необходимость изучения влияния данных производственных факторов на здоровье рабочих-нефтяников. Добыча нефти, ее транспортировка и переработка, связана с широким использованием энергоемкого оборудования, аппаратов, работающих при высоком давлении и температуре, создающие неблагоприятные микроклиматические условия. Поэтому изучение микроклимата производственных помещений в нефтяной отрасли является актуальной, от которого во многом зависят состояние здоровья и работоспособность работающих [3, 4].

Цель исследования: Изучить особенности производственного микроклимата на рабочих местах операторов технологических установок завода по переработке нефти и газа ТОО "Тенгизшевройл".

Материалы и методы исследования: проведены гигиенические исследования по оценке уровней параметров микроклимата на рабочих местах операторов технологических установок завода нефтегазоперерабатывающего ТОО "Тенгизшевройл".

Завод по переработке нефти и газа является единой технологической линией включающей в себя следующие установки: установка U-200, которая занимается сепарацией, обессоливанием и стабилизацией нефти вместе с установкой U-1000 (факельное хозяйство); установка U-300, занимается очисткой газа от кислых компонентов вместе с установкой U-800, которая обрабатывает, кислую воду; установки U-400/U-500 производят серу; установка U-700 разделяет и очищает газы; установка U-900 - энергоресурсы.

Оценка микроклимата проводилось на основе измерений его параметров - температуры, влажности воздуха, скорости движения воздуха на всех рабочих местах пребывания операторов в течение смены и сопоставления с нормативами согласно СанПиН 2.2.4.548-96 "Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений".

Уровни микроклиматических параметров измеряли метеометром. Всего по микроклиматическим факторам было проведено 531 измерение.

Результаты собственных исследований: Анализ показателей микроклимата на установке 200/1000 выявил, что параметры температуры воздуха

Таблица 1- Параметры микроклимата в помещениях установки 200/1000.

Помещение	Температура воздуха, ^{0}C ПДУ=18-27	Относительная Влажность воздуха, % ПДУ =40-65	Скорость движения воздуха, м/с ПДУ=0,1-0,3
Насосная	23,2+1,5	43,0+1,1	0,2+0,01
Компрессорная	25,5+1,1	40,1+2,2	0,1+0,005
Аэрохолодильник	19,2+2,5	41,5+1,6	0,1+0,001
Электродигенератор	22,6+1,8	43,7+0,8	0,1+0,007
Машинный зал	17,5+4,8	45,6+1,3	0,2+0,003
Факелн. хозяйство	25,4+3,4	60,1+1,9	0,5+0,01

соответствовали ПДУ и колебались в пределах от 19,2 до 25,50С, относительной влажности - от 40,1 до 60,1% (таблица 1). Только в машинном зале температура воздуха не соотвествовала санитарным нормам и была ниже ПДУ на 0,50С.

Параметры микроклимата возле факелов составляли: температура воздуха - 25,50С, относительная влажность - 60,1%, скорость движения воздуха - 0,5 м/сек, что соответствовало времени года.

Сравнительная характеристика показателей микроклимата внутри произ-водственных помещений установки 200/1000 выявило более низкие значения температуры воздуха не выходящие за пределы нормальных значений в помещениии аэрохолодильника по сравнению с температурой воздуха в других производственных помещениях (насосная, компрессорная, электродигенератор). Так, температура воздуха в помещении, где расположен аэрохолодильник составляла 19,20С, в насосной - 23,20С, компрессорной - 25,5 0С, в помещении электродигенератора - 22,60С. Самая высокая температура воздуха в пределах установки 200/1000 была зарегистрирована в компрессорной (25,50С), за счет работы компрессоров.

Рисунок 1- Параметры микроклимата в помещениях установки 300/800.

Сравнительный анализ показателей относительной влажности воздуха в производственных помещениях установки 200/100 показал, что во всех помещениях установки влажность воздуха находилась в пределах нормы. Однако самые низкие значения влажности воздуха регистрировали в компрессорной (40,1%), а самые высокие значения относительнрой влажности воздуха в помещении аэрохолодильника (60,1%). В других помещениях установки влажность воздуха была в пределах 41,5% - 45,6%.

Сравнение скорости движения воздуха на установке 200/1000 показал, что во всех обследуемых производственных помещениях эти параметры микроклимата соответствовали санитарным нормам. При этом более высокие значения скорости движения воздуха регистрировали в насосной и машинном зале (0,2 м/с).

Таким образом, оценка микроклимата на установке 200/1000 выявила несоответствие санитарным нормам по таким показателям как температура воздуха (машинный зал). Низкие значения температуры воздуха могут отразиться на состоянии здоровья операторов.

Оценка параметров микроклимата на рабочих местах установки 300/800 не выявила отклонений от нормальных значений по показателям температуры, влажности и скорости движения воздуха (рис. 1).

Исключением является помещение, где расположены насососы. Здесь было зарегистрировано превышение относительной влажности воздуха на 17% от допустимой нормы, что является следствием недостачной вентиляции.

Сравнительный анализ параметров микроклимата в пределах установки 300/800 показал, что более высокое значение температуры воздуха отмечали в сепараторной (25,10С), которая была на 7,60С, выше чем в помещении насосной (17,50С). Самые низкие значения, не выходящие за пределы нормальных величин, регистрировали в сепараторной (48,6%), что на 8,5% ниже, чем в помещении колоны (57,1%).

Таким образом, гигиеническая оценка условий труда на рабочих местах установки 300/800 показала, что в помещениях насосной и сепараторной были обнаружены отклонения от санитарных норм по относительной влажности воздуха (насосная).

Гигиеническая характеристика условий труда на установке 400/500 по показателям микроклимата свидетельствовала, что операторы трудятся в оптимальных микроклиматических условиях, за исключением помещения насосной, где обнаружено низкие значения температуры воздуха (17,20С)

Таблица 2 - Параметры микроклимата в помещениях установки 400/500

Помещение	Температура воздуха, ^{0}С ПДУ=18-27	Относительная влажность воздуха, %, ПДУ=40-65	Скорость движения воздуха, м/с ПДУ=0,1-0,3
Насосная	18,6+2,1	59,4+2,1	0,1+0,001
Компрессорная	17,2+1,4	60,4+1,2	0,2+0,002
Электродигенератор	18,7+0,7	65,1+1,3	н/о
Машинный зал	19,4+1,2	64,2+2,0	н/о

Рисунок 2- Параметры микроклимата в помещениях установки 700

(таблица 2) и электродигенератора, где отмечено неначительное превышение ПДУ по влажности воздуха (65,1%).

Сравнительный характер изменений показаний микроклимата в различных помещениях установки 400/500 показал, что более высокие значения температуры (19,40С) и влажности воздуха (64,2%). Скорость движения воздуха в помещении компрессорной была 0,1 м/с выше, чем в насосной.

Таким образом, результаты проведенных гигиенических исследований условий труда на рабочих местах производственных помещений установки 400/500 выявили отклонения от установленных гигиенических норм по температуре воздуха (компрессорная) и относительной влажности воздуха (помещение электродигенератора).

Замеры микроклиматических параметров на рабочих местах установки 700 представлены в рисунке 2. Из которой видно, что в помещениях насосной и коспрессорной параметры микроклимата соответствуют гигиенической норме. Исключеним являются помещения блоков, где температура воздуха была ниже ПДУ на 3,20С.

При сравнении показателей микроклимата в различных помещениях установки 700 было установлено, что более высокие значения температуры воздуха регисрировали в помещении компрессорной 18,50С, а скорости движения воздуха в помещениях блоков (0,3 м/с). Выявленные изменения не выходили за пределы нормальных значений. Параметры относительной влажности воздуха во всех рассматриваемых помещениях были одинаковыми и колебались от 52,1% до 53,0%.

Гиеническая оценка условий труда на установке 900 микроклиматических показателей в основном свидетельствует, что данные параметры соответствуют гигиенической норме, за исключением снижения показателей температуры воздуха в насосной на 42,2%, в компрессорной на 45,2% и на азотной станции на 43,3% от нормы (таблица 3).

Наименьшая температура воздуха была зарегистрирована в компрессорной, которая была ниже на 0,8 С0 от зафиксированного максимального уровня температуры на установке, в производственном помещении насосной.

Таким образом, оценка состояния условий труда по гигиеническим показателям показала, что на установках 700 и 900 имеются отклонения от нормальных значений по параметрам микроклимата, длительной воздействие вышеперечисленных показателей может оказывать неблагоприятное действие на состояние здоровья и работоспособность операторов обслуживающих установки 700 и 900.

Полученные результаты исследований оценки микроклиматических параметров на рабочих местах операторов технологических установок завода по переработке нефти и газа позволили сделать следующие вывод, что на всех установках завода имеются отклонения от санитарных норм по показателям микроклимата, что может негативно сказаться на здоровье и работоспособности операторов.

Таблица 3- Параметры микроклимата в помещениях установке 900.

Помещение	Параметры микроклимата		
	Температура воздуха, ^{0}С ПДУ=18-27	Относительная влажность воздуха, %, ПДУ=40-65	Скорость движения воздуха, м/с ПДУ= 0,1-0,3
Насосная	15,6+1,2	47,5+1,2	0,1+0,03
Компрессорная	14,8+1,6	42,1+1,8	0,1+0,005
Азотная станция	15,3+2,2	49,8+1,5	0,2+0,003

ЛИТЕРАТУРА

1. Измеров Н.Ф. Прошлое, настоящее и будущее профпатологии //Мед.труда и пром.экология.-2001.-№1.-С.1-9.

2. Онаев С.Т., Балаева Е.А., Шадетова А.Ж. и др. Оценка влияния условий труда на здоровье операторов-работников нефтегазовой промышленности //Гигиена труда и медицинская экология. 2009. -№ 2 (23). -С. 63-69.

3. Жайсакова Д.Е. Хроническое влияние продуктов газонефтеконденсатного производства у рабочих "Карашагангазпром" на состояние обонятельной функции полости носа //Здравоохранение Казахстана 1998. - N11.- С. 68 -70.

4. Тулебаев Р.К., Слажнева Т.И., Кенесариев У.И., Белоног А.А., Корчесвский А.А. Оценка гигиенических рисков в промышленных регионах Республики Казахстан. - Алматы, Искандер, 2004. - С 47-53.

5. Онаев С.Т., Шадетова А.Ж., Сыздыкова А.А. и др. Состояние центральной нервной системы и умственной работоспособности операторов в динамике 12-ти часовой рабочей смене //Респ. научно-практическая конференция "Деятельность санитарно-эпидемиологической службы и современные проблемы охраны здоровья населения", Караганда -2009.

МҰНАЙ-ГАЗ ӨҢДЕУ ЗАУЫТЫНДАҒЫ ТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ ҚОНДЫРҒЫЛАРДАҒЫ ОПЕРАТОРЛАРДЫҢ ЖҰМЫС ОРНЫНДАҒЫ ӨНДІРІСТІК МИКРОКЛИМАТТЫ ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАЛАУ

Мақалада ЖШС "Тенізшевройл" мұнай және газ өңдеу зауытының технологиялық қондырғыларындағы микроклимат параметлеріне баға берілді. Зерттеу барысында жұмыс аймағында микроклимат көрсеткіштері санитарлық нормаға сай келмеуі анықталды.

Түйін сөздер: мұнай және газ өңдеу зауыты, микроклимат параметрлері, технологиялық қондырғылар, температура, ауаның ылғалдылығы, ауа қозғалысы.

EVALUATION OF THE PRODUCTION CLIMATE OF THE TECHNOLOGY SYSTEMS OPERATORS' WORKPLACES OF THE FACTORY FOR PROCESSING OIL AND GAS

The assessment of working conditions on the microclimatic parameters of the operators' workplaces at "Tengizchevroil" oil and gas refinery processing plants was conducted. The study revealed that there are deviations from the sanitary norms for indicators of microclimate at all installations of the plant.

Keywords: oil refinery and gas, microclimatic parameters, installation, and performance.

VALEO

И.Коман, Л.З. Тель, Е.Д. Даленов

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПИЩЕВОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ

FAMILY PHYSICIANS ASSOCIATES, LYNDHURST, OH, USA

Институт проблем питания, Астана

В здоровом организме пищеварительная и иммунная системы тесно связаны друг с другом. Задача их совместной деятельности состоит в обеспечении адекватного расщепления пищи и обеспечении организма необходимыми питательными веществами. К сожалению, у значительного числа людей нормальное течение процесса пищеварения нарушается из-за того, что частицы пищи, не переваренные должным образом, проникают сквозь кишечную стенку в системный кровоток. Подобная ситуация приводит к целому каскаду нарушений, который принято описывать термином "пищевая неперносимость". Существуют данные, что основной эффект для организма, связанный с пищевой непереносимостью, обусловлен иммунным ответ, возникающим в результате проникновения чужеродных белков в кровоток. Для оценки реакции иммунной системы используют стандартный тест на определение иммуноглобулинов G (IgG) к пищевым продуктам. В настоящее время широко обсуждается, насколько достоверным является этот метод, поскольку до сих пор не существует единой системы оценки его результатов. В данном обзоре, наряду с литературными данными, использованы собственные данные автора в области оценки результатов тестов и создания на их основе высокоэффективных элиминационных диет. Данный обзор открывает серию статей, посвященных различным аспектам заболеваний, связанных с неперносимостью пищи.

Хорошо известно, что порядка 70% иммунной ткани распложено в непосредственной близости от органов пищеварения (1). Поскольку все пищевые продукты несут на себе следы своего происхождения, выраженные в виде их антигенной специфичности, попадая в кровь, они могут представлять значительный вред для организма. Чтобы предотвратить это, природа наделила организм человека защитным механизмом, предотвращающим прямое попадание чужеродных частиц пищи в кровь. Большинство таких физиологических механизмов локализовано непосредственно в различных отделах кишечника. В здоровом организме тонкий кишечник работает, как сито-избирательно пропуская в кровоток только те продукты, которые прошли полностью расщепление на предшествующих этапах пищеварения (2). В теории белки, жиры, крахмалы, витамины, прошедшие соответствующие стадии пищеварения, должны попадать в кровь в виде простых молекул-мономеров, в то время, как крупные, преимущественно белковые молекулы, микробы, токсины должны удерживаться во внутреннем пространстве кишки (3). Всасывание питательных веществ происходит на поверхности микроворсинок тонкого кишечника, выстилающих его на всем протяжении. По мере попадания белков в кишечник, они собираются на поверхности энтероцитов - функциональных клеток тонкой кишки, вырабатывающих слизь, наличием которой обусловлено нормальное функционирование кишки. Именно на поверхности энтероцитов происходит их расщепление за счет действия ферментов желудочного и кишечного сока до состояния простых белков, которые затем переносятся в цитоплазму энтероцитов, где происходит их окончательное расщепление до аминокислот. Аминокислоты, в свою очередь, покидают энтероциты и через систему портальной вены попадают в кровоток.

Поскольку все протеины обладают антигенной специфичностью, абсорбция специфических антигенов - одна из основных функций пищеварения, осуществляемая совместно пищеварительной и иммунной ситемами. При участии микроскладчатых клеток, локализованных в Пейеровых бляшках, - областях концентрации лимфоидной ткани вокруг тонкой кишки, молекулы протеинов попадают в толщу дендритных клеток. Там происходит их разрушение до уровня, на котором проявляется непосредственная активность их антигенных детерминант - эпитопов. Эпитопы - это пептиды и некоторые другие пептидсодержащие образования, осуществляющие контакт антигена с антителом. Как правило, эти участки представлены олигопептидами, состоящими из трех или более аминокислот. Молекул такого размера недостаточно, чтобы потенцировать выработку новых антител, но достаточно, чтобы они могли взаимодействовать с уже циркулирующими в крови антителами. Реакция эпитопов с Т-лифоцитами происходит в Пейеровых бляшках и регионарных лимфатических узлах, где, в свою очередь, активируются ассоциированные В-лимфоциты. Образовавшиеся комплексы попадают в кровоток через грудной лимфатический проток и в дальнейшем оседают на поверхности кишки. В некоторых случаях они могут быть найдены в слизистом содержимом других органов (легкие, носоглотка, молочные железы, слюнные железы, урогенитальный тракт).

Реакция связывания антигена, происходящая в

Пейеровых бляшках, ведет к сенсибилизации кишки и развитию системной толерантности организма к данному антигенпрезентующему белку (4). В то время, как Пейеровы бляшки способствуют развитию системной толерантности организма, часть антигенов абсорбируется в слизистой кишки, стимулируя, таким образом, поддержание там должного уровня иммуноглобулинов А. Т.н. секреторные иммуноглобулины А представлены в основном в клетках - криптах на поверхности кишки. Действие этих антиглобулинов может быть направлено как против пищевых, так и инфекционных антигенов. Их функция заключается в индуцировании слизистого иммунитета, формировании орального иммунитета путем иммунизации слизистой рта пищевыми антигенами и элиминации антигенов. Иммуноглобулины А, как говорилось раньше, могут быть найдены в составе слизистой, покрывающей тонкую кишку, но практически никогда они не проникают в кровь. Они секретируются между плотно прилежащими друг к другу энтероцитами, покрывающими абсорбирующую поверхность тонкой кишки, и могут проникать либо в просвет кишки , либо, что с функциональной точки зрения более значимо, в гликокаликс, заполняющий промежутки между микроворсинками энтероцитов.

В идеально здоровом организме иммунная система слизистой кишки предотвращает большинство пищевых антигенов от попадания в систему портальной вены. Однако, в реальности часть антигенов пищи попадает в системный кровоток. Мелкие, незначительные с точки зрения пищеварения частицы могут проникать сквозь кишечную стенку, используя различные механизмы (5). Согласно научной гипотезе, получающее все большее подтверждение, феномен проникновения пищевых антигенов обусловлен локальной воспалительной реакции, возникающей на поверхности кишки в зонах абсорбции при накоплении там недорасщепленных молекул компонентов пищи (6). Воспаление сопровождается сжатием расположенных рядом энтероцитов, что ведет к увеличению проницаемости кишечной стенки. В результате крупные молекулы механически преодолевают барьер кишечной стенки и могут достигать системный кровоток.

Защитный механизм, используемый организмом на уровне системного кровотока, во многом обусловлен деятельностью циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Кровь, содержащая остатки пищевых продуктов, поступает из ЖКТ в печень, где большинство иммунных комплексов, связывающих пищевые антигены, после взаимодействия с элементами ретикулоэндотелиальной системы разрушаются. В случае, если ЦИК преодолевают этот барьер, они могут вызывать реакции в различных органах. Циркулируя с кровотком ЦИК обладают способностью к накоплению в тканях. Небольшие количества ЦИК, связанных с антигенами пищи, обнаружены в тканях здоровых людей, а у больных аллергическими заболеваниями, пациентов с недостаточным уровнем секреторного IgA обнаружена значительная концентрация ЦИК в тканях организма (4), в частности, развитие воспалительных изменений в почечных канальцах, коже (7). Реакции такого типа, вызванные оседанием в ткани иммунного комплекса и последующей активацией комплемента, относится к реакциям гиперчувствительности III типа. В ходе развития реакций такого типа IgG антитела, связанные с пищевыми антигенами, формируют циркулирующие иммунные комплексы, к которым присоединен комплемент. ЦИК с активированным комплементом представляет собой циркулирующую систему, состоящую из 25 взаимодействующих протеинов. Функцией комплемента является изменение и увеличение биологических эффектов ЦИК. Активизация каскада белков комплемента способствует связыванию протеинов, расположенных на поверхности клетки, и дальнейшему образованию отверстий в клеточной стенке, через которые содержимое клетки может свободно вытекать из нее (8). Выделение IgG, активация комплемента, клеточные иммунные механизмы напрямую зависят от частоты и длительности действия пищевого антигена.

Накопление ЦИК в различных тканях ведет к развитию мультиорганной патологии, напоминающей по своему патогенезу развитие некоторых аутоиммунных процессов, ряда заболеваний соединительной ткани, а в некоторых случаях даже формирование злокачественных образований (9).

Патология, обусловленная накоплением имунных комплексов, содержащих пищевой антиген, в настоящее время формально никаким образом не классифицируется. Из-за связи с пищей такие реакции относят к состоянию пищевой неперносимости. Пищевая неперносимость может лежать в основе многих заболеваний, в отношении которых выставляются ложные диагнозы и их терапия оказывается неэффективна. Учитывая ключевую роль ЦИК в развитии тканевых реакций представляется возможным проведение своеобразной параллели с теорией Вон Пирке, касающейся природы сывороточной болезни - прототипа болезни иммунных комплексов. Согласно подходу, основанному на этой теории, пищевой белок, попадающий в системный кровоток в значимом для системы количестве, вызывает симптомы, подобные симптомам сывороточной болезни - состоянию, при котором ЦИК персистируют в крови, но не вызывают симптомов классической аллергической реакции. Такое состояние предшествует развитию заболевания, находится в сфере профилактического лечения и поддается коррекции путем исключения "проблемного" продукты из диеты

на определенное время.

Определение продукции IgG антител к пищевым антигенам, характеризующих иммунный ответ на внедрение пищевого антигена, происходит путем стандартной методики ELIZA.

В настоящее время ведутся научные дискуссии, предметом которых является определение критериев оценки результатов IgG теста для применения при разработке диеты. Основной аргумент, высказываемый исследователями, связан с отсутствием каких-либо стандартов в этой сфере. К примеру, отсутствует единый стандарт изготовления панелей продуктов для производства теста. Это автоматически ведет к тому, что результаты теста могут значительно различаться в зависимости от источника появления продуктов, нанесенных на панель, а также от производителя панели. Дополнительные различия связаны с отсутствием единой шкалы оценки показателей IgG. Большинство лабораторий, проводящих ELISA тест на определение пищевых IgG использует для их интрепретации 7-уровневую шкалу, предложенную Всемирной организацией здравоохранения для оценки реакций, обусловленных действием IgE.

Перечисленные факторы объясняют незначительное распространение метода во врачебной практике. В настоящее время регуляторные органы разных стран ведут работу по стандартизации показателей IgG, чтобы в дальнейшем ввести этот тест в рутинную практику.

Независимо от принципа, по которому проводится интерпретация данных теста IgG, единственным терапевтическим методом, применяемым для коррекции пищевой непереносимости, остается элиминацонная диета.

Согласно данным литературы и собственных клинических наблюдений элиминационная диета, построенная на основе анализа IgG, может быть эффективна при лечении следующих состояний: целиакия, мигрень (10), синдром раздраженного толстого кишечника (11), атопический дерматит (12), синдром нарушения концентрации внимания (13), синдром хронической усталости (14), желудочно-кишечные симптомы (15), ревматоидный артрит (16).

Отдельного внимания заслуживает коррекция ожирения путем элиминационной диеты, построенной на основе адекватной интерпретации данных теста IgG антител к пищевым антигенам.

Механизм, благодаря котрому, на фоне элиминации продуктов, в отношении которых опрделены повышенные значения IgG, происходит снижение веса является предметом изучения и в настоящее время до конца непонятен. Показано, что у людей, страдающих ожирением, отмечается повышение уровня IgG в крови (17), крое того в этой группе, особенно у детей уровень IgG антител к пищевым продуктам коррелирует с показателями воспаления (18). Аналогичное повышение IgG характерно для наяальных стадий нефротического синдрома (19, 20). Ожирение, в свое очередь, характеризуется повышенным уровнем клубочковой фильтрации, повышенным почечным кровотоком, гломеруломегалией и, в некоторых тяжелых случаях, фокальным сегментальным гломерулонекрозом (21). Данные современных исследований однозначно подтверждают связь между ожирением и хроническими заболеваниями почек. Данные специального исследования (Prevention of Renal and Vascular End-stage Disease) свидетельствуют, что изменения веса ведут к развитию альбуминурии (22). Основываясь на вышеприведенных факторах, высказывается гипотеза, в соответствии с которой, элиминация определнных продуктов, способствует постепенному снижению нагрузки IgG на почечные клубочки, что, в свою очередь, способствует нормализации их деятельности. Вопрос о механизме снижения веса в этой связи пока остается неотвеченным.

REFERENCES

1.Spaeth G, Berg RD, Specian RD, Deitch EA, Food Without Fiber promotes bacterial translocation from the gut. Surgery. 1990 Aug;108(2):240-6;

2.Krack A, Sharma R, Figulla HR, Anker SD. The importance of the gastrointestinal system in the pathogenesis of heart failure. Eur Heart J. 2005 Nov;26(22):2368-74. Epub 2005 Jun 24;

3. Lipski E., "What to do about a health threat that can cause arthritis, allergies and a host of other illnesses", Leaky Gut Syndrome 10 Keats,1998;

4. Freed D., The training course for allergy doctors undergoing registration on the Register of AEN Physicians, run jointly by the British Society for Allergy Environmental & Nutritional (AEN) Medicine and the Institute of Biology., 2003;

5. Kleinman, Ronald E., Walker, Allan W., Antigen Processing and Uptake from the Intestinal Tract. Clin Rev Allergy, 2:25-37,1984;

6. Wilders-Truschnig M, Mangge H, Lieners C, Gruber H, Mayer C, M?rz W., IgG antibodies against food antigens are correlated with inflammation and intima media thickness in obese juveniles, Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2008 Apr;116(4):241-5. Epub 2007 Dec 10;

7. Glassman M, Kaplan M, Spivak W., Immune-complex glomerulonephritis in Crohn's disease., J Pediatr Gastroenterol Nutr., 1986 Nov-Dec;5(6):966-9;

8. Peters SM, el-Rafei A, Bellanti JA, Harris NS., IgG4 FAST test in food allergic individuals: preliminary results., N Engl Reg Allergy Proc., 1988 Jan-Feb;9(1):75-80;

9. Karjalainen, J., et al, A Bovine Albumin Peptide as a Possible Trigger of Insulin-Dependent Diabetes Mellitus., N Engl J Med, 327(5): 302-7, 1992.);

10. Le Sellin J., Clinical signs of food allergy, 1997 Jul;29 Spec No:11-4;

11. Monsbakken KW, Vandvik PO, Farup PG., Perceived food intolerance in subjects with irritable bowel syndrome--etiology, prevalence and consequences, Eur J Clin Nutr., 2006 May;60(5):667-72;

12. Oranje AP, Wolkerstorfer A, de Waard-van der Spek FB., Natural course of cow's milk allergy in childhood atopic eczema/ dermatitis syndrome, Ann Allergy Asthma Immunol., 2002 Dec;89(6 Suppl 1);

13. Boris M, Mandel FS., Foods and additives are common causes of the attention deficit hyperactive disorder in children., Ann Allergy, 1994 May;72(5):462-8;

14. Bassi N, Amital D, Amital H, Doria A, Shoenfeld Y., Chronic fatigue syndrome: characteristics and possible causes for its pathogenesis, Isr Med Assoc J. 2008, Jan;10(1):79-82.

15. Ramesh S.,Food allergy overview in children, Clin Rev Allergy Immunol., 2008 Apr;34(2):217-30;

16. Hafstrom, I., et al, A Vegan Diet Free of Gluten Improves the Signs and Symptoms of Rheumatoid Arthritis: the Effects on Arthritis Correlate with a Reduction in Antibodies to Food Antigens, Hematology (Oxford), 40(10): 1175-9, 2001;

17. Sedletski? Iul, Mirchuk KK, Koreshkin IA. The immune status of patients with obesity. Vrach Delo. 1990 Sep;(9):71-3

18. Drisko J, Bischoff B, Hall M, McCallum R.J., Treating irritable bowel syndrome with a food elimination diet followed by food challenge and probiotics, Am Coll Nutr. 2006 Dec;25(6):514-.

19. du Buf-Vereijken PW, Branten AJ, Wetzels JF., Idiopathic membranous nephropathy: outline and rationale of a treatment strategy, Am J Kidney Dis. 2005 Dec;46(6):1012-29.

20. Arthur JE, Lucke VM, Newby TJ, Bourne FJ, An immunohistological study of feline glomerulonephritis using the peroxidase-antiperoxidase method. Res Vet Sci. 1984 Jul;37(1):12-7.

21. Sachse A, Wolf G. New aspects of the relationship among hypertension, obesity, and the kidneys. Curr Hypertens Rep. 2008 Apr;10(2):138-42.

22. Ritz E. Metabolic syndrome and kidney disease. Blood Purif. 2008;26(1):59-62. Epub 2008 Jan 10

23. Wilders-Truschnig M, Mangge H, Lieners C, Gruber H, Mayer C, M?rz W., IgG antibodies against food antigens are correlated with inflammation and intima media thickness in obese juveniles, Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2008 Apr;116(4):241-5. Epub 2007 Dec 10;

ТАҒАМ ЖАҚПАУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІНІҢ ДАМУ МЕХАНИЗМІ

Дені сау организмде ас қорыту жүйесі мен иммундық жүйе бір- бірімен өте тығыз байланысты. Өкінішке орай кейбір адамдарда ас қорыту жүйесінің қызметі бұзылған, сол себепті тағам құрамынан түсетін тағамдық заттардың сіңірілуі нашарлайды. Нәтижесінде, "тағам жақпау" процесі дамиды. Әдеби шолуларға сүйенетін болсақ, организмге тағамның жақпауы иммунитет жүйесінің әлсіреуімен өте тығыз байланысты. Яғни, ол бөгде заттардың кан құрамына енуімен түсіндіріледі. Иммундық жүйенің тағамдық заттарға сезімталдығына қарсы антиденелерді анықтау үшін стандартты IgG тесті қолданылады. Қазіргі күні, аталған әдісте нәтижені анықтайтын біркелкі стандарттардың жоқтығы жөнінде кеңінен талқыланып жүр. Сондықтан, бұл мақалада "тағам жақпауы" кезіндегі жағдайды болдырмаудың тиімді емдәмі жөнінде әдеби шолулармен қатар авторлардың жеке мәліметтері келтірілген.

MECHANISM FOR DEVELOPMENT OF CLINICAL MANIFISTATIONS OF FOOD INTOLERANCE

In a healthy organism digestive and immune systems are closely connected with each other. These systems joint activity consists in an adequate digestion of food and proper breakdown of nutrients. Unfortunately, there are considerable number of people who suffer from poor indigestion and absorption of all the essential nutrients is broken. This situation leads to the process which can be described as a "food intolerance". There are data, that the main effect of the food intolerance is caused by the weakened immune system resulting from penetration of foreign bodies into a blood-stream. To estimate the reaction of the immune system the standard IgG tests, a detection of antibodies to food nutrients is used. Now it is widely discussed, that this method has no uniform standards for result estimation, therefore it is not reliable. In the given review, along with literary data, and the data of the author. Estimated tests results are the base in creation of highly effective elimination diets are used. In conclusion, this review leads to a series of articles devoted to various aspects of diseases, connected with intolerance.

А.П.Сарсембаева

ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ДЕТЕЙ 6-59 МЕСЯЧНОГО ВОЗРАСТА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТОЙ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПРАКТИКИ ПИТАНИЯ

Казахская академия питания, Алматы

Ключевые слова: рациональное питание, фолиевая кислота, фортификация (обогащение) муки

По данным экспертов ВОЗ, недостаточность питания является самой распространённой причиной развития многих заболеваний. Особую актуальность связана с тем, что в современных условиях питание населения характеризуется рядом серьёзных нарушений. Хорошо известны и не менее значимы так называемые "предрасполагающие" факторы, в числе которых особое значение сегодня приобретает нерациональное питание. Так, многочисленными исследованиями, выполненными в различных странах на протяжении последних десятилетий, убедительно доказана роль фолиевой кислоты в целом ряде физиологических процессов организма человека [1,2].

Рациональное питание женщин до и во время беременности определяет как их собственное здоровье, так и полноценное развитие и здоровье их детей. Формирование плода, нормальное протекание беременности невозможны в условиях недостатка витаминов и микроэлементов. Витамины, минералы и микроэлементы способствуют нормальному функционированию материнского организма во время беременности и адекватному формированию плаценты и плода.

Результаты рандомизированных исследований указывают на то, что более половины случаев дефектов развития нервной трубки могли бы быть предотвращены, если бы женщины потребляли достаточное количество фолиевой кислоты перед зачатием и в течение ранней беременности. Все возрастающие новые находки раскрывают биохимию, биологию развития и молекулярную генетику, лежащие в основе дефекта развития нервной трубки, и делают возможными дальнейшие профилактические стратегии.

Фолиевая кислота содержится в большом количестве в листьях зеленых растений. Отсюда этот витамин, фолиевая кислота, и получил свое название от латинского слова "фолиум" - лист. К продуктам богатым фолиевой кислотой относятся темно-зеленые овощи с листьями (шпинат, салат-латук, спаржа), морковь, дрожжи, печень, яичный желток, сыр, дыня, абрикосы, тыква, авокадо, бобы, цельная пшеничная и темная ржаная мука[3].

На уровень обеспеченности фолиевой кислотой влияет в первую очередь диета, обогащенная витаминами, или прием витаминных препаратов или добавок. Так, в некоторых странах было рекомендовано принимать ежедневно не менее 0.4 мг (400 мкг) фолиевой кислоты женщинам репродуктивного возраста и не менее 0.6 мг - беременным женщинам [4,5].

Целью исследования было изучение питания детей до 5-ти лет частотным методом специально разработанной анкетой для оценки обеспеченности фолиевой кислотой.

Была проведена рандомизированная выборка детей, проживающих экологически неблагоприятных регионах и по Республике в целом. Питание детей изучался путем опроса их матерей.

На предварительном этапе исследования общее число обследованных детей до 5-ти лет составило 1000, а во втором этапе было охвачено по Республике -1322.

В питании детей до 5-летнего возраста отмечено некоторое повышение процента детей, потреблявших молочные и мясные продукты, а также овощи и фрукты за период с 2001 по 2006 годы. Так, выявлено повышение процента детей, потреблявших коровье молоко (с 79% в 2001 году до 85% в 2006 году) и кисломолочные продукты (с 56% до 66%, соответственно), творог и сыры (с 33% до 43%, соответственно). Лишь 1,9%-2,5% детей потребляли такие национальные продукты, как кумыс и шубат (рис. 1).

Отмечено повышение процента детей, потреблявших

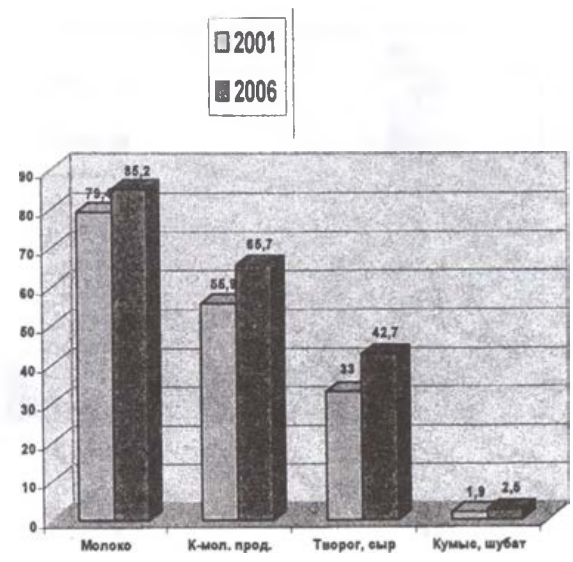


Рисунок 1 - Динамика изменения процента детей до 5-летнего возраста, потреблявших молочные продукты в течение последней недели до обследования (сравнительные данные за 2001 и 2006 годы)

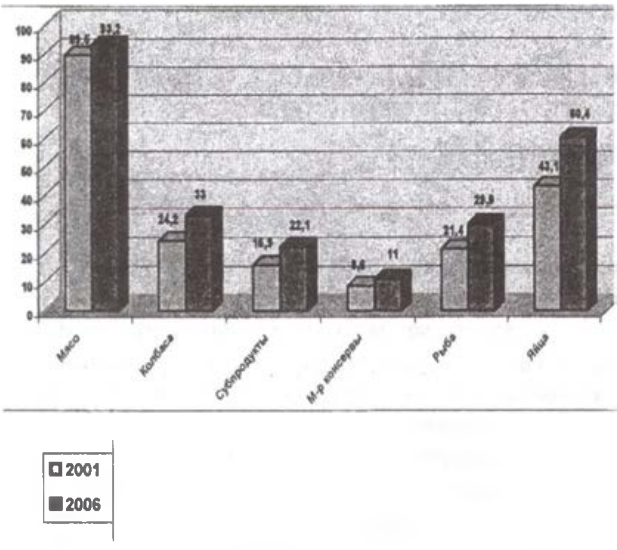


Рисунок 2 - Динамика изменения процента детей до 5-летнего возраста, потреблявших мясные и рыбные продукты, а также яйца в течение последней недели до обследования (сравнительные данные за 2001 и 2006 годы)

яйца (с 43% в 2001 году до 60% в 2006 году), колбасные изделия (с 24 до 33%, соответственно) и рыбные продукты (с 21 до 30%, соответственно). Наблюдалась также тенденция к повышению процента детей, потреблявших мясо, субпродукты и мясорыбные консервы (рис.2).

Повысился процент детей, потреблявших капусту (с 56% в 2001 году до 68% в 2006 году), свеклу и редьку (с 29% до 42%, соответственно) и тыкву (с 16% до 26%, соответственно). Выявлена также тенденция к повышению процента детей, потреблявших морковь, томаты, укроп и петрушку (рис. 3).

Увеличился процент детей, потреблявших яблоки и груши (с 65% в 2001 году до 73% в 2006 году), цитрусовых (с 15% до 25%, соответственно), консервированных фруктов (с 21% до 31%, соответственно), и сухофруктов (с 28% до 37%, соответственно), а также соков (с 39% до 50%, соответственно). Лишь небольшое число детей потребляли бананы и ягоды (рис. 4)

Как видно из данных, значительный процент детей потребляют многие из этих продуктов преимущественно 1 раз в неделю. Более часто потребляются лишь мясо (каждый день или 2-3 раза в неделю), морковь и свежие фрукты (2-3 раза в неделю).

В связи с этим, одним из путей улучшения обеспеченности фолиевой кислотой наряду с приемом препаратов является обогащения муки данным витамином.

Фортификация (обогащение) муки фолиевой кислотой в Соединенных Штатах, Канаде и Чили привела к немедленному и выраженному увеличению уровня фолатов в крови. Исследования, проведенные в Соединенных Штатах, показали уменьшение случаев врожденных дефектов, и при этом была достигнута почти полная элиминация фолат- дефицитной анемии, уменьшение уровня гомоцистеина в плазме крови, а также случаев инсульта и инфаркта миокарда [6]. Фортификация (обогащение) продуктов питания фолиевой кислотой является безопасным, надежным и недорогим методом профилактики дефицита фолиевой кислоты, а также заболеваний, связанных с недостаточностью фолата. Предполагают, что дефицит

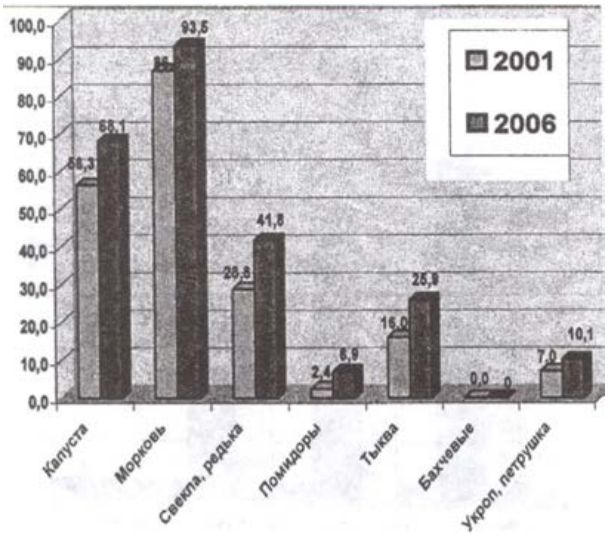


Рисунок 3 - Динамика изменения процента детей до 5-летнего возраста, потреблявших овощи в течение последней недели до обследования (сравнительные данные за 2001 и 2006 годы)

Рисунок 4 - Динамика изменения процента детей до 5-летнего возраста, потреблявших фрукты и соки в течение последней недели до обследования (сравнительные данные за 2001 и 2006 годы)

фолиевой кислоты является фактором риска развития сердечно-сосудистой патологии и инсульта [7]. Повышение риска при этом сопоставима с риском от увеличения уровня холестерина в сыворотке крови, и независима от эффекта повышенного уровня холестерина. Показано также, что дефицит фолиевой кислоты предрасполагает к развитию колоректального рака. По-видимому, является целесообразным обогащение пшеничной муки фолиевой кислотой, так как мука является наиболее распространенным продуктом питания, что в свою очередь предотвратит врожденные дефекты и фолатдефицитную анемию и, вероятно, предотвратит сердечные приступы, инсульт и рак толстой кишки [8].

Фортификация (обогащение) пшеничной муки в Казахстане началась в 2001 году в рамках международного проекта "Улучшение питания матерей и детей в Азиатских странах на переходном этапе развития", финансируемого Японским фондом по борьбе с бедностью посредством Азиатского банка развития, и направленного на профилактику железодефицитной анемии и гиповитаминозов через обогащение пшеничной муки комплексом микронутриентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. CINDI dietary guide. World Health Organization . 2000 EUR/ 00/5018028. page 32

2. Вологжанин Д.А., Калинина Н.М., Князев П.С. Питание и иммунитет.- Иммунология, том 6, сентябрь 2006, стр. 629.*

3. U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service. 2001. USDA National Nutrient Database for Standard Reference, Release 16. Nutrient Data Laboratory Home Page, http:// www.nal.usda.gov/fnic/cgi-bin/nut_search.pl.

4. Institute of Medicine. Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes: Thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B6, folate, vitamin B12, pantothenic acid, biotin, and choline. National Academy Press. Washington, DC, 1998.

5. Громова О. А., Гупало Е. М.. Что могут физиологические дозы витаминов и минералов при беременности? - Российский вестник акушера-гинеколога, 2008г, №4.

6. Stanger O, Semmelrock HJ, Wonisch W, Bos U, Pabst E, Wascher TC. Effects of folate treatment and homocysteine lowering on resistance vessel reactivity in atherosclerotic subjects. J Pharmacol Exp Ther 2002: 303:158-62.

7. Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). National Cholesterol Education Program, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health, September 2002. NIH Publication No. 02-5215.

8. Oaks BM, Dodd KW, Meinhold CL, Jiao L, Church TR, Stolzenberg-Solomon RZ. Folate intake, post-folic acid grain fortification, and pancreatic cancer risk in the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial.-Am J Clin Nutr. 2010 Feb;91(2):449-55.

ЖАСЫ 6-59 АЙЛЫҚ АРАЛЫҒЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ТАМАҚТАНУ ЖАҒДАЙЫН ЗЕРТТЕУ БАРЫСЫНДА ФОЛИЙ ҚЫШҚЫЛЫМЕН ҚАМТЫЛҒАНДЫҒЫН БАҒАЛАУ

Бес жасқа дейінгі балалардың 2001-2006 жылдар аралығында сүт және ет тағамдары, сонымен қатар жемістер мен көкөністерді пайдалануларының өскендігі байқалды. Дегенмен олардың тамақтануында осы тағамдардың кей біреулері аптасына 1 рет қана қолданылады.

ASSESSMENT OF FOLIC ACID LEVEL IN CHILDREN AGED 6-59 MONTHS IN THE STUDY OF NUTRITION PRACTICE

It is revealed the slight increasing the dairy and meat products, as well as vegetables and fruits for the period from 2001 to 2006 in nutrition practice in children under 5 years old. Nevertheless, children consume many of these products mainly 1 time per week.

VALEO

А.П.Сарсембаева

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 5-ТИ ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Казахская академия питания, Алматы

В структуре общей заболеваемости детей одно из ведущих мест занимает нерациональное питание. Не вызывает сомнений, что условием, способствующим развитию целого ряда заболеваний, может оказаться дефицит жизненно важного микронутриента.

Витамины абсолютно необходимы для роста и развития организма, обновления его тканей, нормального осуществления обмена веществ и всех физиологических функций. Они защищают человека от болезней и вредных факторов окружающей среды. Недостаточное потребление витаминов нарушает обмен веществ, ослабляет защитные силы организма. Длительный и глубокий дефицит витаминов ведет к тяжелым заболеваниям и может явиться причиной гибели организма [1,2, 3,4].

Известно, что к недостатку питания очень чувствителен детский организм. При этом обычно происходит снижение защитных сил и повышение восприимчивости к различным заболеваниям, что в совокупности способствует повышению детской заболеваемости и смертности. Также следует учесть, что последствия несбалансированности питания в период роста и развития ребенка, не могут быть компенсированы ни в какие последующие периоды жизни.

Так, многочисленными исследованиями, выполненными в различных странах на протяжении последних десятилетий доказана роль фолиевой кислоты в целом ряде физиологических процессов организма человека.

Фолиевая кислота (Folic Acid, фолацин) и ее полиглютаматы являются наиболее распространенными в природе соединениями водорастворимых фолатов (витаминов группы В). Она присутствует во всех животных тканях, растениях и микроорганизмах. В печени человека, как правило, имеются некоторые запасы фолацина, которые могут предохранять от фолиевой недостаточности в течение 3-6 месяцев. Животные и человек не синтезируют фолиевую кислоту, а получают ее вместе с пищей, либо за счет синтеза микрофлорой кишечника [5].

Фолиевая кислота необходима для деления клеток, роста и развития всех органов и тканей, нормального развития зародыша, процессов кроветворения. Она принимает участие в образовании эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов, т. е. всех форменных элементов крови. Фолиевую кислоту часто применяют как антианемическое средство, так как она стимулирует эритропоэз. Недостаток фолиевой кислоты в организме ведет к нарушению созревания эритроцитов и развитию макроцитарной и мегалобластической анемии [6, 7].

Источники фолиевой кислоты - хлеб из муки грубуго помола, гречневая и овсяная крупы. Богаты фолиевой кислотой свежие овощи и фрукты, земляника, печень, дрожжи. Основными источниками фолиевой кислоты являются бобовые, салат, шпинат, капуста, зеленый лук, зеленый горошек, фасоль, соя, свекла, морковь, томаты, мука грубого помола и хлебобулочные изделия из этой муки, гречневая и овсяная крупы, пшено, дрожжи. Из продуктов животного происхождения богаты фолиевой кислотой печень, почки, творог, сыр, икра, яичный желток [8,9,10,11,12].

В последние 10-15лет накопилось немало убедительных данных, свидетельствующих о том, что недостаток фолие-вой кислоты, нарушая обмен аминокислот, содержащих серу, ведет к накоплению в крови особого вещества - гомоцистеина, оказывающего повреждающее воздействие на стенку кровеносных сосудов, что способствует развитию атеросклероза и повышает частоту инфарктов и инсультов [13].

Дефекты развития нервной трубки - собирательное название различных состояний, связанных с недостатком закрытия мозга и спинного мозга в процессе развития. Около 500,000 детей поражаются врожденными дефектами развития нервной трубки (ВДРНТ) во всем мире ежегодно. Фолиевая кислота предотвращает эти очень серьезные и относительно частые врожденные дефекты - анэнцефалию и спина бифида. По другим данным, каждый год, дефицит фолиевой кислоты становится причиной того, что более чем 300,000 детей во всем мире рождаются с тяжелыми врожденными дефектами [14]. Большинство из них - это пороки развития нервной трубки, такие как анэнцефалия (недоразвитие головного мозга) и спина бифида (недоразвитие спинномозгового канала), которые имеют тесную взаимосвязь с дефицитом фолатов. Так только в США, дефекты развития нервной трубки встречаются с частотой 1 на 1000 новорожденных [15].

Непосредственные факторы, лежащие в основе ВДРНТ - это уровень обеспеченности организма фолиевой кислотой до и в течение беременности, особенно в первые дни, и первую неделю после зачатия, когда происходит закладка нервной трубки [16].

В связи с вышеизложенным, назрела необходимость изучения распространенности недостаточности фолиевой кислоты среди детей.

Общее число обследованных на предварительном этапе исследования составило 1000 детей до 5-ти лет, а во втором этапе число детей до пятилетнего возраста -1322.

Был произведен внутривенный забор крови у детей в объеме 5 мл.

Таблица 1 - Распределение детей по уровню недостаточности фолиевой кислоты в сыворотке крови в Казахстане (2001г и 2006г)

Социально-биологические факторы	Число и процент детей с дефицитом фолиевой кислоты в сыворотке крови					
	Всего с дефицитом		Тяжелый дефицит		Умеренный дефицит	
Годы	Число	%	Число	%	Число	%
2001	708	77,2	238	33,62	470	66,38
2006	158	15,3	0	0,0	158	15,3

Определение уровня фолиевой кислоты в крови проводился методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с использованием флуоресцентного детектора на аппарате HPLC "Waters 2487" при программном обеспечении системы "Breese" и "Millenium" (США).

Умеренный дефицит фолиевой кислоты в плазме крови у детей до 5-летнего возраста превалировал над тяжелым уровнем, кроме того, эти показатели были ниже в 2006 году по сравнению с результатами 2001 года, что свидетельствует об улучшении обеспеченности детей данным витамином. Улучшение обеспеченности было достигнуто за счет проведения мероприятий по фортификации муки некоторыми микронутриентами, в том числе и фолиевой кислотой.

Полученные результаты показывают, что дефицит фолиевой кислоты среди детей до 5-летнего возраста, несмотря на снижение уровня распространенности в 2006 году, все еще остается важной проблемой общественного здравоохранения в Казахстане.

ЛИТЕРАТУРА

1. Спиричев В.Б. // Вопр. питания. - 1996. -№ 5. - С. 45-53.

2. Хотимченко С.А., Алексеева И.А., Батурин А.К.// Рос.пед.журнал.-1999.-№1.-С.21-29.

3. Вржесинская О.А., Коденцова В.М., Бурбина Е.В. и др. / Сравнительная оценка эффективноси использования в питании детей обогащенных витаминами и железом пищевых продуктов и витаминно-минеральных комплексов // Вопр. дет. диетологии. - 2003. -Т. 1, № 2. - С.5-8.

4.Спиричев В.Б., Шатнюк Л.Н., Позняковский В.М.//Пищевая промышленность -2003. -№ 3.-С.10-16..

5. Шарманов Т.Ш., Плешкова С.М. Метаболические основы питания с курсом общей биохимии. Алматы, 1998г.

6. Экспериментальная витаминология (Справочное руководство). Минск, 1979г.

7. Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). National Cholesterol Education Program, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health, September 2002. NIH Publication No. 02-5215.

8. U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service. 2003. USDA National Nutrient Database for Standard Reference, Release 16. Nutrient Data Laboratory Home Page, http:// www.nal.usda.gov/fnic/cgi-bin/nut_search.pl.

9. Oakley GP, Jr., Adams MJ, Dickinson CM. More folic acid for everyone, now. J Nutr 1996;126:751S-755S.

10. Malinow MR, Duell PB, Hess DL, Anderson PH, Kruger WD, Phillipson BE, Gluckman RA, Upson BM. Reduction of plasma homocyst(e)ine levels by breakfast cereal fortified with folic acid in patients with coronary heart disease. N Engl J Med 1998;338:1009-15. [PubMed abstract]

11. Daly S, Mills JL, Molloy AM, Conley M, Lee YJ, Kirke PN, Weir DG, Scott JM. Minimum effective dose of folic acid for food fortification to prevent neural-tube defects. Lancet 1997;350:1666-9.

12. Crandall BF, Corson VL, Evans MI, Goldberg JD, Knight G, Salafsky IS. American College of Medical Genetics statement on folic acid: Fortification and supplementation. Am J Med Genet 1998;78:381.

13. Malinow MR. Plasma homocyst(e)ine and arterial occlusive diseases: A mini-review. Clin Chem 1995;41:173-6.

14. Shibuya K., Murray C.J.L. Congenital anormalics. In: Murray C.J.L., Lopez A.D., eds. Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies. Vol. 3. Boston: Harvard University Press, 1998: 455-512.

15. Cragan J.D., Roberts H.E., Edmonds L.D., et al. Surveillance for anencephaly and spina bifida and the impact of prenatal diagnosis. - United States, 1985-1994. MMWR CDC Surveill Summ 1995; 44 (SS-4): 1-13.

16. Hunter A.G.W. Brain and spinal cord. In: Srevenson R.E., Hall J.G., Goodman R.M., eds. Human malformations and related anomalies. Vol. 2. Oxford monographs on medical genetics no. 27. New York: Oxford University Press, 1993: 109-37.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ 5-ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАР АРАСЫНДА ФОЛИЙ ҚЫШҚЫЛЫ ЖЕТІСПЕУШІЛІГІНІҢ ТАРАЛУЫ

Қазақстанның экологиялық апатты аймақтары мен жалпы Республика көлемінде 5-жасқа дейінгі балалардың қан плазмасындағы фолий қышқылының деңгейі тексерілді. Зерттеу барысында 2001 жылы фолий қышқылының тапшылық деңгейі аса жоғары (77.2%) болғандығы, ал 2006 жылы оның жетіспеушілік деңгейінің атаулы түрде кемігені анықталды.

THE PREVALENCE OF FOLIC ACID DEFICIENCY AMONG CHILDREN UNDER 5 YEARS OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN KAZAKH ACADEMY OF NUTRITION, ALMATY

The rates of folic acid have been identified in blood plasma of children under 5 years living in unfavourable regions of Kazakhstan and the Republic as a whole in the dynamics. It was revealed a high level of folic acid deficiency in 2001 (77.2%), which declined significantly in 2006 (15,3%).

VALEO

Г.О.Нускабаева, Ж.Н.Шалхарова, Ж.С.Шалхарова, Б.А.Толепбергенова

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясави, Медицинский факультет, г.Туркестан.

Актуальность. Известно, что и уровень повышенного артериального давления (АД), и избыточный вес, являются сильными и независимыми предикторами развития гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). ГЛЖ является независимым фактором, повышающим риск сердечнососудистых осложнений у больных АГ [1-5].

В связи с этим нашей целью исследования было изучение влияния клинико-метаболических показателей на развитие ремоделирования миокарда левого желудочка у женщин казахской национальности больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с абдоминальным ожирением (АО).

Материал и методы. Обследовано 71 больных АГ в сочетании с АО среднего возраста 51,10?1,07 лет. Антропометрические исследования включали измерение окружность талии (ОТ). АО оценивалось с учетом критериев IDF (2005) - ОТ более 80 см у женщин. По параметрам роста и массы тела высчитывался индекс массы тела (ИМТ) по формуле: ИМТ= вес (кг)/рост в м2.

Определение глюкозы крови натощак (ГКН) производилось экспресс-методом при помощи откалиброванного на плазму венозной крови глюкометра. Результаты оценивались в ммоль/л. Уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ) в плазме крови натощак определялся радиоиммунным методом, результаты оценивались в мкМЕ/мл. Дополнительно рассчитывался индекс HOMA по формуле: HOMA=ГКН (ммоль/л)*инсулин в плазме крови натощак (мкМЕ/мл)/22,5. Наличие инсулинорезистентности и компенсаторной гиперинсулинемии диагностировалось с учетом популяционных критериев для казахской национальности: уровне ИРИ выше 8,87 мкМЕ/мл и индексе HOMA более 1,98 (Шалхарова Ж.С., 2006).

Содержание общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) определяли стандартными энзиматическими методами. Результаты оценивали в в ммоль/л.

Показатели центральной и внутрисердечной гемодинамики изучали методом эхокардиографии на аппарате "MyLab50".

Результаты и их обсуждение. Анализ антропометрических, метаболических показателей у больных АГ в зависимости от наличия ГЛЖ, относительной толщины левого желудочка (ОТСЛЖ), фракции выброса (ФВ) и диастолической функции (Е/А)

показаны в таблице 1.

У больных с ГЛЖ показатели ИРИ составил 8,21?0,34 и индекс HOMA - 2,07?0,39, что достоверно выше по сравнению с больными без ГЛЖ, где уровень ИРИ - 5,32?0,94 (p<0,05), индекс HOMA - 1,19?0,06 (p<0,001). Результаты сравнения диастолического АД (ДАД) показали достоверное повышение у больных с ГЛЖ - 100,15?1,00 против 90?4,7 (p<0,001).

Антропометрические и гемодинамические показатели у больных в зависимости от наличия ОТСЛЖ были близкими по значению, лишь уровень ГКН у больных с высокой ОТСЛЖ был достоверно выше, а ХСЛПВП достоверно ниже по сравнению с лицами с нормальной ОТСЛЖ (p<0,05).

При исследовании изучаемых показателей в зависимости от величины ФВ достоверные изменения установлены для таких показателей, как ОТ и ИМТ.

У больных с сохраненной Е/А отмечается достоверно низкие уровни ОТ (95,44?2,66 против 103,11?2,09 см) и ИМТ (28,74?1,09 против 32,14?0,98 кг/м2) по сравнению с больными с диастолической дисфункцией (ДД) 1 типу. У больных с ДД по 1 типу уровень ГКН составил 5,49?0,08 ммоль/л, показатели HOMA - 2,08?0,14, что достоверно выше, чем у больных с сохраненной Е/А - 4,92?0,14 ммоль/л и 1,62?0,62 соответственно (p<0,05). У больных с ДД по 1 типу отмечается достоверное повышение уровней систолического АД (САД) - 163?2,34 и ДАД - 151?2,18, чем у больных с сохраненной Е/А (102?1,21 и 96?1,54 соответственно, (p<0,05)).

Таким образом, у больных с ГЛЖ отмечается увеличение показателей ИРИ, индекса HOMA и ДАД. У лиц с увеличенной ОТСЛЖ выявлено повышение уровня ГКН и снижение ХСЛПВП. У больных со сниженной ФВ отмечены более высокие значения ОТ, ИМТ и САД. У больных с диастолической

Таблица 1 - Показатели антропометрических, метаболических факторов у больных в зависимости от наличия гипертрофии левого желудочка, от относительной толщины стенки левого желудочка, от сократительной и диастолической функции миокарда

ГЛЖ		ОТСЛЖ		ФВ		Е/А	
Наличие ГЛЖ (n=66)	Без ГЛЖ (n=5)	ОТСЛЖ увеличена (n=54)	ОТСЛЖ норма (n=17)	ФВ норма (n=48)	ФВ снижена (n=23)	Е/А норма (n=25)	Е/А менее 1 (n=46)
101,26±1,77	90,25±0,58	100,56±1,91	100,18±3,7	97,46±1,95	106,65±2.9&	95,44±2,66	103,11±2,09&
31,27±0,78	26,6±0,25	31,42±0,89	29,42±1,45	29,76±0,8	33,59±1,61&	28,74±1,09	32,14±0,98&
4,7±1,15	5,34±0,16	5,46±0,07	4,95±0,18&	5,25±0,09	5,36±0,08	4,92±0,14	5,49±0,08&
8,21±3,04	5,32±2,11&	8,07±0,49	6,46±0,89	7,19±0,48	8,76±0,91	6,74±0,79	8,21±0,52
2,03±0,91	1,19±0,49&	1,99±0,93	1,95±0,23	1,86±0,12	2,23±0,23	1,62±0,62	2,08±0,14&
5,34±0,12	5,46±0,22	5,27±0,15	5,59±0,17	5,32±0,15	5,41±0,19	5,63±0,18	5,2±0,16
1,48±0,05	1.47±0,25	1,42±0,05	1,61±0,13	1,42±0,05	1,61±0,10	1,57±0,11	1,43±0,06
1,14±0,03	1,36±0,17	1,09±0,03	1,34±0,13&	1,19±0,04	1,10±0,07	1,19±0,06	1,14±0.04
159,5±1,91	152±4,89	160,19±2,07	155,29±3,75	156,46±1.91	164,35±3,91&	151±2,18	163±2,34&
100,15±1,00	90±4,47&	100,19±1,06	97,65±2,53	98,75±1,85	100,8±2,02	96±1,54	102±1,21&

Примечание: n-число обследованных, &-достоверность различий между сравниваемыми группами

дисфункцией обнаружены более высокие ОТ, ИМТ, ГКН, HOMA, САД и ДАД.

Корреляционный анализ между массой миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индексом (ИММЛЖ/рост), ОТСЛЖ, ФВ и Е/А и критериями антропометрии, липидного спектра крови, углеводного обмена и уровнями АД представлено в таблице 2.

ММЛЖ коррелировала с величинами ОТ (r=0,41, p=0,001), ИМТ (r=0,35, p=0,002), САД (r=0,42, p=0,001), ДАД (r=0,30, p=0,009). Отрицательная корреляционная связь обнаружена с уровнем ХС ЛПВП (r=-0,39,p=0,001), высокие коэффициенты корреляции были выявлены со значениями ИРИ (r=0,51, p=0,001) и HOMA (r=0,52, p=0,001). Корреляционный анализ между ИММЛЖ/рост2,7 и значениями ОТ (r=0,38, p=0,001), ИМТ (r=0,34, p=0,003), САД (r=0,37, p=0,001), ДАД (r=0,24, p=0,049) и отрицательная корреляционная связь с уровнем ХС ЛПВП (r=-0,39, p=0,001), при этом были выявлены высокие коэффициенты корреляции для величин ИРИ (r=0,58, p=0,001) и HOMA (r=0,59, p=0,001). Проведенный корреляционный анализ показал зависимость между сократительной способностью миокарда и величинами ОТ (r=-0,30, P=0,010), ИМТ (r=-0,26, p=0,028), САД (r=-0,252, p=0,034). Достоверная отрицательная связь обнаружена между значениями Е/А с показателями ОТ (r=-0,30, p=0,010), ИМТ (r=-0,29, p=0,016), ГКН (r=-0,29, p=0,013), ИРИ (r=-0,39, p=0,001), HOMA (r=-0,43, p=0,001), САД (r=-0,30, p=0,010) и ДАД (r=-0,26, p=0,031).

Таким образом, результаты исследования показали, что развитие ГЛЖ имеют достоверную связь с индексом HOMA (r=0,521), ИРИ (r=0,507), САД (r=0,416), ХСЛПВП (r=-0,387), ИМТ (r=0,349) и ДАД (r=0,304). С увеличением ОТСЛЖ не установлено достоверной зависимости ни с одним из изучаемых параметров. При сниженной ФВ имеется достоверная связь с ОТ (r=-0,303), ИМТ (r=-0,260) и САД (r=-0,252). Развитие ДД по 1 типу имеют достоверную связь с индексом HOMA (r=-0,427), ИРИ (r=-0,388), САД (r=-0,303), ОТ (r=-0,300), ГКН (r=-0,292), ИМТ (r=-0,285) и ДАД (r=-0,256).

Таблица 2 - Корреляционный анализ показателей ГЛЖ, ФВ и Е/А от антропометрических показателей, углеводного и липидного обмена и уровнями САД и ДАД

Показатель	ММЛЖ		ИММЛЖ/рост 2,7		ОТСЛЖ		ФВ		Е/А	
	r	p	R	P	r	p	r	p	R	p
ОТ, см	0,410	0,001	0,380	0,001	-0,105	0,382	-0,303	0,010	-0,300	0,011
ИМТ, кг/м2	0,349	0,002	0,344	0,003	-0,056	0,642	-0,260	0,028	-0,285	0,016
ГКН, ммоль/л	0,154	0,199	0,167	0,163	0,106	0,378	-0,120	0,316	-0,292	0,013
ИРИ, мкЕд/мл	0,507	0,001	0,507	0,001	0,038	0,753	-0,167	0,165	-0,388	0,001
HOMA	0,52	0,001	0,588	0,001	0,061	0,612	-0,193	0,106	-0,427	0,001
ОХС, ммоль/л	0,054	0,605	0,047	0,692	0,051	0,670	0,096	0,424	-0,092	0,725
ХСЛПВП, ммоль/л	-0,387	0,001	-0,385	0,001	-0,207	0,083	0,102	0,397	0,151	0,209
ТГ, ммоль/л	0,046	0,690	-0,001	0,886	0,187	0,326	-0,118	0,325	0,140	0,243
САД, мм.рт.ст.	0,41	0,001	0,416	0,001	0,027	0,822	-0,252	0,034	-0,303	0,010
ДАД, мм.рт.ст.	0,304	0,009	0,235	0,049	0,092	0,446	-0,186	0,121	-0,256	0,031

Примечание: r – коэффициент корреляции, p – достоверность

Анализ данных литературы по изучаемым вопросам выявил следующее.

Так, для оценки роли клинико-метаболических факторов на развитие гипертрофии миокарда левого желудочка, исследователи Li S.H. (2009) провели изучение 235 больных АГ в сочетании с АО и их результаты выявили, что ИМТ, гипергликемии влияют на систолическую и диастолическую функцию левого желудочка у больных АГ [7].

B.Powell с соавт. (2006), проанализировали связь между избыточной массой тела, структурой левого желудочка и систолической и диастолической функцией у 4281 больных АГ в сочетании с ожирением после диагностической коронароангиографии. Оказалось, что при высоком ИМТ масса левого желудочка была больше, чем при низком ИМТ: 260 г против 250 г, соответственно. Кроме того, ожирение ассоциировалось с увеличением относительной толщины стенки левого желудочка (11.3 мм против 10.1 мм), чего мы не наблюдали в нашей работе.

Одно из крупных исследований было проведено в Испании исследователями Barrios V. с соавт. (2010) на 2024 больных АГ с АО, как указывают авторы выявлена прямая корреляционная зависимость между ИМТ и развитием ГЛЖ в данной категории больных [8].

В работах других авторов также было выявлено, что существует достоверная взаимосвязь между уровнем ночного САД ($p<0.05$), показателями углеводного обмена (глюкоза $p<0.01$, инсулин $p<0.0001$ и индекс HOMA $p<0.0001$) и развитием ГЛЖ, при этом не было обнаружено связи с ДАД [9].

Заключение. Таким образом, проведенные нами исследования и анализ данных литетатуры свидетельствуют о том что ГЛЖ имеют достоверную корреляционную связь с ОТ, ИМТ, ИРИ, HOMA, ХСЛПВП, САД и ДАД, при этом у лиц с ГЛЖ показатели ИРИ, HOMA и ДАД были достоверно выше, чем у лиц без ГЛЖ. У лиц с повышенной ОТСЛЖ была обнаружена достоверность различий с ГКН и ХСЛПВП, в то время как при исследовании корреляционной зависимости достоверной связи не обнаружено. Лица с пониженной ФВ имели достоверность различий с показателями ОТ, ИМТ и САД, что было подтверждено корреляционной зависимостью. Развитие диастолической дисфункций связано с показателями антропометрии, углеводного обмена и гемодинамики.

ЛИТЕРАТУРА

1.Оганов Р.Г., Шестов Д.Б., Шальнова С.А. Роль систолического и диастолического артериального давления для прогноза смертности от сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2002. - №1. - С.10-15.

2. Лупанов В.И. Ожирение как фактор риска развития сердечно-сосудистых катастроф // Российский медицинский журнал. - 2003. - Т.11. - № 6. - С.18-24.

3. Koren M.J., Devereux R.B., Casale P.N. et al. Relation of left ventricular mass and geometry to morbidity and mortality in uncomplicated essential hypertension // Ann. Intern. Med. - 1991. - №114. - P.345-52.

4. Kohara K., Zhao B., Jiang Y. et al. Relation of left ventricular hypertrophy and geometry to asymptomatic cerebrovascular damage in essential hypertension // Am. J. Cardiol. - 1999. - №83(3). - P.367-70.

5. Kannel W., Laurer M., Anderson K.,. The impact of obesity on left ventricule mass and geometry: the Framingham Heart Study // J.A.M.A. - 1991.- Vol.226. - P.231-236.

6. Казымов М.С. Этнические особенности распространенности артериальной гипертензии и ее факторов риска // Автореф. ...д.м.н. - Великий Новгород. - 2009. - 51с.

7. Li S.H., Yang B., Gong H.P. Impaired left ventricular synchronicity in patients with metabolic syndrome, regardless of hypertension // J.Hypertens. - 2009. -№27(4). - P.869-875.

8. Barrios V., Escobar C., Calderon A. Electrocardiographic left ventricular hypertrophy regression induced by an angiotensin receptor blocker-based regimen in hypertensive patients with diabetes: data from the SARA study // J. Renin Angiotensin Aldosterone Syst. - 2009. - №10(3). - P.168-173.

9. Anan F., Yonemochi H., Masaki T. et al. High-density lipoprotein cholesterol and insulin resistance are independent and additive markers of left ventricular hypertrophy in essential hypertension // Hypertens. Res. - 2007. - №:30(2). -P.125-131.

АРТЕРИАЛЬДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ МЕН ҚОСАРЛАНҒАН АБДОМИНАЛДЫ СЕМІЗДІГІ БАР НАУҚАСТАРДА СОЛ ЖАҚ ҚАРЫНША МИОКАРДТЫ РЕМОДЕЛЬДЕУДІҢ ДАМУЫНА КЛИНИКАЛЫҚ-ЗАТ АЛМАСУЛЫҚ ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІН АНЫҚТАУ

Артериалдық гипертензия және абдоминалдық семіздік өлімге әкелетін жүрек-тамыр жүйесі асқынулары даму қаупінің негізгі факторларының бірі болып табылатын, кең тараған патологияға жатады. Семіздік пен АГ арасындағы байланыс көптеген зерттеулерде анықталған, яғни дене салмағы өскен сайын АГ салыстырмалы түрде артады. Осыған байланысты біздің зерттеуіміздің мақсаты АГ-мен абдоминалдық семіздігі бар қазақ ұлтының әйелдерінде сол қарынша миокардының ремоделдеуінің дамуына клиникалық-лабораториялық көрсеткіштердің әсерін тексеру болатын.

G.O.NUSKABAYEVA, J.N.SHALKAROVA, J.S.SHALKAROVA, B.A.TOLEPBERGENOVA
STUDY OF IMPACT OF CLINICAL-METABOLIC FACTORS IN THE INCREASING OF THE LEFT VENTRICULAR MYOCARD REMODELING FOR PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION COMBINED WITH ABDOMINAL OBESITY

Arterial hypertension (AH), and abdominal obesity (AO) are the pathologies that are characterized by high prevalence, being one of the risk factor for fatal cardiovascular complications. The relationship between obesity and hypertension has been confirmed in many studies, which shows that with high body weight mass index (BMI) is increasing the prevalence of hypertension. In this regard, the aim of our findings was study the impact of clinical and metabolic indicators in the increasing of left ventricular cardiac remodeling for Kazakh women with arterial hypertension combined with abdominal obesity.

VALEO

УДК 616.33-002:572.7-615082

Т.З. Сейсембеков, Б.Б. Барышев, Н.В. Григоревская, Т.М. Габбасов.

МОФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ДЛИТЕЛЬНОЙ НИТРАТНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

АО "МУА" г. Астана

В последние годы пристальное внимание уделяется гастритам, в основе которых лежит токсический фактор. Одним из таковых является нитратная интоксикация. Нитраты, находящиеся в продуктах питания, обладают канцерогенными свойствами. В то же время нитратная интоксикация наименее изученна, особенно в части непосредственного воздействия на слизистую оболочку желудка.

Цель настоящего исследования заключалась в изучении, в экспериментальных условиях, состояния слизистой оболочки желудка под воздействием длительной нитратной интоксикации.

Методы исследования. В стандартных условиях содержания сорока белым беспородным крысам массой 160-250 гр. ежедневно, в питьевой воде, давался нитрат натрия из расчета 400мг/кг веса. Животные были разделены на 4 группы по 10 штук, которых из эксперимента выводили в сроки 1, 3, 6 и 9 месяцев. Из изъятого материала (желудка) готовились препараты для морфологического исследования по стандартной методике с окраской срезов гемотоксилином и эозином.

Результаты исследования. При анализе полученных данных уже на начальной стадии нитратной интоксикации идет повреждение слизистой оболочки желудка, что макроскопически выражается в отечности и гиперемии всех отделов слизистой оболочки, утолщением и извитостью складок.

При микроскопии обнаруживается, что поражается исключительно, поверхностный эпителий. В основном, это дистрофические и некротические изменения. Популяция эпителия несколько уменьшается, идет его слущивание в просвет желудка. В этой стадии интоксикации имеет место умеренная лимфоцитарная инфильтрация слизистой оболочки желудка. Инфильтрация не захватывает поверхностного и ямочного эпителия наступает его уплощение, укорочение фундальных желез и удлинение ямок. Кроме дистрофических изменений со стороны эпителия нарушается микроциркуляция в поверхностных отделах слизистой оболочки желудка и омолаживание клеток.

Последующее воздействие нитрата натрия на слизистую оболочку желудка приводит к усугублению десквамации и некроза эпителия, лимфоклеточной инфильтрации. Продолжается уплощение эпителия желез и удлинение ямок желудка. Нарастает диффузная лимфоцитарная инфильтрация, которая захватывает помимо собственной пластинки слизистой оболочки желудка еще и поверхностный ямочный эпителий. Отмечается проникновение лимфоцитов в просвет желудка. На данной стадии эксперимента выявляются межэпителиальные лимфоциты и в слизистой оболочке желудка, а также обнаруживаются посткапиллярные

венулы с кубическим эпителием. Эти венулы, как правило, появляются в очагах хронического воспаления, которые являются источником лимфоидных образований не характерных для желудка. Возникают скопления лимфоидных клеток между железами. В дальнейшем, на фоне нитратной интоксикации наблюдается фовеолярная гиперплазия слизистой оболочки желудка, базофилия эпителия, не содержащего слизи. По своей форме он напоминает эпителий краев язв. В фовеолярном эпителии наблюдается субнуклеарная вакуолизация (подобная картина прослеживается не только в ямках, но и в валиках). Эти вакуоли пустые. Собственная пластинка отечна, имеет признаки воспаления, инфильтрирована минимально лимфоцитами. На этой стадии можно считать, что эксперимент принял окончательный характер хронического. Морфологическое состояние слизистой оболочки желудка соответствует картине атрофического гастрита с атрофией специализированных клеток в глубоких слоях слизистой оболочки. На данной стадии эксперимента наступает энтеролизация по тонко- и толстокишечному типу, которая носит очаговый характер, а в последующем занимает более обширные зона. На фоне выраженного атрофического процесса желудочные валики становятся высокими, папиломатозными, деформированными с небольшими утолщениями и "спайками", имеющие вид ворсинок, ямки извитые, штопорообразные. Эпителий резко утолщен, Гистологическая картина покровного ямочного эпителия свидетельствует о резком преобладании процессов пролиферации над созреванием. Отмечается масса прослоек соединительной ткани. В данном случае наблюдается явление слабой дисплазии. Ее можно рассматривать как пограничные изменения между гиперплазией и истинной дисплазией.

При динамическом наблюдении прослеживается прогрессирование дисплазии первой степени, а при дальнейшей экспозиции на слизистую оболочку желудка экспериментальных животных нитратов и нитритов она переходит в дисплазию второй степени. На фоне хронического атрофического гастрита с умеренной дисплазией идет формирование тесно расположенных групп желез с нарушением их строения: появление перемычек, почкование, ветвление и образование единичных полипов. В группе желез выявляется многорядность в расположении ядер, встречаются кистозно-расширенные железы. Отсутствие активного воспаления, слабая лейкоцитарная инфильтрация, все это подтверждает дисплазию второй степени. При этом со стороны стромы морфологические изменения незначительные. Количество посткапиллярных венул увеличивается, лимфоидные образования представлены в лимфоидных узелках, где четко можно видеть Т - зависимую зону по периферии узелка и В - зависимую в центре. Под действием нитратов наблюдаются изменения не только в слизистой оболочке желудка, но и в собственной пластинке и подслизистом слое, в следствие чего можно полагать, что желудок становится лимфоидным органом, где превалируют процессы всасывания над экскрецией.

На данной стадии макроскопическая картина такова: слизистая оболочка желудка бледно-серая, истонченная, гладкая, складчатость не выражена, появляются множественные эрозии, язвы.

В большинстве наблюдений, после 9-и месячной нитратной интоксикации в слизистой оболочке желудка экспериментальных животных обнаруживается тяжелая дисплазия эпителия (III степени), где морфологическая картина, в ряде случаев, напоминает карциному "in situ". Опухолевидные клетки замещают диспластически измененный эпителий, но, не разрушая его базальную мембрану. Идет процесс малигнизации: атипичный эпителий растет от базального слоя к поверхностному. В наших исследованиях желудочный эпителий приобретает черты вертикального анизоморфизма в виде многослойности - характерного признака тяжелой дисплазии. Многослойный плоский эпителий обладает всеми признаками злокачественности, проникают за пределы базальной мембраны, построен из недифференцированных клеточных элементов клеточных элементов, паренхима такого новообразования состоит из гнездных скоплений и тяжей атипичного плоского эпителия. Такой форме перерождения предшествовала метаплазия однослойного цилиндрического эпителия в многослойный эпителиальный покров.

Выводы. Таким образом, при хроническом воздействии нитрата натрия на слизистую оболочку желудка наблюдаются все стадии перестройки покровного и ямочного эпителия, а так же изменения со стороны собственной пластинки и подслизистого слоя. Наблюдается возникновение большого количества посткапиллярных венул, являющихся источником появления лимфоцитов и несвойственных для желудка лимфоидных образований. В связи с выраженными нарушениями регенерации и структурной перестройкой слизистой оболочки желудка хронический атрофический гастрит с дисплазией и энтерелизацией эпителия, вызванный длительной нитратной интоксикацией становится фоном для малигнизации желудка.

Данные процессы происходят на фоне выраженной метгемоглобинемии, вызывающей гемическую гипоксию и ишемию органов, в том числе и желудка, и указывает на то, что лечение больных с подобной патологией, обусловленной нитратной интоксикацией, требует нестандартного, патогенетически обоснованного подхода.

ҰЗАҚ УАҚЫТ НИТРАТТЫҢ ТОКСИКАЛЫҚ ӘСЕРІНЕН АСҚАЗАННЫҢ ШЫРЫШТЫ ҚАБАТЫНЫҢ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕРІ

Эксперименталды жануарлардың асқазанының шырышты қабатында натрий нитратының ұзақ уақыт әсерінен жабынды және ойықты эпителийлердің қайта құрылуының барлық сатысы анықталды, сонымен қатар шырыш асты қабаты және өзінің пластинасы жағынан да өзгерістер байқалды.

T.Z. SEYSEMBECOV, B.B BARYSHEV, N.V.GRYGOREVSKAYA, T.M. GABBASOV. LONG-TERM NITRAT'S TREATMENT CHANGES MORFOLOGYCAL STRUCTUM OF STOMCH

The experimental model of nitrat's intoxication was tested at 40 rats. The results of the reseach showed that the rats had catarrhal and ulcerical changes in the stomach and high risk of gastric carcinoma.

VALEO

С.К. Атыгаева.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ ЛЯМБЛИОЗЕ

ГУ " Городская инфекционная больница" г.Астаны

В последние годы, в связи с изменившимися социальными и эпидемическими условиями, отмечается тенденция к росту заболеваемости паразитозами, утяжелению клинических проявлений, повышению частоты рецидивирующего течения [1].

В настоящее время не подлежит сомнению значимость нормальной микрофлоры кишечника в обеспечении колонизационной резистентности кишечника хозяина. Известно, что состояние микробиоценоза кишечника способствует формированию ряда патологических процессов, оказывающих отрицательное влияние на течение некоторых инфекционных заболеваний. Доказано,что интенсивность проникновения токсинов возбудителей в системное кровообращение коррелирует со степенью нарушений колонизационной резистентности кишечника [2].

Целью настоящего исследования явилось изучение микробного биоценоза толстой кишки у больных лямблиозом.

Материалы и методы: По отчетно-учетной документации бактериологической лаборатории городской инфекционной больницы г. Астаны проведен ретроспективный анализ микробиологических исследований фекалий 30 взрослых в возрасте от 20 до 70 лет, из них 22 женщин и 8 мужчин, диагноз лямблиоза у которых был подтвержден клинически и обнаружением вегетативных форм лямблий или неоднократным выявлением цист лямблий в дуоденальном содержимом и кале. Кишечную микрофлору исследовали до начала лечения согласно методическим указаниям [3]. Видовую и родовую принадлежность бактерий осуществляли в соответствии с определителем Берджи [4]. Количественное содержание основных представителей нормальной микрофлоры кишечника определяли в 1 г испражнений и выражали в lg КОЕ (колониеобразующих единиц). Полученные данные обработаны методом вариационной статистики.

Результаты: Исследование фекалий больных лямблиозом обнаружило изменения качественного и количественного состава облигатной и факультативной части микробиоценоза кишечника. Со стороны облигатной микрофлоры выявлено в 13,3% случаях отсутствие высеваемости бифидобактерий и лактобактерий соответственно. Так, в 83,3% случаев уровень лактобактерий составил <106 КОЕ/г исследуемого материала. Лишь в 3,3 % случаях их количество достигло уровня нормальных показателей (107-10 8 КОЕ/г). Бифидобактерий высевались в 56,7% случаев на уровне <106 КОЕ/г фекалий, в то время как в 30,0% образцах бифидобактерий присутствовали в кишечнике на уровне нормы (108 -10 9 КОЕ/г).

Регистрировались изменения высева аэробов из фекалий. Так, в 30,0% случаев количество типичных Escherichia coli было <107 КОЕ/г, соответственно в 70,0% случаев количество эшерихий достигало нормального уровня (107 -10 8 КОЕ/г). В тоже время наблюдалось увеличение количества кишечной палочки с измененными свойствами. Концентрация кишечной палочки со сниженной ферментативной активностью составила lg 7,50±0,02 КОЕ/г (при норме lg 6- 7), а количество гемолизинпродуцирующих штаммов кишечной палочки достигло уровня lg 7,23±0,41, что в 1,7 раза превысило показатели нормы. Частота

высеваемости кишечной палочки с гемолитической активностью составила 12,1%, что в 6 раз выше нормальных значений.Присутствие в толстом кишечнике малоактивных штаммов кишечной палочки и кишечной палочки с гемолитическими свойствами способствовало усилению роста условно патогенной флоры. В основном отмечены высокие концентрации условно патогенных энтеробактерий (УПЭБ), их количество составило lg 6,71±0,13, что в 1,3 раза превысило значения нормы.

Среди УПЭБ наиболее часто (53,3%) встречались бактерий, относящиеся к виду Enterobacter aerogenes в количестве lg 4,20±0,65 КОЕ/г. Enterobacter intermedius обнаруживался в 13,3% случаев, Morganella morganii в 10 % случаев, реже 6,7% случаев высевались бактерий вида Edwardsiellla tarda. Enterobacter intermedius и Morganella morganii в 2-х случаях в концентрации lg 6,3±0,48 КОЕ/г и lg 6,7±0,34 КОЕ/г соответственно, Edwardsiellla tarda в 1-м случае на уровне lg 6,47 КОЕ в 1г фекалий. Необходимо отметить, что в микробном составе содержимого толстого кишечника больных лямблиозом определялось повышение грамположительной кокковой флоры . Количество энтерококков составило lg 6,76±0,21 КОЕ/г, что превысило величину, принятую для энтерококков за норму 105 -106 КОЕ/г в 1,1-1,5 раза. В то же время частота его обнаружения составила 40,0%. Количество сапрофитного стафилококка составило lg 6,89±0,29 КОЕ/г, эпидермального стафилококка достигло lg 5,87±0,41, что превысило показатели нормальных значений в 1,6 и в 1,3 раза соответственно. В образцах испражнений больных лямблиозом обнаруживались строго анаэробные спорообразующие бактерий рода Clostridium в количестве lg 5,11±0,43 КОЕ/г, а также отмечалась колонизация толстого кишечника дрожжеподобными грибами рода Candida в количестве lg 5,65 ±0.91 КОЕ/г, что на порядок выше допустимых значений.

Таким образом, анализ микрофлоры кишечника больных лямблиозом показал изменение ее как качественного, так и количественного состава, выявил угнетение роста основных представителей анаэробной облигатной микрофлоры кишечника - лактобактерий и бифидобактерий и повышение числа условно патогенных видов бактерий. Эти данные необходимо учитывать при лечении лямблиоза, включая в комплексную терапии препараты, коррегирующие состав микрофлоры кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1.Онищенко Г.Г. Заболеваемость паразитарными болезнями в РФ //Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2007.- №6. - С.4 - 6.

2.Пинегин Б.П., Мальцев В.Н., Коршунов В.М. Дисбактериоз кишечника. М: Медицина, 1984. - 144 с.

3.Баймуратова М.А., Воронина В.Э., Тьесова-Бердалина и др. Бактериологическая диагностика дисбактериоза кишечника. Методические указания. - Алматы, 2003. - 22 с.

4.Bergey S. Manual of Determinatif Systemaic Bacteriology // 9-th edition. - Baltimore: Williams A. & Wilkins. - 1997. (Определитель бактерий Берджи) Т1-2., М.: Мир, 1997. - 365 с.

ЛЯМБЛИОЗ КЕЗІНДЕГІ ІШЕКТЕРДІҢ МИКРОБИОЦЕНОЗЫНЫҢ КҮЙІ

Лямблиозбен ауратын 30 науқастағы ішек микрофлорасы зерттелді. Ішек микрофлорасында, яғни тұрақты анаэробты флора азаяды, қасиеттері өзгерген ішек таяқшасы, кокктар, Клостридия, Candida саңырауқұлақтары көбейеді.

CONDITION OF THE MICROBIOCENOSIS OF INTESTINES AT LYMBLIOSIS

The microflora of a intestinal at 30 patiens with lymbliosis is investigated. The microflora of intestinal in state of decrease of constant flora, increase of colon bacillus with changed characteristics, cocci, Clostridium, Candida fungi.

VALEO

Атыгаева С.К.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА САУСАЛИН У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ФАЗОЙ ОПИСТОРХОЗА

ГУ " Городская инфекционная больница" г.Астаны

Важность проблемы заболеваемости паразитозами заключается не только в масштабности данных заболеваний, но и в том, какой ущерб здоровью населения наносят осложнения, провоцируемые ими. Это аллергизация и иммуносупрессия, канцерогенез, анемия, поражения желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы, дисбактериоз. Все эти факты ставят паразитозы в ряд важнейших проблем современного здравоохранения [1].

В настоящее время для лечения паразитозов применяют, в основном, синтетические препараты, имеющие ряд побочных действий и противопоказаний [2]. Поэтому остается актуальным поиск нетоксического препарата,обладающегокомплексным фармакологическим действием, включающим не только противопаразитарную, но и противовоспалительную, желчегонную, спазмолитическую активность. Такими свойствами обладают, как правило, фитопрепараты, содержащие комплекс биологически активных веществ [3]. Отечественный препарат саусалин, содержащий экстракт соссюрея солончаковой, может рассматриваться как препарат, обладающий противопаразитарным, антимикробным и противовоспалительным средством [4].

Целью исследования явилось определение противоописторхозной активности препарата саусалин на больных хронической фазой описторхоза.

Диагноз хронической фазы описторхоза выставлялся на основании обнаружения яиц описторха в дуоденальном содержимом и (или) кале, при выяснении эпидемиологического анамнеза учитывались данных по употреблению рыбы семества карповых из местных открытых водоемов. Препарат саусалин применялся 43 больных хронической фазой описторхоза из числа госпитализированных в инфекционную больницу г.Астаны, возраст испытуемых от 18 до 50 лет.

Критерием наличия противоописторхозной активности служит отсутствие яиц описторха в кале и дуоденальном содержимом через 5 месяцев после лечения.

Данные лабораторных исследований собирали непосредственно перед проведением испытания и через 5 месяцев после лечения, одновременно осуществлялось клиническое наблюдение в течение всего срока приема препарата. При объективном обследовании выявлено, что до начала лечения саусалином отсутствовали патологические изменения органов и систем лишь у 4 (9,3%) больных, у остальных 39 (90,7%) была выявлена патология в виде астенического синдрома - 27 (62,8%) больных, дисфункция желчного пузыря - 10 (23,3%), гастроинтестинальный синдром-20 (46,5%), холецистит - 16 (37,2%), холангиохолецистит - 5 (11,6%), функциональная гипербилирубинемия по типу Жильбера - 3 (7,0%), панкреатит у 16 больных (37,2%), желчно-каменная болезнь у 3 (7,0%) больных и у 21 (48,8%) больных был выявлен токсико-аллергический синдром в виде крапивницы и зуда кожи различной локализации, отека слизистых носа, век, губ. Все больные указывали на продолжительность симптомов поражения желудочно кишечного тракта в течение более 1 года.

При проведении общего анализа крови отмечались следующие изменения: лейкопения у 5 (11,6%), умеренный лейкоцитоз у 1 (2,3%) больного, умеренновыраженная эозинофилия у 12 (27,9%)больных, изменения со стороны показателей красной крови в виде анемии 1 степени были у одного больного. Исследование биохимических показателей функций печени до начала лечения показывает, что повышение общего билирубина за счет неконъюгированной фракции было у 3 (7,0%) больных, повышение АЛТ в 1,5-3 раза у 6 (13,9%) больных, мезенхимальное воспаление у 5 (11,6%) больных, щелочная фосфатаза была повышена у 4 больных (9,3%). При проведении инструментальных методов исследования установлено,что патология желудка и двенадцатиперстной кишки, выявленная эндоскопически, имела место у 15 (34,9%) больных, чаще в виде хронического гастродуоденита, реже катарального дуоденита, гастрита, фолликулярного бульбита, рефлюкс-гастрита. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлялась сочетанная патология в виде диффузных изменений паренхимы печени в 8 (18,6%) случаях, диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы в 13 (30,3%), хронического холецистита в 14 (32,6%), желчно-каменная болезнь у 3 (7,0%) больных и дискинезия желчевыводящих путей у 10 (23,3%) больных. У всех больных в кале или дуоденальном содержимом были обнаружены яйца описторха, причем анализ был подтвержден в референс - лаборатории паразитологического отдела ДГСЭН. Таким образом, у всех больных имели место клинические и лабораторные критерии хронической фазы описторхоза. Больные принимали саусалин в течении 10 дней, ежедневно проводился мониторинг клинических симптомов, делались записи в медицинскую карту стационарного больного. После дегельминтезации больные выписывались для

амбулаторного наблюдения инфекционистом ПМСП. Через 5 месяцев после дегельминтезации проводилось клинико- лабораторное обследование.

При клинико-лабораторном контроле 43 больных, пролеченных препаратом саусалин, у 8 (18,6%) больных в кале и дуоденальном содержимом через 5 месяцев после дегельминтезации саусалином были выявлены яйца описторха. У остальных 35 (81,4%) больных через 5 месяцев после дегельминтезации при двухкратном исследовании кала и дуоденального содержимого, проведенных с двухнедельным интервалом, яйца описторха не обнаружены. У всех 8 больных сохранялись клинические проявления в течение всего периода наблюдения. У остальных больных через 5 месяцев после лечения уменьшилась интенсивность токсико-аллергических проявлений, у 8 больных сыпь полностью исчезла, проявления холецистита сохранялись только у 1 больного, астенизация сохранялась у 10 больных, гастроинтестинальный синдром - у 6 больных, дискинезия желчевыводящих путей - у 4 больных. У всех 43 больных ультразвуковая картина органов брюшной полости не изменилась, это связано, по- видимому, со стойкими морфологическими изменениями органов вследствии длительной инвазии гельминтами.

Таким образом, проведенные исследования показали наличие противоописторхозной активности препарата саусалин и возможность его применения в комплексном лечении больных хронической фазой описторхоза.

ЛИТЕРАТУРА

1.Журавлев С.Е., Галактионов О.К. Мировое распространение описторхоза. - Москва, 1995. - № 3.- 115 с.

2. Завойкин В.Д. Актуальность лечения паразитарных заболеваний //Медицинская паразитология. - 1994. - № 3.- С.34.

3. Нурмухаметова К.А., Дудко В.В., Хоружая Т.Г., Краснов Е.А. Поиск противопаразитарных лекарственных средств растительного происхождения //Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: материалы межрегиональной конференции по фармации и фармакологии: сборник научных трудов. - Пятигорск, 2003.- С.346-347.

4. Нурмухаметова К.А. Исследование некоторых видов соссюреи как противопаразитарного средства. Автореферат дис. ... канд. фарм. наук. - Пермь. - 2000.-26 с.

СОЗЫЛМАЛЫ АҒЫМДЫ ОПИСТОРХОЗ АНЫҚТАЛҒАН НАУҚАСТАРДА "САУСАЛИН" ДӘРІСІНІҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

Отандық саусалин дәрісінің описторхозға қарсы белсенділігіне зерттеулер жүргізілген. Астана қаласының жұқпалы аурулар ауруханасына жатқызылған описторхоздың созылмалы фазасында 43 науқас емделген. Өткізілген зерттеулер қортындысы бойынша саусалин дәрісінің описторхозға қарсы белсенділігі 81,4% құрайды, сондықтан оны созылмалы фазадағы описторхоз науқастарын кешенді емдеуде қолданудың мүмкіндігі зор.

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF THE DRUG SAUSALIN IN PATIENTS WITH CHRONIC PHASE OF OPISTHORCHIASIS

The research activity of the native preparation protivoopistorhoznoy sausalin. Treated 43 patients with chronic phase of opisthorchiasis hospitalized in the infectious diseases hospital of Astana. Studies have shown the presence of the drug activity protivoopistorhoznoy sausalin in 81,4% of cases and their possible use in treatment of patients with chronic phase of opisthorchiasis.

VALEO

С.Т. Дюсембеков

ОПУХОЛЬ КИШЕЧНИКА КАК ПРИЧИНА ИНВАГИНАЦИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова

Актуальность. Инвагинация - внедрение одного сегмента кишки в другой. По данным литературы чаще всего встречается у детей в 41-90% [1]. По данным ряда авторов [2] идиопатическая инвагинация у взрослых явление редкое и встречается приблизительно у 6,6-15% случаев в клинической практике, средний возраст при этом составляет 54-64 года.

Причиной кишечной инвагинации у взрослых являются доброкачественные и злокачественные опухоли, которые составляют по данным ряда авторов до 63% и в большинстве случаев инвагинация обусловлена опухолями толстой кишки. В связи с этим, в клинической практике выделяют тонкокишечную, подвздошно-ободочную, подвздошно-слепокишечную, ободочную инвагинацию [3].

Цель сообщения является выбор тактики лечения больных с инвагинацией опухолевого генеза.

Приводим наблюдения: 1. Пациентка Н., 71 года поступила в отделение онкохирургии МЦ ЗКГМУ им. Марата Оспанова 22.04.07 года с жалобами на ноющие боли в животе, слабость, потерю аппетита, похудание, частый жидкий стул.

Из анамнеза заболевания: Со слов больной вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение 3 месяцев. После обращения к врачу в амбулаторных условиях больной проведены следующие методы обследования: УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 09.0.08г., при котором у больной выявлено образование, расположенное между петлями кишечника в правой половине брюшной полости, вероятно исходящее из брыжейки. При фиброколоноскопии в просвете левой половины и поперечноободочном отделе ободочной кишки патологических образований не выявлено. Ирригоскопия от 11.04.08г. - картина характерна для рака восходящего отдела ободочной кишки. Компьютерная томография абдоминального сегмента показала наличие опухоли в проекции начального отдела восходящей ободочной кишки.

Из анамнеза жизни: Пациентка 20 лет назад оперирована по поводу внематочной беременности.

Локально: Живот не вздут, при пальпации мягкий, в левой половине брюшной полости пальпируется образование с четкими контурами, размерами до 20х6 см, подвижное, болезненное, симптомов раздражения брюшины нет, при аускультации выслушивается усиленная перистальтика кишечника. В области послеоперационного рубца имеется дефект мышечно-апоневротического слоя диаметром до 8 см, содержимое грыжевого мешка легко вправляется в брюшную полость.

Исследование per rectum: Сфинктер гипотоничен, ампула свободная, нависания и болезненности нет, кал на перчатке обычного цвета и без патологических примесей.

Пациентке выставлен клинический диагноз: Карцинома слепой кишки Ст.II T2NXM0. Послеоперационная вправимая вентральная грыжа.

С момента поступления пациентке проводилась предоперационная подготовка и 06.05.08г. года под общей анестезией произведена лапаротомия, при ревизии органов брюшной полости выявлена инвагинация опухоли слепой кишки в восходящий отдел ободочной кишки. При пальпации в просвете слепой кишки определяется плотное образование. Признаков диссеминации не выявлено. Между наружным цилиндром и инвагинатом имеется плотное сращение. Учитывая наличие инвагинации обусловленной опухолевым процессом и локализацию опухоли, произведена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотранзверзоанастомоза конец в конец. Произведена пластика дефекта передней брюшной стенки по Сапежко. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Гистологическое исследование операционного материала дало заключение: №10528-41 - умереннодифференцированная аденокарцинома слепой кишки с прорастанием до мышечного слоя, в регионарных лимфатических узлах метастатических изменении не обнаружено. В связи с чем, больной выставлен окончательный клинический диагноз: Карцинома слепой кишки. Ст.II T2N0M0. Пациентка выписана на 12 сутки под динамическое наблюдение. В настоящий момент находится под наблюдением врача-онколога и участкового терапевта. Состояние удовлетворительное, признаков рецидива или прогрессирования заболевания не обнаружено.

2. Больной К., 80 лет, поступил в отделение онкохирургии в экстренном порядке с жалобами на боли в области прямой кишки и частый жидкий стул, тенезмы.

Из анамнеза заболевания: Со слов больного вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение 7 суток. Доставлен каретой "скорой помощи" в МЦ ЗКГМУ им. Марат Оспанова. При фиброколоноскопии

в просвете прямой кишки имеется образование (инвагинат), темно-багрового цвета, с кровозлияниями. Пациент госпитализирован в отделение онкохирургии.

Локально: Живот не вздут, при пальпации мягкий, в левой половине брюшной полости пальпируется образование с четкими контурами, размерами до 20х6 см, подвижное, болезненное, симптомов раздражения брюшины нет, при аускультации выслушивается усиленная перистальтика кишечника.

Ректально исследование: Сфинктер гипотоничен, в просвете прямой кишки определяется плотное образование, гладкой поверхностью, подвижное, как бы нависает в просвет ампулы прямой кишки.

На основании клиники заболевания, данных инструментальных методов исследования и объективного осмотра пациенту выставлен клинический диагноз: Карцинома ректосигмоидного отдела толстой кишки, осложненная сигморектальной инвагинацией.

После предоперационной подготовки больному под общей анестезией произведена нижнесрединная лапаротомия. При ревизии сигмовидная кишка внедрена в прямую кишку. Дезинвагинация не представляется возможным из-за плотного сращения между наружными и внутренними цилиндрами. Признаков диссеминации опухолевого процесса не выявлено. Ободочная кишка выше инвагината содержит плотные каловые массы. На 4-5 см над уровнем тазовой брюшины рассечен наружный цилиндр инвагината и инвагинат выведен в брюшную полость. На 7 см проксимальнее верхнего края инвагината ободочная кишка пересечена. Учитывая, возраст пациента, наличие плотных каловых масс в просвете прямой кишки решено операцию завершить наложением проксимальной концевой колостомы (операция Гартмана). Аборальный конец кишки ушит двухрядными швами. В левой подвздошной области сформирована концевая десцендостома. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Швы сняты на 12-сутки. Результат гистологического исследования удаленного материала №23324-29 умереннодифференцированная аденокарцинома с прорастанием всех слоев и клетчатки. Пациент в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение врача по месту жительства и районного онколога. При контрольном обследовании признаков прогрессирования и рецидива не выявлено.

Заключение. Таким образом, опухолевая патология толстой кишки является одним из причин возникновения инвагинации. Из особенностей клиники в обоих случаях необходимо отметить компенсированный характер нарушений пассажа по кишечнику. В таких случаях необходимо проводить комплексное обследование. Обнаружение опухоли при фиброколоноскопии может быть затруднено из-за наличия инвагината в просвете кишки. В связи с чем, окончательным диагностическим этапом является лапаротомия. Резекция кишечной трубки производится по принятым онкологическим принципам. Вопрос первичного восстановления непрерывности кишечного тракта решается с учетом возраста пациента, сопутствующих заболеваний, состояния кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1.Ugwu B.T., Legbo J. N., Dakum N. K. et al. //Ann. Trop. Paediatr. - 2000. - Vol. 20, N 2. - P. 131-135.

2.Azar T., Berger D.L.// Ann. Surg. - 1997. -Vol. 226, N 2. -P. 134-138.

3.Weilbaecher D., Bolin J.A., Hearn D. Et al. // Am. J. Surg. - 1971. - Vol. 121. - P. 531-535.

ІШЕК ІСІГІ САЛДАРЫНАН ДАМЫҒАН ИНВАГИНАЦИЯ

Мақалада тоқ ішек қатерлі ісігінің салдарынан дамыған ішек инвагинациясы туралы сөз болады. Инвагинацияның клиникалық ағымы, зерттеу мәліметтері, тандалған емі және тандалатын емдеу тәсілдері қарастырылған.

ОПУХОЛЬ КИШЕЧНИКА КАК ПРИЧИНА ИНВАГИНАЦИИ

In the article two cases of indigitation are specified of oncotic genesis. The clinical picture is described as well as the examination findings and the selected therapeutic approach.

VALEO

УДК 616.37.-002-0,36.12-08-031.81

Т.Р. Омаров, А.Е. Гуляев

КИШЕЧНЫЙ ДИСБАКТЕРИОЗ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

АО "Медицинский университет Астана" Казахстан

Введение. Кишечный дисбактериоз сопутствует многим заболеваниям и чаще всего заболеваниям желудочно-кишечного тракта. В последние годы все чаще обращают внимание на механизмы развития кишечного дисбактериоза при различной патологии и его коррекцию. Фоном для развития синдрома избыточного бактериального роста служат различные состояния, сопровождающиеся нарушением просветного или пристеночного пищеварения (врожденный дефицит ферментов, панкреатит, энтериты), пассажа кишечного содержимого, ятрогенные воздействия на микрофлору кишечника[1]. В настоящее время пробиотикам отводят важное место не только в контроле микробной резистентности [2], но и в качестве стратегических средств альтернативной медицины, направленной на поддержание и восстановление здоровья человека [3].

Цель настоящего исследования изучение состояния микрофлоры кишечника у больных хроническим панкреатитом (ХП) и ее коррекция пробиотиками.

Материалы и методы. Нами изучена динамика показателей микрофлоры кишечника у 42 больных ХП. Исследуемые больные были разделены на две группы. В первой группе 25 больных и во второй -21. Первая группа больных с комплексной терапией получала бифидумбактерин по 30 доз/ сутки, линекс по 6кап/сутки и дюфалак 20 мл/сутки в период обострения в течение 4-х недель, а также через 2-6 месяцев после окончания основного курса лечения. Вторая группа получала только стандартную терапию в течение 4-х недель.

Идентификация, выделенных чистых культур проводилась на микробиологическом компьютерном анализаторе "Микротакс" фирмы "Sy-Lab" (Austia) [4].

Результаты и обсуждения. Исследования микробного пейзажа толстого кишечника у больных ХП, проводили до лечения, а также после наступления ремиссии и через 2 и 6 месяцев (таблица 1,2).

Анализ данных таблицы 1 показал, что после 4-х

Таблица 1-Состояние микробиоценоза толстого кишечника у больных хроническим панкреатитом после лечения пробиотиками M±m %

Микрофлора	до лечения			после лечения в течение 4-х недель					
	n=46	обострен	КОЕ/г	n=25	1группа с пробио-ми	КОЕ/г	n=21	2группа без про-ков	КОЕ/г
Бифидобактерии	30	65,2±7,0	$<10^8$	20	80,0±8,0**	10^8	9	42,8±10,8*	10^8
Лактобактерии	26	56,5±7.3	$<10^6$	18	72,0±8,9*	10^6	13	61,9±10,6	10^6
Кише.палоч с норм..акт.	26	56,5±7,3	$<10^7$	19	76,0±8,5**	10^7	15	71,4±9,9*	10^7
шечная палочка со снижен. ферм. активностью	25	54,3±7,3	$>10^7$	18	72,0±8,9**	10^7	15	71,4±9,9*	10^7
Протей	19	41,3±7.2	$>10^4$	17	68,0±9,3**	$<10^4$	11	52,3±10,8	$<10^4$
Цитробактер	15	32,6±6,9	$>10^5$	16	64,0±8,9**	$<10^5$	11	52,3±10,8	$<10^5$
Клостридии	25	54,3±7,3	$>10^5$	21	84,0±7,3**	$<10^5$	9	42,8±10,8	$<10^5$
Кандида	15	32,6±6,9	$>10^4$	16	64,0±8,9**	$<10^4$	9	42,8±10,8	$<10^4$

Примечение : $p^*_1<0,05$; $p^{**}_2<0,001$; сравнение с группой в обострении

недельного лечения пробиотиками в первой группе больных уровень бифидобактерий достоверно повышается до нормы у 80 % (108 КОЕ/г), тогда как во второй группе уровень бифидобактерий только у 42,8% в концентрации (108КОЕ/г), лактобактерии в первой группе у 72% в концентрации(106КОЕ/г),а во второй у 61,9% (106КОЕ/г). Уровень кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью у 76% и со сниженной ферментативной активностью у 72% больных в концентрации (107 КОЕ/г). Что касается условно-патогенной микрофлоры (Citrobacter freundii и кандида у 64%, клостридии у 84%), то их уровень достоверно снижается и приближается к нормальной концентрации. Во второй группе больных уровень условно- патогенной микрофлоры, а именно, содержание цитробактер у 52,3% и кандида у 42,8% достоверно остаются в повышенной концентрации. Изучение микробного пейзаж толстого кишечника у больных ХП после пролангированной терапии пре - и пробиотиками в течение 2-х месяцев после снятия обострения показала, что количество больных с нормальным уровнем бифидобактерий остается в прежнем количестве хотя по отдельным видам количество больных с нормальным уровнем эшерихий и условно-патогенной микрофлоры приближается к норме. Кишечная палочка с нормальной и сниженной ферментативной активность достоверно повышается у 87% больных. Через 6 месяцев лечения концентрация бифидо- и лактобактерий, кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью достоверно повышается у 85-95% больных первой группы. Условно-патогенная микрофлора протей, цитробактер, клостридии и кандида после лечения достоверно приходят к норме. Таким образом, у больных ХП, получавших с комплексной терапией пре- и пробиотики в течение 6-ти месяцев, наблюдаются положительные сдвиги микрофлоры толстого кишечника. Это сопровождается нормализацией клинических проявлений основного заболевания и исчезновением полностью симптомов дисбактериоза-дискомфорта в желудочно-кишечном тракте, что свидетельствует о положительных репаративных процессов в ткани поджелудочной железы и является показанием для подключение пре- пробиотиков в комплексную терапию ХП.

Таблица 2-Состояние микробного спектра толстого кишечника больных хроническим панкреатитом через 6 месяцев после обострения

Микрофлора кишечника	Больные хроническим панкреатитом через 6 месяцев								
	до лечения			Лечение пробиотиками			Лечение без пробиотиков		
	n=46	M±m %	КОЕ /г	n=20	M±m %	КОЕ /г	n=16	M±m %	КОЕ /г
Бифидобактерии.	30	65,2±7,0	$<10^8$	19	95,0±6,1**	10^8	5	31,3±11,6*	10^8
Лактобактерии	26	56,5±7,3	$<10^6$	17	85,0±8,0**	10^6	7	43,7±12,4	10^6
Кишеч. пал.с нор. ферм.актив.	26	56,5±7,3	$<10^7$	17	85,0±8,0**	10^7	14	87,5±8,3**	10^7
Киш. пал. со снижен. ферм. активностью	25	54,3±7,3	$>10^7$	15	75,0±9,7*	10^7	14	87,5±8,3**	10^7
Протей	19	41,3±7,2	$>10^4$	1	5,0±4,8**	$>10^4$	5	31,3±11,6	$>10^4$
Цитробактер	15	32,6±6,9	$>10^5$	1	5,0±4,8**	$>10^5$	5	31,3±11,6	$>10^5$
Клостридии	25	54,3±7,3	$>10^5$	3	15,0±8,0**	$>10^5$	6	37,5±12,1	$>10^5$
Кандида	15	32,6±6,9	$>10^4$	2	10,0±6,7**	$>10^4$	8	50,0±12,5	$>10^4$

Примечение:$p^*_1<005$;$p^{**}_2<0,001$сравнение с группой до лечения

ЛИТЕРАТУРА

1. Ушакова Е.А. Роль пробиотиков в гастроэнтерологии // Фарматека,2007,№ 6,С.18-25.
2.Harbarth S., Samore M.H.Antimicrobial Resistance-Determinants and Future Control. Emerg Infect Dis 2005;11(6):794-801.
3. Шендеров Б.А.Современное состояние и перспективы развития концепции "Пробиотики, пребиотики и синбиотики".http: 477.
4. Бактериологическая диагностика дисбактериоза кишечника: Методическое указание № 10.05.044.03.Алмата.2003.22с.

ІШЕК ДИСБАКТЕРИОЗЫ ЖӘНЕ СОЗЫЛМАЛЫ ПАНКРЕАТИТ

Бұл мақалада созылмалы панкреатиттің стандартты пробиотиктерімен қоса әсерлі терапиялық талдау емі жүргізілгендігі қарастырылған. Зерттеуде алынған мәліметтер негізіне сүйене отырып емдеу шараларына ХП пробиотигін қолдануды енгізу ұсынылады.

INTERSTETIONAL DISBACTERIOSIS END CHRONIC PANCREATITIS

Seihe analysis of effectivenes of treatment of patients with chronic pancreatitis of seihe zetone including seihe probiotic is done. On seihe baisis of reseived data seihe oftreatment is offered.

VALEO

Б.К.Доскенова

РЕЗИДЕНТНЫЙ САЛМОНЕЛЛЕЗ В ДЕТСКОМ ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

АО "Медицинский университет Астана",

Эпидемиологические закономерности возникновения и распространения "классического" салмонеллеза общеизвестны. В отличии от него, внутригоспитальному салмонеллезу присуще своеобразие всех звеньев эпидемического процесса - источника инфекций, путей передачи возбудителя и восприимчивого к заражению организма [1]. Внутриклеточная локализация возбудителя, глубокие и распространенные патологические нарушения, особенности иммунного ответа, создают определенные трудности в клинической и лабораторной диагностике резидентного салмонеллеза [2]. Необходимость всестороннего изучения вопросов клинического течения нозокомиального салмонеллеза диктуется тем обстоятельством, что именно для него характерно более длительное и тяжелое течение заболевания [3]. Принимая во внимание "своеобразие" эпидемиологии, клиники резидентного салмонеллеза, представляется актуальным изучение его клинико-эпидемиологических особенностей.

Цель: Изучить особенности эпидемиологии и клинического течения резидентного салмонеллеза у детей первого года жизни в условиях детского инфекционного стационара.

Материалы и методы: Основным методическим приемом для изучения клинико-эпидемиологических особенностей были исследования типа "случай - контроль". Изучение клинической картины резидентного салмонеллеза, вызванного S. typhimurium, у 117 детей первого года жизни, проводилось на базе детской городской инфекционной больницы г.Астана. В качестве группы сравнения наблюдались 100 детей с внегоспитальным салмонеллезом S. typhimurium.

Результаты и обсуждение: За пятилетний период наблюдения (2004-2008г.г) было зарегистрировано 117 случаев резидентного салмонеллеза. В динамике эпидемического процесса выявлены три периода повышения уровня заболеваемости. Первый период, с октября 2004г по март 2005, второй период - с октября 2005г по январь 2006г и трети период- с декабря 2006г по февраль 2007г. Основное число случаев заболеваемости регистрировалось в холодное время года, что свидетельствует об осенне-зимней сезонности.

Анализ изучения частоты инфицирования детей, в зависимости от профиля отделения, выявил высокий уровень инфицирования резидентным салмонеллезом пациентов отделения реанимации, удельный вес которых составил 38%. В связи с тем, что из всех отделении больницы дети поступают в одно и тоже реанимационное отделение, последнее явилось важным эпидемическим звеном, связывающие многие

отделения.

Следующим эпидемиологическим фактором распространения инфекции являются переводы больного из одного отделения в другое, что составляют 73 (62%) случаев. Другим, не менее важным фактором, является переводы пациентов из одной палаты в другую; удельный вес таких пациентов составляет 68 (58%) случаев.

Анализ повторно поступивших детей в течение одного и того же месяца показал, что среди них заболевших резидентным салмонеллезом оказалось 33 (28%) ребенка, что свидетельствует о высоком риске инфицирования детей за столь короткое время.

Анализ заболевших детей резидентным салмонеллезом выявил еще один эпидемиологический фактор - это миграция населения. Так, в ГДИБ г.Астаны поступали дети из стационаров г.г.Караганды, Кокшетау, Жамбыла, Шымкента, где они получали лечение по поводу острых кишечных инфекции, среди которых заболевших нозокомиальным салмонеллезом было 18 (15%) детей.

Также немаловажным фактором инфицирования следует считать использование назогастрального зонда, микроклизм, т.е. распространение контактным путем. Число детей, инфицированных таким путем, включает 8 (7%) случаев из всех заболевших резидентным салмонеллезом. Следует отметить, что эти эпидемиологические факторы наблюдались во время "перегрузки" стационара в связи с широкомасштабной госпитализацией больных. Клиническое наблюдение за всеми пациентами проводили с момента поступления в стационар до выписки. Параметрами клинико-физиологического сравнения служили следующие показатели: длительность интоксикации; сроки нормализации температуры тела; динамика кишечной дисфункции; наличие рвоты, метеоризма, гепатомегалии, характера течения болезни.

Для резидентного салмонеллеза было характерно постепенное начало у 90(77%) больных, внегоспитальном салмонеллезе у 27(27%) больных ($p<0,01$). При резидентном салмонеллезе отмечен длительный субфебрилитет (37-37,5°С) до $7,5\pm0,75$ дней, до $28\pm0,8$ дней при внебольничным салмонеллезе ($p<0,005$), что объясняется малым и дробным поступлением госпитального инфекта и более продолжительным его размножением в кишечнике с постепенным развитием токсинемии.

Клинические проявления в виде рвоты, снижения аппетита, чаще регистрировались при внебольничным салмонеллезе у 63(63%) и 29(24%) пациентов соответственно ($p<0,001$); у 95(95%) и 88(75%) соответственно ($p<0,001$). Гепатолиенальный синдром с большей частотой развивался при резидентном салмонеллезе, по сравнению с внегоспитальным вариантом: 89(76%) и 39(39%) случаев соответственно ($p<0,001$). Диарейный синдром с одинаковой частотой наблюдался в обеих группах. Различия наблюдались в продолжительности диарейного синдрома. Для резидентного салмонеллеза был характерен более длительный диарейный синдром, чем у детей с внебольничным салмонеллезом ($22,4\pm1,3$ и $9,6\pm1,1$ соответственно, $p<0,002$).

Интересные данные получены при анализе гемоколита, который наблюдался у 55 пациентов (47%) резидентным салмонеллезом и у 23 (23%) внегоспитальным салмонеллезом ($p<0,001$). При резидентном салмонеллезе чаще наблюдалось кровотечение из верхних отделов толстого кишечника - у 32 больных (58,1%) из 55. Для этого типа кровотечения было характерно наличие в стуле свежей крови, выделявшейся в виде прожилок. Полученные данные свидетельствует о выраженных деструктивных изменениях, захвативших тонкий и толстый кишечник при резидентном салмонеллезе.

Оценка характера течения болезни так же выявило отличительные особенности резидентного салмонеллеза. В 60 случаях (51,2%) наблюдалось волнообразное течение, тогда как в группе сравнения только у 24(24%) больных ($p<0,001$).

Таким образом, возникновению и распространению резидентного салмонеллеза способствовало перегрузка стационара больными а интенсивная миграция больных внутри лечебного учреждения привело к эстафетной передаче возбудителя.

Для клинического течения резидентного салмонеллеза было характерно подострое начало заболевания с постепенным нарастанием диарейного синдрома, продолжительными явлениями гемоколита и формированием волнообразного течения.

Проведенный анализ указывает на необходимость усиления эпидемиологического надзора за лечебным учреждением и дифференцированного подхода к госпитализации детей в инфекционный стационар.

ЛИТЕРАТУРА

1.Бухарин О.В. Салмонеллы и салмонеллезы.- Екатеринбург: УрО РАН, 2007, 190 с.

2.Покровский В.И., Малеев В.В. Внутригоспитальный салмонеллез: проблема и пути ее решения. // Эпидем. и инфекц. бол, 2008, №2, с.17.

3.Литинскии Ю.И. Трудности лабораторной этиологической диагностики диарейных заболевании // Ж.микробиол., 2008, №2, с.22.

БАЛАЛАР ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАРЫ СТАЦИОНАРЫНДАҒЫ РЕЗИДЕНТТІ САЛМОНЕЛЛЕЗ

Бес жыл бойы жұқпалы салмонеллезге бақылау жүргізілді. Бір жастағы балалардағы резидентті салмонеллездің клиникалық және эпидемиологиялық ерекшеліктері анықталды. Яғни резидентті салмонеллездің біртіндеп басталатындығы, толқын тәрізді және созылмалы ағымы, ішектік синдром, гемоколит, гепатомегалия көріністерінің ұзақ сақталатындығы және айқын болатындығы анықталды.

RESIDENT SALLMONELESUS IN CHILDISH PERMANENT ESTABLISHMENT

The observation of sallmonelesus infection was carried out over a period of 5 years. The features of epidemiological and clinical flow of resident sallmonelesus with first year children were discovered . For hospital salmonelles typical the gradual beginning, undulating and long - drawn course and expressed and long appearances of hepatomegalie, salt deficient dehydration, haemokolit and diarrhoea.

VALEO

Б.К.Доскенова

СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РЕЗИДЕНТНОГО САЛМОНЕЛЛЕЗА

АО "Медицинский университет "Астана"

В структуре ОКИ одно из первых мест занимает салмонеллез. Особенно высока заболеваемость этой инфекцией у детей первого года жизни [1]. В данной группе заболевание протекает наиболее тяжело, нередко принимая затяжное течение. Решающее значение в формировании тяжести течения и исходов салмонеллеза у детей играет иммунологическая реактивность, которой присущи определенные закономерности развития и становления [2]. Мнения различных авторов о возможности серологической диагностики салмонеллеза с помощью определения специфических антител неоднозначны, и ряд исследователей считают ее неэффективной у детей грудного возраста [3]. Несмотря на противоречивые данные о методах серологического исследования, в последние годы именно серологическая диагностика приобретает важную роль в диагностике салмонеллеза, в связи с увеличением числа отрицательных результатов бактериологического исследования. Таким образом, в плане исследования особенностей специфического иммунитета при салмонеллезе тифимуриум представляет большой интерес.

Цель. Изучить особенности антителообразования при резидентном салмонеллезе у детей первого года жизни.

Материалы и методы. Для повышения серологической диагностики салмонеллезов была использована реакция пассивной гамагглютинации (РПГА) с комплексным и групповым салмонеллезным диагностикумом в низких разведениях 1:40 и выше. В динамике болезни наблюдалось нарастание уровня антител. Исследование проводилось в бактериологической лаборатории ДГИБ г.Астана. Забор материала проводили согласно нормативным документам. Исследованы 180 сывороток крови больных с внутрибольничным салмонеллезом и 164 внебольничным салмонеллезом детей первого года жизни, госпитализированных в различные отделения ДГИБ.

Результаты и обсуждения. В таблице №1 представлены сроки появления диагностических титров при внутрибольничном и внебольничном салмонеллезе у детей первого года жизни. Резидентном салмонеллезе в остром периоде антитела были выявлены лишь у 3 (7.8%) пациента.

В группе сравнения (внебольничный салмонеллез) чаще обнаруживались диагностические титры антител у 6 (17.1%) больных ($p>0,05$). На второй неделе болезни антитела также больше определялись при внебольничном салмонеллезе у 17 (45.9%) больных, чем при резидентном салмонеллезе у 9 (21.4%), ($p<0.05$). Анализ результатов на третьей и четвертой неделе болезни показал существенные различия в состоянии специфического иммунного ответа. Наиболее активная выработка противосалмонеллезных антител при внебольничном варианте приходилось на третью неделю болезни 24 (70.5%) больных, резидентном салмонеллезе у 13 (35.1%), ($p<0.001$). Максимальная выработка противосалмонеллезных антител резидентном салмонеллезе наблюдалось на четвертой неделе у 25 (71.4%) больных, внебольничном салмонеллезе наблюдалось снижение уровня антител у 13 (39.3%)

Таблица 1 - Частота обнаружения диагностических титров антител при резидентном и внебольничном салмонеллезе у детей первого года жизни.

срок заболевания в неделях	количество обследованных больных с резидентным салмонеллезом	из них с положительным результатом абс.ч. (% ± м)	количество обследованных больных с внебольничным салмонеллезом	из них с положительным результатом абс.ч. (% ± м)	p
1 нед.	38	3 (7.8±4.3)	35	6 (17.1±6.3)	>0.05
2 нед.	42	9 (21.4±6.3)	37	17 (45.9±8.1)	<0.05
3 нед.	37	13 (35.1±7.8)	34	24 (70.5±7.8)	<0.001
4 нед.	35	25 (71.4±7.6)	33	13 (39.3±8.5)	<0.02
5 нед.	28	13 (46.4±9.4)	25	5 (20±8.0)	<0.05

больных, ($p<0.02$). Резидентном салмонеллезе противосалмонеллезные антитела сохранялись и на пятой неделе болезни у 13 (46.4%) больных, внебольничном салмонелезе антитела выявлялись у незначительного количества обследованных 5 (20%) больных ($p<0.05$).

При постановке РПГА в титрах 1:80 и выше отмечается низкии процент подтверждения резидентного и внебольничного салмонеллеза даже на 3 и 4 неделе болезни, 17% и 33% соответственно ($p<0.02$), 31 и 23% соответственно ($p<0.02$). Таким образом, специфические антитела при резидентном салмонеллезе вырабатывались замедленно в низких титрах и в более поздние сроки на 4 неделе болезни. Внебольничном салмонеллезе наблюдалось более раннее появление антител на 3 неделе с более высоким уровнем антител. Полученные данные свидетельствуют о менее интенсивном, запаздалом иммунном ответе, способствующем более длительному и тяжелому течению резидентного салмонеллеза. Использование низких разведении сывороток в постановке РПГА повысило кратность подтверждении резидентного салмонеллеза у детей первого года жизни в 2.3 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трунилина Р.Т., Шахлин Е.В. Внутрибольничные инфекции в педиатрии //Эпидемиология и инфекционные болезни 2006, №3, с.42.

2. Ряпис Л.А. Биологические свойства госпитального салмонеллеза //Журн. микробиол.,2005, №2, с.76-77.

3. Милютина Л.Н. Клинические аспекты госпитального салмонеллеза //Эпидемиология и инфекционные болезни 2006, №5, с.21-23.

РЕЗИДЕНТТІ САЛМОНЕЛЛЕЗДІ СЕРОЛОГИЯЛЫҚ ӘДІС АРҚЫЛЫ АНЫҚТАУ

Бір жастағы балаларда резидентті салмонеллездің серологиялық диагностикасында РПГА (пассивті гемаглютинация реакциясы) әдісінің жиынтық ерітіндісі 1:40 қатынасында және ауру динамикасында антидене титрінің жоғарлауын анықтау жүргізілді. Резидентті салмонеллездың ауру динамикасында арнайы антиденеңің титрі біртіндеп кеш пайда болатыны анықталды.

SEROLOGICAL DIAGNOSTICS OF RESIDENT SALLMONELLESUS

The serological diagnostics of resident sallmonelesus of first year children was made by method of RPH (reaction passive hemagglutination) with combined sallmonelesus diagnosticum at dilution of 1:40 and with exposure the increase of antibody titre in dynamics of illness. Later it was discovered the appearance of specific antibodies with slow growth of antibody titre in dynamics of illness by resident sallmonelesus.

VALEO

УДК 616.33-02.44:615.03

Т.Р. Омаров, Гуляев А.Е.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОБИОТИКОВ

АО "Медицинский университет Астана" Казахстан.

В настоящее время антихеликобактерная терапия считается основным стандартом лечения ассоцированны с H.pylori заболеваний, что отражено в международных (Маастрихтские соглашения 1,2,3) и россиских рекомендациях по лечению гастроэнтерологических больных[1]. В своих исследованиях мы придерживались данных рекомендаций. Всем больным хеликобактер ассоциированными заболеваниями проводили лечение первой и при необходимости второй линиями рекомендованными Маастрихтскими соглашениями 1,2,3 включающими антибактериальную терапию. Наши пациенты ранее неоднократно лечились стандартными схемами антихеликобактерной терапии. Однако эрадикация не была достигнута, о чем свидетельствовали рецидивы заболеваний.

В связи с чем цель настоящего исследования провести анализ эффективности лечения больных язвенной болезнью гастродуоденальной зоны с присоединением

Таблица 1-Состояние микрофлоры толстого кишечника у больных язвенной болезнью гастродуоденальной зоны на фоне лечения пробиотиками (M±m)

Исследуемые показатели	n=102	до лечения	КОЕ/г	n=65	после лечения с пробиотиками p1	КОЕ/г	n=20	через 4 недели без про-ков p2	КОЕ/г
Бифидобак	78	76,5±4,2	$<10^8$	41	63,1±5,9*	10^8	8	40,0±10,9**	10^8
Лактобактерии	62	60,8±4,8	$<10^6$	35	53,8±6,2	10^6	6	30,0±10,2**	10^6
Кишечная палочка с норм. ферм. акт.	42	41,2±4,9	$<10^7$	45	69,2±5,7**	10^7	9	45,0±11,1	10^7
Кишечная палочка со снижен. ферм. активностью	48	47,1±4,9	$>10^7$	45	69,2±5,7*	10^7	8	40,0±10,9	10^7
Протей	15	14,7±3,5	$>10^4$	50	76,9±5,2**	$<10^4$	8	40,0±10,9	$<10^4$
Цитробактер	58	56,9±4,9	$>10^5$	35	53,8 ±6,2	$<10^5$	10	50,0±11,1	$<10^5$
Клостридии	58	56,9±4,9	$>10^5$	35	53,8 ±6,2	$<10^5$	9	45,0±11,1	$<10^5$
Дрожжепод.грибы рода кандида	48	47,1±4,9	$>10^4$	45	69,2±5,7**	$<10^4$	8	40,0±10,9	$<10^4$

Примечание: p 1<0.05; p2<0.001 сравнение с группой больных до лечения

к стандартной терапии пробиотиков.

Материалы и методы. Исследования были проведены на 102 больных язвенной болезнью гастродуоденальной зоны в период обострения заболевания в возрасте от 20 до 57 лет, без сопутствующей патологии. Длительность заболевания 1 до 16 лет (в среднем 9,00?0,70).У всех больных имело место инфицирование H.pylor. До начала лечения выявляемость хеликобактер в фундальном и антральном отделах желудка составила 89,3%. Хеликобактериоз диагносцирован цитологически в раздавленных биоптатах слизистой оболочки с окраской по Граму. Микробиоценоз толстой кишки исследовали при первичном обращении и после лечения с помощью бактериологического метода.

Для исследования клинической эффективности эрадикационной терапии нами проводилась "квадротерапия"-ребепрозол, тетрациклин, метранидазол и де-нол. Выбор этой комбинации основан на собственном положительном опыте их применения у разных категорий пациентов. Больные были поделены на две группы. Первая группа 65 больных язвенной болезнью гастродуоденальной зоны ассоциированной с H.pylori в период обострения получала квадротерапию , к которой подключали бифидумбактерин по 30 доз /сутки, линекс по 6 кап/ сутки, дюфалак по 20 мл 1 раз /сутки. Вторая группа 20 пациентов получала только квадротерапию. Лечение проводили в течение

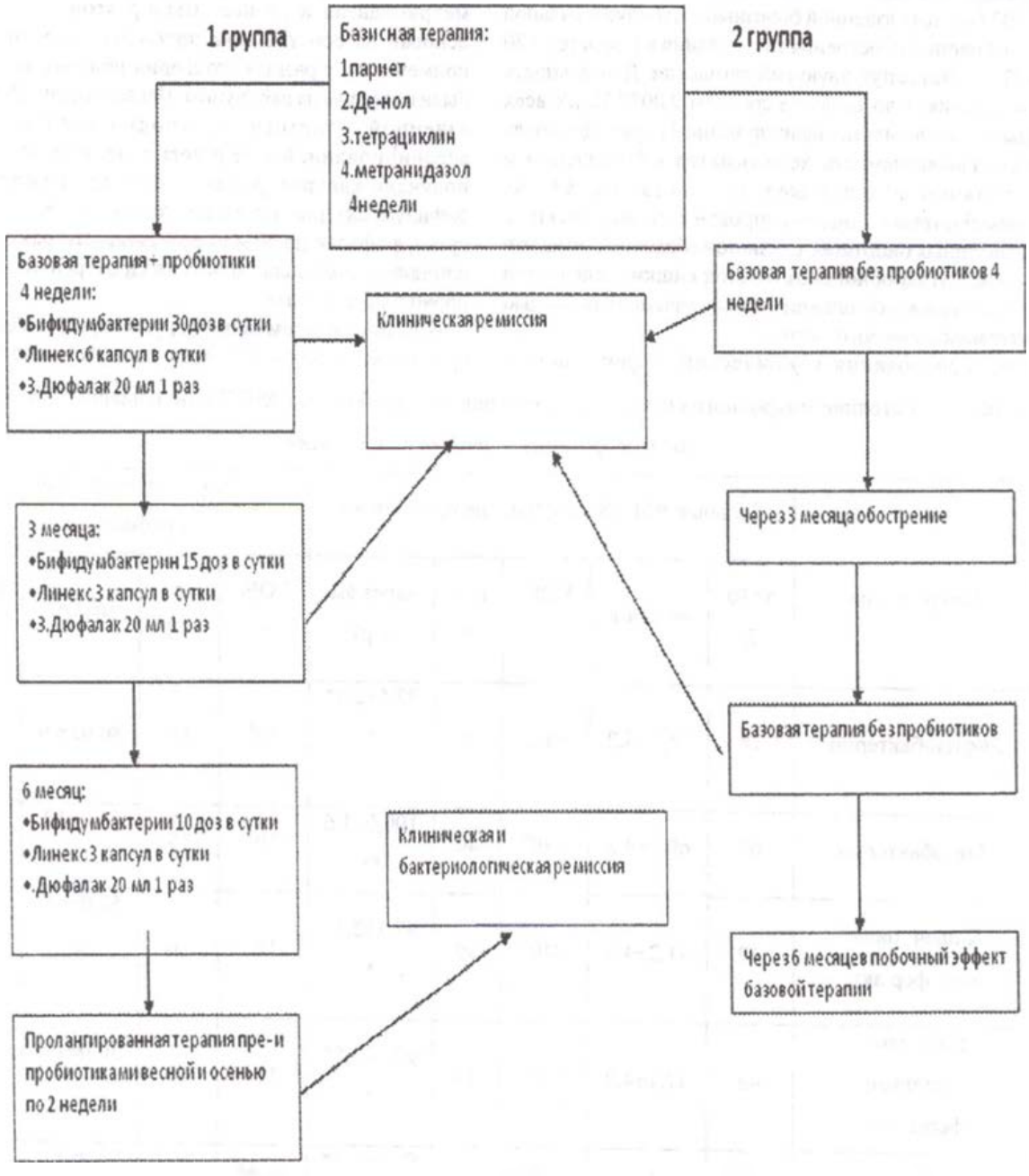
4-х недель, а затем первая группа продолжала прием пробиотиков в течение 6-ти месяцев. Микробный спектр

Таблица 2-Состояние микробного спектра толстого кишечника у больных ЯБГДЗ, получавших пробиотики пролангированно в течение 6-ти месяцев

Микрофлора	Больные ЯБГДЗ, получавшие пробиотики					ЯБГДЗ неполучавшие пробиотики			
	n=102	до леч-я	КОЕ/г	n=40	через 6м-в р1	КОЕ/г	n=20	Через 6 ме-вр2	КОЕ/г
Бифидобактерии	78	76,5±4,2	$<10^8$	39	97,5±2,5**	10^8	16	80,0±8,9	$<10^8$
Лактобактерии	62	60,8±4,8	$<10^6$	40	100,0±1,6**	10^6	13	65,0±10,7	$<10^6$
Кишеч. пал.с нор. фер акт	42	41,2±4,9	$<10^7$	39	97,5±2,5**	10^7	10	50,0±11,2	$<10^7$
Киш. пал. со снижен. ферм. акт.	48	47,1±4,9	$>10^7$	39	97,5±2,5**	10^7	10	50,0±11,2	$>10^7$
Протей	15	14,7±3,5	$>10^4$	37	92,5±4,2**	$<10^4$	9	45,0±11,1**	10^4
цитробактер	58	56,9±4,9	$>10^5$	40	100,0±1,6**	$<10^5$	11	55,0±11,1	$>10^5$
клостридии	58	56,9±4,9	$>10^5$	37	92,5±4,2*	$<10^5$	11	55,0±11,1	10^5
кандида	48	47,1±4,9	$>10^4$	39	97,5±2,5**	$<10^4$	10	50,0±11,2	$<10^4$

Примечание: р 1<0.05; р2<0.001 сравнение с группой больных до лечения

Алгоритм лечения язвенной болезни с применением пробиотиков



кишечника изучали через 3 и 6 месяцев.

Показатели микробного спектра кишечника больных язвенной болезнью гастродуоденальной зоны на фоне лечения пробиотиками представлены в таблице 1.

Результаты и обсуждение. Анализ таблица 1 показал, клинически в первой группе больных болевой синдром купировался на второй день от начала лечения, дискомфорт в животе (вздутие, газообразование) прошли через неделю, нормализовался стул. В первой группе, получавших пре- и пробиотики через 4 недели наблюдалось достоверное увеличение бифидобактерий у 63,1±5,9% в концентрации (108 КОЕ/г), тогда как до лечения у 76,5±4,2% микрофлора была снижена в концентрации(<108КОЕ/г). Уровень лактобактерий нормализовался у 53,8±6,2% в концентрации (106 КОЕ/г), общее количество кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью и кишечная палочка со сниженной ферментативной активностью также нормализовался у 69,2% в концентрации (107 КОЕ/г). Уровень условно-патогенной микрофлоры: Citrobacter freundii, клостридии у 53,8%(<105КОЕ/г),уровень Candida у 69,2%(<104КОЕ/г) приходит к норме. Тогда

как во второй группе, которая не получала пре -и пробиотики, микробиоз толстого кишечника практически не изменился. Клинически у этой группы пациентов через 4 недели наблюдалось улучшение, что мы связываем с действие патогенетической терапии. Побочные эффекты антихеликобактерной терапии наблюдались только у 5% больных первой группы, тогда как во второй группе это составило 25%.Через 3 месяцев лечения пробиотиками (таб.2) наблюдается значительное улучшение показателей микробного спектра толстого кишечника больных язвенной болезнью гастродуоденальной зоны. Так, уровень бифидобактерий у 84% и лактобактерий у 76% достоверно продолжает увеличиваться по сравнению с его уровнем у больных после основного 4 недельного курса лечения. Увеличивается процент больных, у которых достоверно снижается концентрация протея, цитробактер, клостридий и дрожжеподобных грибов рода кандида. Через 6-месяцев приема пробиотиков вновь изучали уровень микрофлоры толстого кишечника и выявили достоверное увеличение бифидбактерий у 97,5% и лактобактерий у 100% больных в концентрации(108 и106 КОЕ/г), нормализовался уровень кишечной палочки с нормальной и сниженной ферментативной активностью у 100% пациентов. Условно-патогенная микрофлора также приходит к норме.

Через 6 месяцев в группе, неполучавших пробиотики, процент больных с нарушенным уровнем микробного спектра толстого кишечника увеличивается. Снижается уровень облигатной микрофлоры бифидобактерий у 80% и лактобактерии у 65% больных в концентрации(<108 и<106 КОЕ/г) и возрастает достоверно концентрация условно- патогенной микрофлоры: цитробактер у 55%, и дрожжеподобные грибы рода Candida у 50% больных. В первой группе больных, получавших пролангированно пре- и пробиотики в течение 6 месяцев, ремиссия поддерживалась в течение года у 100% больных и 2-х лет у 87%. Бактериологические исследования кала у этих больных показало, что уровень микрофлоры кишечника поддерживался в пределах нижних показателей нормы. У 13% больных через 24 месяца после проведенного лечения появилась тяжесть в подложечной области, изжога при погрешностях в диете, неприятный вкус во рту. Бактериологическое исследование кала выявило увеличение уровня условно- патогенных микроорганизмов (цитробактер и клостридий >105КОЕ/г). По данным ФГДС у этих больных рецидива язвы не было, H. pylor в биоптате слизистой желудка не обнаруживались. Во второй группе ремиссия сохранялась только у 10% в течение 6 месяцев и у 5% в течение года. Таким образом, присоединение пробиотиков к стандартной терапии способствует быстрому обратному развитию клинических симптомов, восстановлению и поддержанию в течение 12-24 месяцев микробного спектра кишечника, удлинению ремиссии и у 100% эрадикации H.pylori. На основании полученных данных был разработан алгоритм лечения язвенной болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1.Абильдаева Г.А. Этиопатогенетическое значение клинико-микробиологических особенностей гастродуоденальной патологии у работников нефтяной промышленности: автореф. ...докт. мед. наук:29.05.09.-Алматы,2009 .-38с

ПРОБИОТИКТЕРДІ ҚОЛДАНЫП ОЙЫҚЖАРА АУРУЫН ЕМДЕУДІҢ АЛГАРИТМІ

Гастродуоденалді аймағының ойықжара ауруымен ауыратын науқастарды пробиотиктердің стандартты терапиясымен біріктіріп емдеудің тиімділігіне анализ жасалды. Алынған мәліметтердің негізіне сүйене отырып ойықжара ауруын емдеудің алгоритмі ұсынылады.

ALGORITHM OF TREATMENT OF ULCER WITH USING SEIHE PROBIOTIC

Seihe analysis of effectivenes of treatment of patients with ulcer of seihegastroduodenal zetone including seihe probiotic is done. On seihe baisis of reseived data seihe of algorithm treatment of ulcer is offered

VALEO

Ким О.С.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ С - ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

Городская инфекционная больница г.Астана

Вирус гепатита С (HCV) обладает наиболее высоким хрониогенным потенциалом. В гепатологии "трудный" больной - это прежде всего, больной с хроническим прогрессирующим заболеванием печени вирусной этиологии (хронические вирусные гепатиты В и С), аутоиммунными заболеваниями печени (аутоиммунный гепатит, первичный билиарный цирроз), алкогольной болезнью печени с постепенным возникновением необратимых цирротических изменений печени, у части больных - гепатоцеллюлярной карциномы 1, 2, 3 .

Важной отличительной чертой HCV является его генетическая неоднородность, соответствующая особенно быстрой замещаемости нуклеотидов. В результате этого образуется большое число разных генотипов, субтипов, мутантов. Согласно разным классификациям, разграничивают 6, 11 и даже 30 генотипов и субтипов HCV. Полагают, что для целей клинической практики достаточно разграничивать несколько генотипов HCV: 1 (а, в) , 2 а, 2 , 3 а, 4. Установлены существенные географические различия в распространении разных генотипов 5, 8 .

Отличительной особенностью гепатита С является торпидное, латентное или малосимптомное течение, большей частью длительное время остающееся нераспознанным, значительными морфологическими изменениями 4, 7 .

Клинически выраженный хронический гепатит С развивается в среднем через 12-14 лет, цирроз печени - через 15-18 и гепатокарцинома - спустя 23-28 лет. Однако имеются данные о преимущественных темпах прогрессирования хронического течения HCV-инфекции, вызванной генотипом 1 в, а также в зависимости от путей передачи 9 .

Острый вирусный гепатит С (ВГС) может протекать субклинически и клинически манифестно. Субклинические варианты встречаются чаще, поэтому у большинства больных хроническим гепатитом С в анамнезе нет указаний на перенесенный в прошлом острый гепатит. Диагностика субклинического варианта острого гепатита С требует проведения индикации HCV-РНК методом ПЦР. Высокое содержание РНК подтверждает активность инфекционного процесса. При посттрансфузионном гепатите С HCV-РНК обнаруживается в крови уже в самые ранние сроки после заражения, при еще отрицательных результатах индикации анти-HCV и нормальных показателях активности АлАТ. Из антител первыми появляются анти-HCV, сначала IgM и вскоре IgG спустя 15-20 недель после заражения. Анти-HCV NS4 в острую фазу отсутствуют. При субклиническом варианте острого гепатита С регистрируется выраженная гипертрансаминаземия, обычно превышающая норму в 5-10 раз. Увеличение активности АлАТ предшествует появлению анти-HCV, как правило, на 8-10 неделе (возможны колебания от 15 до 150 дней). Гипертрансаминаземия - чаще волнообразная, в виде повторных "пиков", реже - постоянная 9,10 .

Верификация диагноза клинически манифестного острого гепатита С требует динамического контроля за HCV-РНК, анти-HCV и АлАТ. Значительное и, тем более, повторное повышение активности АлАТ большей частью предшествует клиническим проявлениям (признаки желтухи, астенический синдром, ухудшение аппетита, ощущение тяжести в правом подреберье) и, наряду с эпиданамнезом, служит первым основанием для целенаправленного обследования больного 9,10,12 .ОВГС может закончиться выздоровлением со стабильным исчезновением HCV-РНК и снижением активности АлАТ. При благоприятном исходе острого гепатита С с выздоровлением анти-HCV IgM исчезают в ранние сроки, а анти-HCV IgG продолжают циркулировать в крови в течение 1-4, реже 10-15 лет. Истинных реконвалесцентов после острого гепатита С немного, 15-20%. У основной части больных ОВГС сменяется латентной с многолетним персистированием инфекционного процесса 9,10,11 .

Латентная фаза соответствует хроническому персистирующему течению HCV-инфекции с сохранением вирусемии при полном или почти полном отсутствии клинических проявлений с развитием хротнизации. Считается, что хронических "носителей" HCV в 2 раза больше, чем "носителей" HBsAg. Носительство HBsAg преимущественно регистрируется у мужчин, а HCV (с нормальными показателями активности АлАТ) - чаще у женщин 5 .

Латентная фаза может продолжаться многие годы, до 15-20 лет, при этом инфицированные лица в своем большинстве считают себя здоровыми. Из лабораторных показателей периодически отмечается повышение активности АлАТ, "волнообразность" течения. Примерно у 1/3 больных регистрируются нормальные показатели АлАТ. В крови обнаруживаются анти-HCV IgG. Анти-HCV класса М, как правило, отсутствуют. Продолжительность латентной фазы сокращается при наличии предшествовавшей или дополнительно

развивающейся патологии печени (алкогольные, токсические, лекарственные поражения печени), интеркуррентных заболеваний 3,9,10,11 .

Фаза реактивации чаще отсрочена на многие годы. Соответствует началу клинически манифестной хронической стадии гепатита С с последовательным развитием хронического гепатита, цирроза печени, гепатокарциномы. Характеризуется стабильной вирусемией, большей частью с высоким содержанием HCV-РНК, однако относительно меньшим, чем в острую фазу. При этом трудности трактовки клинических проявлений хронического вирусного гепатита С (ХВГС) во многом определяются внепеченочными проявлениями - изолированными и сочетанными - кожные высыпания (пурпура и т.п.), суставной синдром, синдром Шегрена, цитопении или висцеральные проявления поражения (тиреодит, нефрит). Так по данным клиники Е.М.Тареева при анализе 435 больных ХРГС и ХВГВ внепеченочные проявления отмечались в 47% и 22% случаев, соотвественно 2, 7,15 .

Важнейшим критерием оценки течения хронического гепатита С является динамический контроль за анти-HCV IgM. Они всегда регистрируются в фазу обострений, но нередко и в ремиссию, предшествуя "пикам" активности АлАТ и должно рассматриваться как подтверждение активного иммунного ответа на персистирующую вирусную инфекцию. В фазу реактивации стабильно положительны анти-HCV IgG. Однако при исследовании их количественного содержания в фазу обострений и вычислении коэффициента анти-HCV Ig G/M отмечается его снижение, характеризующее преобладание М-антител. С большим постоянством выявляются анти-HCV NS4. Всегда имеет место обнаружение HCV-РНК. Установлены преимущественные темпы прогрессирования фазы реактивации у больных хроническим гепатитом С, вызванным HCV 1-го генотипа 1,11, .

Всего несколько лет назад хронический гепатит "С" считался неизлечимым заболеванием. В настоящее время существует возможность снизить активность или притормозить развитие болезни. Основой современного лечения гепатита "С" являются препараты интерферона-альфа. Активности вырабатываемых организмом человека интерферонов бывает недостаточно для борьбы с коварным и изменчивым "хамелеоном" - вирусом гепатита С. Введение препаратов интерферона помогает организму справиться с инфекцией. Сочетание интерферона с другими противовирусными препаратами (в частности, рибавирином) значительно повысило эффективность терапии. Залогом успеха является как можно более раннее определение диагноза и начало лечения, хотя оно возможно даже на стадии цирроза печени 1,4,8 .

ЛИТЕРАТУРА

1.National Institute of Health Consensus development conference statement: Management of hepatits C, 2002.Hepatology,2002, 36

2.Апрасина З.Г.Хронический активный гепатит как системное заболевание М., Медицина, 1981 г.

3.Игнатова Т.М.Хронический вирусный гепатит С: клинико - морфологическая характеристика, течение и лечение. Автореф. дисс. доктора мед.наук,2000 г.

4.Игнатова Т.М.,Хронический гепатит "С". Теперь не приговор, М. Медицина, 2004 г.

5.Poynard T., Ratziu V., Charlotte F. et al. Rates and risk Faktors of Liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C.J. Hepatol., 2001,34

6.Лыскина Г.Ф., Системные васкулиты. Десткая ревматология. Под редакцией А.А.Баранова, Л.К. Бахинова,2002

7.Сюткин В.Е.,Лопаткина Т.Н., Попова И.В. Факторы риска прогрессирования поражения печени при хроническом гепатите вирусной этиологии. Кремлевская медицина (клинический вестник),2000, 1.

8.Stader D.B.,Wright T.,Thomas D.L. Seeff L.B. Diagnosis.managemtnt. and treatment of hepatitis C., Hepatology,2004, 39

9.Серов В.В., Апросина З.Г. Хронический вирусный гепатит, М., Медицина,2004 г.

10.Логинов А.С., Блок Ю.Е.,М., Хронические вирусные гепатиты., М., Медицина,1987 г.

11.Гаврищева Н.А., Антонова Т.В. Инфекционный процесс: Клинические и патофизиологические аспекты; Учеб. пособие. - СПб.: Специальная литература, 1999.

12. К.В., Волжанин В.М. Вирусные гепатиты. - СПб.: ИКФ "Фолиант", 1999.

13.Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. - СПб.: Теза, 1997.

14.Шувалова Е.П., Антонова Т.В. Значение системы антиоксидантной защиты крови в адаптации к инфекционному процессу при вирусном гепатите С.- Тер. архив. - 1991. - Т.63, №11.

15.Хронический гепатит Сб. науч. тр. / ЦНИИ гастроэнтерологии; Под ред. А. С. Логинова 2000 г.

СОЗЫЛМАЛЫ С ГЕПАТИТІ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Созылмалы вирустық С гепатит - гепатологияның аса маңызды мәселесі. Созылмалы вирустық гепатиттің клиникалық көріністері әр түрлі. Көбінесе вирустық гепатит симптомсыз өтеді. Созылмалы вирустық С гепатиттің асқынуы бауыр церрозы немесе гепатоцеллюлярлы карциномның дамуы болып келеді. Диагнозды анықтау иммуноферментті сараптама әдісімен және полимерезді-тізбек реакциясымен іске асады. Вируска қарсы дәрілермен емдеу шараларыда жүргізіледі.

CHRONIC HEPATITIS C - FEATURES OF COURSE

Chronic viral hepatitis C - an actual problem hepatology. Clinical manifestations of chronic viral hepatitis variety. The most common viral hepatitis are asymptomatic. Verification of the diagnosis carried out by enzyme immunoassay and polymerase - chain reaction. The outcome of chronic hepatitis C are cirrhosis of the liver or the development of hepatocellular carcinoma. A treatment with antiviral drugs.

VALEO

УДК: 616.36-001-089.819

Удербаев Н.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕЧЕНИ

АО "Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи", г. Астана.

Введение. Частота повреждения печени при травматических повреждениях органов брюшной полости достигает 56% [1,2], травма которой в зависимости от характера повреждений сопровождается летальностью до 81% [1,3]. Причинами развившихся осложнений и летальных исходов, являются: неполноценное обследование, чрезмерно обширный, или напротив, недостаточный объем первичного хирургического пособия, а также выбор неадекватных сроков необходимого хирургического вмешательства [2,3]. Такие высокие показатели смертности обуславливают необходимость разработки оптимальной хирургической тактики, с применением в раннем послеоперационном периоде миниинвазивных эндоваскулярных вмешательств у данной категории больных [3,4,5,6].

Традиционная хирургическая тактика при изолированных и сочетанных травмах печени включает лапаратомию с коррекцией имеющихся повреждений органов брюшной полости. Однако, при массивных повреждениях внутренних органов, сочетающихся часто с повреждением крупных сосудов, полная коррекция всех повреждений занимает большое количество времени, что сказывается на исходе лечения.

Цель исследования - оценить роль эндоваскулярных вмешательств в диагностике и лечении травм печени у пострадавших, которым применялась многоэтапная хирургическая тактика.

Материалы и методы: В институте общей и неотложной хирургии АМН Украины проведен 10 летний ретроспективный анализ (1994-2004 г.) пострадавших с тяжелыми травмами печени, которым была применена традиционная и многоэтапная хирургическая тактика. Данный метод состоял из экстренной лапаротомии для диагностики и остановки кровотечения с применением минимальных по объему гемостатических вмешательств и тампонады печени. После стабилизации пациента в послеоперационном периоде, производилась ангиография печени при необходимости с последующей эмболизацией поврежденного сосуда. После стабилизации гемодинамических показателей пострадавшего выполнялась релапаротомия для окончательной хирургической коррекции. Эффективность многоэтапной тактики оценивалась по количеству выживших больных.

Результаты и их обсуждение: Проанализировано 160 пациентов с травматическими повреждениями печени, средний возраст которых составил 28 лет (17-60) лет, средняя оценка степени тяжести повреждения по шкале ISS 22,3 балла (9-75). Из 160 пострадавших были проанализированы 11 пациентов с тяжелыми травмами печени, из них с IV степенью тяжести по ISS было 8 человек, с V степенью - 3, у которых средняя величина кровопотери составила 1300 мл. (1000-2800). Все пострадавшие перенесли многоэтапную лапаротомию с марлевой тампонадой, среднее число операций на 1 человека 2,6 (2-4), ушивание раны печени с тампонадой (6), обширная гепатотомия и перевязка сосудов (1), атипичная резекция (2), резекция печени (1), прошивание крупных магистральных сосудов с тампонадой (1), ангиографическая эмболизация (4), ретроградная холангиография + назобилиарное дренирование (2). Средний койко-день в отделении реанимации составил - 21 день (2-134), средний к/д в клинике 40 (2-147). Общая летальность у основной группы составила 27,2 % (3 из 11), из которых с IV степенью тяжести 12,5 % (1 из 8), с V - 66,6 % (2 из 3).

Причиной смерти у двоих пострадавших явилась печеночная недостаточность (18,1 %).

Основным методом остановки кровотечения из паренхимы печени была марлевая тампонада, и как дополнение к основному методу применялась ангиографическая эмболизация поврежденных кровеносных сосудов.

Для диагностики повреждения желчных протоков применялась холангиография с установкой назобилиарного дренажа при необходимости. Прием Прингла был эффективен у 6 пострадавших (54,5%). Печеночная ангиография и эмболизация в послеоперационном периоде использовались у 4 из 11 (36,3%). У этих пациентов сразу после лапаротомии произведена эмболизация кровоточащих сосудов для усиления гемостатического эффекта, т.к не были уверены в эффективности тампонады.

Применение эндоваскулярной хирургии при травмах печени сразу после операции или во время реанимационных мероприятий позволил выявить источник кровотечения глубокорасположенных кровоточащих сосудов с последующей эмболизацией. Это позволило выиграть время для стабилизации гемодинамических показателей пострадавшего. Эта процедура была успешной, как на раннем этапе хирургического вмешательства, так и в позднем послеоперационном периоде.

Повреждения печени, при которых применялась многоэтапная хирургическая тактика типа "damage control", мы классифицировали следующим образом.

1-й вариант - тупая травма живота с изолированным массивным повреждением печени и кровопотерей более 2-х литров.

2-й вариант - проникающие сквозные ранения печени с повреждением магистральных сосудов.

3-й вариант - сочетанные массивные повреждения полых и паренхиматозных органов брюшной полости.

Выводы: Таким образом, многоэтапная хирургическая тактика при изолированных и сочетанных тяжелых повреждениях печени, является эффективным методом у гемодинамически нестабильных пострадавших с риском развития коагулопатии и полиорганной недостаточности. Основной принцип хирургического лечения повреждений печени - это использование минимальных по объему оперативных вмешательств, а также эффективных гемостатических миниинвазивных технологий в раннем послеоперационном периоде. Необходимым компонентом на завершающем этапе хирургического вмешательства, является интестинальная декомпрессия кишечника для проведения энтерального зондового питания с целью коррекции гиперметаболизма и профилактики вторичных системных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1.Абакумов М.М, Лебедев Н.В., Малярчук В.И. Диагностика и лечение повреждений живота. // Хирургия. - 2001.-№ 6. с. 24-28.

2.Белый В.Я., Полищук Н.Е., Барамия Н.Н и др. Особенности диагностики повреждения печени при закрытой сочетанной травме. // Клинич. Хирургия. - 1997-№7-8 с.29-31.

3.Asensio J.A., Demetriades D., Chahwan S., et al. Approach to the Management of Complecx Hepatic Injuries. // The Jornal of Trauma. 2000; 48:66 (1).

4.Jenkins M.A., Ponsky J.L. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endobiliary stenting in the treatment of biliary injuri resulting from liver trauma. // Surg Laparosc Endosc. 1995;5:118-120.

5.Kushimoto S., M. Aral, J. Aiboshi, et al. The Role of Interventional Radiology in Patients Requiring Damage Control Laparotomy. // The jornal of Trauma. 2003; 54 (1); pp.171-176.

6.Pachter H.L., Feliciano D.V. Complex hepatic injuries // Surg. Clin. N. Amer. - 1996. - Vol.76 - № 4. P. 763-782.

БАУЫРДЫҢ ЗАҚЫМДАЛҒАН ЖАРАҚАТЫ КЕЗІНДЕ ЭНДОВАСКУЛЯРЛЫ ХИРУРГИЯНЫ ҚОЛДАНУ

Бауырдың жарақатын емдеу диагностикасы кезінде гемостатикалық эндоваскулярлы хирургияны қолдану өте ауыр жағдайдағы науқастардың жағдайын әлдеқайда жақсартты. Бұл тәсіл көпмүшелік жетіспеушіліктің алдын алуға және операциядан кейінгі өліммен іріңді-септикалық асқынулардың санын төмендетуге бағытталған.

APPLICATION OF ENDOVASCULAR SURGERY IN TRAUMATIC LEVER INJURIES

The ase of gemostatic endovascular surgery for diagnosis and treatment of lever traumas considerably improved results of treatment in victims in critical condition. The given tactics is directed to the prohylactic of multiple organ insufficiency as well as to decreasing of number of postoperative pigo-septical complications and lethality.

Алимжанов С. Ж., Адильбеков А.А., Алимжанова А. С.

ПРОТЕЗДЕРДІ ПАЙДАЛАНУ АРҚЫЛЫ ЕМДЕУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

"Астана Медицина Университеті" АҚ
Ортопедиялық және балалар стоматологиясы кафедрасы

Мәселенің өзектілігі. Тістерінен толық айырылудың себептері көбінесе тіс жегісі асқынулары, пародонтоз ауруы, тістерге түсетін күштің шамадан артық болуы және ағзаның жалпы аурулары болуы мүмкін. Тіссіз ауыз қуысының клиникалық көрінісі тістерді жоғалтқан себебіне, уақытына, науқастың жасына және ағзаның басқа да ерекшеліктеріне байланысты болады [1]. Тісі жоқ ауыз қуысының клиникалық көрінісін зерттегенде кәрілік прогениясына, альвеолярлық өсінді атрофиясы шамасына, альвеолярлық өсіндінің және қатты таңдайды жауып тұратын шырышты қабаттың жағдайына, альвеола аралық биіктіктің жағдайына, науқастың сырт пішінінің өзгеруіне, шайнау және сөйлеу қызметінің бұзылуына көңіл аудару қажет. Тіссіз ауыз қуысының топографиялық көріністерінің күрделене түсуіне байланысты, емдеу әдістерін де жетілдіру қажеттігі туындайды. Бұл бағытта күнделікті қолданылып келген жеке дара қасықтарды пайдалану жолдарына біраз өзгерістер енгізілген. Соған қарамастан қалып алу сапасы әліде жақсартуды талап етеді [2].

Зерттеу мақсаты: Толық алмалы-салмалы протездерді дайындаудың біз ұсынған жасанды тіс қатарлары бар қатты қасық-негізді функциональдық қалып алуға пайдаланған жетілдірілген әдістің тиімділік деңгейін анықтау.

Материал және зерттеу әдістері: Тістерінен толық айырылған науқастарды емдеуде қолданылатын қатты қасық-негіздің емдеу нәтижесіне тигізетін әсерін анықтау және қарастыру мақсатында тәжірибелік топ науқастарына 42 қатты қасық-негіз жасалынды, ал бақылау тобындағы науқастарға стандартты әдіспен 39 қатты қасық-негіз жасалынды. Біздің әдісті қолдана отырып жасалынған қатты қасық-негізді пайдаланып жасалынған протездердің шайнау нәтижелілігін анықтау тәжірибелік және бақылау топтарындағы науқастарға протездерді тапсыра салысымен және бір жыл өткеннен кейін жүргізілді.

Зерттеу нәтижесі және оларды талқылау: Қойылған мақсатты анықтау үшін біздің қарауымызда 2004 жылдан 2007 жылға дейін АҚ "Астана медицина университеті" ортопедиялық және балалар жасындағы стоматология кафедрасының клиникасы болып табылатын "СВА Академия" емханасының стоматология бөліміне ортопедиялық ем алу мақсатымен келген тістерінен толық айрылған 35-75 жас шамасы аралығындағы (43 әйел, 27 еркек) 70 науқасты алдық.

Науқастарды екі топқа бөлдік. Бақылау тобына 35 науқас кірді. Оларға жеке - дара қасықты қолданудың күнделікті қолданылып жүрген әдісін пайдаланып толық алмалы-салмалы протездер жасалынды.

Тәжірибелік топтағы 35 науқасқа біздің әдіс бойынша жеке -дара қасықты қолдана отырып толық алмалы-салмалы протездер жасалынды. Біздің әдістің күнделікті қолданылып жүрген әдістен артықшылығы мынада деп ойлаймыз, қатты қасық-негізді пайдаланып функциональдық қалып алу кезінде, түзетуші массаның қатты қасық-негіздің шет аймақтарында қасық-негіздің пластмассасынан ажырап кету қаупі бар, ал біздің әдіс түзетуші массамен пластмассаның механикалық бекітілуі арқасында бұндай кемшіліктерге жол бермейді. Қажет болса қатты қасық-негізді бірнеше рет алып-салуға болады. Одан алынған қалыптың сапасына ешқандай зиян келмейді.

Анатомиялық қалып алғаннан соң ысытып қатыру әдісін қолданып қатты қасық-негізді жасаймыз. Қасық-негізді өңдеп болған соң, тістемдік білікті мүсіндейміз, балауызды білігі бар қатты қасық-негізді орталық окклюзияны анықтау үшін ауыз қуысына енгіземіз. Қатты қасықтың шеткі клапандық аймағының вестибулярлық бетінен аздап пластмассаны алып тастау арқылы, түзетуші массаға орын көбірек қалуын қамтамасыз етеміз. Қатты қасық-негіз шетінің бүкіл ұрт беткейі мен алдыңғы беткейін бойлай ұзына-бойына созылған шұңқыр жасаймыз. Бұл шұңқырға қалып алу кезінде түзетуші масса кіріп пластмассамен жақсы байланыс түзеді.

Жасанды тістері қойылған, шетінде шұңқыры бар қатты қасық-негізге жаңа ғана дайындалған түзетуші массаны жағып науқастың аузына кіргізіп, күнделікті қолданылып жүрген әртүрлі сынамаларды жүргізе отырып функционалды қалып аламыз. Түзету массасының протез базисінен ажырап кету қаупінен қарықпай, бірнеше рет түзету жүргізуге болады. Содан кейін жұмсарған балауызды пайдаланып протездің шеткі шекарасына көлемдік мүсіндеуді жүргіземіз. Құйылған үлгіде протездің балауызды құрылымын соңғы мүсіндеуді жүргізіп, үлгідегі протездің балауызды құрылымын кюветаға ғанышқа отырғызамыз. Қатты қасық-негізді балауызды ерітіп болғаннан кейін алып тастаймыз. Келесі іс-әрекеттеріміз күнделікті қолданылып жүрген әдіс бойынша жүргізіледі: балауызды пластмассаға ауыстыру, полимеризациялау, протезді өңдеу, тапсыру.

Біздің әдісті қолданып дайындалған протездердің функционалдық тиімділігін анықтауда келесі көрсеткіштерге көңіл бөлінді: алмалы-салмалы

протездердің функционалдық тиімділігін анықтау протезді тапсырған кезде, содан кейін бір жыл өткен соң жүргіздік.

Сондықтан, біз ұсынған жасанды тіс қатарлары бар қатты қасық-негізді функциональдық қалып алуға және көлемдік мүсіндеуге пайдалану әдісі тістерінен толық айрылған науқастарды толық алмалы-салмалы протезбен ортопедиялық емдеудің нәтижесін арттырады. Бақылау тобына қарағанда тәжірибелік топтағы науқастарда шайнау тиімділігі көрсеткіштерінің жоғарылауы емдеу сапасының артқандығын көрсетеді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1.Муминов Е.А., Темирбаев М.А. Учебно-методическое пособие., Особенности получения прецизионных функциональных оттисков с беззубой верхней челюсти. Чимкентский медицинский колледж, Алматинский государственный институт усовершенствования врачей.

2.Луганский В.А., Жолудев С.Е. Способы улучшения фиксации полных съёмных протезов, путём оптимизации получения функциональных оттисков. Панорама ортопедической стоматологии. №4 2004 год.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЖЕСТКОЙ ЛОЖКИ-БАЗИСА

Предложенный нами методика применение жесткой ложки-базиса с искусственными зубными рядами для снятие функционального оттиска улучшает качество лечение полными съемными протезами

SPECIALITIES OF TREATMENT BY USING HARD DASIS - SPOON

Recomendet methd of using hard dasis - spoon wi th artificial dental archs for making functional print improves guality of treatment with fool removing protesis.

VALEO

Замураева А.У.

ОСОБЕННОСТИ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Кафедра ортопедической и детской стоматологии
АО "Медицинский университет Астана", г. Астана, Казахстан.

В настоящее время одной из актуальных вопросов при эндодонтических вмешательствах в постоянных зубах с незавершенным формированием корня является обеспечение возможности завершения его формирования и адекватная обтурация. Лечение зубов с несформированными корнями представляет сложность даже для опытного врача и нередко заканчивается неудачей. Постоянные зубы с незаконченным формированием корня обусловлены некоторыми морфологическими особенностями: низкой прочностью стенок, малой толщиной корневого канала, избытком слабоминерализованного дентина на стенках корневого канала, воронкообразным расширением апикальной части просвета корневого канала [1]. А также некоторые патоморфологические особенности осложняют лечение таких зубов, где преобладает продуктивное воспаление, возникает большой объем поражения из-за слабости минерализации и крупно-петлистой структуры кости, зачастую грануляционная ткань прорастает в просвет корневого канала из периапикальной области [2].

Целью нашего исследования является изучение особенностей современной обтурации корневых каналов в постоянных зубах с несформированными корнями.

Материал и методика: Методика эндодонтических вмешательств при лечении постоянных зубов с несформированными корнями, направлена на стимуляцию образования кальцийфицированного барьера, т.е проведение апексификации. Безусловно до

обтурации корневого канала необходимо провести ирригацию и файллинг. В детской стоматологической практике есть понятие щадящей ирригации и осторожного файллинга из-за анатомо-морфологических особенностей корневой системы молочных и постоянных зубов. В зубах с несформированными корнями ирригацию проводят не агрессивными растворами, файллинг осторожно файлами размером 35-50 с затупленным концом. Далее один из основных моментов является обтурация корневых каналов после высушивания. Сначала временная обтаруция как указывали выше с целью апексификации с препаратами кальция. Кальцийсодержащие препараты многие авторы [3,4] рекомендуют вводить с помощью плагтера, каналонаполнителя или шприца. Нами обтурация корневого канала осуществлялась шприцами, так как использованные кальцийсодержащие препараты Meta dental (Корея), кальций гидроокисаппатит производство ТОО " Южно-казахстанская организация качества" (г.Чимкент, Казахстан), calasept plus производство фирмы Nordiska Dental (Швеция) были готовые в шприцах. После обтурации корневого канала легко надавливают ватным шариком в устьевой части. Затем полость зуба пломбируют стеклоиономерным цементом. Через 2 недели, после рентгенологического обследова-ния кальцийсодержащий препарат в корневом канале необходимо заменить на свежий, так как за счет остатков экссудации в широком корневом канале и в несформированном периапикальном пространстве материал рассасывается. На предмет образования кальцийфицированного плотного мостика в апикальной части через 1-3-6 месяцев проводят рентгеноконтроль. При благоприятном исходе лечения постоянных зубов с несформированными корнями проводят постоянную обтурацию корневого канала. При обтурация широкого корневого канала, может быть использована, техника перевернутого гуттаперчевого штифта, т.е. основанная на помещении в канал толстого гуттаперчевого конуса верхушкой наружу [3] с последующей проверкой на рентнгенографии его расположения у верхушки зуба. Имеется также методика обтурирования заполнением канала с теплым размягченным специально приготовленным гуттаперчевым штифтом с силлером, где проталкивание гуттаперчи в канал производят плагтером. А также для обтурации каналов подобного типа применяют систему Thermafil (Soft-Core) и методику вертикальной конденсации разогретой гуттаперчи, термомеханического уплотнения гуттаперчи.

Клинический пример: Ребенку Д.8 лет. Явилась с целью санации полости рта. Из анамнеза: 3.6 зуб, ранее лечен по поводу хронического пульпита в клинике СВА "Академия". При осмотре была обнаружена частично сохранившая пломба, перкуссия зуба 3.6 безболезненна, слизистая оболочка в области зуба слегка синюшна. На рентгенограмме 3.6 корни в стадии параллельных стенок, резорбция кортикальной пластинки зоны роста, очаг деструкции костной пластинки с нечеткими контурами в области формирующегося корня. На основании клинических и рентгенологических данных нами поставлен диагноз "хронический гранулирующий периодонтит 3.6 зуба".Проведена хемо-механическая обработка корневых каналов , временная обтурация корневых каналов проведена по вышеуказанной методике пастой calasept plus производство фирмы Nordiska Dental (Швеция) в шприце. Контрольные визиты проводились через 2 недели, 1, 3месяцев, где повторно проводилась замена материала, затем осмотры проводились в 6,12 месяцев. На рентгенограмме через 12 месяцев отмечалось отсутствие очага просветления костной ткани, удлинение дистального корня на 1/4, медиального корня на 1/3. Окончательная обтурация корневых каналов нами проводилось с использованием гуттаперчи.

Таким образом, правильная и последовательная обтурация корневых каналов постоянных зубов с несформированными корнями имеет благоприятный прогноз. Наш клинический опыт показывает для успеха необходимо также хорошее сотрудничество и доверие маленьких пациентов и их родителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коэн С.,Бернс Р. Эндодонтия: пер.с англ.; под ред. Проф. А.М. Соловьевой. - 8-е перераб. Доп. - STBOOK, 2007. - С. 835- 850.

2. ХоменкоЛ.А., Биденко Н.В. Практическая эндодонтия, - Москва, 2005. С.187-196.

3. Лейф. Тронстад Клиническая эндодонтия. Москва "МЕДпресс-информ", 2006. - С.140-142.

4. Журнал "Стоматология детского возраста и профилактика",- Москва, 2010.№1 (32).С.20-23.

БАЛАЛАР СТОМАТОЛОГИЯСЫНДА ТҮБІРЛЕРІ ТОЛЫҚ ЖЕТІЛМЕГЕН ТҰРАҚТЫ ТІСТЕРДІҢ ТҮБІР ӨЗЕКТЕРІН ОБТУРАЦИЯЛАУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түбірлері толық жетілмеген тұрақты тістердің тіс өзектерін дұрыс және ретті обтурациялау болжамы сәтті. Біздің клиникалық тәжірибеміздегі жетістіктер, ол кішкентай пациенттер мен олардың ата-аналарының сенімдері мен ризашылығынан көрінеді.

FEATURES OBTURATION OF ROOT CHANNELS IN THE SECOND TEETH WITH NOT GENERATED ROOTS IN CHILDREN'S STOMATOLOGY

Correct and consecutive obturation root channels of a second teeth with not generated roots has the favorable forecast. Our clinical experience shows for success good cooperation and trust of small patients and their parents is necessary also.

Б.Т.Килымжанова

АНАЛИЗ ПАТОЛОГИИ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ

Кафедра терапевтической и хирургической стоматологии
АО "Медицинский университет Астана"

Общеизвестно, что причиной затрудненного прорезывания зубов мудрости (ЗПЗМ) являются различные аномалии зубо - челюстной системы (ЗЧС). Рядом авторов установлено, что у 92% людей имеются все четыре третьих моляра, причем в 87% [1,2] случаев прорезывание зубов мудрости сопровождается разного рода осложнениями. Такой высокий процент осложнений, по нашему мнению, свидетельствует об актуальности проблемы и заслуживает внимания.

Целью данного исследования явилось изучение структуры неосложненной и осложненной патологии третьих моляров (ТМ), а также частоты их проявления в зависимости от локализации на верхней или нижней челюсти.

Материалы и методы исследования: В условиях клиники СВА "Академия" принято порядка 45 пациентов с различной патологией третьих моляров (ТМ) в возрасте от 18 до 42 лет. Среди них число обратившихся по поводу хронического или обострения хронического периодонтитов "зубов мудрости" составило 22 человека (50%). Оставшиеся 23 человека посетили хирурга-стоматолога в связи с ЗПЗМ, в виде дистопии и полуретенции. Распределение пациентов с патологией ТМ в зависимости от локализации на верхней или нижней челюсти представлено в таблице 1.

Как видно из таблицы, число обратившихся по поводу периодонтитов ТМ (22 чел.) и по причине ЗПЗМ (23 чел.) примерно равное, что может быть связано с их одинаковой распространенностью. Высокий процент периодонтитов среди третьих моляров является, по нашему мнению, явным признаком низкого уровня гигиены полости рта среди пациентов. В развитии ЗПЗМ немаловажную роль играют аномалии ЗЧС, способствующие атипичному и проблематичному прорезыванию третьих моляров. В обеих ситуациях решающее значение придается несвоевременному обращению пациентов за квалифицированной помощью.

Из таблицы также следует, что наибольший процент патологии ТМ на верхней челюсти приходится на хронические и обострение хронических периодонтитов - 63,6% (14 чел.), сопровождавшиеся выраженными

Таблица 1 - Распределение патологии ТМ в зависимости от локализации на верхней или нижней челюсти

нозология	Верхняя челюсть		Нижняя челюсть		итого
	Абс.	%	Абс.	%	
1.хронический и обострение хронического периодонтитов	14	63,6%	8	36,4%	22
2. ЗПЗМ	4	17,4%	19	82,6%	23
итого	18		27		45

Таблица 2 - распределение осложненных форм затрудненного прорезывания нижних третьих моляров

п\п	нозология	Абс.	%
1.	Обострение хронического перикоронарита	10	52,6%
2.	Острый гнойный периостит челюсти	3	15,8%
3.	Острый серозный лимфаденит поднижнечелюстной области	2	10,5%
4.	Одонтогенная флегмона поднижнечелюстного, крылочелюстного пространств	1	5,26%
	итого	16	84,16%

деструктивными процессами в зубах мудрости. Объяснением данного факта, очевидно, является более раннее прорезывание верхних третьих моляров (ВТМ) и, следовательно, большая подверженность деструктивным процессам по сравнению с нижними третьими молярами. У части пациентов данной группы (4 чел.) обнаруживалась одновременно и дистопия, изначально сопровождавшаяся, травмой слизистой щеки. Постепенно, факт травмы слизистой устранялся самопроизвольно по причине прогрессирующего разрушения зубов в связи с периодонтитом.

Патология же прорезывания третьих моляров на верхней челюсти проявлялась преимущественно в виде дистопии (щечное, косое щечное положение) и выявлена у 4 пациентов (17,4%). Все они предъявляли жалобы на прикусывание слизистой щеки, зубы мудрости при этом были интактными. Низкий процент обращаемости больных по поводу данной патологии связан, по видимому, отсутствием явных функциональных нарушений, как например, при прорезывании нижних третьих моляров (НТМ), что и позволяет пациентам в течение длительного времени откладывать свой визит к стоматологу.

Таким образом, в третьих молярах верхней челюсти преобладали различные формы периодонтитов.

При локализации процессов на нижней челюсти картина несколько иная. Случаи хронического и обострения хронических периодонтитов НТМ встречались реже и отмечены у 8 пациентов (36,3%) [4,6]. Данные заболевания протекали уже в прорезавшихся зубах, занимавших правильное положение в зубном ряду.

Преобладающее положение занимали процессы ЗПЗМ (дистопия, ретенция) [4,6]. Количество пациентов с данной патологией составило 19 человек (82,6%). Это объясняется, вероятнее всего, анатомически обусловленной ограниченностью пространства для прорезывания НТМ: наличием ветви нижней челюсти, прорезыванием НТМ в уже сформированном зубном ряду. С другой стороны, близость соседних анатомических структур, способствует их довольно быстрому вовлечению в воспалительный процесс и развитию осложнений.

Среди пациентов, с патологией затрудненного прорезывания нижних третьих моляров, 16 человек (84,2%) обратилось по поводу осложненных форм. Распределение осложненных форм по нозологиям представлено в таблице 2.

Из таблицы следует, что практически в половине представленных случаев (52,6%) затрудненное прорезывание нижних третьих моляров сопровождается перикоронаритом. При опросе выясняется, что обострение процесса - очередное. 3 пациента (15,8%) обратились по поводу острого гнойного периостита, 2 больных (10,5%) - по причине острого серозного лимфаденита поднижнечелюстного пространства. Все пятеро больных указали на первоначальное припухание десны в области причинного третьего моляра, которое при очередном обострении повлекло развитие осложнений.

1 пациент (5,26%) с явной картиной одонтогенной флегмоны поднижнечелюстного и крылочелюстного пространств от 3.8 зуба был направлен на лечение в условиях стационара.

Суммарный процент осложнений составил 84,16%, что коррелирует с мнением других авторов [1,4,6].

Таким образом, проведенный анализ показал преобладание в верхних третьих молярах периодонтитов, а на нижней челюсти - превалирование процессов затрудненного прорезывания зубов мудрости.

ЛИТЕРАТУРА

1.Васильев С.Ю. Затрудненное прорезывание зубов мудрости. Статья www.stomatolog.ru

2.Иорданишвили А.К. Болезни, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области -СПб, Специт, 2007г.

3.Соихиро Асанами с соавт. Квалифицированное удаление третьих моляров -М.:медицина, 2003г.

4.Соловьев М.М. с соавт. Оценка состояния моляров нижней челюсти взрослых по данным рентгенологического исследования пациентов хирургического стационара. - журн. "Стоматология", том 84, 2005г, №5

5.Стадницкая Н.П. с соавт. Некоторые аспекты проблемы третьих моляров - Стоматология детского возраста и профилактика, 2003г., с. 1-2; 31-35

6.Bishara Samir E. Third molars: a dilemma. Or is it?- Am. J. Orthod. 115"6"628-633.

ҮШІНШІ АЗУ ТІСТЕРІ АУРУЛАРЫНЫҢ АНЫҚТАМАСЫ

Үстіңгі және төменгі жақтағы үшінші азу тістері ауруларының кездесу жиілігі өзгеше. Ол жергілікті анатомиялық құрылысына байланысты. Үстіңгі үшінші азу тістерінде периодонтиттердің созылмалы және созылмалының асқынған түрлері жиі кездесетіндігі анықталды, ол жақтан ерте жарылып шығуымен байланысты болуы мүмкін. Төменгі үшінші азу тістерінде қиындаған жарып шығу процестеріде анықталып отыр.

ANALYSIS OF THIRD MOLARS PATHOLOGY

Third molars pathology differently presented on maxilla and mandible. It depends on anatomical specialities of the region. In the cases of upper third molars pathology periodontitis (chronical or its worsened forms) were dominated. In lower third molars processes of hard eruption were noticed.

VALEO

Исмагулова Э.К., Кожантаева С.К., Таукелева С.А.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОСЕНСОРНЫМ КОМПОНЕНТОМ ТУГОУХОСТИ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО МЕЗОТИМПАНИТА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М. Оспанова
Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Хронические гнойно-воспалительные процессы среднего уха один из причин снижение слуха по звуковосприимающему типу [1].

Материалы и методы исследования. Клинический раздел диссертации представлен 81 (100%) пациентами, страдающими нейросенсорным компонентом тугоухости на фоне хронического гнойного мезотимпанита.

Вся исследуемая группа больных была разделена на две группы: основная группа состояла из 54 (66,7%) человек. Все эти пациенты были подвергнуты традиционному методу лечения хронического отита и нейросенсорного компонента тугоухости с добавлением в схему лечения пирацетама. Контрольная группа больных состояла из 27 (33,3%) человек, соответственно, все они получали аналогичный курс лечения, что и в основной группе, но без добавления в схему лечения пирацетама.

Статистическая обработка материала произведена с использованием критерий достоверности разности, который равен отношению выборочной разности к ее ошибке репрезентативности [2]. Полученные результаты считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты исследований. Анализ эффективности применения пирацетама в сравнении с традиционным лечением у больных с нейросенсорным компонентом тугоухости I степени основной и контрольной группы показал, по воздушной проводимости у больных основной группы в сравнении с контрольной группой после лечения на всех частотах статистически достоверно ($p<0,01$ и $p<0,05$) отмечается улучшение слуха.

Воздушная кривая у больных основной группы на частотах 125-2000 Гц в виде "горба", на частотах 4000-8000 Гц имеет нисходящий тип.

У больных основной группы по костной проводимости улучшение слуха отмечается на частотах 125, 250, 500, 1000, 2000, 4000, 6000 Гц статистически достоверно ($p<0,05$), соответственно пирацетам проявляет положительный эффект. У больных контрольной группы по костной проводимости повышение слуха статистически недостоверно.

После лечения воздушная кривая у больных основной группы II степени тугоухости на частотах 125-1000 Гц имеет горизонтальный тип, что указывает на улучшение слуха, соответственно на проявление эффективности пирацетама.

На частотах 2000-8000 Гц имеет нисходящий тип, что указывает на недостоверность улучшение слуха и проявление неэффективности пирацетама на этих частотах.

После лечения костная кривая у больных основной группы II степени тугоухости на частотах 125-1000 Гц имеет вогнутый тип, что указывает на улучшение слуха, соответственно на проявление эффективности пирацетама.

Таблица 1- Эффективность применения пирацетама в сравнении с традиционным лечением у больных с нейросенсорным компонентом тугоухости I степени

Частоты	Звуко проведение	I степень (n-30)		Дов. коэф t	p
		Основная группа	Контрольная группа		
125	воздушное	14,3±2,1	20,8±2,1	2,2	p<0,01
	костное	8,8±1,8	14,1±1,9	2,0	p<0,05
250	воздушное	14,4±2,1	20,9±2,1	2,2	p<0,01
	костное	9,2±1,9	14,7±1,9	2,0	p<0,05
500	воздушное	15,1±2,2	24,3±2,2	2,1	p<0,01
	костное	8,1±2,0	14,8±2,5	2,0	p<0,05
1000	воздушное	20,2±2,3	30,6±2,3	2,0	p<0,05
	костное	14,6±2,6	22,2+2,7	2,0	p<0,05
2000	воздушное	34,1±2,3	40,9±2,4	2,0	p<0,05
	костное	21,1±2,5	28,6±2,7	2,0	p<0,05
4000	воздушное	37,8±2,4	44,7±2,4	2,0	p<0,05
	костное	28,0±2,7	35,7±2,7	2,0	p<0,05
6000	воздушное	41,1±2,5	48,3±2,4	2,1	p<0,01
	костное	35,5±2,8	43,7±2,8	2,0	p<0,05
8000	воздушное	46,7±2,5	53,8±2,5	2,0	p<0,05
	костное	41,9±2,9	47,9±2,8	1,5	p>0,05

Таблица 2 - Эффективность применения пирацетама в сравнении с традиционным лечением у больных с нейросенсорным компонентом тугоухости II степени

Частоты	Звуко проведение	II степень (n-42)		Дов. коэф t	p
		Основная группа	Контрольная группа		
125	воздушное	19,1±3,4	29,1±3,3	2,12	p<0,05
	костное	16,5±2,1	23,0±2,3	2,09	p<0,05
250	воздушное	20,2±3,6	30,7±3,6	2,05	p<0,05
	костное	21,4±2,2	28,2±2,4	2,06	p<0,05
500	воздушное	21,6±3,7	33,6±3,8	2,05	p<0,05
	костное	20,3±2,3	27,5±2,5	2,12	p<0,05
1000	воздушное	20,7±3,9	32,7±3,9	2,18	p<0,05
	костное	24,7±2,4	32,3±2,6	2,17	p<0,05
2000	воздушное	36,7±3,8	47,2±3,7	1,98	p>0,05
	костное	39,2±2,5	39,9+2,6	0,2	p>0,05
4000	воздушное	48,6±3,9	49,1±3,9	0,09	p>0,05
	костное	45,1±2,6	45,2±2,7	0,02	p>0,05
6000	воздушное	49,8±3,7	49,9±3,8	0,02	p>0,05
	костное	51,7+2,7	53,1±2,8	0,4	p>0,05
8000	воздушное	54,7±3,9	58,2±3,0	0,7	p>0,05
	костное	59,8±2,8	61,1±2,9	0,3	p>0,05

На частотах 2000-8000 Гц имеет нисходящий тип, и сливается с костной кривой больных контрольной группы, что указывает на неэффективность пирацетама.

Вывод. Положительный эффект пирацетама при лечении нейросенсорной тугоухости в условиях хронического среднего отита дает нам основание считать применение его обоснованной фармакометаболической защитой.

ЛИТЕРАТУРА

1.Пальчун В.Т., Гусева А.Л., Мальченко О.В., Левина Ю.В., Красюк А.А. Особенности изменения слуховой и вестибулярной функции при хроническом гнойном среднем отите // Вестник оториноларингологии. - 2006. - №5. - С.116-117.

2.Авива Петри, Кэролайн Сэбин. Наглядная медицинская статистика. Перевод с английского под редакцией В.П.Леонова. Москва, 2009.-168с.

СОЗЫЛМАЛЫ ІРІҢДІ МЕЗОТИМПАНИТ КЕЗІНДЕ НАУҚАСТЫҢ НЕЙРОСЕНСОРЛЫ ЕСТІМЕУШІЛІГІН ЕМДЕУ

Созылмалы ірінді мезотимпанит кезінде науқастың нейросенсорлы естімеушілігін пирацетаммен емдеп оң нәтиже алу, оны қолдану, дәлелденген фармакометаболикалық қорғаныс деп есептеуге болады.

TREATMENT OF PATIENTS WITH NEUROSENSORY COMP HYPACUSIS IN CONDITIONS OF CHRONIC PURULENT MESOTYMPANITIS

The positive effect of piracetam in the treatment of neurosensory hypacusis in chronic otitis media gives us to consider its application as a justified pharmacometabolic protection

Кожантаева С.К.

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ТУГОУХОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

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

Изучение характера слуховых нарушений при хронических гнойных воспалительных заболеваниях среднего уха представляет большой интерес, так как происходит не только функциональный ответ внутреннего уха и других отделов слухового анализатора на многофакторные патологические воздействия, но и структурные изменения нервных элементов этих областей [1].

Материал и метод исследования. Корреляционный анализ 81 больного хроническим гнойным мезотимпанитом с нейросенсорной тугоухостью проведен с помощью полихорического показателя связи.

Степень связи между признаками определялся при помощи показателя Чупрова, на основе коэффициента контингенции х2 Карла Пирсона. Для определения достоверности разности сравниваемых величин использовали критерий Пирсона (х2), полученные результаты считались достоверными при $p<0,05$ [2].

Результаты исследования. Анализ результатов изучения корреляционной связи между характером выделения из уха и степенью выраженности нейросенсорного компонента тугоухости у больных хроническим гнойным мезотимпанитом показал, что у больных с мукозным отделяемым степень тугоухости высокая.

При всех клинических формах хронического среднего отита нашли нейросенсорный компонент тугоухости. Наши данные согласуются с данными Ruben RJ., Math

Таблица 1 - Полихорический показатель корреляционной связи место проживания и обращаемости больных к ЛОР врачу со степенью выраженности нейросенсорного компонента тугоухости

Обращаемость	I степень		II степень		III степень	
	сель.	гор.	сель.	гор.	сель.	гор.
регулярно	4	7	2	1		
эпизодически	6	5	11	1	3	1
самостоятельно	7	1	12	2	1	
не обращались			13		3	1
итого	17	13	38	4	7	2
p<0,01- корреляция достоверна						

R. [3].

Высокая степень снижение слуха у больных с мукозным мезотимпанитом связана с вялотекущим рецидивирующим течением болезни.

Таким образом, между степенью выраженности нейросенсорного компонента тугоухости и характером выделения из уха при коэффициенте контенгенции x^2 Карла Пирсона 0,7, существует корреляционная статистически достоверная связь (p<0,001).

Степень выраженности нейросенсорного компонента тугоухости у больных хроническим гнойным мезотимпанитом при критерий x^2 Пирсона 56,7 коррелирует характером выделения из уха, (p<0,001).

Степень тугоухости, соответственно выраженность нейросенсорного компонента тугоухости у больных хроническим гнойным мезотимпанитом коррелирует с местом проживания больных и обращаемостью к ЛОР врачу при коэффициенте контенгенции x2 Карла Пирсона 0,4 статистически достоверностью (p<0,01).

Степень выраженности нейросенсорного компонента тугоухости у больных хроническим гнойным мезотимпанитом при критерий x^2 Пирсона 32,4 коррелирует с местом проживания и обращаемостью к ЛОР врачу (p<0,001).

По мнению de Azevedo A.F. у больных хроническим гнойным средним отитом сенсоневральная тугоухость тяжелой степени коррелирует с возрастом (p=0,003) и отсутствием холестеотомы (p=0,01), но не продолжительностью болезни (p=0,458) [4]. Однако у нас противоположное мнение.

Анализ результатов изучения корреляционной связи между длительностью и частотой обострения болезни со степенью выраженности нейросенсорного компонента тугоухости показал, что у больных длительным течением с частыми обострениями болезни степень снижения слуха высокая.

Выявленная корреляционная зависимость выраженности нейросенсорного компонента тугоухости у больных хроническим гнойным мезотимпанитом от длительности течения и частоты обострения болезни при коэффициенте контенгенции x^2 Карла Пирсона 0,5 статистически достоверна (p<0,001).

Степень выраженности нейросенсорного компонента тугоухости у больных хроническим гнойным

Таблица 2 - Полихорический показатель корреляционной связи длительности течения и частоты обострения болезни со степенью выраженности нейросенсорного компонента тугоухости

Длительность течения болезни	I степень		II степень		III степень	Всего
	частота обострения болезни за два года					
	1 раз	2 раза	2 раза	3 раза	4-5 раз	
более 5 лет	9	2				11
более 10 лет	12		2			14
более 15 лет	7		9	8	1	25
более 20 лет			10	13	8	31
итого	28	2	21	21	9	81
p<0,001- корреляция достоверна						

мезотимпанитом при критерий x^2 Пирсона 40,5 коррелирует длительностью течения и частотой обострения болезни ($p<0,001$).

Вывод. Чем длительней протекает гнойно-воспалительный процесс среднего уха, чем чаще он обостряется. Возможно, это связано постоянным присутствием очагов воспаления в барабанной полости, к чему способствуют анатомические особенности среднего уха, снижение местного и общего иммунитета организма. Не стихания воспалительного процесса в среднем ухе свидетельствует о постоянном раздражении токсическими продуктами воспаления рецепторов кохлеарной части улитки что, несомненно, отражается на слухе.

ЛИТЕРАТУРА

1.Холматов Д.И. Раннее выявление нейросенсорного компонента тугоухости у больных хроническим гнойным средним отитом //Вестник оториноларингологии. - 2001.- №3. -С.26-28.

2.Авива Петри, Кэролайн Сэбин. Наглядная медицинская статистика. Перевод с английского под редакцией В.П.Леонова. Москва, 2009.-168с.

3.Ruben RJ., Math R., Serious otitis media associated with sensoneural hearing loss in children. Laryngoscope. -1978 Jul; 88(7 Pt 1).-p.1139-54

4.de Azevedo AF, Pinto DC, de Souza NJ, Greco DB, Gon?alves DU. Santa Casa de Miseric?rdia, Belo Horizonte Sensorineural hearing loss in chronic suppurative otitis media with and without cholesteatoma. Braz J Otorhinolaryngol. -2007. Sep-Oct;73(5).-p.671-4.

СОЗЫЛМАЛЫ ОРТАҢҒЫ ОТИТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДАҒЫ ПРОГРЕССИВТІ ЕСТІМЕУШІЛІК

Ұлудың кохлеарлы бөлігі рецепторларының үнемі қабынудың токсикалық заттарымен тітіркенуі естуге кері әсерін тигізеді. Естімеушіліктің нейросенсорлы компоненті аурудың ағымының созылмалы өтуімен, жиі қайталануымен, науқастардың тұрағымен, ЛОР дәрігеріне қаралуымен байланысты.

ADVANCED HYPACUSIS IN PATIENTS WITH CHRONIC OTITIS MEDIA

The constant irritation by the toxic products of inflammation in the cochlear snails receptors, undoubtedly affect to the hearing. The degree of neurosensory component of hypacusis correlates with the prolonged course, frequent exacerbations, place of residence, and addressing of patients to Otolaryngologist .

Г.А. Мухамадиева, Курмангалиева З.Т., Студеникина О.В., Жильгильдинов Т.А., Кутенко И.В.

ОРТАҢҒЫ ЖӘНЕ ІШКІ ҚҰЛАҚ ЗАҚЫМДАНҒАН ЖАҒДАЙДА ОРЫН АЛАТЫН ЕСТУ ЖӘНЕ ВЕСТИБУЛЯРЛЫ БҰЗЫЛУЛАР

"Астана медициналық университеті" АҚ

Халықтың қалаға шоғырлануының дамуы, теміржол және автокөлік жолдарында, сондай-ақ әуе көліктерінде адамдардың жиі жарақат алуына әкеп соғуда.

Сонымен бірге бастың, соның ішінде ортаңғы және ішкі құлақтың жарақат алуы жиі орын алып отыр (Егоров В.И.,2000; Альтман Я.А., Таварткиладзе Г.А., 2003; Говорун М.И. және авторлар, 2003; Гусейнов Н.М. және авторлар, 2006; Хохлов В.Ф., 2006 және басқалар).

Ғылыми-техникалық үрдістің дамуына байланысты, жалпы медицина саласында және жекелеп алғанда оториноларингологияда емханаларға компьютерлік томографияның, ядролық-магнитті томографияның, жоғары технологиялы заманауи аудиологиялық және зерттеулерді дыбыстық импедансометрияны, есту әлеуеттерін, электронды нистагмография жаңа әдістерін енгізу арқылы кохлео-вестибулярлы бұзылушылықтарға ерте бастан диагноз қою мүмкіндіктері туды. Заманауи фармокологиялық дәрі-дәрмектерді қолдана отырып

пайдаланылатын жаңа оптикалық құралдар мен диагностикалық саймандар, зақымдану генезінің кохлео-вестибулярлы бұзылулары мәселелерінің қатарын шешуге айтарлықтай әсер етті.

Дегенмен, кохлео-вестибулярлы бұзылулары бар емделушілерді емдеу және сауықтыруда тиімді болып табылатын ерте диагноз қою әдісімен байланысты бірқатар мәселелер сол шешілмеген күйінде қалып отыр.

Аталған жағдай кохлео-вестибулярлы аппаратында патологиясы бар ауруларда, осыған байланысты зақым алғаннан кейінгі бастапқы кезеңде, сондай-ақ, амбулаторлық және тұрақты қарау жағдайында кейбір мәселелерге зерттеу жүргізуге итермеледі.

Біздің тарапымыздан Астана қаласының диагностикалық орталығының ЛОР кабинетіне сырқат себебімен келген 112 аурудың есту қызметі жағдайы зерттеліп, 2004 жылдан 2008 жыл аралығында 1 қалалық ауруханаңың ЛОР емханалық жағдайында тұрақты емдеуде тұрған 230 емделушінің ауру тарихына талдау жүргізілді. Кохлео-вестибулярлы аппаратында өткір және созылмалы бұзушылығы бойынша келіп түскен аурулардың барлығына тереңдетілген емханалық-аудиологиялық және вестибулологиялық тексеріс жүргізілді. Бақылау жүргізілгендердің жалпы санынан 64-інде (27,8%+_2,3%) құлақтың ішкі қуысының перилимфатикалық фистуласы анықталды.

Сонымен бірге, диагностикалық орталықтың ЛОР кабинетіне келген емделушілерде құлақтың ішкі қуысының фистуласы анықталған жоқ, алайда, басы айналып, вестибулярлық бұзылуларға ұшыраған аурулар Меньер ауруы немесе сенсоневральді мүкіс құлақтық диагнозымен ЛОР емханасына жолданды.

Мұқият жүргізілетін емханалық-сурдологиялық және вестибулометриялық зерттеуден кейін, емделушілер екі топқа бөлінеді. Біріншісі (негізгі) - құлақтың ішкі қуысының перилимфатикалық формасымен 64 науқас анықталды, соның ішінде 26 емделушілерге құлақтың құрышы фистуласы диагнозы қойылса, 38 адамға Меньер ауруымен құлақтың ішкі қуысының терезелерінің жанасқан фистуласы диагнозы берілді.

Екінші салыстырмалы топ сенсоневральді мүкіс құлақтық формасының өткір және созылмалы түрімен 58 емделушіден тұрады.

Емханалық-функционалдық зерттеулердің талдауы көрсеткендей, емханалық жағдайда, ешқандай емделушіде құлақтың ішкі қуысының фистуласы диагнозы қойылған жоқ, тек 2 жағдайда ғана өткір құлақ ішкі қуысы және лабиринтопатия диагнозы қойылған, олардың көпшілігі Меньер ауруы және сенсоневральді мүкіс құлақтық диагнозымен, сондай-ақ, зақымдану генезінің вертебробазиллярлы тамырлы жетіспеушілігі диагнозымен ауруханаға жатқызуға жөнелтілді.

Соңғы топта компьютерлік томография мәліметтері бойынша омыртқаның омыртқааралық қуыстарының тарылуы, мойын дискілерінің және тұйықтаушы пластинкалардың тығыздалуы, омыртқаның алдыңғы және артқы қабаттарында сүйектің өсуі және т.б. патологиялары анықталды.

Аталған өзгерулер вегето-тамырлық тонустың бұзылуына әкеп соғып, омыртқа күретамырындағы қан айналымына әсер етеді және мойын тамырлық қосылулардың тітіркенуіне әкеп соғады, бұл жиі жағдайларда арқа-миының арнасындағы бұзылуларға соқтыруы мүмкін.

Осыған байланысты, нақты дифференциалды диагноз қою үшін, мұқият өмір анамнезі мен ауру анамнезін жинап, оның жасы мен басқа да сырқаттарын есепке ала отырып, аурудың созылу мерзімін, есту және вестибулярлы қызмет жағдайының динамикасын есепке алу қажет.

Зерттеу материалы мен әдістері:

- ЛОР мүшелерді қарау, бас ретгенографиясы және самай сүйектері, омыртқаның мойын бөлігін жалпыемханалық зерттеу
- Бас миының КТ және ЯМРТ
- Бастың магистральді күретамырының ультрадыбысты доплерографиясы және реоэнцефалография
- Ринне, Федериче, Желле, Швабаха, Вебера тәжірибесін жүргізу арқылы есту қабілетін камертональді зерттеу
- Бастапқы тональді аудиометрия және жиіліктің кеңейтілген аралығындағы аудиометрия
- Бастапқының үстіндегі аудиометрия
- Сөйлеу аудиометриясы.

Нәтижелер мен талқылаулар: Құлақ ішкі қуысының перилимфатикалық фистулының туындауына себептердің ішіндегі ең бірінші орында тұрғаны бас-ми зақымдануы болып табылады.

Көп жағдайда, ортаңғы және ішкі құлақтың зақымдануы өткір, ал бір жылдан кейін сенсорвалді мүкіс құлақтыққа ұласатын болған.

Құлақ ішкі қуыстарының фистулдары әдетте сыртқы немесе ішкі қуыстарда қысымның шұғыл төмендеуінен туындаған. Бұдан өзге, мұндай жағдайдың туындауына, зақымдану барысында арқа-ми сұйықтығының гидродинамикалық соққылары себеп болған.

Науқастар есту қабілетінің төмендеуіне, құлақтағы шуға (85,3%+-4,5%), бастың айналуына (87,7%+-3,5%), жүрістің бұзылуына, жан-жаққа шайқалақтауға (90,5%+-4,7%) әкеп соққан бұзылушылықтарға шағым жасаған. Көп жағдайда, емделушілерде есту қабілеті бірден төмендеп, аса қатты әсер ететін болған.

Барлығында дерлік естудің төмендеуі құлақтағы шумен жалғасып отырады. Көпшілігі алғашқыда бұған аса мән бермейді де, тек кейіннен ғана денсаулықтарына назар аудара бастайды.

Акуметрикалық зерттеулер, аурулардың басым көпшілігі сыбырлап айтқан сөздерді тек 3 метрден, кейде тіпті 0 метрден ғана естітінін көрсетті.

Камертональді зерттеу барысында, Ринне тәжірибесі емделушілердің басым көпшілігінде оңды нәтиже берген (92,4%+-5,8%).

Аудиометриялық зерттеу тональдық табалдырықтар

125-тен 8000 Гц жиілігіндегі ауа өткізгіштігінде 30-55 дБ шегінде болған, яғни көлденең аудиометриялық қисықтықты көрсетеді.

Операциядан кейін құлақтың ішкі қуысының фистуласын пластикалағаннан соң, науқастардың есту қабілеттері 2000-4000 Гц жиілігі кезінде аудиологиялық қисықтықта байқалған.

Сөйлеу аудиометриясының мәліметтері бойынша, дыбысқа сезімталдығы тек тоналды дыбыстарды қабылдау деңгейінде екендігін көрсетті. Тональдық жоғары жағдайда 50 % сөйлеу түсініктілігіне ие болса, төмен жағдайда дБ (10-20дБ) яғни 100% сөйлеу түсініктілігіне ие болған.

Қорытындылар:

1. Ішкі құлақтың гидродинамикасының бұзылуына басты себеп - есту және вестибулярлы бұзылулар болып табылады, бұлар өз кезегінде естудің төмендеуіне, құлақтағы шуға, бас айналуға, мүкіс құлақтықтың аралас формасына алып келеді.

2. Тональді аудиограмманың жоғарылауы нәтижесінде мүкіс құлақтыққа әкеп соғатын ішкі құлақтың зақымдануы, сондай-ақ, жүрістің бұзылуы және бастың айналуы, консервативті терапиядан әсер болмаған жағдайда тимпанометрияның көрсеткіштері болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Альтман Я.А., Тавартkиладзе Г.А. Руководство по аудиологии. - ДМК Пресс, 2003. - 360с.

2. Говорун М.И., Гофман В.Р., Парфенов В.Е. Кохлеопатия. - СПб: ВМА, 2003. - 172с.

3. Гусейнов Н.М., Худиев А.М., Мехдизаде Н.М., Насируллаева Г.Ш. Нарушения слуховой функции и микроциркуляции при острой нейросенсорной тугоухости. Материалы V Всероссийской научно-практической конференции "Наука и практика в оториноларингологии". //Вестник оториноларингологии, №5, 2006, - С.151-152.

4. Егоров В.И. Кохлеовестибулярные расстроцства: перилимфатические фистулы лабиринта. Дисс. ... д-ра мед. Наук. - СПб. ВМА. - 2000. - 256с.

5. Хохлов В.Ф. Клинико-аудиологическая диагностика нарушений гидродинамики внутреннего уха в условиях поликлиники. Автореферат дисс. ... кандидата мед. Наук. СПб. -2006.-22с.

СЛУХОВЫЕ И ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ СРЕДНЕГО И ВНУТРЕННЕГО УХА

Основными критериями нарушения гидродинамики внутреннего уха являются слуховые и вестибулярные нарушения, сопровождающиеся снижением слуха, ушными шумами, приступообразным характером системных головокружений, наличием смешанной формы тугоухости.

Травмы внутреннего уха, сопровождающиеся флюктуирующей тугоухостью с повышением порогов тональной аудиограммы, а также приступами шаткости походки и головокружением являются показаниями к тимпанометрии, при отсутствии эффекта от консервативной терапии.

AUDITORY AND VESTIBULAR VIOLATION AFTER MIDDLE AND INSIDE HEARING DAMAGE

The basic criteria's of damages of the hydrodynamics of inside ear are auditory and vestibular violations which accompany with hearing loss, noise in ears, with attack-like vertigo, presence of mixed form of hearing loss.

Personal injury of inside ear, which accompany with fluctuating hearing loss with increasing threshold audiogram signal, as well as attack of unsteadiness gait and vertigo which is conducted to tempanometry, in the absence thereof effect of conservative therapy.

VALEO

Варламова Н. Л.

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ ПРИ АДЕНОИДАХ

ТОО "Дом Здоровья".

Аденоиды, или гиперплазия глоточной миндалины отмечается у детей до 14 лет от 5 до 45%. Аденоиды у большинства детей формируют аденоидный тип лица: апатичное выражение и бледность лица; полуоткрытый рот; сглаженность носогубных складок; небольшой экзофтальм; отвисание нижней челюсти.

Нарушается формирование лицевых костей, неправильно развивается зубочелюстная система, особенно альвеолярный отросток верхней челюсти с его сужением и клиновидным выстоянием кпереди; выражено сужение и высокое стояние неба (готическое небо); верхние резцы неправильно развиты, значительно выступают вперед и расположены беспорядочно.

У детей замедляется рост, нарушается формирование речи, дети отстают в физическом и психическом развитии. Голос теряет звучность, появляется гнусавость; снижено обоняние. Увеличенные аденоиды препятствуют нормальному дыханию и глотанию. Выделения из носа при постоянном насморке вызывают раздражение кожи преддверия носа и верхней губы. Сон беспокойный, с открытым ртом, сопровождается храпом. Рассеянность, ослабление памяти и внимания отражаются на успеваемости в школе. Вдыхание через рот неочищенного хо-лодного воздуха приводит к ангине, хроническому тонзиллиту, лалинготрахеобронхиту, пневмонии, реже к нарушению функции сердечнососудистой системы. Застойные изменения слизистой оболочки полости носа с нарушением аэрации околоносовых пазух и оттока секрета из них способствуют их гнойному поражению. Закрытие глоточного устья слуховых труб сопровождается понижением слуха, развитием рецидивирующих и хронических заболеваний среднего уха.

Снижается общая иммунная реактивность организма, а аденои-ды также могут быть источником инфекции и аллергизации. Местные и общие нарушения в организме ребенка зависят от длительности и выраженности затруднения носового дыхания.

Для диагностики аденоидов необходима задняя риноскопия, однако она у детей, особенно младшего возраста, затруднительна. Поэтому В. И. Воячек преложил при подозрении на аденоиды проводить переднюю риноскопию. Величина гипертрофии определяется тремя степенями: 1 - до верхнего края сошника, 2 - до средних носовых раковин, 3 - до нижних раковин и ниже.

В настоящее время существует два подхода к лечению аденоидов: консервативный и хирургический. Оперативное лечение заклю-чается в удалении аденоидов. Судить об эффекте операции можно уже через несколько дней, после исчезновения реактивных явлений, по степени восстановления носового дыхания.

Хирургическое удаление аденоидов рассматривается, как мера, применение которой неизбежно при 3 степени гиперплазии глоточной миндалины, когда другие (нехирургические) возможности лечения исчерпаны.

Одним из методов консервативного лечения является лазеротерапия. Низкоинтенсивное магнитоинфракрасное лазерное (МИЛ) излучение обладает широким спектром лечебного действия:

- противовоспалительный эффект МИЛ-терапии обусловлен торможением биосинтеза простогландинов, а также усилением мест-ного кровообращения и микроциркуляции, активацией антиоксидантных систем организма;
- противоотечное действие МИЛ-терапии обусловлено активацией местного кровообращения, усилением транспорта веществ через сосудистую стенку, увеличением внутрисосудистого объема, что усиливает дренаж интерстициальной тканевой жидкости в сосудистое русло;
- МИЛ-воздействие стимулирует иммунитет и механизмы естественной резистентности организма.

По спектру неспецифических регуляторных эффектов МИЛ-воздействие может быть сравнимо с эффективностью адаптогенов различной природы (женьшень, элеутерококк и др.), витаминов, полиненасыщенных жирных кислот, незаменимых аминокислот (не синтезируемых в организме), природных антиоксидантов, метаболических активных веществ, иммуномодуляторов и иммуностимуляторов.

МИЛ-терапия показана при аденоидных вегетациях 2-3 степени, проводится ежедневно, на курс 8-10 процедур. Воздействие проводится на спинку носа по 30 сек на каждую половину носа, эндоназально с насадкой по 30 сек в каждый носовой ход, угол нижней челюсти по 30 сек с каждой стороны и на область проекции вилочковой железы в течение 30 сек. Частота 80 Гц, мощность 25-30 мВт.

После МИЛ-воздействия проводится воздействие по точкам акупунктуры "базового рецепта":

- понедельник, среда, пятница: точки GI 4 (хэ-гу), E 36(цзу сань ли) и VC12 (чжун вань);
- вторник, четверг, суббота: точки MC 6 (ней гуань), RP 6 (сань иньцзяо) симметрично и VC 12(чжун вань).

Частота 50 Гц, мощность излучения светодиодов 30 мВт, экспо-зиция 30 сек.

Курс МИЛ-терапии повторяется через 2-3 мес, 3-й курс

проводится через 6 мес.

По вышеописанной методике нами наблюдались и лечились 97 пациентов (дети от 2-х до 11 лет) с аденоидами 2 и 3 степени. Один курс лазеротерапии прошли 97 пациентов, два курса 49 пациентов и три курса 9 пациентов. По данным лор-врачей "Дома здоровья" у 80 % больных аденоидные вегетации уменьшились до размера 1-2 степени, носовое дыхание восстановилось практически у всех больных, прекратился храп, нормализовался сон.

Таким образом, все изложенное позволяет сделать *выводы:*

1.МИЛ-терапия у детей практически не имеет противопоказаний и хорошо сочетается с другими видами комплексного лечения;

2.Методика МИЛ-терапии безболезненна, занимает мало времени, что очень важно для детей и их родителей;

3.Воздействие при лазеротерапии неинвазивно и асептично;

4.Магнитолазеротерапия (МЛТ) является высокоэффективным ме-тодом при лечении аденоидов 2-3 степени, уменьшая вегетации до размера 1-2 степени, частично или полностью восстанавливая носовое дыхание.

ЛИТЕРАТУРА

1.Буйлин В. А., Алексеев Ю. В., Антонова Г. А. Применение Магнито-ИК-лазерных терапевтических аппаратов. Пособие для врачей. М., 2006.

2.Физиотерапия. Бальнеология. Реабилитация. № 2, 2006, Мед-на, стр 3- 10, стр 39-40.

3.Физиотерапия. Бальнеология. Реабилитация. №1, 2005, Мед-на, стр 43-44.

4.Буйлин В. А., Москвин С. В. Низкоинтенсивные лазеры в тера-пии различных заболеваний. - М., 2001.

5.Москвин С. В., Буйлин В. А. Основы лазерной терапии. М., 2006.

6.Боголюбов В. М. Медицинская реабилитация. М. 2007. Том 1, стр 335-369.

7.Солдатов В.С. Оториноларингология. С.-П., 2001.

АДЕНОИД ЕМІНДЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯНЫ ҚОЛДАНУ

Зерттеу жұмысы 2 және 3 дәрежелі аденоид анықталған 2 жастан 11 жас аралығындағы 97 науқасқа жүргізілді. Лазеротерапияның бір курстық емін 97 науқас, екі курстық емін 49, ал үш курсын 9 науқас қабылдады. Ем қабылдағаннан кейін науқастардың 80 % -да аденоид өлшемі 1-2 дәрежеге дейін кішірейіп, тыныс алу жақсарып, ұйқы тынышталғандығы анықталды.

LASEROTHERAPY OF ADENOIDS

As described above method we have observed and treated 97 patients (children from 2 to 11 years) with adenoids 2 and 3 degrees. One course of laser therapy passed 97 patients, two courses - 49 patients and three courses - 9 patients. Adenoidal vegetations were reduced to the size of 1-2 degrees in 80% of patients , nasal breathing was restored almost all patients, had stopped snoring, sleep returned to normal.

VALEO

Абайгулина Г.Г.

РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ КОСТНО-СУСТАВНОЙ СИСТЕМЫ В КГКП "3-Я ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА АКИМАТА СКО МЗ РК"

КГКП "3-я городская больница" г. Петропавловск

Введение: Ультразвуковое исследование костно-суставного аппарата в последние годы стал одним самым из быстро растущих направлений в медицинской визуализации.

Преимуществами ультразвукового исследования является экономичность, быстрота, неинвазивность, многократное использование при динамическом наблюдении. Благодаря оснащению ультразвуковыми сканерами экспертного класса, появились возможность получать диагностическое изображение высокого качества [1,2,3,5].

Цель исследования: изучение возможностей методов ультразвуковой диагностики при заболеваниях и повреждениях плечевого, коленного, голеностопного суставов.

Материал и методы исследования: Ультразвуковые исследования проводились на аппаратах ALOKA-3500, LOGiq-5-Expert с помощью мультичастотных линейных датчиков с частотой сканирования 5,5-10 МГц. Исследования были проведены пациентам травматологического пункта и травматологического отделения КГКП "3-я городская больница". Обследовано 1150 пациентов в возрасте от 15 до 70 лет. У всех пациентов показаниями для эхографии являлись острая травма, травма в анамнезе, жалобы на боль и ограничение подвижности в суставе. Предварительная подготовка при ультразвуковых исследованиях не проводилась. Перед исследованием не рекомендуется проводить лечебные мероприятия, связанные с внутрисуставными инъекциями. При ультразвуковых исследованиях использовались стандартные проекции и укладки.

Результаты исследования и их обсуждение: Проведено исследований плечевых суставов-200, коленных суставов-930, голеностопных суставов-20.

Наибольшее количество исследований пришлось на исследования коленных суставов-80,8%. 484 исследования проведены в связи с травмой коленного сустава. Были выявлены:

- разрыв мениска - 480
- неполный разрыв собственной связки надколенника - 1
- разрыв боковой связки - 3

В 448 случаях при травмах коленного сустава было выявлено наличие жидкости в супрапателлярной сумке и в 5 случаях наличие жидкости в глубокой инфрапателлярной сумке.

Наиболее частым повреждением является разрыв медиального мениска [1].

442 пациентам исследования проведены в связи с болями в области коленных суставов.

12 пациентов из них были люди молодого возраста от 15 до 22 лет. У них были выявлены признаки болезни Осгуда-Шлаттера: мелкоочаговая фрагментация хряща бугристости большеберцовой кости, утолщение дистального отдела собственной связки надколенника. 430 пациентов в возрасте от 51 до 70 лет были обследованы с предварительным диагнозом "Деформирующий остеоартроз". У них были выявлены изменения гиалинового хряща, краевые костные разрастания мыщелков, утолщение синовиальных оболочек, наличие выпота в синовиальных сумках. В 254 случаях были выявлены кисты Бейкера.

Ультразвуковые исследования плечевых суставов проведено 200 пациентам.

164 пациента было обследовано в связи с травмой плеча. Были выявлены:

- разрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча - 2
- неполный разрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча - 36
- разрыв сухожилия надостной мышцы - 1
- неполный разрыв сухожилия надостной мышцы -12
- разрыв сухожилий мышц, составляющих ротаторную манжету -1
- наличие жидкости в проекции сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча - 62
- неполный разрыв акромиально-ключичного соединения -1

40 пациентов обследовано в связи с болями в проекции плече-лопаточной области. Были выявлены:

- диффузно-дегенеративные изменения сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча - 30
- наличие жидкости в субдельтовидной сумке - 16
- диффузные изменения гиалинового хряща суставной поверхности головки плеча - 8

Количество исследований плечевого сустава составило 17,3% от общего числа исследований. Среди повреждений сухожилий и связок наиболее чаще подвергается повреждению сухожилие длинной головки двуглавой мышцы плеча [4].

Исследование голеностопного сустава проведено 20 пациентам, что составило 1,7% от общего числа исследований. Были выявлены:

- разрыв дельтовидной связки - 2

- разрыв таранно-малоберцовой связки - 1
- разрыв ахиллова сухожилия - 3
- скопление жидкости в суставе - 2
- изменение суставного хряща и костных структур -12

Изменения суставного хряща и костных структур составили 60%. Они были представлены наличием остеофитов таранной и ладьевидной костей, зазубренностью контура пяточной кости [2]. В двух случаях было выявлено скопление жидкости над костными структурами.

Разрывы сухожилий и связок составили 30% от общего числа исследований голеностопного сустава.

Выводы:

1.Ультразвуковой метод исследования в последние годы стал одним самым из быстро растущих направлений в медицинской диагностике.

2.Возможности ультразвуковых методов исследования при различных повреждениях и заболеваниях костно-мышечной системы высоки.

3.Методы ультразвуковых исследований костно-мышечной системы широко внедряются в практику.

ЛИТЕРАТУРА

1.Бадамшина Л.М., Зубарева Е.А., Митьков В.В. Ультразвуковая семиотика заболеваний коленного сустава у детей и подростков. [Медицинская визуализация. №2. 2005 год].

2.Бадамшина Л.М., Щетинин В.В., Зубарева Е.А., Голоденко В.И., Кляцкий Ю.Ю. Ультразвуковая семиотика заболеваний голеностопного сустава у детей. [Ультразвуковая и функциональная диагностика. №3. 2003 год].

3.Ермак Е.М. Ультразвуковые критерии оценки структуры суставного хряща и субхондральной кости. [Ультразвуковая и функциональная диагностика. №5. 2005 год].

4.Салтыкова В.Г., Митьков В.В., Орлецкий А.К. Значение ультразвукового исследования плечевого сустава при острых травматических повреждениях. [Ультра-звуковая и функциональная диагностика. №2. 2003 год].

5.Семизоров А.Н., Романов С.В. Рентгенологическое и ультразвуковое исследование при заболеваниях суставов. 2006 год.

КМҚК "ҚР ДМ СҚО ӘКІМДІГІНІҢ 3-ШІ ҚАЛАЛЫҚ АУРУХАНАСЫ" - ДА СҮЙЕК - БУЫН ЖҮЙЕСІН УЛЬТРАДЫБЫСПЕН ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Соңғы жылдары медицина диагностикасында ультрадыбыспен зерттеу әдісі тез дамыған бағыттардың бірі болып саналады. Сүйек - бұлшықет жүйесінің әр түрлі зақымдануы мен ауруларын емдеу кезінде ультрадыспен зерттеу әдісінің мүмкіндігі өте зор. Медициналық іс - тәжірибиеде сүйек - бұлшықет жүйесін емдеу кезінде ультрадыбыспен зерттеу әдісі өте кең қолданылады.

RESULTS OF ULTRASONIC RESEARCHES OF OSSEOUS-ARTICULAR SYSTEM IN THE PUBLIK MUNICIPAL STATE ENTERPRISE "3RD MUNICIPAL HOSPITAL OF AKIMAT OF THE NORTH KAZAKHSTAN REGION, MINISTRY OF HEALTH OF REPUBLIK OF KAZAKHSTAN".

Last years the ultrasonic method of research became one of quickly growing directions in medical diagnostics. Possibilities of ultrasonic methods of research at various damages and diseases of bone cutting-muscular system are high. Ultrasonic methods of researches of bone cutting-muscular system widely take root into practice.

VALEO

С.Н. Байтанова

ВЕРТЕБРОГЕННЫЕ СИНДРОМЫ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У СОТРУДНИКОВ ДОРОЖНОЙ ПАТРУЛЬНОЙ СЛУЖБЫ

ТОО "Дом здоровья"

Последние десятилетия характеризуются значительным ростом численности автомобилей на дорогах, существенным изменением мощностных и скоростных качеств автомобилей. Высокая интенсивность движения и плотность транспортных потоков создают повышенную опасность для лиц, участвующих в дорожном движении. Инспектора Дорожной патрульной службы - это особая группа в составе ДВД, от успешной работы, которых во многом зависит безопасность на дорогах. Назрела актуальность проблемы разработки мероприятий, направленных на сохранение здоровья сотрудников ДПС. Недостаточно изучаются условия труда, состояние здоровья инспекторов ДПС, не разрабатываются методы по оценке факторов профессионального риска, отстает обоснованность системы профилактических мероприятий в данной группе.

Цель исследования: Обосновать мероприятия по профилактике заболеваний позвоночника и совершенствованию медицинской помощи инспекторам ДПС.

Остеохондроз позвоночника вызван дегенеративными изменениями межпозвоночных дисков. Причинами, приводящими к дегенеративным изменениям позвоночника являются травмы, избыточная динамическая и статическая нагрузка, наследственная предрасположенность.Изменяются структура межпозвоночного диска, что приводит к нарушению его амортизирующих функций с высокой чувствительностью к нагрузкам, а в дальнейшем и к истончению фиброзного кольца. Появление трещин в фиброзном кольце, приводит к смещению пульпозного ядра и формированию выпячивания, т.е. протрузии. При дальнейших нагрузках или травмах протрузия увеличивается, пульпозное ядро выпячивается с частью фиброзного ядра в позвоночный канал, которое обозначается как грыжа диска. Боль при грыжах появляется при раздражении болевых рецепторов наружных слоёв фиброзного кольца и задней продольной связки. В дальнейшем развивается спазм сегментарных мышц, миофиксация, сдавление и воспаление, отёк и демиелинизиция спинномозгового корешка с развитием нейропатии корешка [1,2,3]. Среди остеохондроза позвоночника часто встречаются поражение поясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы: материалом исследования послужили анализ наблюдения за 50 пациентами с болью в спине (в том числе с иррадиацией в конечности, обследованных и получивших лечение в поликлинике Департамента Внутренних Дел города Астаны). Диагностический процесс включал субъективную оценку боли пациентом, опрос и осмотр пациента, при исследовании мышц позвоночника и суставно-связочного аппарата определяли степень нарушения функции пораженного отдела позвоночника, наличие болезненных (триггерных) зон и очагов миелогеноза в мышцах, степень мышечного напряжения. Проводился обязательный диагностический скрининг, включающий клиническое и лабораторно- инструментальное исследования, рентгенологическое исследования позвоночника, компьютерную томографию позвоночника.

При выявлении провоцирующих факторов, предшествовавших клинической манифестации заболевания выявлена частота 84% . Среди них первое место занимали биомеханические воздействия, так или иначе адресованные позвоночнику. У 30% больных клинические проявления заболевания возникали при недостаточно координированном движении (резкое движение, физические нагрузки). У 30% больных обострение спровоцировалось значительным общим и местным переохлаждением. У 30% больных неврологические проявления остеохондроза позвоночника развивались в обычных условиях труда и быта, при минимальных физических усилиях (наклон к обуви, перемена положения тела, пребывание в одной позе- за письменным столом, в автомобиле, при стоянии, при ходьбе, поездке в транспорте). Таким образом, проведённые исследования показывают, что внешнесредовые факторы могут выступать в качестве провоцирующих.

По стажу работы в органах ДПС распределение больных следующее: от 1-3лет - 8 больных, от 4-6 лет - 10 больных, от 7-9 лет - 15 больных, от 10-15 лет 17 больных. С увеличением стажа работы наблюдается увеличение количества больных.

Наличие и выраженность вертеброгенных неврологических расстройств характеризует защитную функцию позвоночника. К неврологическим осложнениям поясничного остеохондроза относятся рефлекторно-тонические, нейродистрофические, вегетососудистые изменения, а также корешковые и корешково-сосудистые синдромы. Анализ клинических проявлений неврологических осложнений поясничного

остеохондроза выявил, что ведущей патологией является остеохондроз с рефлекторно-тоническими и вегетососудистыми проявлениями в 64% случаях (32 человека). Ведущая жалоба большинства больных была боль в пояснично-крестцовой области, в том числе с иррадиацией в ногу. Боли носили разлитой характер, усиливались при неловких и резких движениях и при длительном пребывании в одном положении. Горизонтальное положение часто облегчало состояние. При осмотре обращалась внимание на миофасциальный синдром, здесь оценивались: контур мышц, наличие гипо и гипер -трофии, а также рубцов и контрактур. У всех больных в той или иной степени выраженности присутствовал вертебральный синдром, т.е. нарушение статики и динамики, такие как уплощение поясничного лордоза и развитие кифоза, ограничение сгибания и разгибания, сколиотическая деформация позвоночника. На втором месте по количеству заболевания стоят корешковые поражения, в основном это поражения первого крестцового корешка - 22% случаев (11 человек).Связанная с этим радикулопатия сопровождалась вертеброгенным миофасциальным и болевым синдромом с иррадиацией боли по седалищному нерву, по задней поверхности бедра, задней поверхности голени с отдачей в пятку, 4-5 пальцы стопы. В рефлекторной системе был снижен или выпадал ахиллов рефлекс. Зона гипестезии распространялось по задней поверхности бедра, задней наружному отделу голени, наружному краю стопы, 4-5 пальцам стопы. Поражение 5 поясничного корешка встречались в 14% случаев (7 человек) и характеризовались вертеброгенным болевым, миофасциальным синдромами. Боль при пальпации остистых отростков и паравертебральных точек распространялась по ходу седалищного нерва, в основном по задней наружной поверхности бедра, наружной поверхности голени и первому пальцу стопы. При определение силы выявлялась слабость тыльного сгибания основной фаланги первого пальца. Зона гипестезии распространялась на наружно- боковую поверхность бедра, передне- наружную поверхность голени, области первого пальца стопы .Таким образом по данным обследования ведущим синдромом является мышечно-рефлекторный синдром у 64% больных, корешковые проявления остеохондроза поясничного отдела позвоночника выявлены у 36 процентов больных

Выводы: Данные обследования свидетельствуют о роли провоцирующих факторов в появлении клинических проявлений остеохондроза позвоночника, как нерациональные и неравномерные физические нагрузки и вынужденные позы, особенно в иррациональном положении, климатические воздействия на открытом воздухе в широтах с холодным и влажном климатах, гипокинезия.

Анализ состояния здоровья сотрудников ДПС в зависимости от стажа работы показал,что количество обращений увеличивается с увеличением стажа работы, что является, как следствием физиологического старения организма, так и воздействием провоцирующих факторов.

В условиях первичной медицинской помощи боли в спине у 98% больных обусловлены неспецифическими изменениями (функциональными, деструктивными, дистрофическими) в тканях опорно-двигательного аппарата Оценка состояния здоровья сотрудников ДПС позволила выявить заболевания позвоночника у лиц, непосредственно участвующих в организации дорожного движения. Ведущим синдромом является мышечно-рефлекторный, корешковые проявления, клинически более значимые и требующие длительного лечения, выявлены в 34 процентах случаях.

Практические рекомендации:

1. Разработать организационно-технические и лечебно-профилактические мероприятия по оптимизации условий труда и улучшению состояния здоровья сотрудников ДПС.

2. Пропагандировать здоровый образ жизни. Борьба с вредными привычками, занятия физической культурой и профессионально ориентированными видами спорта и другими методами оздоровления, включая санаторно-курортное лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попелянский Я. Ю. Болезни периферической нервной системы. М. Медицина. 1989. -463 с.

2. Лукачер Г.Я. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника. -М. Медицина,1985. -238 с.

3. Жулев Н.М. Остеохондроз позвоночника. Руководство для врачей. -СПб. Издательство - ЛАНЬ., 2001. -592.

ПАТРУЛДІК ЖОЛ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНДЕГІ ОМЫРТҚАНЫҢ БЕЛ БӨЛІМІ ОСТЕОХОНДРОЗЫНЫҢ ВЕРТЕБРОГЕНДІ СИНДРОМЫ

Бұл мақалада 50 жол қызметкерін зерттеу барысында анықталған нәтижелер келтірілген. Омыртқа остеохондрозының клиникалық көрінісі сипатталып, оған әкелетін факторлар анықталды. Клиникалық көріністердің ішінде бұлшықет-рефлекторлы синдромы негізгісі болып табылады, бұл жағдай 34% -да байқалып отыр, яғни бұл жұмыскерлер арасында емдік-сауықтандыру шараларын жүргізуді жиілету қажеттілігін талап етеді.

VERTEBROPATHS OSTEOCHONDROSIS OF THE LUMBAR SPINE IN THE ROAD-PATROL SERVICE

The article presents data from a survey 50 RPS DIA employees. Triggers, clinical manifestations of osteochondrosis have been identified. Leading syndrome is a muscle-reflex, radicular manifestations were found in 34 per cent of cases, which causes a need for improved treatment and preventive measures in this group of employees.

VALEO

Ажибаева У.С.

ОСТЕОХОНДРОЗ - АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ "ДОНА" В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

ГККП № 7, г. Астана.

Введение: Остеохондроз позвоночника занимает одно из ведущих мест среди причин обращаемости пациентов в поликлиники. Болезнь поражает преимущественно людей наиболее трудоспоспособного возраста 25-55 лет. Остеохондроз-это дегенеративно-дистрофическое поражение хряща межпозвоночного диска, распространяющееся на соседние структуры позвоночного сегмента (тела позвонков,суставы, связки). Современный медицинский диагноз при данном заболевании -дорсопатия. [1]. Дорсопатии представляют собой широко распространенный вид патологии, которой страдает более 45 % населения в развитых странах. Проблему лечения дорсопатий можно отнести к числу наиболее актуальных, не только с медицинской точки зрения, но и медико-социальной, экономической, так как указанное заболевание часто ведет к временной утрате трудоспособности и сопровождается высоким риском инвалидизации больного. В основе процесса лежат следующие изменения диска: ядро высыхает, уменьшается высота диска,фиброзное кольцо истончается, в нем формируются трещины, студенистое ядро смещается, образуя выпячивание (протрузии диска).

Следующая стадия -разрыв фиброзного кольца с развитием межпозво ночной грыжи. В пораженном позвоночном сегменте образуется нестабильность, повреждаются суставы и связки, костная ткань также подвергается изменениям: появляются костные разрастания (спондилоартроз), который также является причиной болей при остеохондрозе.

При этом мышцы рефлекторно напрягаются. В начале это защитная реакция организма, а в последующем один из факторов , поддерживающий болевой синдром. При значительном выбухании фрагмента диска может быть: сдавление корешка (радикулопатия), сосудов (радикулоишемия), спинного мозга (миелоишемия). Данный процесс традиции онно называется "радикулит", при этом боль может быть не только локального характера, но и передаваться на разные участки рук и ног, в зависимости от пораженного участка позвоночника. Причинами развития остеохондроза могут быть: механические факторы - травмы (растяжения связок, смещения, переломы, смещения); чрезмерная нагрузка на позвоночник; наследственная предрасположенность; гормональные нарушения; сколиоз, плоскостопие, аномалии развития позвоночника, разница в длине конечностей, заболевания крупных суставов. В физиологических условиях хорошо сбалансирован процесс образования (анаболизм) и разрушения (катаболизм) хрящевой ткани. [1,2] Поддержанию нормального состояния хряща, способствуют хондроциты, осуществляющие биоситез коллагена и протеогликанов. Процессы дегенерации хрящевой ткани в межпозвонковых дисках и межпозвонковых суставах принципиально не отличаются. Ранние стадии дегенерации характеризуются снижением синтеза протеогликанов с нормальной полимерной структурой и видоизменением коллагеновых соединений. Потеря хрящем воды и нарушение его эластичности, затем присоединение воспалительных реакций в суставном хряще и нарушение его эластичности. Уменьшение высоты диска, значительное ослабление его эластичности и буферных свойств, уплощение диска, появление трещин и щелевых дефектов. [2] Современные методы лечения остеохондроза представлены - комплексами оператив-

ной и консервативной терапии. Консервативная терапия включает в себя: режим, фармакоте рапия, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, инфильтрационная терапия, физиолечение, тракционная терапия, психотерапия, лечебная гимнастика. В последние годы в базисную терапию лечения остеохондроза включают препараты, обладающие хондропротективным действием - хондропротекторы. Хондропротекторы - это препараты нового ряда, содержащие естественные компоненты суставного хряща, физио логически присутствующие в организме человека. Одним из хондропротекторов последнего поколения (третьего) является низкомоллекулярный оригинальный глюкозамина сульфат - "ДОНА". [3]

Основной *целью* данного исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения препарата "ДОНА" ("Rottapharm" Италия) в лечении пациентов с остеохондрозом позвоночника.

Материалы и методы исследования: в исследовании приняло участие 60 пациентов с пояснично-крестцовым остеохондрозом, в возрасте от 35 до 50 лет (в среднем 42 года). Продолжительность заболевания 3 года и более, определена у 42 пациентов(70%), средняя продолжительность 5,4?4,2 года. Диагноз подтвержден компьютерной томографией (100%). Все пациенты были разделены на две группы: основная и контрольная. Основная группа - 40 пациентов. Все они получали препарат "ДОНА" внутримышечно 400 мг /2мл через день ,в течение месяца, а затем внутрь по 1500мг - 1 раз в сутки (порошки), в течение 2-х месяцев. После 8 недельного перерыва, пациенты принимали внутрь порошки в течение 2-х месяцев. Контрольная группа - 20 пациентов получали диклофенак по 3,0 мл внутримышечно (в/м) 1раз в день, витамины В1, В6, В12 по 2,0 мл в/м через день, 150 мг мидокалм 2 раза внутрь и физиопроцедуры, без применения хондропротекторов.

Оценка эффективности, проводилась по степени выраженности болевого синдрома и подвижности позвоночника в пояснично-крестцовом отделе.

Результаты исследования: к концу лечения в основной группе у 38 пациентов (95%) - значительно улучшилось самочувствие, уменьшилась интенсивность боли, увеличился объем движений в позвоночнике, а к концу второго курса регрессировал болевой синдром, повысилась трудоспособность. Аллергических реакций и других нежелательных явлений, у пациентов принимающих "ДОНА", не отмечено. В контрольной группе эффект лечения составил 60% (у 12 пациентов), к концу курса уменьшилась интенсивность болевого синдрома и увеличился объем движений в поясничном отделе позвоночника.

Вывод: применение препарата "ДОНА" у пациентов с остеохондрозом позвоночника имеет большую эффективность, так как основным компонентом данного препарата, является глюкозамин сульфат - естественный компонент хрящевой ткани. Полученные результаты позволяют применять препарат "ДОНА" в дозе 400 мг в/м 3 раза в неделю и (или) перорально 1500 мг однократно в сутки. Курс лечения не менее трех месяцев (12 недель), с перерывами не более восьми недель (2 месяца). Эффективно во время лечения делать специальные упражнения, которые закрепляют результат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веселовский В.П. "Практическая вертеброневрология и мануальная терапия". Рига . 1991 год, стр. 30-145.

2. Левин О.С. "Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника" /Consilium medicum , 2005 год, стр. 547-555.

3. Батышева Т.Т. "Остеохондроз (полезная информация для пациентов)". г. Москва.

АМБУЛАТОРЛЫҚ ЖАҒДАЙДА "ДОНА" ПРЕПАРАТЫМЕН ОСТЕОХОНДРОЗДЫ ЕМДЕУ

Омыртқа остеохондрозының емінде соңғы күнгі хондропротектор ретінде "ДОНА" препаратын қолданудың маңызы зор. Науқастарда "ДОНА" препаратын қолдану кезінде аллергиялық реакциялардың байқалмауы бұл препараттың жағымды әсер ететіндігін көрсетеді. Остеохондроз емі кезінде аталған препаратты қолдану тірек жұмысының динамикасының жоғарылауына және тірек стереотипінің дұрыс қалыптасуына мүмкіндік береді.

OSTEOCHONDROSIS - ASPECTS OF TREATMENT BY THE PREPARATION "DONA" IN OUT-PATIENT CONDITIONS

Absence of the undesirable phenomena and allergic reactions at the patients receiving a preparation "Dona", during supervision testifies to good shipping of a preparation. Preparation inclusion "Dona" In osteochondrosis treatment, conducts to increase dynamic and promotes restoration of a correct impellent stereotype.

УДК: 616.718.19 - 08 - 069.73

Н.Д. Батпенов, Н.Б. Орловский, Н.К. Мурсалов

ДИАГНОСТИКА ПЕРЕЛОМОВ КРЕСТЦА

РГКП НИИТО, г. Астана,
АО "Медицинский Университет Астана"

Самостоятельные переломы крестца в структуре переломов костей встречается редко. Чаще они сочетаются с переломами других костей таза. Это связано с тем фактором, что крестец вместе с лонными, седалищными, подвздошными костями образует единое тазовое кольцо и рассматривается в его структуре. Рентгендиагностика повреждений тазового кольца начинается с обзорной рентгенографии. В этой проекции, кроме костей таза визуализируется тазобедренный сустав и проксимальный отдел бедер. На обзорной рентгенографии таза переломы со значительными смещениями не представляют затруднений в диагностике, а переломы без смещения определяются очень редко, порою даже не диагностируются. По данным Е.М. Кильдюшова и соавторов (1996г.) не диагностирование повреждений таза достигает 52.8% [1]. Причина заключается в том, что линия перелома наслаивается на кость или происходит суперпозиция костей [2].

За 2004-2008 годы проанализированы рентгенограммы 301 больных, у которых имелось повреждение тазового кольца. Из них перелом крестца диагностирован в 61 случаях. В 57 случаях перелом крестца сочетался с переломами других костей таза, а в четырех случаях имело место изолированное повреждение. В 2004 году перелом крестца диагностирован в 4 случаях из 51 с повреждениями тазового кольца. За 2005 год выявлено 5 случаев из 55 больных с травмами таза, в 2006 году в 6 случаях из 83 больных, в 2007 году 17 случаев из 58 больных. В 2008 году диагностировано 29 случаев переломов крестца из 54 больных. В 35 случаях перелом крестца был с той же стороны, где имелся перелом лонной и седалищной костей. В остальных случаях перелом крестца наблюдался с противоположной стороны. Причинами перелома крестца являлись высокоэнергетические травмы. Это - падение с большой высоты или автодорожные травмы. При характеристике переломов крестца использована классификация, предложенная в 1988 году F. Denis [3]:

- переломы крыла крестца
- фораминальный - линия перелома проходит через крестцовое отверстие
- центральные - линия перелома проходит через сакральный канал

Переломы крыла крестца встречаются довольно часто, при этом линия перелома проходит латеральнее крестцовых отверстии. Эти переломы зарегистрированы в 43 случаях и они характерны для повреждении таза типа В2 и В3. Механизмом травмы при этих повреждениях является боковое сдавление таза, при этом перелом крестца носит компрессионный характер.

Фораминальный перелом проходит через крестцовые отверстия и встречается редко, однако часто осложняется повреждением корешков крестцовых нервов. Перелом через крестцовые отверстия имел место в 17 случаях. Фораминальные переломы происходят при вертикально действующих силах и встречается при повреждениях таза типа С.

Центральные переломы проходят через спинномозговой (сакральный) канал, такой перелом встретился всего один раз. Ежегодное увеличение количества переломов крестца связана с двумя факторами. Во первых - повышение качества чтения рентгенограмм и во вторых - принятие логического правила о сочетании повреждений переднего и заднего полукольца таза. В методике чтения рентгенограмм оба фактора заложены в правила предложенные М.М. Дятловым [4]. Он установил три скрытых признака перелома крестца при обзорной рентгенографии таза. Этими скрытыми признаками являются:

1. нарушение формы крестцовых отверстии в виде букв "V", "Z", "A";
2. отклонение боковой массы крестца;
3. сближение и сужение крестцовых отверстии.

Использование данной методики позволило автору улучшить диагностику переломов крестца с 9,1% на 79,5%.

А если учесть, что при переломах переднего полукольца таза со смещением следует повреждение заднего полукольца, то смещение переднего отдела таза не происходит отдельно, без участия заднего отдела. Поэтому если перелом крестца не выявляется на обзорной рентгенограмме таза, то следует проводит многопроекционные рентгенограммы. На рентгенограмме в проекции входа в таз хорошо визуализируется передняя поверхность крестцовой кости. Для этой проекции тубус рентгенаппарата направляет с головного конца больного к ножному концу под углом 400. Использование нами многопроекционной рентгенографии костей таза позволило повысить

диагностическую возможность рентгенографии на 49.2% [5]. Наряду с рентгенографией в диагностике повреждений тазового кольца, особенно крестца широко используется компьютерная томография, потому что по тяжести повреждения заднего отдела таза определяется степень нестабильности тазового кольца. По данным E.L. Dunn и соавторов [6] точность компьютерной томографии составляет 100%, а по данным Е.М. Кильдюшова 94,44%, и что подтверждается исследованиями М.М. Дятлова [4], который проанализировал результаты компьютерной томографии и выявил 6 признаков скрытого импрессионного перелома боковой массы крестца:

- уплотнение костной ткани в передненаружном крае.
- уменьшение ширины поврежденной стороны сравнительно со здоровой.
- умещение кпереди передненаружного края крестца.
- увеличение угла крестцово-подвздошного сустава.
- сужение щели крестцово-подвздошного сустава.
- двойное смещение подвздошной кости на стороне перелома крестца вперед и медиально с ротацией в крестцово-подвздошном суставе.

Об эффективности комплексного обследования свидетельствует тот факт, что применение компьютерной томографии в алгоритм диагностики повреждениикрестца с использованием правил чтения рентгенограмм и томограмм, позволил диагностировать переломы крестца в 2008 году в 53,7% случаях среди пострадавших с переломами таза.

Кроме того, компьютерная томография способствует четкому определению показаний к предоперационному планированию и оперативному лечению. Но она не может заменить многопроекционную рентгенографию таза, потому что рентгенография показывает таз в целом, а не фрагментами. Таким образом, многопроекционные рентгенограммы и компьютерная томография дополняют друг друга и у каждого метода есть свои преимущества. Хотелось бы отметить доступность и дешевизну многопроекционной рентгенографии по сравнению с компьютерной томографией.

На основании изложенного можно судить, что при переломах переднего полукольца со смещением, должно следовать повреждение заднего полукольца. Поэтому в таких случаях следует акцентировать внимание на заднее полукольцо, потому что по степени повреждения заднего полукольца определятся стабильность таза и определяется тактика лечения, а в диагностике повреждении таза многопроекционная рентгенография должна войти в алгоритм обследования.

ЛИТЕРАТУРА

1.Кильдюшов Е.М., Буромский И.В., Розинов В.М., Кузнецов Л.Е.. Анализ диагностических возможностей рентгенологического и компьютерно-томографического исследований при повреждениях таза у детей. Вестник травматологии и ортопедии им.Приорова. №2, 1996.

2.Черкес-Заде Д.И. Лечение повреждений таза и их последствий: Руководство для врачей. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2006. - 192 с.

3.Denis F., Devis S., Comfort T. Sacral fractures: an important problem \\ Clin. Orthop. - 1988. - Vol. 26, N 4. - P. 354-359.

4.М.М.Дятлов. Неотложная и срочная помощь при тяжелых травмах таза: Руководство для врачей.- Гомель: ИММС НАН Беларуси, 2003.-296с.

5.Баймагамбетов Ш.А., Жунусов Е.Т., Мурсалов Н.К.. Значимость многопроекционной рентгенографии в верификации переломов костей таза. "Травматология және ортопедия" специальный выпуск. - 2/2007 том I.

6.Dunn A.W., Morris H.D.: Fractures and Dislocations of the Pelvis. J. Bone and Joint Surg., 50A:1639-1648, 1968.

СЕГІЗКӨЗ СЫНЫҚТАРЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ

Көппроекциялық рентгенография мен компьютерлік томография бірін - бірі толықтырады және әркайсысының өз артықшылығы бар. Жамбастың алдыңғы жартысақинасының жылжыған сынығы анықталған кезде сегізкөздің сынығы кездесуі мүмкін.

DIAGNOSTICS OF FRACTURES SACRUM

Multiprojective radiography and a computer tomography supplement each other and each method has advantages. At fractures of a anteroir half ring of a basin with displacement it is necessary to bring to a focus to possible presence of fractures sacrum.

УДК 616-007.17

С.Г. Медведь

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ДИСПЛАЗИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

ТОО "Дом Здоровья", Астана

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) - генетически детерминированная и/или врожденная аномалия структуры и функции соединительной ткани различных органов и систем, характеризующаяся многообразием клинических проявлений от доброкачественных субклиничнских форм до развития полиорганной и полисистемной патологии с прогредиентным течением [1,2].

Среди наследственных ДСТ выделяют синдромные и несиндромные формы.

Несиндромные формы дисплазий зачастую вызывают затруднения у врачей и не распознаются как самостоятельное заболевание в отличие от клинически четко очерченных синдромных форм ДСТ, таких как синдромы Марфана, Элерса-Данлоса, несовершенный остеогенез и синдром вялой кожи. Для обозначения "несиндромных" форм ДСТ в отечественной и зарубежной литературе используются различные термины - "семейный недифференцированный синдром", "MASS - фенотип", "малые соединительно-тканные дисплазии", "недифференцированные дисплазии соединительной ткани" и другие [3].

Спорность, противоречивость, нелогичность формулировок отражает, как известно, сложное состояние проблемы.

Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) - это не единая нозологическая форма, а генетически гетерогенная группа. НДСТ диагностируются тогда, когда у пациента набор фенотипических признаков не укладывается ни в одно из известных дифференцированных синдромов.

Концепция выделения НДСТ в отдельную группу не признается за рубежом и не используется в МКБ - 10, а их выявление врачами практического здравоохранения приводит к гипердиагностике наследственных заболеваний соединительной ткани, включая врожденные аномалии развития соединительной ткани сердца [4,5]. В то же время, успехи молекулярной генетики позволили включить в число НДСТ многие диспластические фенотипы и выяснить их генетическую природу. Особый интерес представляет проблема ДСТ для клинической кардиологии, поскольку вовлечение сердца и сосудов является одним из частых и клинически значимых проявлений дисплазий.

Широкая доступность ЭхоКГ - исследования привели к тому, что эхокардиографические находки стали сплошь и рядом выноситься в диагноз. Синдром соединительной дисплазии сердца стал весьма популярным, несмотря на то, что до настоящего времени отсутствует его дефиниция и не существует признанного алгоритма для его диагностики [6,7].

Однако проблема НДСТ не исчерпывается лишь дисплазиями сердца. Повсеместное присутствие соединительной ткани в различных органах и системах человека делает понятным разнообразие патологии, связанной с ее дефектами, и повышенный интерес к этой проблеме специалистов, работающих в самых разных областях медицины.

Вместе с тем, до настоящего времени существуют кардинальные различия в подходах к решению этой проблемы у нас в стране и за рубежом. Несмотря на то, что до сегодняшнего дня отсутствуют единая терминология и единые подходы к диагностике и клинической оценке этих состояний, за рубежом целенаправленно проводятся молекулярно-генетические исследования НДСТ, на основании которых постоянно совершенствуются рекомендации о критериях диагностики основных синдромов, связанных с ним [3].

Генетические исследования патологических состояний этой группы сопряжены с большим трудностями, связанными со сложной генетической структурой соединительной ткани, возможностью мутации множества генов, кодирующих различные типы матричных протеинов соединительной ткани (коллагены, эластины, тенаскины и фибриллины), а также коллаген-модифицирующих ферментов [8,9].

Особые трудности в распознавании НДСТ возникают из-за неизбежного сходства их симптоматики с клиническими проявлениями известных синдромов ДСТ, таких как гипермобильность суставов, дилятация фиброзных колец, прляпсы, аномальные хорды, миопия различной степени и другие [10,11].

Другой сложностью, с которой зачастую сталкиваются исследователи НДСТ, является высокая вероятность различных мутаций одного гена, приводящая к существованию широкого спектра клинических проявлений одного синдрома даже

среди членов одной и той же семьи и широкому распространению неполных, усеченных форм ДСТ. К примеру, в последние годы были открыты более 200 мутаций гена фибриллина-1 (FBN1), с которым связывают развитие синдрома Марфана, а кроме этого гена, как стало ясно, в возникновении этого синдрома могут участвовать гены FBN2, TGF-beta receptor 2. [8,12].

Вместе с тем, молекулярно-генетические исследования НДСТ продолжаются, и в последние годы были достигнуты серьезные успехи, потребовавшие пересмотра диагностических критериев ряда НДСТ. Речь идет об установлении молекулярно-генетической природы некоторых типов синдрома Элерса-Данлоса (СЭД), в частности, установление дефектов Pro alfa 1(V) или Pro alfa 2(V) коллагена цепей типа V в развитии классического типа СЭД, роли дефицита лизилгидрокси-лазы в развитии кифосколиотического типа того же синдрома [5,8,9,13]. Последние данные о роли дифицита танескина-Х в развитии синдрома гипермобильности суставов свидетельствуют о том, что в ближайшие годы возникнет необходимость очередного пересмот-ра критериев диагностики НДСТ. Есть все основания полагать, что дальнейшее углубление наших знаний о природе НДСТ связано с развитием молекулярной генетики.

Знание первичного генетического дефекта важно для достоверной диагностики наследственных вариантов дисплазии соединительной ткани, осуществления медико-генетического консультирования, лечения и прогнозирования, а также выявления ассоциированных, сочетанных и конкурирующих форм заболеваний.

Биохимические исследования показали, что в основе таких изолированных, "несиндромных" и недифференцированных проявлений дисплазии соединительной ткани, как пролапс митрального клапана, деформации грудной клетки и позвоночника, гипермобильность суставов, лежат генетически обусловленные нарушения коллагена, эластина, фибронектина, протеогликанов [5,8,11]. Фибробласты миксоматозно измененного митрального клапана продуцируют дополнительный коллаген третьего типа. Кроме того, отмечена неполноценность пятого типа коллагена [13,14,15,16]. Классическим патоморфологическим признаком миксоматозной дегенерации митрального клапана является кумуляция в створках кислых мукополисахаридов.

Итак, наследственные недифференцированные дисплазии соединительной ткани, обусловленные мутациями в генах, ответственных за формирование первичных структур коллагена, компонентов экстрацеллюлярного матрикса, многочисленных ферментов и их кофакторов, принимающих участие во внутри- и внеклеточном созревании коллагена, фибриллогенезе, образовании коллагеновых волокон, проявляются уникальностью генетического дефекта, своеобразием фенотипа и диспластикозависимыми струк-турно-функциональными нарушениями органов и систем.

Ясно, что практическому врачу чрезвычайно трудно разобраться в диагностике и дифференциации клинико-генетических взаимосвязей и взаимовлияний наследственной соединительнотканевой дисплазии.

Специалисты, работающие по изучению проблемы НДСТ считают, что проведение молекулярного анализа не является панацеей, и на сегодняшнем этапе имеющихся знаний, распознавание практическим врачом НДСТ должно основываться на выявлении, прежде всего, диспластических фенотипов ДСТ с последующим подтверждением методами молекулярно-генетического исследования.

Таким образом, для верификации недифференцированных дисплазий соединительной ткани должен быть применим комплексный подход с использованием клинико-генеалогического метода, анамнеза болезни и жизни пациента, тщательного клинического обследования больного и членов его семьи, а также путем проведения биохимического и молекулярно-генетического методов диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1.Земцовский Э.В. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани "Карфаген должен быть разрушен?" //Кардиоваскулярная профилактика.-2008.-№ 6.-с. 73-76.

2.Земцовский Э.В. Соединительно-тканные дисплазии сердца. // г.Санкт-Петербург.-2000. - 96 С.

3.Гавалов С.М., Зеленская В.В. Особенности клинических проявлений и течения различных форм бронхолегочной патологии у детей с малыми формами дисплазии соединительной ткани // Педиатрия, 1999, №1, с.49-52.

4.Земцовский Э.В. Малев Э.Г., Парфенова Н.Н., и др. Есть ли смысл выделять самостоятельный синдром дисплазии соединительной ткани сердца? //Артериальная гипертензия. - 2008. - Том 14. - №1. - Приложение №2. - С. 18-23.

5.Яковлев В.М. Глотов А.В., Ягода А.В. Иммунопатологические синдромы при наследственной дисплазии соединительной ткани. - Ставрополь : [б.н.], 2005. - стр. 233.

6.Клеменов А.В. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани// М., 2005.- 136с.

7.Мартынов А.И., Степура О.Б., Остроумова О.Д. Мельник О.О. Синдром дисплазии соединительной ткани сердца. // Международный мед. журнал 1998. 1, С. 17-22.

8.Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии// "Санкт-Петербург" - "Невский диалект".-2000.-271 с.

9.Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Современные представления о дисплазии соединительной ткани // Казанский медицинский журнал.-2007.-№5.- Приложение.-С.- 2-5.

10.Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной

ткани. Руководство для врачей.- "ЭЛБИ".- 2009.- 714с
11.Нечаева Г.И., Викторова И.А. Дисплазия соединительной ткани: терминология, диагностика, тактика ведения пациентов. // Омск, Изд-во ООО "Типография БЛАНКОМ",2007.-188с.
12.Нечаева Г.И., Викторова И.А., Калинина И.Ю. Диагностика дисплазии соедини тельной ткани у лиц среднего и пожилого возраста в практике семейного врача //жур. Семейный врач.-2003.-№3.-С.34-36
13.Прокоп Д., Кюваниеми Х., Тромп Дж. Наследственные болезни соединительной ткани. В кн.: Т. Р. Харрисон.// Внутренние болезни.- М. - Практика //2002.- с. 2646-2660
14.Яковлев В.М., Нечаева Г.И., Викторова И.А. Взгляд клинициста на проблему дисплазии соединительной ткани. Классификационная концепция //Дисплазия соединительной ткани: Материалы симпозиума. Омск: Изд-во ОГМА. - 2002.- С.3-10.
15. Disse S, Abergel E, Berrebi A, et al. Mapping of a first locus for autosomal dominant myxomatous mitral-valve prolapse to chromosome 16p11.2-p12.1. Am J Hum Genet 1999; 65:1242-51.
16. Devereux RB, Frary CJ, Kramer-Fox R, Roberts RB, Ruchlin HS. Cost-effectiveness of infective endocarditis prophylaxis for mitral valve prolapse with or without a mitral regurgitant murmur. Am J Cardiol 1994;74:1024-9.

ДИФФЕРЕНЦИЯЛАНБАҒАН ДӘНЕКЕР ТІНІ ДИСПЛАЗИЯЛАРЫ ТУРАЛЫ ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ КӨРІНІС

Дифференциаланбаған дәнекер тінінің дисплазиясы кезінде клиникалық генеалогиялық зерттеу әдістері, ауру анамнезі және науқастың тіршілік жағдайы, оның отбасы мүшелеріне және науқастың өзіне толық нақтыланған клиникалық зерттеулер, оның ішінде биохимиялық және молекулярлық генетикалық зерттеу әдістері жүргізілуі қажет.

MODERN REPRESENTATIONS ABOUT NOT DIFFERENTIATED DISPLASIAS THE CONNECTING FABRIC

For verification not differentiated displasia a connecting fabric the complex approach with use of a kliniko-genealogical method, the anamnesis of illness and a life of the patient, careful clinical inspection of the patient and members of his family, and also by carrying out of biochemical and molekuljarno-genetic methods of diagnostics should be applicable.

VALEO

УДК 616 - 007.17 - 053.7

С.Г. Медведь

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПОДРОСТКОВ

ТОО "Дом Здоровья", г. Астана

Актуальность. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) -генетически детерминированное нарушение развития соединительной ткани, приводящее к изменению её структуры и функций, и реализующееся в клиническом многообразии фенотипических признаков и органных проявлений. Классификация ДСТ - один и самых дискутабельных научных вопросов. Отсутствие единой, общепринятой классификации ДСТ отражает разногласие мнений исследователей по данной проблеме в целом. ДСТ может классифицироваться с учетом генетического дефекта в периоде синтеза, созревания или распада коллагена. Это перспективный классификационный подход, который дает возможность обосновать дифференцированную диагностику ДСТ. Однако на сегодняшний день данный подход ограничен наследственными синдромами ДСТ. В настоящее время предложено подразделение ДСТ на дифференцированный (синдром Марфана, синдром Элерса-Данлоса и др.) и недифференцированный синдром (ДСТ внутренних органов; ДСТ опорно - двигательного аппарата с проявлением аномалий скелета и суставов; слабость сухожильно-связочного аппарата суставов, позвоночника и стоп; деформация грудной клетки, сколиоз, кифоз, нарушение осанки, нестабильность позвонков, плоскостопие).

Распространённость синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани (СНДСТ) превосходит частоту важнейших хронических

неинфекционных заболеваний и достигает 80% [1,2]. Тем не менее, данные о популяционной распространённости фрагментарны, а в ряде случаев противоречивы [3]. Отдельные признаки СНДСТ имеют различия, обусловленные полом и возрастом. Многообразие внешних клинических проявлений СНДСТ (фенов) и оценка степени его тяжести весьма важна при массовых обследованиях подростков. Поэтому целью настоящего исследования явилось выявление наиболее частых и характерных фенов и их сочетаний при синдроме недифференцированной дисплазии соединительной ткани у подростков, проходивших курсы реабилитации в условиях дневного стационара ТОО "Дом Здоровья" (г. Астана).

Материалы и методы. Был проведён анализ основной учётно -отчётной документации (ф-003-3/у) ТОО "Дом Здоровья" в период с января по декабрь 2009 года. В выборку включались подростки, у которых по данным рентгенологических методов исследования имелись достоверные признаки СНДСТ. Из 511 обследованных подростков с различными заболеваниями внутренних органов юношей было 339 (66%), девушек 172 (34%). Средний возраст подростков составил 15,2± 1,2 лет, среди которых учащихся 9 -11 классов было 392 (77%), колледжей -119 (23%).

Результаты и обсуждение. Фены СНДСТ выявлены у 332 (65%) обследованных подростков. Среди них по частоте первое ранговое место заняли сколиоз, другие нарушения осанки и деформация грудной клетки, что составило 22,1%, 16,0%, 11,9% соответственно. Статистически значимых различий в частоте встречаемости данных фенов нет, о чем свидетельствовали показатели доверительных интервалов (95,0%).

Как видно из таблицы № 1, торакодиафрагмальный синдром у обследованных подростков составил 70,1%, в то время, как другие проявления СНДСТ, выявились значительно реже (29,9%). Помимо классической для торакодиафрагмального синдрома астениеской формы грудной клетки выявлены деформации позвоночника (особенно сколиоз) и грудной клетки (наиболее часто воронкообразная, реже килевидная форма).

Вторым, по частоте встречаемости, явился синдром патологии стопы (8,0%): косолапость, полая стопа и плоскостопие (продольное и поперечное).

Остальные фены СНДСТ, такие как нарушение аккомодации, дисфункция желчевыводящих путей, нефроптоз, вегето-сосудистая дистония и прочие были значительно распространены у обследованного контингента и составили 29,9%.

У 163 пациентов (32%) были выявлены одновременно несколько значимых фенов СНДСТ. В таблице 2

Таблица 1 - Частота встречаемости основных фенов СНДСТ у подростков (n=511)

№ п/п	Фен СНДСТ	Частота %
1	Сколиоз	22,1
2	Другие нарушения осанки	16,0
3	Деформация грудной клетки	11,9
4	Патология стопы, в т.ч. плоскостопие	8,0
5	Нестабильность шейного отдела позвоночника	7,0
6	Кифоз	5,1
7	Нарушение аккомодации	5,1
8	Дисфункция желчевыводящих путей	2,0
9	Нефроптоз	1,0
10	Вегето-сосудистая дистония	4,8
11	Прочие (болезнь Келлера, болезнь Огюст-Шляттера, дисплазия тазобедренного сустава, кривошея, добавочное ребро)	17,0

Таблица 2 - Частота встречаемости сочетания фенов СНДСТ у подростков (п=163).

№ п/п	Сочетание фенов СНДСТ	Частота, %
1. Деформация грудной клетки		
1	+ нарушение осанки	4,3
2	+ плоскостопие	1,8
3	+ сколиоз	1,6
4	+ кифоз	1,4
5	+ синдром Келлера	0,8
6	+ проляпс митрального клапана, нефроптоз	0,6
2. Нарушение осанки		
7	+ нарушение аккомодации	2,1
8	+ плоскотопие	1,5
9	+ кривошея	0,6
10	+синдром Келлера	0,4
11	+ нефроптоз, болезнь Пертеса	0,2
3. Сколиоз		
12	+ плоскотопие	1,8
13	+ кривошея, пролапс митрального клапана, нестабильность шейного отдела позвовночника	0,8
14	+ синдром Огюст-Шляттера	0,4
15	+ нефроптоз	0,2
4. Кифоз		
16	+ нестабильность шейного отдела позвоночника	1,1
17	+ нарушение аккомодации	1,2
18	+ плоскостопие	0,7
5. Плоскостопие		
19	+ нарушение аккомодации	0,8

представлены основные варианты сочетания фенов СНДС у подростков.

Частое сочетание различных фенов СНДСТ вполне логично, учитывая общность структурно - функциональных нарушений, лежащих в их основе. Однако, следует отметить недостаточную информированность врачей-терапевтов о возможности СНДСТ у подростков. Так, в направлениях в дневной стационар ТОО "Дом Здоровья" многочисленные симптомы ДСТ у подростков оценивались врачом как самостоятельно выявленное заболевание, а не были распознаны как СНДСТ.

Таким образом, торакодиафрагмальный синдром, выявленный нами у обследованных подростков, является не только своеобразной "визитной карточкой" СНДСТ, но имеет также значение и в формировании патологических изменений внутренних органов [4]. Его наличие определяет уменьшение дыхательной поверхности лёгких, деформацию просвета трахеи и бронхов; смещение и ротацию сердца, "перекрут" основных сосудистых стволов. Деформация грудины, рёбер, позвоночника и связанное с ними высокое стояние диафрагмы приводят к уменьшению объёма грудной клетки, повышению внутригрудного давления, нарушению притока и оттока крови, а также могут способствовать возникновению аритмий сердца. Наличие торакодиафрагмального синдрома может также повлечь за собой повышение давления в системе малого круга кровообращения . Раннее выявление данного синдрома и проведение реабилитационных мероприятий могут предотвратить развитие вторичных патологических процессов.

Синдром патологии стопы также является одним из самых ранних проявлений несостоятельности соединительнотканных структур. Наиболее часто встречается поперечно - распластанная стопа, в части случаев сочетающаяся с отклонением I пальца наружу и продольное плоскостопие с пронацией стопы. Важность ранней диагностики синдрома патологии стопы определяется тем, что его наличие уменьшает возможность физического развития пациентов с СНДСТ, формирует определённый стереотип жизни, а также усугубляет психоэмоциональные проблемы.

Такие органные изменения как нарушение аккомодации, дисфункция желчевыводящих путей, нефроптоз также имеют важную клиническую значимость и определяют прогноз СНДСТ. Важно отметить, что частота встречаемости нарушений аккомодации, среди которых преобладали миопия и астигматизм, не уступали распространённости фенов торакодиафрагмального синдрома.

Выводы:

1.Синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани встречается часто (65%) у подростков в возрасте 14-16 лет.

2.Наиболее частым феном СНДСТ является торакодиафрагмальный синдром (70,1%).

3.У трети обследованных подростков (32,0%) выявляются сочетание двух и более фенотипических признаков.

4.Недостаточная информированность врачей-терапевтов о СНДСТ приводит к несвоевременной вторичной профилактике и реабилитации подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яковлев В.М., Нечаева Г.И., Викторова И.А. Взгляд клинициста на проблему дисплазии соединительной ткани. Классификационная концепция. //Дисплазия соединительной ткани: материалы симпозиума. Омск: издательство ОГМА.-2002 - с.3-10

2. Нечаева Г.И., Викторова И.А. Дисплазия соединительной ткани: терминология, диагностика, тактика ведения пациентов. //Омск: издательство ООО "Типография БЛАНКОМ", 2007г-188с.

3. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение, диспансеризация). //Санкт-Петербург - Невский диалект. - 2000г. - 271 с.

4. Клеменов А.В. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани. //М., 2005г. - 136с.

ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕГІ ДӘНЕКЕР ТІНІ ДИСПЛАЗИЯЛАРЫНЫҢ КЕЙБІР ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ ТУРАЛЫ

Мақалада жасөспірімдерде дәнекер тіні дисплазияларының (ДТД) таралуы жайлы сұрақтар қарастырылады. Күндізгі стационардың 511 амбулаторлы карталарына анализ жасалады. 65% жасөспірімдерде дифференциацияланбаған дәнекер тіні дисплазиялары синдромының әр түрлі фенотиптік белгілері анықталды. Олардың ішінде торакодиафрагмальды синдром және бірнеше белгілердің қосарланған дифференциаланбаған дәнекер тіні дисплазиялары жиі кездеседі. Дифференциаланбаған дәнекер тіні дисплазияларын уақытында анықтаудың жас өспірімдерде екіншілік алдын алу мен реабилитацияны жүргізуде маңызы зор.

ABOUT SOME FEATURES DYSPLASIA OF THE CONJUNCTIVE FABRIC AT TEENAGERS

In article it is considered questions dysplasia conjunctive fabrics. A day hospital of 511 outpatients it was carried out research. From 65 % of sick teenagers it was found out not differentiated dysplasia conjunctive fabrics. Basically there were thoracodiaphragma syndrome and not differentiated dysplasia conjunctive fabrics.

УДК 616.71-006.:612-086

Искиндирова А.К.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МОЛЕКУЛЯРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ХОНДРОСАРКОМЕ КОСТИ

Западно Казахстанский Медицинский Университет им.М. Оспанова, АФ ЦСМ РК

В последние годы отмечен значительный прогресс во всестороннем изучении опухолей хрящевой группы. Выделены новые нозологические формы хондросаркомы, отличающиеся своеобразной клинико-морфологической картиной [1]. Пересматривая взгляды на природу хондросаркомы, изменяются подходы к ее лечению.

Проблема диагностики хрящевых опухолей, несмотря на последние научные достижения, остается открытой. Во многом это предопределено спецификой их гистологического строения и недостаточной изученностью морфогенеза. Одной из важнейших задач для решения этой проблемы является разработка принципиально новых диагностических методов, способствующих точной и объективной оценке. Постановка этой задачи продиктована почти полным отсутствием диагностических критериев объективной оценки состояния опухолевой ткани, что делает оправданным поиск и исследования, направленные на их выявление и обоснование [2,3].

Точный морфологический диагноз является важным и непременным условием для планирования лечебных мероприятий, выбора тактики лечения, определения масштабов и интенсивности консервативного и хирургического методов воздействия на опухоль. Повышение содержательности и информативности морфологического диагноза, расширение рамок традиционной формы заключения патолога об исследуемой опухоли, обычно указывающего нозологическую единицу, гистологический тип и степень злокачественности, преследует цель увеличения диагностической ценности, тем самым предоставляя клиницисту новые возможности в лечении хондросаркомы [4].

В попытке пролить свет на отдаленные результаты лечения и последствия заболевания была проведена клинико-морфологическая параллель с целью поиска возможной корреляции между клиническими и морфологическими характеристиками болезни. Руководствуясь при этом обязательным условием-статистической обоснованностью фактических данных. При выборе сравниваемых параметров мы остановились на следующем: клинический аспект представлен наиболее частыми и грозными проявлениями хондросаркомы - рецидивами и метастазами и сроками их появления после проведенного лечения, морфологический аспект представлен морфологическими признаками.

Формируя клинический аспект для проведения клинико-морфологических сопоставлений, изучалось поведение хондросарком в отдаленные сроки после лечения по данным историй болезни, амбулаторным картам. Наш клинико-морфологический анализ 165 случаев хондросарком включал 93 мужчин и 72 женщин в возрасте от 22 до 81 года.

Возникновение хондросаркомы в равной мере связано как с трубчатыми, так и с плоскими костями. С закономерным постоянством хондросаркома возникает в костях таза, в данной работе эта локализация отмечена в более чем в 18,4 % случаев. Из хондросарком, возникших в длинных трубчатых костях конечностей, большая часть была связана с областью эпиметафизов.

В процессе диагностики хондросарком, как и других опухолей скелета, очень большое значение имеет детальный анализ клинико-рентгенологических данных. Так, в случаях периферического расположения хондросарком, возникающих обычно в результате малигнизации костно-хрящевых экзостозов, опухоль часто (в отличие от внутрикостных хондросарком) бывает безболезненной и растет очень медленно, постепенно увеличиваясь в размерах и на протяжении 5-10 лет и более.

Сопоставление сроков обращаемости после появления первых признаков хондросарком показало, что больные хондросаркомой более чем в половине случаев впервые обращаются в лечебное учреждение не ранее 2-3 лет и более после начала заболевания.

Периферическая локализация по отношению к пораженной кости и большая длительность заболевания, а также динамические клинико-рентгенологические наблюдения в ряде случаев действительно указывают на вторичный характер хондросарком и связь их с предсуществующими костно-хрящевыми экзостозами.

При центральной (внутрикостной) локализации хондросаркомы развиваются в более короткие сроки, но и в этом случае до момента установления диагноза может пройти от трех лет и более. У некоторых больных от появления первых жалоб на боли в области поражения до возникновения видимой опухоли и нарушения функции близлежащего сустава в ряде случаев проходит

не более 6 месяцев.

Рентгенологически хондросаркома при локализации в центральных отделах длинных трубчатых или плоских костей представлена очагом деструкции неправильной формы без четких границ с плотными включениями, обусловленными наличием петрификатов и участков вторичного костеобразования в опухолевой ткани. В зоне поражения рентгенологически нередко можно обнаружить признаки патологического перелома. Клинико-рентгенологическая картина не дает твердых критериев своевременной диагностики хондросаркомы. По нашим данным, лишь в 34 % случаев первоначальный диагноз хондросаркомы был установлен правильно.

Комплексное диагностическое исследование с обязательным включением морфологических методов позволяет установить правильный диагноз заболевания до операции в 96,6% случаев. Клинические особенности течения заболевания и рентгенологическая картина очага поражения занимают очень важное место даже в исследовании материала. Патолог, исследующий костный материал и решающий вопрос о его опухолевой или иной природе, всегда должен располагать полным набором сведений об особенностях клинических и рентгенологических проявлений заболевания. Важно учитывать возраст пациента, локализацию патологического процесса, продолжительность и характер жалоб, рентгенологическую картину. Центральное или периферическое расположение очага, зона или отдел пораженной кости, остеолитический или остепластический тип поражения, форма, границы, реакция окружающей кости и надкостницы очень легко могут быть отмечены при внимательном просмотре обычных рентгенограмм, не говоря уже о КТ томограммах и МР-снимках, и, безусловно, во многих случаях облегчат диагностическое суждение при гистологическом исследовании биопсийного материала.

Точность морфологического диагноза повышается при возможности микроскопического исследования материала из различных участков опухоли. Выявление признаков клеточно- тканевого полиморфизма в разных зонах опухоли в сочетании с клиническими данными об усилении роста и рентгенологической картиной с соответствующим типом деструкции кости с достаточной определенностью подтверждают диагноз хондросаркомы.

Сопоставление морфологической характеристики с клиническими проявлениями опухоли позволяет получить представление о некоторых сторонах ее биологической активности. Сумма всех этих сведений, включая и те, которые удается получить с помощью новых технологий (иммуногистохимия и др.), постепенно увеличиваясь, неизбежно ведет к пониманию патогенетических закономерностей опухолевого роста, разработке и выбору патогенетических методов терапии и определению прогноза- основных целей теоретической и клинической онкологии.

Понимание механизмов, задействованных в процессах прогрессирования ХС- один из возможных путей совершенствования методов прогноза ХС и, соответственно, ее рационального лечения. Каждая опухоль является уникальной по набору нарушений, вовлеченных в процессы канцерогенеза. Известно, что биологическое поведение опухоли определяется балансом двух диаметрально противоположных по смыслу процессов - пролиферации и апоптоза [1].

Выше изложенное, послужило поводом для изучения таких фундаментальных биологических характеристик злокачественных клеток, как пролиферативная активность клеток опухоли, апоптоз.

Развитие апоптоза на уровне регуляции обусловливают развитие многих патологических процессов, в том числе злокачественных опухолей. В запуске апоптоза участвуют биохимические, морфологические, иммунологические и функциональные сигналы-индукторы. Их комбинации варьируют в различных клетках, органах и тканях в разных физиологических и патологических условиях.

Физиологический апоптоз, то есть протекающий в нормальных клетках, имеет принципиальные отличия от апоптоза опухолевых клеток. В последнем случае меняются не только его функции, но и механизмы регуляции. Если физиологический апоптоз- это механизм поддержания гомеостаза (объема органа, ткани и т.д.), а также генетического постоянства, то апоптоз в опухоли- один из способов закрепления и усиления злокачественного фенотипа опухолевой клетки, его агрессивности, метастатического потенциала, а также - регулятор скорости и прогрессирования. Доказано, что интенсивность апоптоза прямо ассоциируется с прогрессированием, снижением степени зрелости и повышением агрессивности. Интенсивность апоптоза является надежным прогностическим маркером. Чем он выше, тем выше злокачественный потенциал и хуже прогноз [5].

Это может быть весьма полезно для определения характера и степени злокачественности и чувствительности к проводимой лекарственной терапии, для предсказания прогноза заболевания и выбора адекватных методов лечения. В настоящее время хорошо изучены общепринятые клинико-морфологические факторы прогноза, такие как гистологический тип опухоли, степень ее морфологической дифференцировки, стадия заболевания. Однако даже в клинически однородной группе больных прогноз заболевания очень часто остается непредсказуемым [3,4].

Так, нередко наблюдается несоответствие относительно благоприятных клинико-морфологических параметров опухоли крайне агрессивному ее поведению. В связи с этим, в последнее время, для предсказания клинического

течения новообразований и исхода заболевания большое значение придают клеточным маркерам, которые обеспечивают два практических результата: выявление группы риска, требующего дополнительного лечения или более тщательного наблюдения среди больных ранними стадиями, не подлежащих адъювантной терапии по другим клиническим и лабораторным показателям, и индивидуализации схем адъювантного лечения больных с распространенным процессом [5].

ЛИТЕРАТУРА

1.Лушников Е.Ф., Абросимов А.Ю. Гибель клетки., Москва. Медицина.-2001,-с.189.
2.Evans H.L., Ayala A.G., Prognostic factors in chondrosarcoma of bone: a clinicopathologic analysis withan phases on histologic grading // Cancer.-1977.- Vol.40.-P.818-831.
3.Wang L.T., Liu T.C. Clear cell chodrosarcoma of bone: a report of three cases with immunohistochemical and affinity histochemical observations // Pathol.Res. Pract.- 1993,189,411-415.
4.Dorfman H.D., Cherniak B. Bone cancers// Cancer.1995.- Vol.75.-P.203-210
5.Алиев М. Хондросаркома кости. -М. - 2006.С.14

ХОНДРОСАРКОМАДАҒЫ МОЛЕКУЛАЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕРДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ МАҢЫЗЫ

Берілген зерттеудің мақсаты ісіктің биологиялық сипатын суреттейтін негізгі болжау факторларын ескере отырып сүйектің хондросаркомасының диагностикалық жақсаруы болып табылады. Мұнда хондросаркомамен ауыратын аурулардың ісіктері арасындағы өзара байланыс қарастырылады. Өзара байланысты қарастыру барысында сүйектің хондросакомасының үйлескен өзгерістерін көрсететін үш топ ерекше көрсетіледі.

CLINICAL IMPORTANCE OF MOLECULAR CHANGES IN BONES CHONDROSARCOMAS

The purpose of the given investigation is the improvement of bones chondrosarcoma diagnostic, taking into account main factors of prognosis which characterize the biological peculiarity of a tumour. Here the interrelation between tumours constructions of people who have chondrosarcoma and the way of their clinical development are mentioned. During the investigation of their interrelation four types of markers which show the coordinate changes in bones chondrosarcoma are pointed out.

VALEO

Н. П. Волкова.

ПРИЧИНЫ ОТСУТСТВИЯ ЭФФЕКТА ОТ ЭКЗОГЕННОГО СУРФАКТАНТА "КУРОСУРФ".

ГККП. Перинатальный центр г. Астана

Респираторный дистресс - синдром у новорожденных (РДСН) одна из самых частых причин высокой смертности недоношенных детей [1].

Цель работы: анализ причин отсутствия эффекта от использования экзогенного природного сурфактанта "Куросурф" у недоношенных детей разного веса и гестационного возраста в Перинатальном Центре (ПЦ) г. Астана.

За 12 месяцев 2008 года в реанимационном отделении ПЦ г. Астана проведена заместительная терапия с использованием экзогенного природного сурфактанта "Куросурф" 178 недоношенным детям и 1 доношенному ребенку. Из них повторное введение сурфактанта "Куросурф" было проведено 15 новорожденным. Введение сурфактанта проводилось на основании учета степени тяжести респираторных нарушений, веса, гестационного возраста, рентгенологических исследований и анамнеза. Количество новорожденных, получивших экзогенный сурфактант "Куросурф" с учетом веса при рождении, представлены в таблице № 1.

Из таблицы № 1 видно, что количество детей с экстремально низким весом, получивших экзогенный сурфактант "Куросурф", составляет 40 (22 %), с очень низкой массой тела 63 (35 %), с низкой массой тела 75 (42 %). 1 новорожденный весом больше 3000 гр., что составило 0,6 % от всего количества детей, получивших

Таблица 1 - Количество детей, получивших экзогенный сурфактант «Куросурф» при рождении

Вес новорожденных	до 1000 гр.	1000гр.-1499 гр.	1500гр.-1999 гр.	2000гр.-2499 гр.	Больше 3000 гр.
Количество новорожденных	40	63	55	20	1

заместительную терапию за 2008 год.

Из 179 детей, получивших сурфактант "Куросурф" за 12 месяцев 2008 года, умерло 41 новорожденных. Распределение умерших детей по весовым категориям представлено в таблице № 2.

Из таблицы № 2 видно, что количество умерших новорожденных с экстремально низким весом - 18 (43 %), с очень низкой массой тела - 14 (34 %), с низкой массой тела - 7 (17 %). 1 умерший новорожденный, весом больше 3000 гр., что составило 2 % от всего количества умерших детей, получивших экзогенный сурфактант "Куросурф" за 2008 год.

Распределение умерших детей по срокам гестации представлены в таблице № 3.

Таблица 2 - Количество умерших новорожденных.

Вес новорожденных	До 1000 гр.	1000гр.-1499 гр.	1500гр.-1999 гр.	2000гр.-2499 гр.	Больше 3000 гр.
Количество умерших	18	14	6	1	1

Из таблицы видно, что, умерших до 28 недель - 18 (43 %) новорожденных, от 28 недель до 30 недель гестации - 12 (29 %), от 32 недель до 35 недель гестации умерло 10 (24 %), в сроке гестации больше 37 недель - 1 умерший ребенок, что составило 2 % от всего количества умерших, получивших заместительную терапию.

Таким образом, проведенный анализ показал, что комплексная терапия с использованием экзогенного сурфактанта "Куросурф" оказалась неэффективной у 41 умершего ребенка. При этом выявлено, что, чем ниже срок гестации, тем больше количество умерших новорожденных от РДСН. Результаты проведенного анализа подтверждаются литературными данными. Так, известно, что РДСН гораздо чаще встречается у рожденных ранее 28 недель гестации (по статистическим данным до 80 %) и остается серьезной проблемой у 25 % детей, рожденных ранее 34 недель гестации [2]. Также известно, что дефицит и незрелость сурфактанта имеются у плода в гестационном сроке менее 35 недель [1, 2]. Респираторный дистресс синдром новорожденных (РДСН) - дыхательное расстройство, поражающее в первую очередь недоношенных детей, родившихся до полного биохимического созревания легких [2]. Для развития легких, необходимы синтез и секреция сурфактанта альвеоцитами II типа (специальные клетки, выстилающие изнутри альвеолы) внутриутробно. Альвеолы - это своеобразные ?мешочки?, которыми заканчивается разветвление бронхиального дерева. В альвеолах происходит газообмен между вдыхаемым воздухом и кровью. Основная функция сурфактанта - снижение сил поверхностного натяжения альвеол и повышение эластичности легочной ткани. Сурфактант предотвращает спадение и ?склеивание" альвеол в конце выдоха. Если альвеолы ?склеиваются?, они уже не участвуют в газообмене, и в организме развивается гипоксия (недостаточность О2 в тканях, в первую очередь в центральных органах жизнеобеспечения - головном мозге, почках, надпочечниках). У недоношенных детей, вследствие недостатка сурфактанта в альвеолах, легкие плохо расправляются, что приводит к ателектазу (спадению легочной ткани) и нарушению дыхания вплоть до развития тяжелых дыхательных расстройств. Недоношенные дети (особенно глубоконедоношенные) составляют первый вариант течения респираторного дистресс - синдрома (РДСН) у новорожденных. У глубоконедоношенных РДСН сопровождается высокой смертностью [3].

Продолжение анализа историй болезни умерших детей показало, что беременность и роды у матерей этих детей проходили на фоне: эклампсии в 4 случаях; оперативных родов в 6-ти, из них: в 4-х случаях по поводу отслойки нормально расположенной плаценты, 2-х по поводу

Таблица 3 - Количество умерших детей по срокам гестации

Гестационный возраст	до 28 нед.	от 28 нед. до 30 нед.	от 32 нед до 35 нед.	Больше 37 нед.
Количество умерших	18 (43 %)	12 (29 %)	10 (24 %)	1 (2 %)

двойни с ножным предлежанием обоих плодов; быстрых родов - 2; роды в тазовом предлежании с пособием по Цовьянову - 6; рождение в асфиксии тяжелой степени - 1; длительный безводный период от 36 до 72 часов - 2. Кроме того, выявлено, что течение беременности проходило на фоне диссеминированного туберкулеза в 1 случае, анемии - 3, маловодия - 3, хронической маточно - плацентарной недостаточности (ХМПН) с нарушением плацентарного кровообращения в 4-х случаях. Известно, что все вышеперечисленные особенности течения беременности и родов у женщин, вызывают гипоксию плода [4]. Гипоксия плода, как патогенетический фактор синдрома дыхательных расстройств, имеет не меньшее значение, чем гестационый возраст к моменту рождения [4, 5]. Даже плановое кесарево сечение может вызвать процесс недостаточного синтеза сурфактанта с последующим развитием РДСН [4, 5]. При нормальных родах через естественные родовые пути возникает дозированная стимуляция симпато - адреналовой системы. Расправление легких при эффективном первом вдохе способствует снижению давления в малом круге кровообращения, улучшению перфузии пневмоцитов и усилению их синтетических функций [5]. Гипоксия же может приводить к вазоконстрикции и гипоперфузии легких. Последние поддерживают инактивацию незрелого альвеолярного сурфактанта [4, 5].

Таким образом, можно предполагать, что причиной развития респираторного дистресс - синдрома у недоношенных (РДСН) в ПЦ г. Астана, являются дефицит и незрелость сурфактанта, обусловленные низким гестационным возрастом. Кроме того, гипоксия плода, вызванная патологическим течением беременности и родов у матерей, способствовала развитию смешанного варианта РДСН у умерших новорожденных. Особенностью смешанного варианта РДСН является более тяжелое течение, так как дефицит и незрелость сурфактанта, обусловленные низким гестационным возрастом, поддерживаются высокой инактивацией незрелого сурфактанта. Гипоксия плода, вызывая вазоконстрикцию, удерживает высокую легочную гипертензию. При этом ухудшается перфузия пневмоцитов и ухудшается их синтетическая функция. Кроме того, отмечается и гипоперфузия легких. Все это способствует более интенсивной инактивации как незрелого, так и экзогенного сурфактанта. Известно, что введение сурфактанта недоношенным детям значительно улучшает их состояние и выживаемость [5].

Причиной же отсутствия эффекта от заместительной терапии экзогенным сурфактантом "Куросурф" у 41 умерших новорожденных в ПЦ г. Астана является развитие у них смешанного варианта РДСН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Н. Н. Володин, М. С. Ефимов, Д. Н. Дегтярев, О. Б. Миленин "Принципы лечения новорожденных с респираторным дистресс -синдромом", Журнал Педиатрия № 1/1998 г.

2. В. В. Гармаева, Г. М. Дементьева, В. С. Сухоруков, М. И. Фролова "Недостаточность карнитина у недоношенных детей с респираторным дистресс-синдромом", Российский вестник перинатологии и педиатрии, 3, 2008 г. с. 17 - 22

3. Е. Н. Байбарина, А. М. Верещинский, К. Д. Горелик и соавторы "Принципы ведения новорожденных с респираторным дистресс -синдромом", Вопросы практической педиатрии, 2007, т. 2, № 3, с. 46 - 61

4. Meyburg J.,Schulze A., Kohlmueller D. et al. Acylcarnitine Profiles of Preterm Infants Over the First Four Weeks of Life. Pediatrics 2003; 111: 3: 477 - 482.

5. А. Р. Киртбая, Ю. Н. Воронцова, Е. М. Яковлева "Сопоставление эффективности методов респираторной терапии синдрома дыхательных расстройств у глубоконедоношенных детей", Российский вестник перинатологии и педиатрии, 4, 2008 г. с. 15 - 18.

ЭКЗОГЕНДІ СУРФАКТАНТ "КУРОСУРФТЫҢ" ӘСЕРІНІҢ БОЛМАУ СЕБЕПТЕРІ

Астана қаласының Перинаталдық орталығында 41 өлген нәрестелерге орынбасу терапиясында қолданылған экзогенді сурфактант "Куросурфтың" әсер етпеуінің себебі, шала туған нәрестелердегі респираторлы дистресс синдромының аралас түрі дамуынан болуы мүмкін.

THE REASONS OF ABSENCE OF EFFECT FROM EKSOGENEOUS SURFACTANT "KUROSURF"

The reason of absence of effect from replaceable therapy with eksogeneous surfactant "Kurosurf" at 41 died newborns in PC of Astana is the mixed variant of respiratory distress - syndrome of newborns development.

УДК 616.33-002:572.8

Б.К.Нурмаганбетова

РОЛЬ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

РГП "Больница Управления делами Президента" г. Астана

Небулайзером названо устройство, в котором жидкость преобразовывается в мелкий аэрозоль для ингаляции. Лечение больных с патологией верхних и нижних дыхательных путей на современном этапе связано с максимальным использованием ингаляционных форм лекарственных препаратов, так как возможность непосредственного и быстрого воздействия на зону воспаления в слизистых оболочках с одной стороны и то, что ингалируемое вещество практически не всасывается в кровь и не оказывает побочных действий на другие органы и системы, как это бывает при приеме таблеток или инъекциях, резко расширили сферу применения ингаляционной терапии.

Основной целью небулайзерной терапии является достижение максимального местного терапевтического эффекта в дыхательных путях при незначительных проявлениях или отсутствии побочных эффектов. Мельчайшие частицы аэрозоля увеличивают общий объем лекарственной взвеси, поверхность её контакта с пораженными участками тканей, что существенно повышает эффективность воздействия. Основными задачами ингаляционной терапии через небулайзер являются: уменьшение бронхоспазма; улучшение дренажной функции дыхательных путей; санация верхних и нижних дыхательных путей и бронхиального дерева; уменьшение отека слизистой; уменьшение активности воспалительного процесса; воздействие на местные иммунные реакции; улучшение микроциркуляции; протекция слизистой оболочки от действия аллергенов и производственных аэрозолей.

Преимуществами небулайзерной терапии являются: возможность использования высоких доз препарата; широкий маневр дозами и ритмом введения лекарственных препаратов; возможность включения в контур ИВЛ; не требует совершения форсированных дыхательных маневров; возможность использования у детей, пожилых и ослабленных больных.

В настоящее время существуют два основных вида небулайзеров: компрессорные и ультразвуковые. Главное достоинство компрессорных небулайзеров - их универсальность и относительная дешевизна, они более доступны и могут распылять практически любые предназначенные для ингаляций растворы. Ультразвуковые небулайзеры почти бесшумны. Значение их респирабельной фракции превышает 90%, а средний размер аэрозольных частиц составляет 2-3 мкм (т. е. в среднем этот показатель на 50% лучше, чем у компрессорных небулайзеров). Благодаря этому аэрозоли достигают мелких бронхов и бронхиол в более высокой концентрации, усиливая лечебный эффект. Остаточный объем не превышает 0,5 мл, что позволяет распылять лекарство с минимальными потерями.

В Казахстане небулайзерная терапия, как и во всем мире, приобретает все большую популярность. Этот эффективный способ лечения заболеваний органов дыхания применяется в отделениях интенсивной терапии, скорой помощи, терапевтических, пульмонологических, физиотерапевтических, приемных отделениях, в амбулаторной и домашней практике.

Одним из распространенных заболеваний верхних дыхательных путей является аллергический ринит. Нередко аллергическому риниту сопутствует бронхиальная астма различной степени тяжести. С терапевтической целью при аллергическом рините с помощью небулайзера возможно использование следующих групп препаратов: разжижающие назальный секрет; муколитики; М-холинолитики, способствующие снижению повышенной продукции секрета; кромоны; противовоспалительные препараты; антибактериальные средства.

В своей работе, оценивая целесообразность небулайзерной терапии с использованием противоотечных, стероидных и муколитических препаратов в сочетании с антибактериальной терапией у больных с различными формами острого ларингита В. Ф. Антонив с соавторами сделал вывод о высокой эффективности небулайзерной терапии при различных формах заболеваний гортани, в том числе при гнойных процессах с явлениями стеноза.

Значение и роль небулайзерной терапии в лечении бронхиальной астмы возрастают в зависимости от тяжести обострения заболевания и становятся исключительными при развитии тяжелых и угрожающих жизни состояний. Преимуществом лечения бронходилататорами через небулайзер является широкий маневр дозами и ритмом введения препарата под контролем клинического состояния больных (показатели пиковой скорости выдоха, насыщения артериальной крови кислородом, числа сердечных сокращений и артериального давления). Небулайзерная терапия позволяет проводить не только активную бронходилатирующую терапию, но и противо-

воспалительное лечение с использованием специальных "жидких" форм кортикостероидного гормона будесонида. Такое лечение может использоваться как в качестве постоянной противовоспалительной базисной терапии бронхиальной астмы, так и в качестве интенсивной терапии в период обострения.

Среди всех методов доставки аэрозоля в дыхательные пути роль небулайзерной терапии при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) возрастает в зависимости от степени тяжести ХОБЛ и становится исключительной при тяжелом и крайне тяжелом течении заболевания и в период обострения, проявляющегося развитием острой дыхательной недостаточности. В таких клинических ситуациях небулайзерная терапия обеспечивает наиболее эффективную доставку лекарственных препаратов, их распределение в дыхательных путях с минимальной зависимостью от степени вентиляционных нарушений. Необходимо отметить, что небулайзерная терапия использует жидкие формы препаратов, что способствует увлажнению дыхательных путей и улучшает дренаж мокроты. Метод позволяет проводить ингаляционное лечение препаратами как разжижающими (ацетилцистеин) и модифицирующими (амброксол) мокроту, значительно улучшающими дренажную функцию бронхов, так и суспензиями кортикостероидных гормонов (будесонид). Небулайзерная терапия при ХОБЛ может осуществляться как при стабильном течении заболевания, так и в период обострения, позволяя значительно усилить интенсивность лечения.

Небулайзерная терапия необходима пациентам с нарушенным клиренсом мокроты (например, при муковисцидозе или бронхоэктазах).

Небулайзерная терапия бронходилататорами и муколитиками занимает важное место во многих клинических ситуациях, сопровождающихся нарушением дренажной функции легких с развитием обструкции дыхательных путей, например при выхаживании тяжелого больного после операции. Обнадеживающие сообщения касаются перспектив ингаляционного применения инсулина у больных сахарным диабетом.

Таким образом, использование в комплексной терапии необходимых препаратов с помощью небулайзера повышает терапевтическую эффективность и экономичность лечения больных с заболеваниями верхних и нижних -дыхательных путей, что дает основание рекомендовать небулайзеры к широкому применению при лечении данной категорий больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин А.Г., Княжеская Н.П, Потапова М.О. Место небулайзеров в ингаляционной терапии хронических обструктивных заболеваний легких.// РМЖ. 2006; 14 (7): 521-4.
2. Осипов Л.В., Жулев Г.В. Эффективность ингаляционных аппаратов: заблуждения и проблемы. //Атмосфера (пульмонология и аллергология). 2002; 3: 40-1.
3. Геппе Н. А. Небулайзерная терапия при бронхиальной астме у детей //Пульмонология. 1999. С. 42-48. 3. Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика". М., 1997. 96 с. 5. Полунов М. Я. Основы ингаляционной терапии. Киев, 1962.
4. Антонив В.Ф. Роль небулайзерной терапии при острых воспалительных заболеваниях гортани. //Москва Вестник оториноларингологии, 2006; 7: 35-40.
6. Татарский А.Р., Бобоков Е.В. Роль небулайзеров в терапевтической практике. // Consilium- medicum. 2007; 9(3).

ЖОҒАРҒЫ ЖӘНЕ ТӨМЕНГІ ТЫНЫС ЖОЛДАРЫНЫҢ АУРУЛАРЫН ЕМДЕУДЕ НЕБУЛАЙЗЕРЛІК ЕМНІҢ МАҢЫЗЫ

Жоғары және төменгі тыныс жолдарын емдеуде кажетті дәрі-дәрмектерді небулайзер арқылы кешенді қолдану емдеудің әсерлігін және емдеу тиімділігін жоғарлатады, сондықтан осы категориядағы науқастарды емдеуде небулайзерлік емді кеңінен қолдану ұсынылады.

THE ROLE OF NEBULIZER THERAPY IN TREATMENT OF DISEASES OF RESPIRATORY WAYS

Using necessary medicine by the nebulizer in complex therapy of diseases of respiratory ways raises therapeutic efficiency and profitability of patient treatment that gives the grounds to recommend use nebulizer widely in treatment of these patients.

VALEO

З.А. Рахимберлина

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ "ТАНАКАН" НА СОСТОЯНИЕ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

г. Петропавловск, КГКП "Городская больница №3"

Введение: Астения - универсальная неспецифическая форма реагирования на изменения внешней и внутренней среды - является наиболее распространённым нарушением в клинике соматических заболеваний. Неуклонный рост количества больных с невротическими и соматоформными расстройствами, обусловленный психогенными и экзогенными воздействиями, в структуре которых именно астенические нарушения занимают значительное место, диктует необходимость поисков адекватных лечебных подходов к данной проблеме 1,2,3 .

Цель исследования: Определить лечебную эффективность воздействия препарата "Танакан" на состояние астенических расстройств.

Материалы и методы исследования: Обследовано 30 больных. У всех астенические нарушения развивались на фоне хронической психотравмирующей ситуации (семейные, бытовые, служебные и прочие проблемы) и выражались в виде резкой утомляемости, наступающей после физической или умственной нагрузки, вялости, слабости, часто в сочетании с чувством внутреннего напряжения, раздражительностью, эмоциональной лабильностью, затруднениями в концентрации внимания, припоминании, непереносимости громких звуков и яркого света, в ряде случаев угнетённости и тревожности. У большинства больных, особенно на отдалённых этапах черепно - мозговой травмы, отмечались головные боли сдавливающего характера, головокружения, нарушения ночного сна, гипергидроз, колебания АД, резкая истощаемость.

Препарат "Танакан" ("БОФУР ИПСЕН Интернасьональ", Франция), зарегистрированный и разрешённый к применению в Казахстане и в России в 1994 году, является стандартизованным экстрактом из листьев реликтового дерева "Гинкго Билоба, содержащим более 40 уникальных активных ингредиентов, в числе которых флавоноидные гликозиды, терпены и билобалиды, органические кислоты, обеспечивающие его оптимальную биодоступность.

В многочисленных исследованиях установлено, что танакан обладает широким спектром фармакологической активности, обеспечивающей эффективность его применения при различных видах церебральной патологии. Доказано положительное влияние препарата на нейрональный метаболизм, мозговой кровоток, реологические свойства крови, мощное нейропротективное воздействие при ишемии и гипоксии в сочетании с антиоксидантными эффектами и воздействием на функциональное состояние нейронов.

"Танакан" оптимизирует энергетический обмен в клетках головного мозга путём усиления утилизации кислорода и накопления АТФ. Усиление мозгового кровотока обеспечивается за счёт вазоактивного и спазмолитического эффектов препарата, а также уменьшения агрегации тромбоцитов и эритроцитов. Установлено также отчётливое нейропротективное действие препарата, повышающее выживаемость нейронов в условиях ишемии и гипоксии, обусловленное в том числе и антиоксидантными свойствами препарата.

Приведённые данные о фармакологических свойствах данного препарата и последующее его клиническое изучение подтвердили предположение о том, что он оказывает комплексное неспецифическое воздействие на центральную нервную систему, что и определило широкую сферу применения при сосудистой мозговой недостаточности разной степени выраженности, посттравматических поражениях головного мозга, гериатрии, наркологии.

"Танакан" был назначен в виде монотерапии в суточной дозе 240 мг (по 2 таблетки 3 раза в день во время еды) курсом 60 дней. Для оценки результатов применялась специально разработанная карта учёта психопатологической симптоматики, позволяющая оценивать динамику лечения, стандартизованная карта оценки соматического состояния, шкала общего клинического впечатления, включающая оценку тяжести заболевания, его терапевтическую динамику и индекс эффективности, а также шкала побочных и нежелательных эффектов.

Результаты и обсуждение: Первые признаки положительного воздействия "Танакана" констатированы уже на 5-7-й день терапии, они выражались в уменьшении проявлений раздражительности, тревожности, вялости, истощаемости. В дальнейшем достоверно уменьшались головные боли, проявления гиперакузии, диссомнии, тревожно - фобические и другие эмоционально - интеллектуальные и вегетативные расстройства.

Констатировано антиастенический, анксиолитический (противотревожный), мягкий стимулирующий эффекты танакана, что потверждает многопрофильный характер его нейрометаболического действия, ставит препарат в ряд оптимальных лечебных средств, применяющих для лечения астенических расстройств.

Общая эффективность 2-х месячного курса монотерапии препаратом, проявилась значительным улучшением у 78% больных, и умеренным лечением у 16%; пи

у одного из пациентов не обнаружено ухудшение нервно-психического состояния.

В ходе исследования показана не только быстрота наступления позитивных эффектов выше указанного прпарата, но и значительная их устойчивость. Он хорошо переносился больными. В единичных случаях возникали незначительные диспепсические расстройства, купировавшиеся самостоятельно в процессе курсовой терапии или при временном снижении дозы. После завершения лечения "Танаканом" не отмечалось признаков отмены или возобновления прежних симптомов заболевания, что свидетельствовало об отсутствии формирования зависимости при применении препарата.

Заключение: Полученные в исследовании данные достаточно убедительно свидетельствуют о высокой эффективности и хорошей переносимости танакана при амбулаторном лечении астенических расстройств. Приоритетные воздействия препарата па компоненты астенического синдрома, уникальное сочетание мягкого стимулирующего анксиолитического, вегетотропного эффектов, хорошая переносимость, безопасность применения танакана позволяют избежать традиционной для терапии астенических расстройств полипрагмазии и отнести танакан к наиболее перспективным средствам, рекомендуемым к широкому применению в медицинской практике.

ЛИТЕРАТУРА

1.Булаев В. М. Клиническая фармакология экстракта листьев Гинкго Билоба. Медико - фармацевтический вестник. 1996; 7-8; 33-38

2.Захаров В.В. Применение Танакана в нейрогериатрической практике. Неврolог.журн. 1997; 5:42-49

3.Аведисова А.С., Бородин В.И., Чахава В.О.Лечение больных с астеническими расстройствами препаратом Танакан. Новые лекарственные препараты; 10: 3-8

АСТЕНИЯЛЫҚ БҰЗЫЛЫС ЖАҒДАЙЫН "ТАНАКАН" ДӘРІЛІК ПРЕПАРАТЫМЕН ЕМДЕУ

Алынған мәліметтер бойынша Танаканның 90 пайызға пайдалы екені анықталды. Зерттеу жұмысы барысында ауру адамдардың 78 пайызының денсаулық жағдайы алқынудың дәрежесіне қарамастан өте жақсарғаны анықталып отыр.

TREATMENT BY A MEDICAL PRODUCT "TANAKAN" ON A CONDITION OF ASTHENIC FRUSTRATION

The certificates are received for high efficiency of "Tanakan", reached to 90%, and at patients were very considerable improvement irrespective to the reason of asthenia.

VALEO

Б.И. Козлов, А.Ю. Лущаев, Н.А. Фролов

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОКОМПЛЕКСОВ НА ОСНОВЕ ПАНТОВОГО СЫРЬЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОЦЕССОВ СТАРЕНИЯ

Алтайский государственный медицинский университет

Сохранение здоровья, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни во всех ее возрастных периодах была и продолжает оставаться одной из самых важных проблем в медицине. В настоящее время наблюдается беспрецедентное внедрение методов молекулярной биологии и генной инженерии в изучение живой природы, определивших кардинальные изменения в представлениях о природе старения, обусловливающих вмешательство в генетическую программу развития и старения человека. В тоже время реальные достижения геронтологии в профилактике процессов старения достаточно скромны. Так из лекарственных средств предложен ряд фармакологических групп антиоксидантного действия, дезагреганты, антидиабетические, экстракты тимуса и эпифиза и их синтетические аналоги. [4,6]. Считается, что влияя на различные патогенетические механизмы препараты из этих групп способны приостанавливать процессы старения. Нами проведены исследования двух биокомплексов производимых на основе продуктов

пантового оленеводства. Основанием для проведения работы были литературные данные о использовании препаратов из пантового сырья в качестве геронтопротекторов в Южной Корее, Новой Зеландии, Японии, Китае. [1,2,8,10]. Применялся биокомплекс БАД "Маранол" (свидетельство о государственной регистрации №77.99.23.3.У.7445.7.05 от 24.10.08, производитель ООО "Пантопроект", г.Бийск Алтайского края). Рецептура биокомплекса: панты алтайского марала (57 мг), пантогематоген сухой (30 мг), аскорбиновая кислота (13 мг), витамин Е (токоферола ацетат водорастворимый 95% - 1 мг), вспомогательный компонент - глюкоза (до 200 мг). Химический состав пантов марала представлен минеральными (Mg, Cu, Fe, Co, Ni, Li, K, Ca, J), аминокислотными (гуанин, урацил, гипоксантин и др.), липидными, углеводными, стероидными компонентами содержащих биологически активные вещества. Органическая часть пантов в основном представлена белком и в среднем составляет 50,0%. Липидная часть содержит свыше 25 веществ различной химической природы, объединяющихся в четыре группы: фосфолипиды (лецитин, кефалин, лизофосфатиды и др.) - 24,2%, нейтральные жиры (триглицериды жирных кислот предельного и непредельного ряда) - 12,8%, жирные кислоты (ненасыщенные и насыщенные) - 25,5%. Кроме того в составе выявлены нуклеиновые кислоты 590,3±11,2 мг/г, стерины (дегидроэпиандростерон, тестостерон, эстрадиол, инсулиноподобные факторы роста и др.) [3,7].

Пантогематоген сухой содержит преимущественно аминокисислоты (аспарагиновая, треонин, серин, глютаминовая, глицин, аланин, цистин, валин, метионин, изолейцин, лейцин, тирозин, фенилаланин, лизин, гистидин, аргинин, пролин). Общее количество составляет 412,8±13,6 мг/г.

Микроэлементный комплекс представлен Fe, Zn, Cu и др. Аскорбиновая кислота, токоферола ацетат относятся к низкомолекулярным водо- и жирорастворимым соединениям антиоксидантного действия [3]. Вспомогательный компонент глюкоза являясь легкоусвояемым углеводом, усиливает энергетический обмен в тканях [2]. Также использовался биокомплекс БАД "Гемахол" (свидетельство о государственной регистрации №77.99.23.3.У.5325.6.06 от 10.03.06, производитель ООО "Пантопроект", г.Бийск Алтайского края). Рецептура биокомплекса: пантогематоген сухой (50 мг), никотиновая кислота (8 мг), вспомогательный компонент глюкоза (до 200 мг). Общее количество нуклеиновых кислот в биокомплексе составляет 513,4±1,7 мг/г. Никотиновая кислота является водорастворимым антиоксидантом.

Биологически активные вещества входящие в состав биокомплексов определяют поливалентное действие участвуя в регуляции тканевого дыхания, углеводного и жирового обменов, стимуляции иммунитета, регенеративных процессов, оказывают вазодилатирующее действие, антиоксидантный и антистрессорный эффект, что и обусловило применение данных препаратов как средств в профилактике процессов старения.

Целью настоящего клинического исследования было изучение возможности комплексного влияния на патогенетические механизмы старения у больных пожилого возраста с сочетанной патологией (ИБС, ХОБЛ) биокомплексами "Маранол", "Гемахол" в амбулаторных условиях.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 82 пациента (45 мужчин, 37 женщин) от 59 до 70 лет (средний возраст 63,4?2,1 года). Основную группу (I) составили 29 больных ИБС с нарушениями липидного обмена и ХОБЛ находящихся на амбулаторном лечении. Пациенты данной группы совместно с базисной терапией, включавшей режим, диету (стол №10), антиангинальные, бронхолитические, муколитические средства получали биокомплекс "Маранол" по 2 капсулы 2 раза в день во время еды (общая доза 0,40 г). Основная группа (II) была представлена 27 больными с аналогичной сочетанной патологией и получавшей дополнительно к базисной терапии биокомплекс "Гемахол" по 1 капсуле 3 раза в день во время еды (общая доза 0,60 г).

Клинический осмотр осуществлялся в 1,15,45,60 дни наблюдения. Лабораторное обследование проводили в 1 день и через 60 дней от начала лечения. Группу сравнения составили 26 человек, получавших базисную терапию без приема биокомплексов. Группы по основным клиническим признакам (диагноз основного и сопутствующих заболеваний, возраст, пол, клинико-функциональные и лабораторные показатели в начале исследования были сопоставимы, при этом был использован метод стандартизации по Оглю. Специальный отбор не проводился, представленная у большинства патология была отражением состояния её в повседневной практической деятельности врача. По профилю патологии и клинической характеристике наблюдаемый контингент больных позволял решать поставленные задачи. Клинический материал обработан методом математической статистики в среде электронных таблиц на базе пакетов программ для персонального компьютера "Excel 2000", "Statistica Windows 5.0" [5]. Применялись следующие методы исследования: общеклиническое обследование больных, оценка биохимических лабораторных показателей (общий билирубин, ?- липопротеиды, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), холестерин (Х), сахар крови), показателей гемостаза (активированное тромбопластиновое время, протромбиновое время, тромбиновое время, растворимые фибринмономерные комплексы, XII - а - зависимый эуглобиновый лизис, антитромбин III, фибриноген, агрегация тромбоцитов на стекле), оксидантно- антиоксидантный статус по

показателям крови (общая оксидантная активность, тиобарбитуратреактивные продукты, общая антиоксидантная активность, супероксиддисмутаза, каталаза, глютатионпероксидаза), иммунологические исследования (Т и В лимфоциты, Т- супрессоры, Т-хелперы, лимфоциты общие, циркулирующие иммунокомплексы (ЦИК), уровень иммуноглобулинов А, G, М). Анкетирование с оценкой показателей качества жизни (опросник SF-36). Критериями качества жизни по опроснику SF-36 являются: ФА - физическая активность, РФ - роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, Б - боль, ОЗ - общее восприятие здоровья, ЖС - жизнеспособность, СА - социальная активность, РЭ - роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, ПЗ - психическое здоровье, СС - сравнение самочувствия с предыдущим годом. Оценка производилась по 100-бальной шкале [9]. Использовалась субъективная шкала оценки астеновегетативного синдрома (опросник MFI-20), модифицированная карта методики САН (самочувствие, активность, настроение).

Результаты и обсуждение: Характеризуя клиническую эффективность применения биокомплексов, следует отметить, что на 15 день наблюдения отмечены ряд статистически значимых различий в основных группах. Они выразились в росте числа адаптивных реакций и психоэмоционального тонуса. Так выявлено, что чувство разбитости и обессиленности сократилось по отношению к первому дню наблюдения соответственно по группам в 1,6 и 1,5 раза ($p<0,05$). Частота встречаемости пессимистичного настроенных пациентов сократилось в 2,3 и 2,1 раза ($p<0,05$). Данные различия сохранялись и к 45 дню наблюдения. Кроме того в эти сроки наблюдались статистически значимые различия в частоте встречаемости пациентов из I и II групп по оценке таких показателей, как "чувствую себя сильным" (2 и 2,2 раза, $p<0,05$), "активность" (1,8 и 1,7 раза, $p<0,01$), "подвижность" (2,2 и 1,9 раза, $p<0,01$), "хорошее настроение" (1,7 и 1,6 раза, $p<0,05$), "работоспособность" (2,3 и 2,0 раза, $p<0,05$), "пессимистичность" (1,8 и 1,9 раза, $p<0,05$). Частота встречаемости больных отмечающих улучшение самочувствия и отметивших на аналого-визуальной шкале по целостной субъективной оценке своего состояния в I группе составила 81,7 балла (увеличение в 1,6 раза в сравнении с началом наблюдения, $p<0,05$), во II группе 73,2 балла (увеличение в 1,4 раза, $p<0,05$), в группе сравнения- 43,4 балла, $p>0,05$. Данные различия сохранялись и к 60 дню наблюдения. В то же время в I и II группе отмечен рост иппохондрии и негативизма (соответственно в 1,2 и 1,4 раза, $p>0,05$). Улучшение интеллектуальных способностей (память, воспроизводимость) отметили 92,6% больных I группы, (рост 2,7 раза, $p<0,01$) и 50,2% пациентов (рост в 1,6 раза, $p<0,05$) во II группе. В группе сравнения за период наблюдения статистически значимых изменения не выявлено. Таким образом, следует отметить, что одним из ранних фармакологических эффектов применения биокомплексов было повышение тонизирующего влияния на центральную нервную систему, что выразилось в повышении толерантности к физической нагрузке, улучшении интеллектуальных способностей. Рост ипохондрии и негативизма вероятно были связаны с неоправданно высокими ожиданиями от результатов лечения. Выявленные нежелательные явления: сонливость у ряда пациентов во второй половине дня (I группа - 1 чел. (2,9%), II группа - 2 чел. (5,4%), нарушение ночного сна (I группа - 2 чел. (5,8%), II группа - 2 чел. (5,4%). По видимому степень влияния данных биокомплексов зависит не от дозировки и возраста, а в большей степени от типа личности человека и его функционального состояния в данный временной промежуток.

Лабораторные исследования проведенные к завершению срока наблюдения показали, что в I группе разница показателей при определении ЛПНП составили 0,7 ммоль/л, $p<0,05$. По этим значениям, а также по уровню β-липопротеидов (разница 0,8 г/л, $p<0,05$) имелись статистически значимые различия по отношению к группе сравнения. Аналогичные результаты получены во II группе (ЛПНП, Х - снижение на 0,8 ммоль/л, $p<0,05$), уровень β -липопротеидов остался без изменений. Статистически значимых различий между основной (I) группой и основной (II) не выявлено. По оценке показателей гемостаза в I группе были различия по оценке активированного тромбопластинового времени (6,1 сек, $p<0,05$), количеству фибринмономерных комплексов (0,6 мг/мл, $p<0,05$), агрегации тромбоцитов на стекле (4,1 сек, $p<0,05$). Во II группе статистически значимые различия также выявлены по этим значениям (соответственно - 6,3 сек, $p<0,05$, 0,7 мг/мл, $p<0,05$, 3,8 сек, $p<0,05$). По данным показателям имелись статистически значимые различия между I и II группой и группой сравнения, при отсутствии различий между I и II группой. Сравнительная оценка оксидантно-антиоксидантного статуса показала, что в I группе наблюдался рост общей антиоксидантной активности в плазме крови (101%, $p<0,05$) и эритроцитах (16,9%, $p<0,05$), количество барбитуратреактивных продуктов сократилось на 2,3 мкм/л, $p<0,05$. По этим показателям имелись статистически значимые различия относительно группы сравнения. Во II группе изменений не произошло как в самой группе, так и по отношению к сравнительной группе. Динамика показателей иммунной системы выявила в I группе статистически достоверный рост общего числа лимфоцитов, ?-лимфоцитов, Т-супрессоров, JgA, уменьшение числа ЦИК. Во II группе наблюдалось возрастание количества общих лимфоцитов, β-лимфоцитов, Т-хелперов, рост иммунорегуляторного индекса. По этим значениям как в I, так и во II группе имелись статистически значимые

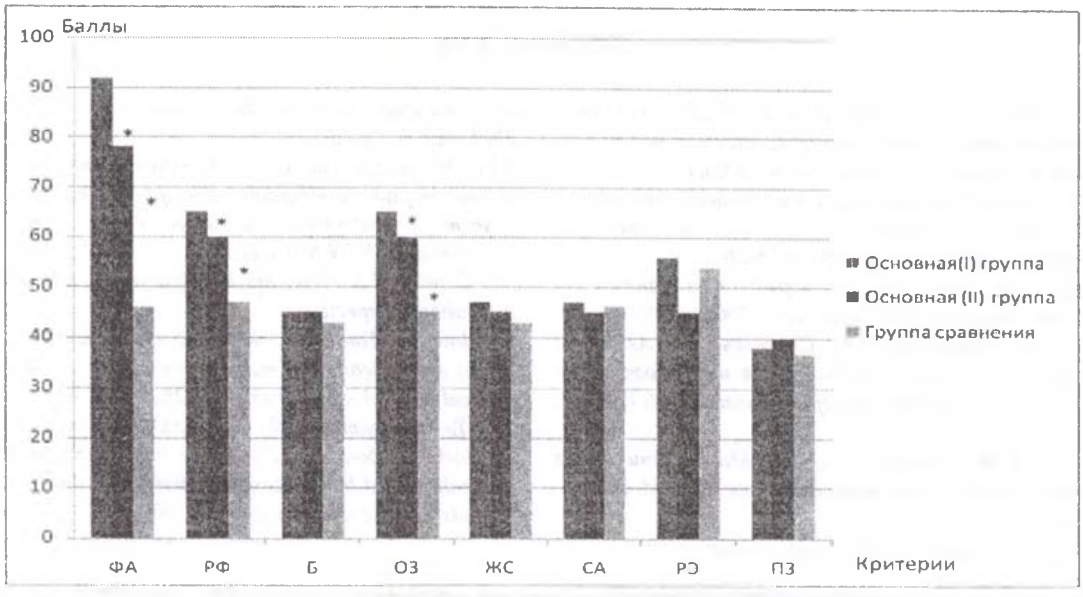


Рис. 1. Сравнительная оценка изучаемых критериев в анализируемых группах

различия по отношению к группе сравнения. Между I и II группой имелись статистически достоверные различия по показателям: иммунорегуляторный индекс, ЦИК, JgA. Проведенные лабораторные исследования свидетельствуют, что в группе больных находящихся только на базисной терапии изменений в исследуемых показателях в течение времени наблюдения не произошло.

Таким образом, несмотря на то, что в течение времени наблюдения не удалось достичь оптимальных уровней липидов и липопротеидов (Х<5,0 ммоль/л, ЛПВП>1 ммоль/л), факты достоверного снижения Х и ЛПНП позволяют считать, что биокомплексы активно воздействуют на модифицируемые факторы развития и прогрессирования процессов атеросклероза, что обосновывает проведение повторных курсов терапии с более длительным по времени наблюдением с оценкой результатов не только в ближайшие, но и отдаленные сроки. Биокомплексы обладают мягким дезагрегатным действием, улучшают реологию крови и микроциркуляцию в тканях. Биокомплекс "Маранол" является ингибитором реакций свободно-радикального окисления. На основании иммунологического исследования во всех анализируемых группах выявлена вторичная иммунная недостаточность, затрагивающая как клеточный, так и гуморальный иммунитет. После проведенного лечения в группе больных принимавших биокомплекс "Маранол" выявлено иммунотропное действие при котором уровень нормально функционирующих звеньев иммунной системы не менялся или наблюдались колебания в нормальных пределах, дефектно же функционирующие звенья возвращались к нормальному уровню функционирования. Выявлено, что биокомплекс " Гемахол" обладает аналогичным действием, но его эффективность по влиянию на показатели иммунитета ниже, а антиоксидантный эффект не выражен.

Изменение качества жизни больных получавших биокомплексы, отображено на рис.1

После проведенного лечения в группах пациентов пожилого возраста с сочетанной патологией получавших дополнительно к базисной терапии биокомплексы при субъективной оценке своего состояния объединяющей физические, психические, эмоциональные и социальные характеристики установлена более высокая эффективность в группах с применением биокомплексов по таким параметрам как физическая активность и общее восприятие здоровья.

Выводы: Рассматривая данные биокомплексы с точки зрения геронтопротекторов следует считать, что оба биокомплекса обладают данным действием, но в большей степени выявлена способность влиять на процессы старения у биокомплекса "Маранол", что обусловлено выявленным тонизирующим, антиоксидантным, дезагрегационным, иммунот-ропным, гипохолестериновым эффектами действия. Отсутствие побочных явлений от применения препаратов, широкий спектр фармакотерапевтических эффектов соответствует принципам современной геронтофармокологии, что позволяет использовать данные биокомплексы для профилактики процессов старения.

ЛИТЕРАТУРА

1.Александров В.В., Кудрявский С.И. Лечебно-профилактическое использование продуктов пантового оленеводства. Барнаул.: Изд-во АзБука, 2003, с.12.

2.Козлов Б.И. Целебные силы пантов и активное долголетие. Барнаул.: Изд-во Алтайского государственного медицинского университета, 2009. с.18-26.

3.Луницын В.Г., Фролов Н.А. Продукция пантового оленеводства. Барнаул.: Изд-во АзБука, 2006. с. 14-19.

4.Обухова Л.К., Измайлова Д.М., Соловьева А.С. Академик Н.М. Эммануэль о природе старения и возможности продления жизни //Клиническая геронтология. 2006.Т.12 №3. С. 3-11.

5.Сергиенко В.И., Бондаревич И.Б. Математическая статистика в клинических исследованиях // М.: Медицина, 2000. - 256с.

6.Ярилин А.А. Возможности и перспективы увеличения продолжительности жизни // Клиническая геронтология. 2005. №7. С. 72-73.

7.Li Chunyi, Liu Zhongan Изменения уровней содержания тестостерона и эстрадиола в крови в течение роста и развития рогов пятнистого оленя // Реферативный журнал 04. Биология. 1999.№6. с.110.

8.O`Connar M.J. Velvet Market Update: A New Zealanol und Australian-Perspective

9.Tarlow A.P., Ware J.E., Greenfield S. et al. The Medical Outcome Study: Anapplication of methods for monitoriny the results of medical care // J.A.M.A. 1989. Vol. 262.P.925-930.

10.Z.Yu Development of the Chinese Deer Farming Jndustry and the Market for Deer Velvet // Advances in Antler Sciene and Produkt Technology. 2nd Jnternational Symposium on Antler Science and Produkt Technology.- Nev Zealang, 2004.

ҚАРТАЮ ПРОЦЕСІНІҢ АЛДЫН АЛУ КЕЗІНДЕ МАРАЛ МҮЙІЗІ НЕГІЗІНДЕГІ БИОҚОСПАЛАРДЫ ҚОЛДАНУ

Бұл мақалада егде жастағы қосымша сырқаты бар наукастарға (жүректің ишемиялық ауруы, өкпенің созылмалы обструктивті ауруы) қартаю процесінің алдын алуда марал мүйізі негізіндегі биокоспаларды қолдану арқылы клиникалық зерттеу жүргізудің нәтижесі келтірілген.

USING BIOKOMPLEXES ON ANTLERS OF RAW MATERIALS IN THE PREVENTION OF AGING PROCESSES

The article presents the results of clinical studies biocomplexes based antlers of raw materials as a means of preventing the aging process in elderly patients with associated pathology (ischemic heart disease, chronic obstructive pulmonary disease).

Садыкова Д.З.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЯ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ОСНОВЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

Главный военный госпиталь Министерства обороны РК

Одной из приоритетных задач кардиологии является определение прогностических маркеров течения коронарной болезни сердца (КБС) с целью разработки мер вторичной профилактики сосудистых "катастроф". При этом рассматриваются традиционные факторы риска: сниженная фракция левого желудочка, повышенный уровень С - реактивного протеина (CRP), тропонина Т, фибриногена, вирусно - бактериальной инфекции и т.д. Наибольшая прогностическая значимость приписывается CRP.

Цель исследования - изучение уровня CRP, титра антихламидийных антител для выявления прогностических маркеров течения коронарной болезни сердца.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 143 больных, поступивших в кардиологическое отделение: 59 больных с острым инфарктом миокарда, 40 - с нестабильной стенокардией (III класс по Braunwald), 44 - стабильной стенокардией (III ФК). Все пациенты наблюдались в течение 1 года, в

период которого фиксировались новые случаи обострения КБС: нестабильность коронарного кровообращения, инфаркт миокарда (реинфаркт), кардиальная смерть. Образцы крови брали в день поступления и в день выписки из стационара, в последующем через каждые 3 месяца. Уровень CRP исследовали методом иммунологической агглютинации, диагностически значимым считался уровень его 3 mg/dl. Определение видоспецифических антител методом ИФА проводилось с использованием тест - систем российской фирмы "Вектор - Бест" на аппарате "Antos 2020". Диагностически значимыми титрами для Ig G к Chlamydophila pneumoniae считались - 1/20 и выше.

Результаты и их обсуждение. По нашим данным динамика частоты повышенного уровня CRP в периоды обострения и стабилизации заболевания (на 3 мес) была следующей: в группе с инфарктом миокарда снижение с 64,4% до 35,8% (отзыв 90%), в группе с нестабильной стенокардией - с 40% до 35,3% (отзыв 85%). А вот в группе со стабильной стенокардией наблюдается повышение частоты повышенных уровней CRP с 29,5% до 53% (отзыв 86,4%), однако это не влияло по данным регрессионного анализа на развитие коронарных событий в группе. Проведенный в ходе исследования множественный регрессионный анализ влияния CRP, определенного в периоды обострения и стабилизации заболевания, на прогноз течения КБС подтвердил достоверно значимое влияние данного протеина на отдаленный прогноз (1 год) при его определении в период стабилизации течения заболевания (в нашем случае на 3 мес наблюдения) в группах с острой КБС (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда). Так, при сохранении высокого уровня CRP на 3 мес наблюдения частота коронарных событий за год возрастает в несколько раз. Сравним: 68,4% и 14,7% в группе с инфарктом миокарда; 58,3% и 18% в группе с нестабильной стенокардией. Риск развития коронарных событий в группе с инфарктом миокарда при уровне CRP более 3 mg/dl составил 5 ($p<0,001$), в группе с нестабильной стенокардией 3,2 ($p<0,05$). У пациентов с клиническими симптомами КБС повышение концентрации CRP было предиктором риска сосудистых осложнений ($p<0.033$).

Также в нашем исследовании достоверно значимым по данным множественного регрессионного анализа оказалось влияние серопозитивности к Chlamydophila pneumoniae на ближайший прогноз течения инфаркта миокарда. Относительный риск (OR) неблагоприятного ближайшего прогноза течения инфаркта миокарда при исходной серопозитивности к Chlamydophila pneumoniae составил 1,3 ($p<0.05$) (учитывалось развитие нестабильной стенокардии, реинфаркта миокарда, кардиальной смерти). Так, сравним частоту летального исхода в первые 8 нед в хламидия - позитивной и хламидия - негативной подгруппах инфаркта миокарда: 13% (4 из 30) и 7% (2 из 29) соответственно; частота реинфарктов также была выше в хламидия - позитивной подгруппе: 17% (5 из 30) и 7% (2 из 29) соответственно. Случаев с развитием постинфарктной стенокардии не было.

На 3 месяц наблюдения, т.е. в период стабилизации заболевания, в серопозитивных подгруппах острых форм КБС наблюдается снижение частоты определения антихламидийных антител: в группе с инфарктом миокарда на 55% (отзыв 73,3%), в группе с нестабильной стенокардией на 25% (отзыв 80%). Сохранившиеся же антитела оставались на исходном уровне. При сохранении серопозитивности частота коронарных событий оказалась выше: в группе с инфарктом миокарда при сохранении позитива 70%, при исчезновении антител 58%; в группе с нестабильной стенокардией 50% и 25% соответственно. Однако дисперсионный анализ не выявил достоверного влияния данного фактора на развитие коронарных событий.

Выводы. С - реактивный протеин и Chlamydophila pneumoniae имеют прогностическое значение для острых форм КБС: С - реактивный протеин является долгосрочным предиктором неблагоприятных коронарных событий при нестабильной стенокардии и инфаркте миокарда, а Chlamydophila pneumoniae определяет краткосрочный прогноз течения инфаркта миокарда.

ЖҮРЕКТІҢ КОРОНАРЛЫҚ АУРУЫНЫҢ ӨРШУІН ЕРЕКШЕ МАРКЕРЛЕРДІ АНЫҚТАУ НЕГІЗІНДЕГІ ЕКІНШІЛІКТІ ПРОФИЛАКТИКАСЫ

Жүрек коронарлық ауруының ағымын маркермен болжау арқылы анықтау үшін коронарлы патологиясы бар 143 науқастың антихламидиялы антидене титрі, С реактивті ақуыз деңгейі зерттелген. С - реактивті ақуыз және Chlamydophila pneumoniae жүрек коронарлық ауруының жедел формалары үшін маңызды: С - реактивті протеин стенокардия және миокард инфарктының тұрақсыз кезінде қолайсыз коронарлық оқиғалардың ұзақ мерзімді предикторы болып табылады, ал Chlamydophila pneumoniae миокард инфарктының ағымын қысқа мерзімде болжауын анықтайды.

SECONDARY PROFYLAXIS OF AGGRAVATION OF CORONARY ARTERY DISEASE ON THE BASIS OF SPECIFIC MARKER'S DETERMINATION

The levels of C-reactive protein and title of antichlamydophilic antibodies at 143 patients with coronary artery disease for revealing of predict markers of coronary artery disease's course are studied. C-reactive protein and Chlamydophila pneumoniae have predict meaning for acute forms of coronary artery disease: C-reactive protein is a long - duration predictor of unfavourableevents at unstable angina and myocardial infarction, and short-term predict of myocardial infarction's course.

УДК 616.11; 616.12

Серманизова Г.К., Нигай Н.Г.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД ИХ ПРИ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

АО "Национальный научный центр материнства и детства".
АО "Национальный медицинский холдинг". Астана.

Приобретенные пороки сердца (ППС) до недавнего времени составляли основной контингент (75-90%) среди беременных [1]. Благодаря успехам профилактической медицины отмечается тенденция к снижению числа беременных с ППС и увеличение оперированных пациентов детородного возраста [2]. Для беременных с пороками сердца эффективно использование определения степени риска по схеме, предложенной профессором Ваниной Л.В.(1971), где беременность допустима при первой и второй степенях и противопоказана при третьей и четвертой [3]. В отсутствии сердечной недостаточности ППС не представляют значительного риска для беременности. При стабильном течении беременности с ППС зарубежные авторы дают предпочтение родоразрешению через естественные родовые пути или эпидуральной анестезии [4].

Материнская летальность зависит от тяжести заболевания. Клинический опыт показывает, что у пациентов с сердечной недостаточностью первого или второго функционального класса по Нью-Йоркской классификации процент смертности не превышает 2, третья и четвертая степени дают 16% уровень гибели пациенток [5].

Цель исследования: оценка течения беременности и перинатальных исходов у женщин с приобретенными пороками сердца по материалам специализированной клиники.

Материалы и методы исследования: В национальном научном центре материнства и детства наблюдалось 27 беременных с ППС в возрасте от 20 до 48 лет, находящихся на втором и третьем триместрах беременности. Из них 86,2% составили женщины с некорригированными ППС, 14,8% - корригированные ППС. У 18 женщин беременность протекала на фоне комбинированного порока, у 5 - на фоне сочетанного, у 4-х после коррекции порока.Для определения степени оценки внутрисердечной кардиогемодинамики проводился неинвазивный метод диагностики - эхокардиодопплерография.

Результаты: Несмотря на имеющуюся тенденцию к снижению заболеваемости ревматизмом, эта причина доминирует, вызывая поражение клапанного аппарата сердца [2]. В нашем случае все беременные имели ревматическую природу органического поражения клапанного аппарата сердца. Функциональное состояние сердечно - сосудистой системы в исследуемой группе оценивалось согласно рекомендациям Европейской Ассоциацией Кардиологов по ведению беременных клапанными пороками сердца [6].

По данным различных авторов, в группе ППС превалирует митральный стеноз, достигая 81% [5,9,10]. По данным нашего наблюдения 44% составили комбинированные и сочетанные ППС с преобладанием стеноза митрального клапана. По данным Затикян, сочетанная форма ППС с преобладанием недостаточности митрального клапана - вторая по частоте нозологическая форма ППС [2]. В нашем исследовании данный порок составил 22,2%. Недостаточность аортального клапана в сочетании с другими пороками составляет 10,3 %. Стеноз аорты в сочетании с аортальной недостаточностью, встречается довольно часто и составляет 22,5%[7]. В исследуемой группе недостаточность аортального клапана составила 7,4%, а форма сочетанного и комбинированного порока с преобладанием стеноза аорты - 11,1%.

Среди обследованных беременных с ППС значительно чаще отмечалось осложненное течение беременности и родов, хотя риск по Ваниной оценивался первой и второй степенью. Хорошо известно, что наиболее частым пособием при этом является Кесарево сечение. Наши данные подтверждают данное обстоятельство. Так, оперативное родоразрешение путем Кесарево сечения было проведено в 78% случаев, амниотомия - в 5,4%, эпизио- и перинеотомия - в 4,4%.

Гиперволемия малого круга кровообращения осложняет течение беременности [1]. По нашим наблюдениям легочная гипертензия (ЛГ) и ее нарастание в третьем триместре на 5-10 мм.рт.ст. способствовала преждевременной индукции родов в 40,7% случаев и рождению втрое чаще недоношенных детей. Отмечено, что дети с массой тела ниже 2500г дают очень высокий процент смертности (Demir I et al.,2002) [8] и мертворождение (Nercolini D.C. et al, 2002) [9]. Общий процент перинатальной смертности равен 36%. (Ben Aissia N et al., 2003) [10].

Гиповолемия большого круга кровообращения приводит к нарушению маточно - плодово - плацентарного кровообращения. По данным Кореневской И.А. и соавт. (1987), отмечается внутриутробная гипоксия плода [11]. В нашем наблюдении задержка

внутриутробного развития и хроническая гипоксия плода привели к рождению 4 детей с врожденными пороками развития: 3-х с ВПС, в том числе 1 ВПС сложного типа: частичный аномальный дренаж легочных вен + вторичный ДМПП, высокая ЛГ. Один новорожденный с врожденным пороком развития мочеполовой и центральной нервной системой, 6 - с перфорирующими фетальными коммуникациями.

По данным мировой литературы, гестационный процесс у больных, перенесших протезирование клапанов сердца, представляет риск для матери и плода, обусловленный прогрессированием сердечной недостаточности, реактивацией ревматического процесса, необходимостью использования антикоагулянтов, повышенной опасностью развития тромботических и септических осложнений [2]. Самопроизвольные аборты, мертворождение, перинатальная смертность достигает 27,9% [12]. Мертворождение и ранняя детская смертность обусловлены геморрагическими осложнениями из-за приема антикоагулянтов. Масса тела новорожденных в 7% не превышает 2000 г. [5]. Под наблюдением с протезированными клапанами сердца находились 4 женщины, у 3 из которых родоразрешение в доношенном сроке производилось путем Кесарево сечения. У 3 родились живые дети, маловесные по сроку гестации. Особое внимание заслуживала первобеременная старшего возраста. У беременной с диагнозом: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Состояние после неполной коррекции порока. Протезирование митрального клапана, аннулопластика трикуспидального клапана. Умеренная недостаточность аортального клапана. Умеренная легочная гипертензия. Сниженная систолическая функция левого желудочка (ФВ 45%). Диастолическая дисфункция левого желудочка по типу замедленной релаксации, беременность протекала на фоне хронической фето - плацентарной недостаточности с нарушением маточно - плодово - плацентарного кровотока. В 32 недели гестационного срока произошла антенатальная гибель плода.

Интересен факт, что среди беременных с ППС превалировало рождение детей женского пола.

Выводы: Наличие у женщин приобретенного порока сердца осложняет течение и перинатальный исход. Наблюдается патология плода и новорожденного. Возрастные критерии исследуемых женщин колебались от 30-40 лет, причём среди них превалировали первородящие. Несмотря на наличие осложнений у пациенток с ППС, ни у одной из них не было летального исхода.

ЛИТЕРАТУРА:

1.Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Москва " Триада-Х" 2008.

2.Е.П. Затикян. Врожденные и приобретенные пороки сердца. (Функциональная и ультразвуковая диагностика). - М: Триада-Х, 2004. - 304с.

3.Ванина Л.В. Беременность и роды при пороках сердца. - М.: Медицина, 1971.

4.Essop MR, Sareli P. Rheumatic valvular disease and pregnancy. In Elkayam U, Gleicher N: Cardiac problems in Pregnancy. 3rd ed. New York, Wiley- Liss,1998,pp 55-60.

5.Елисеев О.М.,1994. сердечно-сосудистые заболевания у беременных. - М.: медицина, 1994г.

6.The task forse on management of cardiovascular disease during pregnancy of the Europan Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2003; 24: 761-768.

7.Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия. - М: Медицина, 1989.

8.Demir I, Yilmaz H, Basarici I, Altekin E, Zorlu G Prognostic factors of mitral stenosis during pregnansy // Anadolu Kardiyol Derg., 2002;m.2(3):p.213.

9.Nercolini DC, da Rocha Loures Bueno R, Eduardo Guerios E, Tarastchuk JC, Pacheco AL, Pia de Andrade PM, Pereira da Cunha CL, Germiniani H. Percutaneous mitral balloon valvulolasty in pregnant women winh mitral stenosis. Catheter Cardiovasc Interv.2002 Nov;57(3):318.

10.Ben Aissia N, Essid I, Gara Med Faouzi. Characteristics of pregnancy and delivery in women with rheumatic heart valve disease // Tunis Med.2003;81,p.334.; Blatla N. et al., 2003. Blatla N., Lal S., Behera G., Kriplani A., Mittal S., Agarwal N., Talwar K.K. Cardiac disease in pregnancy //Int.J.Gynecol.Obstetr.,2003, v.82,p.153

11.Кореневская И.А., Белицкая С.Г., Паландашвили А.Б. Состояние центральной гемодинамики при позднем токсикозе беременных с пороками сердца // Вопросы охраны материнства и детства, 1987- №3.С.48.

12.Смирнова Л.В. Беременность и роды после протезирования
Клапанов сердца. Дисс. д.м.н., М., 1994.

ЖҮРЕКТІҢ ЖҮРЕ ПАЙДА БОЛҒАН АҚАУЛАРЫ КЕЗІНДЕГІ ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ ПЕРИНАТАЛЬДЫҚ ЖАҒДАЙ НӘТИЖЕСІ

Жүктіліктің физиологиялық ағымы жүректің гемодинамикалық өзгерістеріне әкеледі. Гемодинамикалық өзгерістер жүрек қан тамыры жүйесінің аурулары бар жүкті әйелдер үшін өте қауіпті болуы мүмкін. Сондықтан жүректің жүре пайда болған ақаулары бар репродуктивтік кезеңдегі және жүкті әйелдерді емдеу үшін өз уақытында диагноз қою да өте маңызды. Әсіресе жоғарғы қатер факторымен болған жүктілік ана мен бала үшін қауіпті болып табылады.

PREGNANCY AND PERINATAL OUTCOMES IN WOMEN WITH VALVULAR HEART DISEASE

Some physiological and hemodynamic changes occur during pregnancy. Women with valvular heart disease may be adversely affected from pregnancy. For this reason accurate diagnosis and treatment of valvular heart disease in childbearing age and pregnancy is of importance. Particularly in high risk pregnancies there is maternal and fetal mortality/ morbidity risk. This chapter focuses on valvular heart disease during pregnancy.

VALEO

Сапиева С.Е.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ

ГККП " Городская поликлиника №8" г.Астана.

Учитывая, распространенность эндокринной патологии среди населения, в повседневной практике врач-кардиолог сталкивается с необходимостью правильной постановки либо исключения диагноза, как острых состоянии в кардиологии, так и при исследовании больных с заболеваниями эндокринных желёз. Среди различных инструментальных методов исследования наиболее старым методом, не потерявшим своей актуальности в настоящее время, является метод электрокардиографии (ЭКГ). Так как при эндокринной патологии поражается сердечно сосудистая система больные, направляются терапевтом к врачу кардиологу, проходят минимум обследования, который включает в себя и ЭКГ.

Целью данного исследования явилось изучение особенностей сердечно сосудистой патологии у больных , страдающих эндокринной патологией, наличия характерных изменений на ЭКГ.

Мною проведен анализ 50 амбулаторных карт больных наиболее часто встречающейся эндокринной патологией с результатом ЭКГ, Холтеровского мониторирования ЭКГ, мониторирования артериального давления (СМАД), холестерина крови.Ожирение (23чел). Помимо опосредованного негативного эффекта на сердечную функцию, связанного с ассоциированными заболеваниями, ожирение непосредственно приводит к нарушению сердечной деятельности. Все пациенты с ожирением имели ИМТ >35 кг/м, при анализе мониторинга АД отмечено тенденция к повышению уровней систолического и диастолического давления у 21 (95 %) обследуемых , Уровень общего холестерина был повышен у 18 пациентов (80%). При анализе ЭКГ выявлены следующие изменения : электрическая ось сердца (ЭОС)-горизонтальная (9чел) ,отклонение влево (8чел), снижение вольтажа зубцов ЭКГ (15чел) ,снижение вольтажа зубца Т (12чел),удлинение интервала QT(6чел) ,гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) (18чел), нарушение ритма сердца (11 чел) , в том числе экстросистолия (3чел) , брадикардия (1чел), тахикардия (7чел) нарушение проводимости (5чел).

Гипотиреоз (17чел). В связи со снижением уровня гормонов щитовидной железы и, как следствие основного обмена основного обмена , развивается дистрофия сердечной мышцы , что сопровождается снижением вольтажа комплекса QRS (12) , уплощение зубца Т (13чел), вплоть до инверсии (5чел). Нередко удлиняется интервалы PQ и QT (9чел), у 12человек отмечалась синусовая брадикардия у лиц старше 50 лет (6чел) отмечалась ГЛЖ ,имелись признаки ИБС. На фоне компенсации функции щитовидной железы при отсутствии сопутствующей патологии сердца вышеуказанные изменения нивелировались в 66% случаев.

Тиреотоксикоз (10чел). Гипертиреоз сопровождается повышением уровня тиреоидных гормонов, катехоламинов , основного обмена , что приводит к различным нарушениям со стороны сердечно - сосудистой системы. Развивается гипертрофия и дистрофия сердечной мышцы. На стадии гипертрофии наблюдается отклонение ЭОС влево (7чел), увеличение амплитуды зубца R (8 чел), в отведениях от левого желудочка , тахикардия (6чел). При дистрофии миокарда амплитуда зубцов R и Т, наблюдается тахикардия с систолической перегрузкой (3чел), экстросистолия (5чел),пароксизмы мерцательной аритмии (3чел) и другие нарушения ритма и проводимости (2чел),что подтверждено при Холтеровском мониторировании.

Выводы:

1. При обследовании пациентов с эндокринной патологией необходимо применение современных методов обследования для раннего выявления патологии сердечно- сосудистой системы .

2. Ожирение значительно утяжеляет течение сердечно - сосудистой патологии и ухудшает прогноз заболевания , поэтому снижение массы тела является одной из основных первоочередных задач в лечении таких пациентов.

3. Наиболее частыми ЭКГ признаками при эндокринной патологии следует считать снижение вольтажа зубцов ЭКГ , нарушение ритма и проводимости, удлинение интервала QT , изменение интервала ST , зубца Т.

ЛИТЕРАТУРА

1. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии. МИА. Москва, 2006, 526с

2. Мурашко В.В., Струтынский А.В. Электрокардиография. М., Медицина,1987, 288с.

3.Кушаковский М.С., Журавлева Н.Б. Аритмии и блокады сердца. С-Петербург, Медицина, 2003, 323с.

4. Данилова Л.И. Болезни щитовидной железы и ассоцированные с ними заболеваниями. Мн., Нагасаки,2005,360 с.

5. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология, М., Медицина, 2000,680 с.

ЭНДОКРИНДІ ПАТОЛОГИЯНЫ ДИАГНОСТИКАЛАУДА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯНЫ ҚОЛДАНУ

Электрокардиография, диагностика әдісі сиякты, қазіргі күнде дәрігерлердің арасында кеңінен тараған. Тек қана функционалдық диагностикасымен араласып жүрген мамандардың арасында ғана емес, сонымен қатар кардиологтар, эндокринологтар арасында да кеңінен қолданылады.

Әрбір эндокриндік қатердің электрокардиографиялық өзіне тән ерекшелігіне сүйене отырып талдау жасалды.

ELECTROCARDIOGRAPHY IN DIAGNOSTICS ENDOCRINE OF THE PATHOLOGY

Electrocardiography is the oldest method of medical survey. It is successfully applied for the diagnosis of acute conditions in cardiology and the study of patients with diseases of endocrine glands. These lesions have the features on the ECG. I have conducted analysis of 50 patients with the endocrine pathology.

The most frequent ECG features include reducing the voltage of the waves, disturbance of rhythm and conduction, prolongation of the interval QT, change in interval ST and spike T.

VALEO

Т.Г. Юртова

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЛЁГКИХ И СЕРДЦА

ГККП "Городская поликлиника №4"

Интерпретация легочного рисунка (ЛР) имеет важное значение для диагностики патологических состояний, прогнозирования их развитий и контроля за эффективностью применяемого лечения. Оценка патологически изменённого ЛР наталкивается на ряд сложностей, среди которых на первый план выдвигаются различные толкования рентгенологической семиотики.

Отделение лучевой и функциональной диагностики оснащено рентгенологическим аппаратом "Сименс" (Германия), который позволяет проводить качественные обследования пациентам с заболеваниями лёгких и сердца. В работе используются расходные материалы зарубежных производителей (Япония, Германия, Австрия). Проводя ретроспективный анализ проделанной работы, следует напомнить, что под ЛР - понимают совокупность линейных теней, пересекающих легочные поля от корней до периферических отделов. В норме он более выражен в нижних отделах, где представлен сегментарными и субсегментарными сосудами нижней доли. В верхних отделах определяются

сосуды меньшего калибра. Вены отличаются от артерий тем, что пересекают тень корня лёгкого и направляются к левому предсердию.

Тени артериальных сосудов как бы "сходятся" к тени корня, то есть к ветвям легочной артерии.

Изменение ЛР могут сопровождаться увеличением или уменьшением количества его элементов. Различают усиление, обогащение, ослабление, обеднение и деформацию ЛР, его усиление и разряжение, а так же его усиление и обеднение.

В основе оценки ЛР должны быть положены следующие признаки:

- Изменение его количества
- Морфологический субстрат ЛР

Изменение количества проявляется увеличением или уменьшением калибра, или числа элементов ЛР.

В основе усиления ЛР может лежать расширение сосудов, увеличение их числа или появления элементов рисунка, обусловленных интерстициальными изменениями.

Обеднение рисунка обусловлено уменьшением количества сосудистых теней и уменьшением калибра крупных сосудов.

Усиление или ослабление ЛР сосудистого характера может быть диффузным или локальным. Диффузные изменения связаны с гемодинамическими расстройствами в малом круге кровообращения. При усилении отображаются гиперволемия, которая чаще наблюдается при врождённых пороках сердца.

Например: (рис №1) - на рентгенограмме грудной клетки больной З. 29 лет с диагнозом "Дефект межжелудочковой перегородки" определяется в лёгких, на всём протяжении усиление сосудистого рисунка. В средних отделах прослеживаются крупные сосудистые тени. Калибр сосудов в нижних отделах больше, чем в верхних.

Усиление ЛР при венозной гипертонии даёт картину, при которой сосуды верхних долей шире, чем нижних.

В основе диффузного ослабления ЛР лежат либо артериальная гипертензия, либо гиповолемия.

Рисунок №1

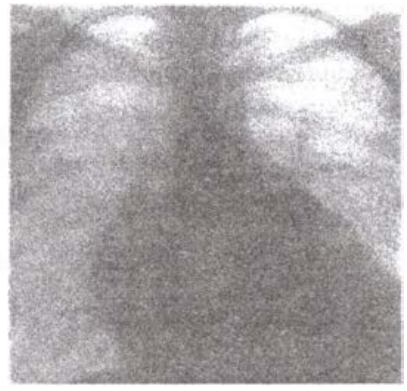


Рисунок №2

Примером тому может послужить рис №2, рентгенограмма больной М. 48 лет с диагнозом "Комбинированный митральный порок сердца", на которой наблюдается расширение корней за счёт крупных артериальных стволов, сосудистый рисунок ослаблен.

Локальное усиление сосудистого рисунка встречается при воспалительных процессах, сдавлении лёгкого извне (плеврит, пневмоторакс). Локальное ослабление, как правило, результат гипоплазии доли, долевой эмфиземы и др.

ЛР может быть линейным, если в процесс вовлекается интерстиций вокруг сегментарных и субсегментарных сосудов и бронхов, и ячеистым, если поражается междольковая соединительная ткань.

Если для оценки изменённого сосудистого рисунка важно установить его распространённость (диффузный или локальный), так как этим определяется его субстрат (гемодинимические расстройства или поражение легочной ткани), то характер рисунка, обусловленный интерстициальным компонентом от этого не зависит. Интерпретация субстрата не возможна без учёта основного заболевания. Линейный интерстициальный компонент наблюдается при бронхитах, перебронхитах, васкулитах. Ячеистый рисунок встречается при хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ), пневмоканиозе, саркоидозе, коллагенозе, и др.

На рентгенограмме (рис №3) грудной клетки больной С. 42-х лет с диагнозом "Пневмоканиоз первой стадии" - в лёгких на всём протяжении усилен ЛР ячеистого характера, узелковые тени диаметром 2-3 мм. Сосудистые тени, за исключением сегментарных ветвей нижних долей, практически не прослеживаются.

На основании вышеизложенного с учётом практического опыта для интегрированной оценки ЛР при наиболее часто встречающихся заболеваниях лёгких и сердца следует придерживаться определённого алгоритма оценки ЛР, который состоит из ряда этапов.

1.Первый этап - выявление количественного изменения ЛР. Если у больного ЛР прослеживается до периферии,

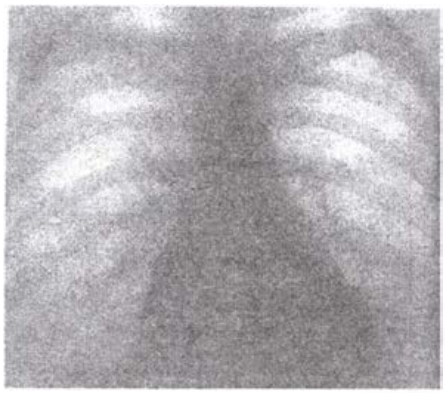


Рисунок №3

сосуды расширены на всём протяжении или определяется ячеистый рисунок, то делается вывод об усилении рисунка. Если количество сосудов уменьшено или их калибр стал меньше, то речь идёт об ослаблении ЛР.

2.Второй этап - определение характера ЛР. Если он ячеистый, то обусловлен междольковым интерстициальным компонентом и может быть результатом ракового лимфангита, пневмосклероза, ХОБЛ, и др. Дальнейшая дифференциация, возможна лишь при учете клинических данных. Если у линейного рисунка чёткие тени сохранён порядок деления сосудов и их хода, то делают вывод, что усиление обусловлено изменением сосудистого компонента. При нечётких тенях с неравномерным калибром, говорят о интерстициальном компоненте.

3.Третий этап - определение распространённости поражения. Когда усиление ЛР диффузное, в основе его лежат гемодинамические расстройства. В основе локального усиления ЛР могут быть пневмонии и другие воспалительные процессы, гиповентиляция доли или сегмента.

4.Четвёртый этап - оценка распространённости ослабления ЛР. Если оно диффузное, то отражает гемодинамические нарушения. При широком калибре корневых сосудов делают вывод о гипертонии легочной артерии (митральный стеноз , эмфизема лёгких, диффузный пневмосклероз). Если артерии в корнях узкие, то это результат гиповолемии.

Таким образом, при интегрированном подходе к интерпретации легочного рисунка, используя предложенный алгоритм, появляется реальная возможность улучшения диагностики и назначения адекватного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юдин А.Н. Афанасьева Н. И. и др "Лучевая диагностика диффузных инфильтративных заболеваний лёгких" Радиология и практика №2 2001 год

2.Чучалин А.Г. "Бронхоэктазы - клинические проявления" Русский медицинский журнал №4 2005 год

3.Харченко В.П. Котляров П.М. и др "Реентгеновская компьютерная томография в диагностике заболеваний лёгких и средостения" - М.. Видар 2001 год Электронный выпуск

4.Фридкин В.Я. "Анатомофункциональная основа рентгенологического исследования лёгких" переизд. 2007 год

5.Линденбратен Л.Д. "Рентгенологические синдромы и диагностика болезней лёгких." Вестник рентгенологии №2 1997.

ӨКПЕ ЖӘНЕ ЖҮРЕКТІҢ ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАРЫН ДИАГНОСТИКАЛАУДА ӨКПЕ СУРЕТІН ТАЛДАУ

Өкпе суретін талдау патологиялық жағдайларды диагностикалауда, болжамдауда және емнің әсерін бағалауда маңызды. Өкпенің патологиялық өзгерістері рентгенологиялық семиотиканы талдауда қиындықтар тудыруы мүмкін. Сондықтанда өкпе суретін талдауда ұсынылып отырған тексеру алгоритмін қолдану диагностикалық шаралардың тиімділігін арттыра түседі.

AN INTERPRETATION OF PULMONARY PICTURE IN THE DIAGNOSIS OF PATHOLOGICAL STATES OF THE HEART AND LUNGS

An interpretation of lung picture (LP) is essential for the diagnosis of pathological conditions, forecasting their development and monitoring the treatment effectiveness. Evaluation of pathologically altered LP meets a number of difficulties, among which are different interpretations of radiological semiotics. Thus, an integrated approach to the interpretation of pulmonary picture, using the proposed algorithm gives a real opportunity to improve the diagnosis and the appointment of adequate treatment.

VALEO

Е.Т. Тулеутаев

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

АО "Национальный Научный Центр Материнства и Детства", г. Астана

В настоящее время в терапевтической практике широкое распространение получило суточное мониторирование артериального давления (СМАД). В многочисленных исследованиях последних лет показано, что средние величины артериального давления (АД) в большей степени воспроизводимы при повторных исследованиях, чем при традиционном измерении АД. Эти показатели значительно сильнее коррелируют со степенью и выраженностью изменений органов-мишеней, позволяют получать дополнительную информацию по таким показателям неблагополучия, как повышенная вариабельность и искаженный суточный профиль АД,исключать гипердиагностику артериальной гипертензии. Однако СМАД в педиатрии до настоящего времени практически не используется, можно сказать, что в педиатрии он находится в стадии внедрения. В то же время не подлежит сомнению факт более высокой эффективности профилактики и лечения артериальной гипертензии на ранних этапах ее становления, то есть в детстве,а не на стадии стабилизации и органных повреждений.

В настоящее время сложилось представление о потенциальном неблагополучии больных с АГ с высокой вариабельностью артериального давления [1]. Повышенная вариабельность АД тесно коррелирует с аномальной геометрией левого желудочка, тяжестью ретинопатии и уровнем креатинина сыворотки [2,3].

Суточное мониторирование артериального давления нами проведено 124 детям в возрасте от 7 до 17 лет, из которых 15 составили дети от 7 до 12 лет, 109 - от 13 до 17 лет. Деление детей на группы: "стабильная АГ", "лабильная АГ" проводили на основании величины нагрузки давлением в соответствии с методическими рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике АГ у детей и подростков [4].

В данной работе нами проведена оценка вариабельности АД на основании СМАД у детей. По результатам наших исследований стандартное отклонение систолического артериального давления у подростков без АГ составило за сутки 12,4±0,8 мм рт. ст., за день - 11,8±0,8 мм рт. ст., за ночь - 6,6±0,2 мм рт. ст., диастолического АД - за сутки 13,6±0,1 мм рт. ст., за день - 13,0±0,9 мм рт. ст., за ночь - 8,2±0,3 мм рт. ст. Очень близки к этим значениям величины стандартного отклонения САД и ДАД у подростков-девочек без АГ.

На следующем этапе наших исследований проведен анализ структуры вариабельности по степени выраженности АД у детей в зависимости от пола и варианта АГ. Для этого детей каждого варианта АГ распределили в три подгруппы: имеющих вариабельность за сутки менее 14 мм рт. ст., поскольку эта величина в нашей работе представлена как среднестатистическая; имеющих вариабельность от 14 до 20 мм рт. ст.; выше 20 мм рт. ст. При этом установлено (таблица 1), что суточную вариабельность САД больше 20 мм рт. ст. имеют 30,9% мальчиков и 31,6% девочек со стабильным вариантом АГ, 7,7% мальчиков и 17,6% девочек с лабильным вариантом АГ и ни одного ребенка без АГ. Вариабельность САД за сутки от 14 до 20 мм рт. ст. обнаружена у 47,6% подростков-мальчиков и 42,1% девочек при стабильном варианте АГ, у 61,5% мальчиков и 70,6% девочек при лабильном варианте АГ и, соответственно, у 42,9% и 35,7% детей без АГ. Вариабельность САД ниже 14 мм рт. ст. составили в

Таблица 1 - Вариабельность САД у детей 13-17 лет

Значение	Мальчики			Девочки		
Пол	стаб. n = 41	лаб. n = 26	без АГ n = 7	стаб. n = 19	лаб. n = 17	без АГ n = 14
До 14 мм рт. ст.	21,5%	30,8%	57,1%	26,3%	11,8%	64,3%
14-20 мм рт. ст.	47,6%	61,5%	42,9%	42,1%	70,6%	35,7%
Выше 20 мм рт. ст.	30,9%	7,7%	-	31,6%	17,6%	-

Таблица 2 - Вариабельность ДАД у детей 13-17 лет

Значение / Пол	Мальчики			Девочки		
	стаб. n = 41	лаб. n = 26	без АГ n = 7	стаб. n = 19	лаб. n = 17	без АГ n = 14
До 12 мм рт. ст.	20,9%	38,5%	57,1%	31,6%	29,4%	64,3%
12-18 мм рт. ст.	54,8%	53,8%	28,6%	42,1%	58,8%	35,7%
Выше 18 мм рт. ст.	24,3%	7,7%	14,3%	26,3%	11,8%	-

основной массе дети без АГ (57,1% - мальчики, 64,3% - девочки).

Вариабельность САД у детей 7-12 лет аналогична выявленным особенностям вариабельности систолического АД у детей-подростков, то есть наиболее высокая вариабельность и ее большая частота встречаемости обнаружена при стабильном варианте АГ и наоборот более низкий уровень вариабельности чаще встречался у детей без АГ по сравнению с детьми с АГ.

Также нами была анализирована вариабельность ДАД у детей в зависимости от варианта АГ и без АГ. С этой целью дети разделены на три группы, как и по САД: имеющие значения ДАД до 12 мм рт. ст., от 12 до 18 мм рт. ст., и выше 18 мм рт. ст.

Материал, представленный в таблице 2, указывает, что наиболее высокая вариабельность ДАД встречается у детей со стабильным вариантом АГ и не встречается или значительно реже встречается у детей без АГ, умеренно повышенная вариабельность характерна для детей всех трех групп, хотя в меньшей степени для детей без АГ, нормальные и низкие величины вариабельности в основном принадлежат детям без АГ.

Таким образом, при анализе одного из важных параметров СМАД - вариабельности, нами представлено стандартное отклонение САД и ДАД у детей без АГ в зависимости от возраста и пола. Изучение структуры вариабельности по степени ее выраженности показало, что наиболее высокая вариабельность как по САД, так и по ДАД встречается у детей со стабильным вариантом АГ и не встречается или встречается редко у детей без АГ. Умеренно повышенная вариабельность характерна для детей всех возрастов и всех трех групп, хотя и в меньшей степени для детей без АГ. Низкие величины вариабельности в основном принадлежат детям без АГ. Из представленного материала вытекает вполне логичный вывод о необходимости детального исследования состояния органов-мишеней у детей со стабильным вариантом АГ, а также с лабильным вариантом АГ при высокой вариабельности АД.

ЛИТЕРАТУРА

1.Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Мониторирование артериального давления: методические аспекты и клиническое значение // М., 1999. - 234 с.

2.Fratolla A., Parati G., Cuspidi C. et al. Prognostic value of 24-hour pressure variability // J. Hypertens. - 1993. - V. 11. - P. 1133-1137.

3.Parati G., Pompidossi J., Albini E. et al. Relationship of 23-hour blood pressure mean and variability and severity of target-organ damage in hypertension // J. Hypertens. - 1987. - V. 5. - P. 93-98.

4.Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков//Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. Приложение 1. - 2003. - № 2. - 10 с.

АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР БАЛАЛАРДЫҢ ҚАН ҚЫСЫМЫНЫҢ ТӘУЛІКТІК ВАРИАБЕЛДІЛІГІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

7-ден 17 жас аралығындағы 124 балаларға тәуліктік мониторингті қан қысымы (ТМҚҚ) өлшенді. Бұл жұмыстағы ТМҚҚ маңызды көрсеткішінің бірі - қан қысымының вариабелділігіне баға беру. Көрсеткіштің жоғарылуының себебі көбінесе науқастардың ағзасында кейбір мүшелердің жарақаттануымен байланысты болуы мүмкін. Бұл жұмыста автор систолалық және диастолалық қан қысымының өте жоғарылауын артериалық гипертензияның тұрақты кезінде, ал жай жоғарылауын - тұрақсыз кезінде анықтаған.

NATIONAL RESEARCH CENTER OF MOTHER AND CHILD HEALTH, ASTANA

The daily monitoring of arterial pressure was lead for 124 children in age from 7 till 17 year. The estimation of one of the main parameter of daily monitoring - variability of arterial pressure was given in this work. The high variability the blood pressure is connected with injuring of organs-target. The high variability systolic and diastolic arterial pressure from children with stabile variant arterial hypertension, moderate increased - at labile variant of arterial hypertension was founded by author in the work.

VALEO

УДК 616.211-005.1-053.2

Р.К.Кикимбаева, Т.И.Терехова

СТРУКТУРА ПРИЧИН НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ СЕМИПАЛАТИНСКОГО РЕГИОНА

Медицинский Центр Государственного медицинского университета г.Семей, Республика Казахстан

Распознавание, лечение геморрагических и тромбогеморрагических заболеваний у детей, протекающих с синдромом "носовое кровотечение" - актуальная проблема современной педиатрии. Носовые кровотечения по частоте возникновения занимают первое место среди спонтанных кровотечений и являются наиболее часто встречающимся синдромом в педиатрической практике [1,6]. При установлении причины геморрагического синдрома важно учитывать данные о возможном наследственном генезе заболевания, наличии патогенных воздействий и фоновых заболеваний. Клинические проявления большинства из них однотипные, что крайне затрудняет диагностику. В то же время своевременное установление причины расстройства системы гемостаза является необходимым условием для проведения адекватной гемостатической терапии.

Наиболее часто носовые кровотечения возникают при геморрагических диатезах. В Республике Казахстан в структуре гематологических заболеваний геморрагические диатезы составляют 63,9% [4]. По данным [2] среди геморрагических диатезов наиболее часты тромбоцитопатии (36%), болезнь Виллебранда (15%), гемофилия А (9%), гемофилия В (3%). На долю этих форм патологии приходится более 60% всех генетически обусловленных форм кровоточивости. В структуре нарушений функции тромбоцитов 48,2% составляют тромбоцитопатии высвобождения, 37,6% - болезнь Виллебранда, 6,2% - тромбоастения Гланцмана [4]. Среди приобретенных форм преобладают симптоматические тромбоцитопатии (20%), причинами развития которых могут быть побочное действие лекарственных веществ, вредные воздействия факторов окружающей среды и промышленных вредностей, аутоиммунные нарушения в организме. Все другие формы крайне редки, поэтому диагностический поиск в первую очередь должен быть направлен на выявление часто встречающихся форм [3].

Под нашим наблюдением находилось 120 детей с геморрагическими заболеваниями, протекавшими с синдромом " носовое кровотечение", в возрасте от 1 года до 15 лет, госпитализированных в детское гематологическое отделение Медицинского центра Государственного медицинского университета г. Семей. Диагностика базировалась на данных анамнеза, оценке клинических проявлений, лабораторных тестов. Были использованы стандартные исследования свертывающей системы крови: сочетание клинической пробы (определение времени кровотечения) с микроскопией тромбоцитов в мазке крови, оценка количества тромбоцитов крови (в камере Горяева при фазовоконтрастной микроскопии), определение функции агрегации тромбоцитов на агрегометре (с применением агонистов агрегации АДФ, коллагена, адреналина и ристомицина) и коагуляционные пробы (с использованием коагулометра). Проведенные нами исследования показали, что у детей изученного региона 46,2% всех случаев кровоточивости приходится на долю нарушения тромбоцитарного звена гемостаза - на тромбоцитопатии, среди которых 47,1 % составили приобретенные, протекавшие на фоне острых и хронических заболеваний верхних дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта.У 9,2% детей носовые кровотечения начались после приема

ацетилсалициловой кислоты, у 5,4%- курантила, у 3,4%- после лечения эуфиллином, у 2,4%-нитрофуранами. На основании тщательно собранного анамнеза и выяснения характера наследования геморрагического синдрома у 22,5% больных установлена первичная тромбоцитопатия, в 15% случаев нарушение функции тромбоцитов сочеталось с геморрагической гематомезенхимальной дисплазией. 20% детям с синдромом "носовые кровотечения" диагностирована идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, в 6.8%-выставлен диагноз: болезнь Виллебранда, 5%- Гемофилия А. Лейкоз выявлен у 5,5% больных, у 4,5% - дефицит К-витаминзависимых факторов свертывания крови. Несостоятельность зон Кессельбаха обнаружена у 8% больных.

Таким образом, наши исследования свидетельствуют о гетерогенности причин носовых кровотечений у детей Семипалатинского региона, среди которых высок удельный вес нарушений первичного тромбоцитарного звена гемостаза, в том числе тромбоцитопатий приобретенного характера, а также случаев нарушения функции тромбоцитов в сочетании с геморрагической гематомезенхимальной дисплазией, что возможно, связано с экологическими особенностями региона.

ЛИТЕРАТУРА

1.Аксенов В.М., Пахомов И.Л., Чифлигарова Т.В. и соавтр. Носовые кровотечения и современные методы их остановки. Вестник оториноларинголога, 1997.2:33-34.

2.Баркаган З.С. Геморрагические заболевания и синдромы. Москва. Медицина. 1988.

3.Ермолаева Т.А. Программа дифференциальной диагностики тромбоцитопатий. Гематология и трансфузиология,1997; 4: 33-36.

4.Омарова К.О, Наденова И.А, Абдилова Г.К. и соавтр. Анализ состояния гематологической гематологической службы в Республике Казахстан. Педиатрия и детская хирургия, 2009; 2:8-10.

5.Ташенова Г.Т. Носовые кровотечения у детей. Педиатрия и детская хирургия Казахстана, 2003; 2:58-63.

6.Щитикова А.А. Классификация функциональных нарушений тромбоцитов. Проблемы гематологии, 1981; 3: 49-53.

СЕМЕЙ ӨҢІРІНДЕГІ БАЛАЛАР МҰРЫНЫНАН ҚАН КЕТУДІҢ ҚҰРЫЛЫМДЫҚ СЕБЕПТЕРІ

Бұрынғы Семей ядролық полигон сынағына жататын Семей өңіріндегі балалар мұрынынан қан кетудің құрылымдық себептері зерттелді. Балалардағы мұрыннан қан кетудің гетерогенді себептері анықталды, соның ішінде гемостаздың біріншілікті тромбоцитарлы буын звеносының бұзылысының үлестік салмағы жоғары сонымен қатар, тромбоциттер қызметінің бұзылысы геморрагиялық гематомезенхимальдық дисплазиямен бірге кездеседі. Бұл осы өңірдің экологиялық ерекшеліктерімен байланысты болуы мүмкін.

THE FORMATION OF CAUSES OF CHILDREN'S NASAL BLEEDING IN SEMEY REGION

The formation of causes of children's nasal bleeding in Semey region, which is localized nearby Semey nuclear test area, was explored. The high heterogeneity of causes of children's nasal bleeding was revealed, among which, the specific weight of disorders at primary platelet link of hemostasis and incidents of thrombocytes' malfunction allied with hemorrhagic hematomesenchymel dysplasia, which is probably related to ecological conditions in region.

Т.И.Терехова, Р.К.Кикимбаева

ВОЗРАСТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ Г.СЕМЕЯ

Государственный медицинский университет г.Семей,
Республика Казахстан

Актуальность: С ростом токсического загрязнения внешней среды, влияния ионизирующего излучения, стремительно растет экологический ущерб окружающей среде. Общеизвестно, что кроветворная система детей особенно чувствительна к любым неблагоприятным воздействиям. Анализ литературы свидетельствует о значительных изменениях показателей периферической крови в период формирования детского организма под влиянием неблагоприятной экологической ситуации [1,2]. Наименьшими компенсаторными возможностями обладают клетки белой крови, выполняющие защитную функцию.

Целью настоящего исследования явилось изучение количественных показателей лейкоцитарного звена периферической крови у практически здоровых детей первого года жизни города Семея, относящегося к району действия бывшего Семипалатинского испытательного ядерного полигона.

Материал и методы: Нами проведено определение количественных показателей лейкоцитов, лейкоцитарной формулы крови у здоровых детей первого года жизни. Результаты математической обработки полученных данных представлены в таблице 1. Для оценки клеточного звена иммунитета определяли общее количество Т-лимфоцитов(CD3), В-лимфоцитов(CD20), субпопуляций Т-клеток-хелперов/индукторов(CD4), цитотоксических киллеров/супрессоров(CD8).

Результаты и обсуждение: Изучение показателей белой крови в возрастном аспекте выявило снижение числа лейкоцитов у обследованных детей по мере роста, что подтверждает общебиологические закономерности становления этой системы, но значения параметров находились на более низком уровне, по сравнению с принятыми нормативами [3]. Так, среднее число лейкоцитов в течение первого года жизни составило 6,51?1,71·109/л, пределы колебаний - 6,11-7,30 109/л, что значительно ниже принятых нормативов, составляющих 10,21 109/л (А.В.Мазурин, И.М.Воронцов, 2000).

Относительное содержание лимфоцитов на протяжении года значительно колебалось, составляя в возрастных группах 1-3, 4-6, 7-9, 10-12 месяцев - 54,54%, 57,38% (Р 0,001), 59,70% (Р 0,001), 57,16% (Р 0,001) соответственно. Выявлено умеренное снижение относительного количества лимфоцитов в общей группе детей первого года жизни, которое составило 57,25±0,68%, по сравнению с нормативными данными - 59,52%. Абсолютные значения лимфоцитов имели отличия от динамики их относительных величин. Схожие значения лимфоцитов в абсолютных цифрах получены в возрастных группах 1-3, 4-6, 7-9 месяцев: 3,69·109/л; 3,68·109/л; 3,83·109/л, в 10-12 месяцев отмечено достоверное снижение их числа - 3,63·109/л (Р 0,04), что значительно ниже числа лимфоцитов в абсолютных значениях, по сравнению с нормативными - 5,0-6,0·109/л. По-видимому, на число лимфоцитов периферической крови оказывает влияние загрязнение окружающей среды различными продуктами производства.

Относительное количество нейтрофилов постепенно снижается до 9 месяцев жизни, составляя в 1-3, 4-6, 7-9 месяцев - 32,12±0,34%, 30,34±0,41% (Р<0,001), 29,10±0,36% (Р<0,01), повышается в 10-12 месяцев до 32,60±0,46% (Р<0,001). Аналогично относительному содержанию, снижение абсолютных чисел нейтрофилов происходит в первых трех группах детей - 2,17?0,04, 1,92±0,04 (Р<0,001), 1,86±0,04 (Р>0,05) и несколько повышается в 10-12 месяцев до 2,07?0,06 (Р<0,001), что, тем не менее, существенно ниже нормативных значений [3]. Тенденция к абсолютной нейтропении на первом году жизни у практически здоровых детей г.Семея, по-видимому, связана с экологическими факторами окружающей среды, регионом проживания обследованных детей.

При сравнении по кварталам жизни обнаружено достоверное снижение моноцитов как в относительном, так и в абсолютном значениях, которое составило в I квартале 8,99±0,14% и 0,61±0,01·109/л, в IV квартале 6,44±0,11% (Р<0,001) и 0,41±0,01·109/л (Р<0,001) соответственно. Относительные и абсолютные значения эозинофилов, при сравнении их по возрастным группам, колебались от 3,46±0,05 до 3,31±0,07% и от 0,23±0,00·109/л до 0,21±0,001·109/л (Р<0,04). Среднее процентное содержание базофилов на протяжении года было в пределах 0,4-1,0%, абсолютные значения равнялись - 0,03 - 0,07·109/л.

Учитывая лейкопению, абсолютную лимфопению, проведено исследование клеточного звена иммунитета, отвечающего за резистентность детского организма. Хотя их относительное содержание было несущественно снижено, отмечены низкие абсолютные значения, CD3 равнялось - 1,87·109/л. Содержание CD4 и CD8 в абсолютных цифрах также было низким и составляло - 1,78·109/л и 0,65·109/л. Были снижены абсолютные

Лейкоцитарная формула у здоровых детей г.Семея

Возраст месяцы	Лейкоциты M± m	P	Лимфоциты M± m %/*10^9/л	P	Нейтрофилы M± m %/*10^9/л	P	Моноциты M± m %/*10^9/л	P	Эозинофилы M± m %/*10^9/л	P
1-3 мес										
мальчики	6,74±0,18		54.84±0.54 3,68±0,10		32.08±0.47 2,15±0,06		8.98±0.20 0,60±0,02		3.45±0.07 0,22±0,01	
девочки	6,84±0,17		54.24±0.63 3,71±0,10		32.16±0.50 2,19±0,06		9.00±0.20 0,62±0,02		3.47±0.07 0,23±0,01	
всего	6,79±0,12		54.54±0.41 3,69±0,07		32.121±0.34 2,17±0,04		8.99±0.14 0,61±0,01		3.46±0.05 0,23±0,00	
4-6 мес										
мальчики	6,39±0,18		57.52±0.56 3,68±0,11		30.60±0.56 1,93±0,05	*<0,02 **<0,01	8,11±0,20 0,52±0,02	*<0,001 **<0,002	3.60±0.14 0,24±0,01	*>0,05
девочки	6,41±0,15	**<0,03	57.23±0.62 3,69±0,10		30.07±0.60 1,91±0,05	*<0,004 **<0,001	8.17±0.20 0,52±0,02	*<0,002 **<0,001	3.56±0.13 0,24±0,01	*>0,05
всего	6,40±0,12	**<0,01	57.38±0.40 3,68±0,07	*<0,001	30.34±0.41 1,92±0,04	*<0,001 **<0,001	8,14±0,14 0,52±0,01	*<0,001 **<0,001	3.58±0.10 0,24±0,01	*>0,05
7-9 мес										
мальчики	6,40±0,17	**>0,05	59.66±0.68 3,82±0,11		29,13±0,55 1,86±0,06	*<0,03 **>0,05	7.28±0,15 0,47±0,02	*<0,001 **<0,03	3.50±0.12 0,22±0,01	*<0,04
девочки	6,43±0,18	**>0,05	59.78±0.72 3,84±0,11		29.07±0.48 1,86±0,05	*>0,05 **>0,05	7.19±0.16 0,46±0,01	*<0,001 **<0,003	3.63±0.12 0,23±0,01	*>0,05
всего	6,42±0,12	**>0,05	59.70±0.49 3,83±0,08	*<0,001	29,10±0,36 1,86±0,04	*<0,01 **>0,05	7.23±0.11 0,46±0,01	*<0,001 **<0,001	3.56±0.08 0,23±0,01	*<0,01 **>0,05
10-12 мес										
мальчики	6,42±0,20	* *>0,05	56.88±0.63 3,65±0,12		32.88±0.69 2,12±0,08	*<0,001 **<0,01	6.29±0.15 0,40±0,01	*<0,001 **<0,001	3.32±0.09 0,21±0,001	
девочки	6,30±0,21	**>0,05	57.45±0.47 3,67±0,12		32.31±0.64 2,03±0,08	*<0,001 **<0,04	6.60±0.17 0,47±0,02	*<0,001 **<0,04	3.30±0.10 0,21±0,001	**<0,04
всего	6,36±0,14	**>0,05	57.16±0.39 3,63±0,08	*<0,001 **<0,04	32,60±0,47 2,07±0,06	*<0,001 *<0,001	6.44±0.11 0,41±0,01	*<0,001 **<0,001	3.31±0.07 0,21±0,001	**<0,04

P – достоверность различий по сравнению с предыдущим возрастом,
P* - относительная, P** - абсолютная величина

значения CD20, (0,36·109/л).

Выводы: Таким образом, в течение первого года жизни, у здоровых детей г.Семея сохранялась выраженная лейкопения. Низкие абсолютные значения субпопуляций Т-лимфоцитов, связанны, по-видимому, с сочетанным действием на организм детей неблагоприятных факторов внешней среды, в том числе влиянием малых доз радиации.

ЛИТЕРАТУРА

1.Ковалев Г.И., Румянцева А.Г., Торубарова Д.А. Особенности ионизирующего состава лимфоцитов в периферической крови у детей, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварии на Чернобыльской АЭС//Вопросы охраны материнства и детства. - 1992. - № 12. - С. 10-16.

2.Козинец Г.И., Каюмова Д.Ф., Погорелов В.Н. Клетки периферической крови и экологические факторы внешней среды/ /Клин.Лабораторная диагностика. - 1993. - № 1.-С.14-16.

3.Тур А. Ф., Шабалов Н. П. Кровь здоровых детей разных возрастов. - М.: Медицина, 1970. - 191 с.

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ БІР ЖАСТАҒЫ САУ БАЛАЛАРДЫҢ ШЕТКЕРІ ҚАНЫНДАҒЫ ЛЕЙКОЦИТТЕРДІҢ ЖАСТЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІ

Бұрынғы Семей ядролық полигон сынағы аймағына жататын, Семей қаласындағы бір жастағы сау балалардың шеткері қанындағы лейкоциттердің сандық көрсеткіштері зерттелген. Лейкопения, абсолютті лимфопения, нейтропения, Т-лимфоциттердің абсолютті мәнінің төмендеуі анықталды. Алынған мәліметтер сыртқы орта әсеріне, соның ішінде радиацияның аз мөлшеріне байланысты болуы мүмкіндеген болжамды дәлелдейді.

LEUCOCYTES AGE INDEXES IN PERIPHERAL BLOOD OF FIRST-YEAR-OLD HEALTHY CHILDREN IN SEMEY TOWN

Leucocytes quantitative indexes in peripheral blood of first year relatively healthy children in Semey are learned, which related to region of Semipalatinsk tested nuclear poligon action. Leucopenia, absolute lymphopenia, neutropenia, decreasing of T-lymphocytes absolute meaning were revealed. Received datas, perhaps, connected with combined action of external environmental factors, also small doses of radiation influence.

VALEO

З.С. Джетписбаева

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОНИХОДИСТРОФИЙ У БОЛЬНЫХ С ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Кафедра дерматовенерологии АО МУА, Астана, Казахстан

Поражение ногтевых пластин, обусловленное воздействием разнообразных внутренних и внешних факторов, приводящее к изменению структуры ногтевых пластин называется ониходистрофиями [1]. Среди изменений ногтевых пластин в первую очередь необходимо выделить, те которые появляются в процессе течения основного заболевания (хронические дерматозы инфекционного и неинфекционного происхождения) и те, которые возникают под воздействием факторов профессионального происхождения [2,3]. Актуальность темы обусловлена сходностью поражения ногтевых пластин при инфекционном (часто микотическом) и неинфекционном патологическом процессе, что в свою очередь провоцирует необоснованное использование в лечении антимикотиких средств системного и топического действия [4].

Поражение ногтевых пластинок при гнездной алопеции наблюдается при тяжелых формах - субтотальной, тотальной, универсальной. Симптомы поражения ногтевого органа носят дистрофический характер, в виде: ломкости ногтей; продольных борозд ногтей, сочетающихся с продольными гребешками; онихорексиса с ломкостью и расщеплением ногтей в продольном направлении; наперстковидной истыканностью ногтей точечных ямок величиной от 0,3-

0,5 до 1 -1,5 мм и глубиной до 1 мм; онихолизиса с полным или частичным отделением ногтевой пластинки от ногтевого ложа, начинающееся со свободного или боковых краев; трахионихии; койлонихии (ложкообразные ногти), характеризующейся поражением только пальцев кистей рук, поверхность ногтевых пластинок становится вогнутой, толщина его не изменяется; онихомадезиса с полным отделением ногтевой пластинки от ногтевого ложа; онихогрифоза с утолщением и искривлением ногтевых пластинок.

С целью изучения поражения частоты поражения ногтевых пластин нами проведено обследование 35 больных гнездной алопецией, из которых у 11 был диагностирован офиаз, у 24 субтотальная форма. Среди больных было 19 женщин и 16 мужчин в возрасте от 11 до 47 лет. Длительность заболевания составляла от 4 месяцев до 10 и более лет. Заболевание у 56% пациентов развилось до 23-летнего возраста, у остальных до 40 лет. При диагностике течения заболевания преобладала преимущественно прогрессирующая стадия заболевания, с резко выраженной зоной расшатанных волос. У больных с давностью заболевания свыше 2-х лет диагностирована стационарная стадия заболевания. Очаги поражения на коже скальпа у 23% больных сопровождались захватом пушковых волос на туловище и поражением ногтевых пластин у 21,7% лиц.

Изменение ногтевых пластинок (N - nail) определяется по степени поражения:

- No - отсутствуют;
- N1 - частично изменены (не на всех пальцах кистей и стоп);
- N1A - трахионихия всех 20 ногтевых пластинок.

Чаще всего в процесс были вовлечены ногтевые пластинки кистей рук, преимущественно это были дети в возрасте от 11 до 15 лет (32%). Поражение ногтевых пластин носило следующий характер, в виде: трахионихии диагностированы на кистях рук и стоп у детей от 11 до 15 лет; продольные борозды ногтей чаще наблюдались у лиц молодого возраста (от 15-21лет); онихорексис регистрировался на пальцах кистей в 15,7%, на ногтевых пластинках кистей и стоп в 8,7%; наперстковидная истыканность наблюдалась нами в случаях субтотальной рецидивирующей алопеции у детей 11 лет в 13,4%.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой заболеваемости ониходистрофиями среди больных с гнездной алопецией, особенно тяжело протекающими формами, такими как субтотальная, тотальная и змеевидная, что требует проведения дифференциальной диагностики и подбора средств по лечению этой патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1.Бобейко Ю.С. Этиология и патогенез гнездной алопеции / / Дерматол. та венерол. - 2002. - № 4(18). - С. 16-19.

2.Облысение. Дифференциальный диагноз. Методы терапии // Серия "Библиотека врача-дерматовенеролога". - Вып 7.- под ред. Е.В.Соколовского. - СПб.: СОТИС. - 2003. - 176 с.

3.Адаскевич В.П., Мяделец О.Д., Тихоновская И.В. Алопеция. М. 2000; 187.

4.Ikeda T. A new classification of alopecia areata. Dermatologica 1965; 131, 421.

ҰЯЛЫҚ АЛОПЕЦИЯНЫҢ ОНИХОДИСТРОФИЯ ТҮРІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІГІ

Ониходистрофияның әр түрі осы жұмыста карастырылған. Олар ұялы алопецияның ауыр және атипиялық түрінде кездеседі. Зерттеу жұмысының барысында алапецияның түрлері кезінде байқалатын өзгерістер аурудың ағымы мен процестің ауырлығына байланысты екендігі анықталды.

CLINICAL FEATURES ONYCHODYSTROPHIA AT PATIENTS WITH ALOPECIA AREATA

In work are shown various forms onychodystrophia, met at heavy and atypical forms alopecia areata. It is established that their changes are in dependence from weight of a current of process.

VALEO

З.С. Джетписбаева

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ЕЕ ТЕЧЕНИЯ

АО "Медицинский университет Астана"

В XXI сохраняют свою актуальность вопросы совершенствования методов диагностики и лечения болезней волос. Диагностика болезней связанных с выпадением волос представляет большие трудности в первую очередь из-за большого количества клинических форм, а также потому, что для ее обозначения применяется масса различных терминов-синонимов. Выпадение волос - это гетерогенная группа дерматозов, общим для которых является выраженное в разной степени выпадение волос, чаще на волосистой части головы, а при тяжелом течении процесса на лице и туловище, с потерей пушковых и щетинистых волос [3,4,5].

Выпадение волос может иметь первичное и вторичное происхождение, этиология и патогенез которых неодинаковы при разных формах и в определенном проценте случаев недостаточно выяснены [1]. Единой классификации выпадения волос нет. Для клинико-дифференциальной диагностики наиболее активно используется классификация выпадения волос по прогностическому признаку, согласно которому выделяют - временное и стойкое выпадение волос [2,3].

Причины, провоцирующие выпадение волос на сегодняшний день значительно расширились и включают в себя экологические факторы, нерациональный прием препаратов из группы антибиотиков, нестероидных противовоспалительных средств, химиопрепаратов и что особенно интересно прием широко популярных сегодня препаратов для похудения, применяемых часто в виде самолечения [6]. По данным демографических исследований установлено, что 0,05-0,1% населения имеет до одного эпизода алопеции по крайней мере один раз в течение жизни [3,5].

Целью данной работы явилось изучение заболеваемости алопецией в динамике за период 2005-2007 гг. по данным Центра Дерматологии и ПБППП по г. Астана, выявление факторов, ассоциирующихся с заболеванием, распределения заболеваемости в зависимости от социального состава и возраста.

По нашим данным отмечалось ежегодное увеличение числа пациентов с жалобами на выпадение волос: 2005 г. - 59 чел., 2006 г. - 70 чел., 2007 г. - 133 чел. из общего числа обратившихся. По социальному составу преобладали работающие, что связано со сложившейся социально-экономической ситуацией. Эта категория населения, мигрировавшая в столицу в течение последних 7-ми лет, оказалась подверженной воздействию внешних (акклиматизация, трудоустройство, адаптация к новым условиям жизни, синдром хронической усталости, отсутствие привычного режима, нарушение питания, производственные вредности) и внутренних факторов (развитие и обострение висцеральной патологии).

По половому признаку выраженных различий не было отмечено, установлены не значительные колебания среди мужчин и женщин. Наиболее высокая заболеваемость была в группе лиц 24 - 39 лет (61,3%).

По клиническому течению выявлены следующие особенности: преобладали локальные формы гнездной алопеции с количеством очагов от 2 до 5 и продолжительностью заболевания от 3 месяцев до 1,5 лет, по течению процесс характеризовался затяжным хроническим течением с частыми рецидивами. В свою очередь частота рецидивов усиливала развитие невротических реакций у больных, создавая трудности коммуникативного характера и формирование неверия в успех лечения.

Представленные данные подтверждают, что алопеция является полиэтиологическим заболеванием, склонным к хроническому рецидивирующему течению, однако каждый случай возникновения и течения заболевания сугубо индивидуален и требует соответствующего подхода.

ЛИТЕРАТУРА

1.Аравийская Е.В. Некоторые кожные симптомы и дерматозы как предикты психологического статуса пациентов косметологических учреждений. // Росс.журн.кож.вен.болезней. - 2006.-№4. - С. 64-65.

2.Соколовский Е.В., Аравийская Е.Р., Михеев Г.Н., Мошкалова И.А. Облысение. Дифференциальный анализ. Методы терапии.- СПб: СОТИС, 2003.- с.24-25.

3.Скрипкин Ю.К., Дацковский Б.М. Болезни волос - М: Знания, 1989.-с.63.

4.Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф К. и др. Дерматология: Атлас-справочник. М.: Практика, 1999.- с.22-27.

5.Messenger AG, McDonagh AJG. Alopecia areata: aetiologyand pathogenesis. In Camacho FM, Randall VA, Price VH, eds. Hair and its Disorders. Martin Dunitz, London, 2000:177-186.

6.McElwee KJ, Hoffman R. Alopecia areata - animal models. Clin Exp Dermatol 2002;27: 410-417.

ҰЯЛЫҚ АЛАПЕЦИЯМЕН АУРУШАҢДЫҚТЫҢ ДИНАМИКАСЫ ЖӘНЕ ОНЫҢ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Зерттеу анализдерінің негіздеріне сүйене отырып 2005 жылдан 2007 жыл аралығында шашы түскен науқастардың санының жоғарылағаны анықталды. Айта кететін жайт, ағымы рецедивті ошақты алапецияның жиі кездесетіндігі байқалып отыр. Жынысына қарай айтарлықтар айырмашылықтар байқалған жоқ.

DYNAMICS OF DISEASE ALOPECIA AREATA AND FEATURES OF ITS CURRENT

On the basis of the analysis of the data on persons with a hair fall the increase in number of patients with 2005 on 2007 is established. It is noted, prevalence alopecia areata over other forms, different recediva character of a current, it is a lot of centres defeats. It is not revealed the expressed distinctions on a floor. The age of patients made 23 - 39 years.

Жетписбаев Б.А., Имангазинов С.Б., Каирханов Е.К., Нурмуканов Д.К.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ОСУЖДЕННЫХ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Государственный медицинский университет г. Семей

Психическое состояние осужденных, отбывающих лишение свободы, обусловлено рядом специфических факторов. Это - изоляция от привычной среды, нарушение сложившихся социальных контактов, ограничение прав и свобод, обязанность выполнять предписания и требования режима, отсутствие возможности принимать решения по многим вопросам по своему усмотрению, переживания по поводу совершенного преступления, вреда, причиненного потерпевшему, либо, наоборот, переживание несправедливости наказания, неприятие своей виновности, распад семьи, перспектива провести в местах лишения свободы значительное время и т.д. [1]. Развитие подобных стрессовых реакций сопровождается изменениями иммунной системы [2].

Цель сообщения - изучение динамики некоторых показателей иммунной системы у осужденных с ВИЧ-инфекцией, находящихся в местах лишения свободы.

Материалы и методы исследования. Нами изучены изменения иммунной системы у ВИЧ-инфицированных (основная группа - 62 человека) по сравнению со здоровыми лицами, не осужденными (контрольная группа - 30), здоровыми лицами, осужденными (1-ая группа сравнения - 35), ВИЧ-инфицированными, не осужденными (2-ая группа сравнения - 30). Полученные в отношении показателей иммунитета у обследованных с ВИЧ-инфекцией данные представлены в таблице.

У ВИЧ-инфицированных осужденных отмечались определенные изменения со стороны гуморального звена. На момент первичного обследования было выявлено умеренное повышение содержания в крови IgA, IgG и более значительное - ЦИК. Степень превышения над контролем по концентрации IgG составила 16,9% ($p<0,05$), а ЦИК- 128,9% ($p<0,01$). При обследованиях через 6 и 18 месяцев отмечалось снижение всех исследованных параметров. Сохранялось достоверное превышение ЦИК, составившее 53,5% относительно контроля. Через 18 месяцев выявлено достоверно (на 22,5%, $p<0,05$) меньшее содержание IgM и IgG в крови. Достоверно ниже, чем в контроле, было также содержание в крови ЦИК (на 26,3%, $p<0,05$).

У ВИЧ-инфицированных лиц имело место исходное превышение исследованных показателей фагоцитарного звена. По фагоцитозу различия с контролем при первичном исследовании составили 47,8% ($p<0,05$). Фагоцитарное число превышало контрольный уровень на 58,9%, средняя величина показателя спонтанного НСТ-теста - на 35,3% ($p < 0,05$). Через 6 месяцев

Таблица 1 - Показатели иммунитета у ВИЧ-инфицированных лиц в условиях пенитенциарной системы

Показатель	Здоровые лица, не осужденные, п=30	Здоровые лица, осужденные, п=35	ВИЧ-инфиные, не осужденные, п=30	ВИЧ-инфицированные лица (осужденные), п=62		
				1 мес.	6 мес.	18 мес.
IgA, г/л	1,44±0,06	1,51 ±0,07	1,52±0,08	1,56±0,08	1,64±0,07	1,30±0,06$^{\&\,\wedge}$
IgM, г/л	4,89±0,19	4,77±0,19	4,58±0,22	4,63±0,23	5,04±0,24	3,79±0,16$^{*\&\,\wedge}$
IgG, г/л	12,73±0,48	11,63±0,46	13,25±0,61	14,88± 0,71$^{*\&}$	12,61±0,58	9,59± 0,39$^{**\&\wedge}$
ЦИК, усл.ед.	10,23±0,75	13,29±1,02*	17,71±1,57*	23,42± 2,19$^{**\,\&\wedge}$	15,70±1,39*	7,54±0,60$^{*\,\&\wedge}$
НСТ, %	26,4±1,4	38,2±2,1*	41,9±2,7**	35,3± 2,4*	24,1±1,5$^{\&\&\wedge}$	17,0± 1,0$^{**\&\&\wedge}$
IL-1в, пг/мл	23,9±1,8	30,5±2,4*	16,8±1,5*	22,1±2,1$^{\&\wedge}$	15,7±1,4$^{*\&\&}$	13,2±1,1$^{**\&\&}$
IL-6, пг/мл	2,8±0,2	3,7±0,3*	4,0±0,3*	4,3±0,4*	2,9±0,3$^{\&\wedge}$	2,0±0,2$^{*\&\&\wedge}$
ФНО@, пг/мл	69,6±5,7	74,7±6,4	73,5±7,3	82,9±8,6	65,1±6,4	54,8±4,9$^{\&\wedge}$
ИФН-*у*, пг/мл	29,3±2,4	25,1±2,2	14,7±1,5**	17,3±1,8$^{*\&}$	12,8±1,3$^{**\&}$	9,1±0,8$^{**\&\&\wedge}$

Примечания: * - различия с контрольной группой достоверны, p<0,05, ** - p<0,01
$^{\&}$ - различия с группой сравнения 1 достоверны, p<0,05, $^{\&\&}$ - p<0,01
$^{\wedge}$ - различия с группой сравнения 2 достоверны, p<0,05

отмечалось умеренная динамика данных показателей к снижению. Сохранялось достоверное превышение фагоцитоза (на 37,5%) и фагоцитарного числа (на 35,3%; p < 0,05). Уровень НСТ-теста в этот срок был достоверно ниже в группах сравнения. Через 18 месяцев величина фагоцитоза снизилась ниже показателя контрольной группы на 25,1% (p< 0,05), фагоцитарное число - достигло контрольного уровня, а НСТ-тест был на 35,6% ниже (p < 0,01).

В исходном периоде исследования было зарегистрировано достоверное более низкое, чем в контроле, содержание IL-1 в группе сравнения 2. Однако интерференция разнонаправленных воздействий пенитенциарного стресса и ВИЧ-инфекции привела к отсутствию данной особенности у осужденных ВИЧ-инфицированных. Через 6 месяцев, однако, была выявлена динамика к снижению показателя, различия которого с контролем составила 34,3%, через 18 месяцев - 44,8% (p< 0,05, p < 0,01). В обеих группах ВИЧ-инфицированных лиц в исходе исследования отмечалось достоверное превышение содержания IL-6 над контролем, причем у осужденных - на 53,6% (0,05). Величина ФНО@ в исходе исследования имела тенденцию к превышению над контролем, но к 18 месяцам снизилась. Во все сроки исследования выявлено достоверное снижение содержания интерферона-у у ВИЧ-инфицированных осужденных. Динамка этого показателя также все время была направлена на его уменьшение. В срок обследования 1 месяц различия с контролем составили 40,8%, 6 месяцев - 56,3% и 18 месяцев - 68,9% (p< 0,05, p< 0,01, p< 0,01).

Выводы: Данные иммунологического исследования свидетельствуют о наличии динамики к ухудшению всех показателей иммунного статуса у ВИЧ-инфицированных осужденных лиц, связанные со стрессогенными воздействиями в местах лишения свободы.

ЛИТЕРАТУРА

1.Мелентьев М.П., Тишенко А.П. Предупреждение самоубийств среди лиц, осужденных к лишению свободы: Учеб-метод, пособие. - Киев: РИО МВД Украины, 1994.

2.Нурмуканов Д.К. Особенности нарушений иммунологической реактивности у больных спецконтингента при пенитенциарном стрессе и пути ее коррекции //Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Семей, 2010.- 18 с.

БАС БОСТАНДЫҒЫНАН АЙЫРЫЛҒАН АИВ-ЖҰҚТЫРҒАН СОТТАЛҒАНДАРДАҒЫ ИММУНИТЕТТІҢ КЕЙБІР КӨРСЕТКІШТЕРІ

АИВ-жұқтырған және дені сау - сотталмаған, дені сау-сотталған, АИВ-жұқтырған, сотталған тұлғаларды салыстыра отырып олардың иммундық жүйесінің өзгерістері зерттелді. Алынған деректер - АИВ-жұқтырған сотталған тұлғаларда иммундық статустың барлық көрсеткіштерінің динамикасы нашарлағандығын көрсетті.

SOME INDICATORS OF IMMUNITY IN HIV - INFECTED CONVICTS IN PRISON.

We studied the changes of the immune system in HIV - infected compared with healthy people, not convicts, healthy persons convicted, HIV - infected, not convicted. These indicate the presence of figures in the dynamics of deterioration of the immune status in HIV - infected convicts.

VALEO

Югай М.К., Куанова К.К.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИИ ВИЧ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕРМАТОЛОГА

Медицинский центр "ДИАСОРБ"

Роль дерматовенерологов в борьбе с инфекцией, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), велика и непрерывно возрастает. Объясняется это следующими обстоятельствами. Во- первых, инфекция ВИЧ передается чаще всего половым путем. Во вторых, она нередко сочетается с другими заболеваниями, имеющими аналогичный механизм заражения (БППП), и наконец, в патологический процесс часто вовлекаются кожные покровы и слизистые оболочки. В литературе приводятся данные о том, что на ранних стадиях инфекции ВИЧ у больного в среднем обнаруживают два-три кожных симптома, а на поздних этот показатель возрастает до трех-четырех.

В качестве сигнального симптома инфекции ВИЧ наиболее достоверны дерматозы, обладающие комплексом следующих характеристик: инфекционно-паразитарная природа, частые отклонения от типичной клинической картины вплоть до несвойственных им качеств, упорное и рецидивирующее течение, стойкость к традиционно проводимой терапии и, что, особенно важно, сочетание с генерализованной лимфаденопатией. Возбудителями дерматозов при этом служат чаще всего бактерии, грибы и другие вирусы. Микотические поражения кожи выражаются наличием трихофитии, эпидермофитии, кандидоза с отличающейся множественностью и обширностью поражения. Например встречается паховая эпидермофития, которая выходит за пределы своей обычной локализации и может поражать туловище, кисти, стопы и даже лицо.

Системный Кандидоз с преимущественным поражением слизистой оболочки полости рта, пищевода, гениталий и перианальной области, склонный к эрозированию и изъязвлению, может служить вероятным клиническим признаком инфекции ВИЧ, особенно в случае резистентности к антикандидотическому лечению.

Частый симптом ВИЧ инфекции - себорейный дерматит, ему присущи обширность поражения, стойкость к стандартным методам лечения, наклонность к спонтанным ремиссиям и рецидивам. Это проявление зачастую связано с активацией дрожжеподобных грибов и другой условно-патогенной флоры кожи.

Рецидивирующий герпес на фоне инфекции ВИЧ, как и кандидоз, поражает преимущественно слизистые оболочки. Кроме того в патологический процесс часто вовлекается кожа лица который отличается частыми и продолжительными атаками, обширностью поражения, изъязвлениями, болезненностью. Опоясывающий герпес у инфицированных вирусом иммунодефицита человека протекает обычно тяжело, сопровождается мучительным болевым синдромом и, как правило, дает рецидив. Его атаки, как считают некоторые авторы, свидетельствуют о переходе болезни в заключительную фазу-СПИД.

Из других вирусных заболеваний, сопутствующих инфекций ВИЧ, описаны контагиозный моллюск, бородавки, остроконечные кондиломы, волосатая лейкоплакия, папилломы.

Весьма часты разнообразные пиодермиты: фолликулиты, фурункулы, гидрадениты, карбункулы, стрептококковое импетиго, шанкриформная пиодермия.

Из этой группы наиболее полно описаны, пожалуй акнеформные фолликулиты. Первоначально они локализуются на лице, спине и верхней части груди и вполне имитируют вульгарное или юношеское акне, что и обусловило их наименование. Появлению фолликулитов нередко предшествует диффузная эритема, склонная к распространению на плечи, предплечья, подкрыльцовые впадины, бедра, гениталии и промежность, которые с течением времени становятся весьма крупными за счет массивного инфильтрата, состоящего, как показывают гистологические исследования, из полинуклеаров, лимфоцитов и

плазматических клеток. Что касается других кожных заболеваний, то в литературе приводятся данные об особенностях очаговой алопеции, тромбоцитопенической пурпуры, высыпаний по типу папулезной крапивницы.

В процессе эволюции инфекции ВИЧ поражения кожи могут регрессировать, появляться вновь, сменяться одно другим, выступать в различных сочетаниях, становясь со временем все более распространенными и тяжелыми, особенно в фазе СПИДа. В этой стадии могут присоединяться криптококкоз, гистоплазмоз и др. инфекции.

Закономерным проявлением инфекции ВИЧ следует считать генерализованную лимфаденопатию, протекающему по реактивному типу. В этот процесс из периферических лимфатических узлов вовлекаются преимущественно те, что расположены выше пояса: локтевые, под-и надключичные, подчелюстные, шейные, околоушные и затылочные. Количество групп увеличенных лимфатических узлов и сочетание этих групп у разных больных весьма различны. Для инфекции ВИЧ считается характерным поражение лимфатических узлов двух и более групп внепаховой локализации продолжительностью не менее трех месяцев. Обычно увеличены отдельные узлы, диаметр которых колеблется от 0,5 до 5 см. Они имеют плотно-эластическую консистенцию, остаются подвижными и безболезненными. Иногда, однако, выявляется целая плеяда или конгломерат увеличенных лимфатических узлов, приобретших болезненность при пальпации и склонность к слиянию друг с другом. Кожа над пораженными узлами не изменена.

Генерализованная лимфаденопатия длительное время - от полутора до трех лет и более - может быть единственным клиническим проявлением инфекции ВИЧ, составляя самостоятельную ее фазу. Однако нередко, особенно на позднем ее этапе, присоединяются слабость, небольшая лихорадка, ночные поты, миалгия, артралгия, спленомегалия, неврологические симптомы, лейкопения, гипергаммаглобулинемия, снижение количества Т- хелперов и другие нарушения иммунитета. Нарастающая прогредиентность фазы генерализованной лимфаденопатии приводит к развитию СПИДа.

Наиболее диагностически значимой для инфекции ВИЧ следует считать саркому Капоши.

Под нашим наблюдением находился больной 33 лет у которого инфекция ВИЧ в фазе генерализованной лимфаденопатии была выявлена при стационарном обследовании. Саркома Капоши представлена темно-бурыми папулами величиной не более булавочной головки, ярко-красного, темно-фиолетового и бурого цветов, располагавшимися на латеральных краях обеих стоп. Их поверхность была покрыта скудными чешуйками. При пальпации они слегка "пружинили" и уплощались. Серологические реакции выявили антитела к вирусу иммунодефицита человека. Это наблюдение показывает, что начальные признаки саркомы Капоши при инфекции ВИЧ могут появляться ещё до формирования фазы СПИДа. Поэтому, обследуя на эту инфекцию, следует проводить самый тщательный осмотр кожных покровов и слизистых оболочек и подвергать глубокому клиническому анализу даже незначительные, на первый взгляд, изменения.

Обобщая данные литературы, можно заключить, что саркоме Капоши в рамках СПИДа свойственны следующие клинические характеристики: молодой возраст больных, яркая окраска и сочность высыпных элементов, необычная их локализация, причем нередко первоначальная (голова, особенно лицо, шея, туловище, ротовая полость, перианальная область), быстрая диссиминация и агрессивное течение с вовлечением в процесс лимфатических узлов и внутренних органов. Подобную эволюцию саркома Капоши проделывает обычно за полтора-два года. Совокупность этих характеристик позволяет достоверно отграничить саркому Капоши в рамках СПИДа от её классической разновидности. Большое сходство по клиническим проявлениям и течению саркома Капоши как проявление СПИДа имеет с иммуносупрессивной разновидностью. Однако разграничить их сравнительно легко: иммуносупрессивная саркома Капоши возникает на фоне массивной терапии иммунодепрессантами каких-то тяжелых заболеваний.

В настоящее время, когда распространение инфекции ВИЧ в мире приобретает все более широкие масштабы, внимание врачей всех специальностей, и в первую очередь дерматологов, должно быть обращено на своевременное распознавание этого заболевания.

ДЕРМАТОЛОГ ДӘРІГЕРДІҢ ТӘЖІРИБЕСІНДЕГІ АИВ ИНФЕКЦИЯСЫ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕСІ

Қазіргі күні АИВ кең таралып отыр. Осыған байланысты барлық саланың дәрігерлері кеңінен білімдерін жетілдіріп, дер кезінде алдын алуға және анықтауға дайын болуы қажет. Әсіресе дермотолог мамандары үшін маңызды. АИВ - адамның иммунды тапшылық вирусымен күресуде дерматовенеролог мамандарының маңыздылығы күннен күнге арта түсуде.

CURRENT ASPECTS OF HIV INFECTION IN CLINICAL PRACTICE OF DERMATOLOGIST

At the present time, when the prevalence of HIV infection in the world is becoming more widespread, the attention of physicians of all specialties, and especially dermatologists, should be paid to the timely detection of this disease. Dermatovenerologists role in the fight against infection caused by humanimmunodeficiency virus (HIV) is large and steadily growing.

УДК: 616.097-616.45-001.1

Ж.Ш. Жумадилов, Б.А.Жетписбаев, С.Б.Имангазинов, Е.К.Каирханов

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИИ КЛЕТОЧНОГО, ГУМОРАЛЬНОГО И ФАГОЦИТАРНОГО ИММУНИТЕТА У ОСУЖДЕННЫХ ЗА УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Государственный медицинский университет, г. Семей

Число наркопотребителей в Республике Казахстан не имеет тенденцию к снижению. Преобладающими среди них являются лица молодого возраста. Несмотря на это у многих из них страдает иммунобиологическая реактивность, которая усугубляется у лиц, находящихся в местах лишения свободы [1]. Однако вопросы влияния пенитенциарного стресса на состояние иммунной системы осужденных-наркопотребителей в медицинской литературе отсутствуют.

Целью настоящего сообщения является изучение изменений клеточного, гуморального и фагоцитарного звеньев иммунной системы у осужденных, употребляющих или употреблявших ранее психоактивные вещества (ПАВ), в условиях воздействия пенитенциарного стресса.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены наркопотебители, находящиеся в местах лишения свободы (основная группа - 60 больных) по сравнению с здоровыми лицами, не осужденными (контрольная группа - 30 человек), здоровыми лицами, осужденными, не употребляющими ПАВ (1-я группа сравнения - 35 человек), наркопотребителями, не

Таблица 1- Показатели клеточного иммунитета у лиц, зависимых от ПАВ в условиях пенитенциарной системы

Показатель	Контроль, n=30	Группа сравнения 1, n=35	Группа сравнения 2, n=40	Наркологические больные (осужденные), n=60		
				1 мес.	6 мес.	18 мес.
Лейкоциты(*10^9/л)	5,38±0,27	5,12±0,25	4,15±0,21*	4,22±0,23*$^{\&}$	4,67±0,24	4,91±0,23^
Лимфоциты(*10^9/л)	1,65±0,11	1,71±0,12	1,18±0,09*	1,13±0,09*$^{\&}$	1,42±0,10	1,59±0,10^
Лимфоциты (%)	30,7±2,3	33,4±2,6	28,4±2,4	26,8±2,3	30,4±2,5	32,4±2,4
CD20+ (*10^9/л)	0,26±0,02	0,33±0,03*	0,25±0,02	0,27±0,02	0,24±0,02$^{\&}$	0,24±0,02$^{\&}$
CD20+ (%)	15,8±1,3	19,3±1,7	21,2±1,9*	23,9±2,3*	16,9±1,5	15,1±1,2$^{\&\wedge}$
CD3+ (*10^9/л)	0,81±0,06	0,76±0,06	0,66±0,05	0,51±0,04*$^{\&\wedge}$	0,68±0,06	0,75±0,05
CD3+ (%)	49,1±3,5	44,4±3,3	55,9±4,4	45,1±3,7	47,9±3,8	47,2±3,3
CD4+ (*10^9/л)	0,51±0,03	0,50±0,03	0,31±0,02**	0,29±0,02**$^{\&\&}$	0,37±0,02*$^{\&}$	0,45±0,03^
CD4+ (%)	30,9±2,1	29,2±2,1	26,3±2,0	25,7±2,0	26,1±1,9	28,3±1,9
CD8+ (*10^9/л)	0,33±0,02	0,22±0,01*	0,28±0,02	0,26±0,02*	0,27±0,02*$^{\&}$	0,30±0,02$^{\&}$
CD8+ (%)	20,0±1,4	12,9±0,9*	23,7±1,8	23,0±1,9$^{\&}$	19,0±1,5$^{\&\wedge}$	18,9±1,3$^{\&\wedge}$
CD4+/CD8+	1,55±0,09	2,27±0,14*	1,11±0,07*	1,12±0,08*$^{\&\&}$	1,37±0,09$^{\&\&\wedge}$	1,50±0,09$^{\&\wedge}$
ИТМЛ, усл.ед.	0,33±0,02	0,26±0,02	0,49±0,03	0,47±0,03	0,41±0,03	0,36±0,02

Примечания: 1 * - различия с контрольной группой достоверны, p<0,05, ** - p<0,01
2 $^{\&}$ - различия с группой сравнения 1 достоверны, p<0,05, $^{\&\&}$ - p<0,01
3 ^ - различия с группой сравнения 2 достоверны, p<0,05

Таблица 2 - Показатели гуморального иммунитета у лиц, зависимых от ПАВ в условиях пенитенциарной системы

Показатель	Контроль, n=30	Группа сравнения 1, n=35	Группа сравнения 2, n=40	Наркологические больные (осужденные), n=60		
				1 мес.	6 мес.	18 мес.
IgA, г/л	1,44±0,06	1,51±0,07	1,26±0,06*	1,21±0,06*&	1,25±0,06*&	1,32±0,05&
IgM, г/л	4,89±0,19	4,77±0,19	3,49±0,15**	3,27±0,15**&&	3,71±0,16*&	4,14±0,16*&
IgG, г/л	12,73±0,48	11,63±0,46	10,75±0,45*	10,17±0,44*&	11,26±0,47*	12,09±0,45
ЦИК, усл.ед	10,23±0,75	13,29±1,02*	22,87±1,85**	31,76±2,70**&&^	27,25±2,20**&&	17,36±1,26*&^

Примечания: 1 * - различия с контрольной группой достоверны, p<0,05, ** - p<0,01
2 & - различия с группой сравнения 1 достоверны, p<0,05, && - p<0,01
3 ^ - различия с группой сравнения 2 достоверны, p<0,05, ^^ - p<0,01

осужденными (2-я группа сравнения - 40 человек). Включенные лица в группах исследования были сопоставимы по возрасту.

Определение количества В-лимфоцитов (CD20+) и Т-лимфоцитов (CD3+) и их субпопуляций (CD4+, CD8+) проводили с помощью метода моноклональных антител в реакции иммунофлюоресценции. Применялась панель ООО "Сорбент" (Москва). Реакцию торможения миграции лейкоцитов ставили (РТМЛ) по А.Г.Артемовой (1973) с использованием ЭБ. Количественное определение иммуноглобулинов проводили методом радиальной иммунодиффузии в геле методом G.Mancini et al. (1964). ЦИК определяли по методике M.Digeon (1977) в модификации Ю.А.Гринкевич и А.Н.Алферова (1981). Активность фагоцитоза и фагоцитарного числа определяли в тесте с латексом. Определяли содержание в сыворотке крови провоспалительного цитокина - фактора некроза опухоли-α (ФНО- α) и противовоспалительного - интерлейкина-1β (ИЛ-1β), интерлейкина-6 (ИЛ-6), ?-интерферона γ-интерферона (γ-ИФН) количественным иммуноферментным методом.

Результаты исследования. В таблицах 1, 2, 3, 4 представлены данные, характеризующие результаты комплексного иммунологического обследования лиц данной категории, в том числе в динамике - у осужденных на лишение свободы.

У наркологических больных, не осужденных, обследованных в условиях наркологического диспансера, отмечалось снижение иммунного статуса, выражавшееся в уменьшении абсолютного числа лейкоцитов и лимфоцитов в периферической крови. Относительно повышенным при этом было содержание CD20+ клеток. В то же время, существенной особенностью обследованных данной группы оказалось уменьшение содержания CD4+ клеток (p<0,01), не сопровождавшееся соответствующим уменьшением абсолютного числа CD8+ лимфоцитов (таблица1). В результате отмечалось достоверное по отношению к контролю снижение соотношения CD4+/CD8+ (p<0,05). В данной группе сравнения было выявлено также уменьшение средней величины ИТМЛ (p<0,01).

У наркологических больных в условиях пенитенциарной системы, обследованных через 1 месяц после прибытия в места лишения свободы, не отмечалось существенных различий показателей клеточного звена иммунной системы с группой сравнения 2, т.е. наркологическими больными в условиях наркодиспансера. Заметным было только более выраженное уменьшение содержания CD3+ клеток, которое относительно контроля достигало 37,0%, а в сравнении с не осужденными наркобольными - 22,7%. Несколько более выраженным было также уменьшение концентрации CD4+ клеток, достигающее 43,1% (p<0,01).

При анализе исследованных показателей через 6 месяцев была зарегистрирована динамика к их улучшению. Так, было выявлено повышение числа лейкоцитов, лимфоцитов, CD3+ клеток (в последнем случае - достоверное относительно первичного обследования, p<0,01), CD4+ клеток и иммунорегуляторного индекса. В то же время, средняя величина ИТМЛ сохраняла тенденцию к снижению, в результате чего различия с контролем по данному показателю достигли 30,3% (p<0,05). Через 18 месяцев имелась динамика к повышению всех исследованных показателей, причем не было зарегистрировано ни

Таблица 3 - Показатели фагоцитарного звена иммунитета у лиц, зависимых от ПАВ в условиях пенитенциарной системы

Показатель	Контроль, n=30	Группа сравнения 1, n=35	Группа сравнения 2, n=40	Наркологические больные (осужденные), n=60		
				1 мес.	6 мес.	18 мес.
Фагоцитоз, %	25,1±1,3	32,7±1,8*	17,8±1,0*	18,2±1,1*$^{\&}$ $_{\&}$	19,6±1,1*$^{\&}$ $_{\&}$	25,8±1,3$^{\&}$^
Фагоцитарное число	3,55±0,27	4,12±0,33	5,22±0,44*$^{\&}$	6,04±0,53* $_{\&}$	4,75±0,40*	4,39±0,33
НСТ, %	26,4±1,4	38,2±2,1*	19,7±1,2*	22,5±1,4$^{\&\&}$	27,8±1,6$^{\&}$^	31,4±1,6*$^{\&}$ ^

Примечания: 1 * - различия с контрольной группой достоверны, p<0,05, ** - p<0,01
2 $^{\&}$ - различия с группой сравнения 1 достоверны, p<0,05, $^{\&\&}$ - p<0,01
3 ^ - различия с группой сравнения 2 достоверны, p<0,05

одного достоверного различия показателей с контрольной группой.

Достоверное превышение относительно группы сравнения 2 было выявлено по средней величине содержания лейкоцитов в периферической крови, лимфоцитов, относительному числу CD20+ клеток, абсолютному - CD4+ и иммунорегуляторному индексу (p<0,05 во всех случаях).

Соответственно результатам анализа показателей клеточного иммунитета лиц, зависимых от ПАВ, в условиях пенитенциарной системы мы можем сделать вывод о наличии динамике к компенсации выявленных различий в ходе пребывания, что свидетельствует о позитивной роли элиминации причинного фактора снижения иммунитета (употребления инъекционных ПАВ). Обследованные данной категории в большей степени нуждаются в коррекции нарушений иммунитета в ранние сроки пребывания в условиях пенитенциарной системы.

В обеих группах обследованных наркологических больных было зарегистрировано исходное снижение содержания иммуноглобулинов основных классов и превышение концентрации ЦИК над показателями контрольной группы (таблица 2). При этом в наибольшей степени снижалось содержание IgM, различия по данному показателю с контролем достигали в среднем 33,1%. Степень превышения содержания ЦИК над показателем группы практически здоровых лиц была более чем трехкратной (p<0,01 по обоим значениям). В дальнейшем была зарегистрирована тенденция к нормализации всех исследованных показателей гуморального иммунитета. Так, через 6 месяцев различия по уровню IgM составляют только 24,1%, а степень превышения ЦИК - 166,4% (p<0,05, p<0,01). Через 18 месяцев было зарегистрирована практическая нормализация содержания IgA и IgG, степень различий по IgM снизилась до 15,3%, а по ЦИК - до 69,7% (p<0,05 в обоих случаях). Несмотря на это, достоверные различия с исходным анализом в группе наркологических больных в условиях пенитенциарной системы были выявлены только по содержанию ЦИК.

У не осужденных лиц, зависимых от ПАВ, наблюдались достоверные различия с контрольной группой практически здоровых лиц по всем исследованным показателям иммунной системы. Отмечалось снижение показателя фагоцитоза (p<0,05). При этом различия с группой осужденных, не имеющих зависимости от ПАВ, была разительной, т.е. в последней группе отмечался достоверный рост показателя на фоне пенитенциарного стресса, а у лиц зависимых от ПАВ - снижение. Однако однонаправленными были изменения средней величины фагоцитарного числа. Оно превышало уровень контрольной группы как в группе сравнения 1, так и в группе сравнения 2 (p<0,05 во втором случае). Изменения величины НСТ соответствовали тенденциям показателя фагоцитоза. Если в группе сравнения 1 он достоверное повышался, то у наркологических больных столь же достоверно снижался (p<0,05 в обоих случаях).

У наркологических больных в условиях пенитенциарной системы исходно (через 1 месяц после прибытия в места отбытия наказания) величины фагоцитоза примерно соответствовали показателям, характерным для группы сравнения 2 (таблица 3). Фагоцитарное число достигало наибольшего уровня среди всех обследованных и превышало показатель контрольной группы на 70,1% (p<0,05). Величина НСТ-теста, хотя и не имела достоверных различий с контролем, была высокодостоверно (p<0,01) ниже, чем в группе сравнения 1 (на 41,1%).

Через 6 месяцев отмечалась тенденция к увеличению показателя фагоцитоза, хотя он и оставался достоверно сниженным на 21,9% относительно контрольной группы (p<0,05). Уменьшилось, но не нормализовалось, среднее значение фагоцитарного числа. Величина показателя

Таблица 4 - Содержание иммунорегуляторных цитокинов в крови лиц, зависимых от ПАВ в условиях пенитенциарной системы

Показатель	Контроль, n=30	Группа сравнения 1, n=35	Группа сравнения 2, n=40	Наркологические больные (осужденные), n=60		
				1 мес.	6 мес.	18 мес.
IL-1 β пг/мл	23,9±1,8	30,5±2,4*	20,5±1,7	16,8±1,5*$^{\&}$	19,6±1,6$^{\&}$	21,5±1,6$^{\&}$
IL-6 пг/мл	2,8±0,2	3,7±0,3*	3,9±0,3*	3,5±0,3	3,5±0,3*	3,2±0,2
ФНОα (TNFα) пг/мл	69,6±5,7	74,7±6,4	52,1±4,7*	49,8±4,7*$^{\&}$	46,7±4,2*$^{\&}$	60,4±4,9
Интерферон-γ (IFNγ) пг/мл	29,3±2,4	25,1±2,2	17,4±1,6*	14,1±1,3**$^{\&}$	16,0±1,4*$^{\&}$	21,4±1,7*
Примечания: 1 * - различия с контрольной группой достоверны, p<0,05, ** - p<0,01 2 $^{\&}$ - различия с группой сравнения 1 достоверны, p<0,05, $^{\&\&}$ - p<0,01						

НСТ-теста примерно соответствовала уровню контрольной группы и достоверно превысила показатель группы сравнения 2 (p<0,05).

Через 18 месяцев отмечалась практическая нормализация уровня фагоцитоза. Величина фагоцитарного числа, хотя и превосходила среднее значение в контрольной группе, однако различия с ней были недостоверными. Значение НСТ-теста в среднем достоверно превзошло показатель контрольной группы на 18,9%, а также превысило уровень группы сравнения 2 на 59,4% (p<0,05 в обоих случаях).

Результаты анализа показателя неспецифического фагоцитарного звена иммунитета также свидетельствуют о наличии динамики к нормализации у больных наркологического профиля в условиях пенитенциарной системы.

Анализ содержания цитокинов в крови лиц, зависимых от ПАВ, обследованных вне пенитенциарной системы, свидетельствовал о наличии определенных нарушений, достоверных при сравнении с практически здоровыми лицами (таблица 4). Так, было выявлено превышение содержания в крови IL-6 (p<0,05), умеренное снижение ФНО? и содержание интерферона-? (p<0,05 во всех случаях). Обращает на себя внимание тот факт, что, несмотря на превышение содержания IL-1 ? в крови практически здоровых лиц, осужденных на лишение свободы, и отсутствие достоверных различий с контролем у не осужденных наркологических больных, в условиях пенитенциарного стресса при первичном обследовании отмечалось достоверное снижение данного показателя на 29,7% относительно контроля.

В срок обследования 6 и 18 месяцев средние величины данного показателя возрастали и не имели достоверных различий с контролем. На протяжении всего периода исследования отмечалось превышение содержания IL-6 в крови у обследованных лиц, зависимых от ПАВ, в условиях пенитенциарной системы, при этом достоверных различий не было.

Уровень ФНО? при исходном исследовании был наиболее низким среди всех обследованных групп и имел достоверные различия с контролем на 28,4%. Через 6 месяцев средняя величина данного показателя снизилась до 32,9% относительно контроля (p<0,05). Однако через 18 месяцев отмечалось повышение показателя, который в этот срок не имел различий ни с контрольной группой, ни со средними значениями в обеих группах сравнения.

Самой низкой среди всех обследованных была также величина среднего содержания интерферона-? при поступлении лиц рассматриваемой группы в пенитенциарном учреждении. Различия с контролем составили 51,9% (p<0,01). Далее в динамике значение показателя увеличивалось, однако в срок 6 месяцев и 18 месяцев сохранялись достоверные различия с контролем, составлявшие 45,4% и 27,0% соответственно (p<0,05 в обоих случаях).

Выводы:

1. Воздействие пенитенциарного стресса на иммунологические показатели у лиц, зависимых от ПАВ, разнонаправленное с эффектами угнетения системы иммунитета, связанными с инъекционным потреблением наркотиков.

2. В динамике пребывания зависимых от ПАВ лиц в исправительных учреждениях отмечается повышение иммунного статуса, что связано с прекращением потребления наркотических препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1.Нурмуканов Д.К. // Особенности нарушений иммунологической реактивности у больных спецконтингента при пенитенциарном стрессе и пути их коррекции / Автореферат дисс..., Семей, 2010 - с. 22

ПСИХИКАНЫ БЕЛСЕНДІРЕТІН ЗАТТАРДЫ ҚАБЫЛДАҒАН СОТТАЛУШЫЛАРДЫҢ ЖАСУШАЛЫҚ, ГУМОРАЛДЫҚ ЖӘНЕ ФАГОЦИТАРЛЫ ИММУНИТЕТ ӨЗГЕРІСІНІҢ КӨРІНІСІ

Психобелсенді заттектерді (ПБЗ) қабылдау үшін сотталған тұлғаларда, иммундық жүйенің өзгеру динамикасының салыстырмалы зерттелуіне арналған зерттеу нәтижелері ұсынылды. Наша тұтынушылардың иммундық реактивтлігінің төмендеуі көрсетілді. Алайда пенитенциарлық жүйе жағдайында бейімдену және ПБЗ қабылдауын тоқтату кезінде, ПБЗ қабылдаған сотталғандарда иммундық жағдайының көрсеткіштері жақсарғаны белгіленді.

DYNAMICS CHANGE CELLULAR AND PHAGOCYTOSIS IMMUNITY AT THE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES CONDEMNED FOR THE USE

The results of study on the comparative study of dynamics of the immune system have been convicted of use of psychoactive substances (SAS). Pointed to decreased immune reactivity for drug users. However, in the process of adaptation and exclusion receiving surfactant in the prison system noted improvement in the immune status of convicts who used surfactants.

VALEO

М.Ю. Хомяков

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА, АССОЦИИРОВАННОГО УРЕАПЛАЗМЕННО-МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Медицинский центр "Архи-МЕД"

Введение. Среди инфекционно-воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы рецидивирующий генитальный герпес (РГГ), ассоциированный уреаплазменно-микоплазменной инфекцией является наиболее распространенным[1,2,3]. Страдают чаще мужчины наиболее трудоспособного и репродуктивного возраста. При этом по оценкам разных авторов[4,5] осложнения могут вызываться или поддерживаться вирусами простого герпеса (ВПГ) в 2,9-21,8% случаев.

Материалы и методы. Нами было обследовано 46 больных мужчин с клинически выраженным рецидивирующим генитальным герпесом. Атипичные формы РГГ не анализировались и не были включены в данное исследование. Возраст больных колебался от 25 года до 45 лет. Большинство мужчин было в наиболее трудоспособном возрасте от 30 до 40 лет- 47,8% (22 человека).

При клиническом анализе полученного материала мы учитывали анамнестические данные - длительность заболевания, частоту и длительность рецидивов. При этом 45,6% (21 пациент) имели давность заболевания от двух до четырех лет. Большинство мужчин - 61% (28 человек) - имели рецидивы от двух до четырех раз в год. Средняя продолжительность рецидива у обследуемых больных составила 10,12?0,47 дней. Это явилось основными критериями тяжести течения заболевания[6,7].

Нами было проведено многофакторное иммунофенотипирование иммунекомпетентных клеток. Обследование проводилось до, и после лечения пациентов[8]. Сравнительное изучение этих показателей у больных с бактериально-вирусной инфекцией позволило нам выявить степень иммунных нарушений

Таблица 1 - Сравнительная оценка эффективности различных программ терапии РГГ, ассоциированного уреаплазменно-микоплазменной инфекцией

Параметры	СТ M±m	СТ + ДЕРИНАТ M±m
CD3+ %	49,6±2,16	52,1±0,8 *
CD4+ %	31,5±4,8	36,2±0,7 *
CD8+ %	15,5±2,5	15,9±1,3
CD16+ %	9,3±1,3	15,9±0,58 *
CD20+ %	9,9±1,6	9,14±0,8 *
IgA г/л	1,72±0,39	1,89±0,07 *
IgM г/л	1,29±0,17	1,25±0,07 *
IgG г/л	13,52±2,6	14,63±1,43 *
ЦИК у.е.	73,6±10,0	63,0±7,8 *

Примечание: * - достоверность различий с группой, получившей стандартную терапию, при $p<0,05$;

и их направленность в момент рецидива ГГ.

Результаты и обсуждения. Недостаточность клеточного звена иммунной системы проявлялась снижением количества Т-лимфоцитов: CD3+ и CD4+ - клеток; увеличением числа цитотоксических лимфоцитов. Гуморальные факторы иммунной системы характеризовались низким уровнем содержания в сыворотке крови мужчин с бактериально-вирусной инфекцией IgA. При этом дефицит IgA был максимален у пациентов с тяжелым течением герпетической инфекции, где рецидивы болезни были от 4 до 6 раз в год. Общее количество IgM, напротив, было выше, чем в контрольной группе. Уровень IgG в сыворотке крови пациентов с генитальным герпесом, ассоциированным уреаплазменно-микоплазменной инфекцией был немного выше показателей здоровых лиц, при этом нами зафиксирована тенденция к увеличеншо IgG у пациентов с длительностью инфекционного процесса до двух лет.

Во врачебной практике в лечении РГГ в настоящее время отдается предпочтение монотерапии противогерпетическими химиопрепаратами, в частности, валацикловиром[9,10,11]. Однако терапия данным препаратом все чаще становится малоэффективной. Одной из причин, определяющих низкую эффективность монотерапии валацикловиром, являются иммунные нарушения, предрасполагающие к персистирующему течению герпетической инфекции и развитию вторичных иммунных нарушений, возникающих при длительном течении заболевания[6,8,9].

Нами проведен сравнительный анализ клинико-иммунологической эффективности программ терапии РГГ, ассоциированного уреаплазменно-микоплазменной инфекцией с применением стандартной терапии, сочетания стандартной терапии и иммуномодулятора деринат.

Результаты исследований отметили низкую клиническую эффективность стандартной терапии РГГ, ассоциированного уреаплазменно-микоплазменной инфекцией. Включение иммунотропного препарата в терапию РГГ у мужчин повысило эффективность терапии. Пациенты, получающие в качестве терапии валацикловир, авелокс, вильпрафен и иммуномодулятор деринат, отметили значительное улучшение самочувствия и высокий эффект от проводимого лечения, что отразилось на количестве обострений в последующий от начала терапии год (1,02±0,45) и продолжительности одного эпизода возникающих рецидивов (3,13±0,35).

Сопоставительный анализ эффективности различных программ терапии выявил, что наиболее высокое содержание CD3+ - лимфоцитов во второй группе по сравнению со стандартной терапией. Наиболее оптимальное соотношение иммунорегуляторных клеток отмечается в группе пациентов, получивших комплексную терапию с включением иммуномодулятора деринат. Именно в этой группе содержание Т-хелперов выше по сравнению с контрольной группой получивших стандартную терапию.

Следует отметить усиление процессов межклеточной кооперации с тенденцией к увеличению содержания IgA класса у больных, получивших иммуномодулирующую терапию деринатом.

Дисиммуноглобулинемия, имеющая место до начала терапии исчезает. При этом содержание IgM класса наиболее достоверно уменьшается во второй группе с постепенным увеличением синтеза IgG. Содержание циркулирующих иммунных комплексов наименьшее в группе больных, получающих сочетанную стандартную и иммуномодулирующую терапию (табл. 1).

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что включение в стандартную терапию больных рецидивирующим генитальным герпесом, ассоциированным уреаплазменно-микоплазменной инфекцией, иммуномодулятора деринат, дает возможность значительно улучшить клинико-иммунологические показатели, что выражается в увеличении сроков ремиссии, уменьшении длительности возникающих рецидивов и, как следствие, улучшение качества жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баринский И.Ф., Шубладзе А.К., Каспаров А.А., Гребенюк В.Н. Герпес (этиология, диагностика, лечение). - М.: Медицина, 2001 - 268 с.
2. Исаков В.А., Сафронова М.М., Семенов А.Е. Медико-социальное значение и современная терапия генитального герпеса // International Journal on Immunorehabilitation.-2004-№2-с. 11 -25
3. Баткаев Э.А., Лилова Е.В. Лечение генитального герпеса и урогенитального хламидиоза (учебное пособие). - М.: РМАПО, 2002-23 с.
4. Ogawa V. Urologic aspects of sexually transmitted diseases // Nippon Rinsko 2007-Vol.51-p.478-541
5. Борисова А.М., Алкеева А.Б., Саидов М.В. роль системы естественной цитотоксичности в иммунопатогенезе рецидивирующей герпетической инфекции и влияние иммуномодуляторов на клинико- иммунологический статус // Иммунология. -2005 - №6 - с. 60-63
6. Ершов Ф.И. Противовирусные препараты // Клиническая фармакология и терапия- 2007-№4-с.72-75
7. Мокеева М.В., Комарова М.В. Особенности иммунологического реагирования у больных с РГГ в зависимости от степени тяжести заболевания. // Сборник научных трудов: "Екатеринбургский консультативно-диагностический центр: итоги 15-летней деятельности в практическом здравоохранении". - Екатеринбург-2006-с.230-234
8. Самгин М.А., Халдин А.А., Халдина М.В. Терапевтические возможности валтрекса (валацикловира) при простом герпесе и герпесассоциированной многоформной эритеме (обобщение пятилетнего опыта). // Вестник дерматологии и венерологии-2003-№4-с.52
9. ХорошиловаН.В., СетдиковаН.Х., ТрофимоваЕ.И. Особенности иммунного статуса у больных с хронической вирусной инфекцией // ВИЧ/СПИД и родственные проблемы-2007-№2-с.34-35
10. Corey L., McCutchan J.A., Ronald A.R. et al. Evaluation of new antiinfective drugs for the treatment of genital infection due to herpes simplex virus. // Clin Infect Dis-2006-Vol.15-p.99-107
11. Тиктинский О.Л., Новиков И.Ф., Михайличенко В.В. Заболевания половых органов у мужчин.-М.: Медицина-2007-С.25

УРЕАПЛАЗМАЛЫҚ - МИКОПЛАЗМАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯМЕН СИПАТТАЛҒАН ҚАЙТАЛАНАТЫН ЖЫНЫС МҮШЕЛЕРІНІҢ ГЕРПЕСІН ЕМДЕУДЕ ӘР ТҮРЛІ БАҒДАРЛАМАЛАРДЫҢ ТИІМДІЛІГІН САЛЫСТЫРМАЛЫ БАҒАЛАУ

Уреаплазмалық - микоплазмалық инфекциямен ассоциацияланған қайталанатын гениталді герпесті науқастың үйреншікті терапиясына деринат иммуномодуляторын енгізу әсері клиникалық иммунологиялық көрсеткіштерін едәуір жақсартуға мүмкіншілік берді. Бұл ремиссия мерзімдерінің артуынан пайда болатын рецидивтер ұзақтығының қысқаруына, соның салдарынан емделушінің өмір сапасының жақсаруына мүмкіндік береді.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF VARIOUS PROGRAMS OF RECURRENT GENITAL HERPES THERAPY ASSOCIATED WITH UREAPLAZMAL AND MYCOPLAZMAL INFECTIONS

Inclusion of Derinat immunomodulator in patient's standard therapy of recurrent genital herpes associated with ureaplazmal and mycoplazmal infections gives an opportunity to improve considerably clinical - immunological indicators that is expressed in increase of remission terms, reduction of duration of arising recurrences and finally in improvement of patients' life quality.

VALEO

Югай М.К.

КРЕМ РОЗАМЕТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ И БАЛАНОПОСТИТОВ ТРИХОМОНАДНОЙ И ГАРДНЕРЕЛЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

РГП "Больница" УДП РК

На общем фоне роста ЗППП, наблюдается увеличение частоты инфекций влагалища у женщин и баланитов и баланопоститов у мужчин.

Баланит - это воспаление головки полового члена с частым вовлечением препуция(баланопостит).Это заболевание выявляется при однократном исследовании у 11% пациентов, обратившихся к урологам и дерматовереролагам

Из протозойных инфекций трихомонады наиболее часто вызывают баланит.

В последние годы растет число баланопаститов,вызванных Gardnerella vaginalis. Симптомы баланита включают раздражение препуция и полового члена, пятнистую эритему, субпрепуциальные выделения с характерным "аминным" запахом.

Трихомонадная инфекция у женщин - это многоочаговое заболевание, которое в остром периоде характеризуется обильными выделениями, раздражающих кожу и сильным зудом наружных половых органов.

Среди вульвовагинальных инфекций нижнего отдела половых органов одна треть всех случаев приходится на долю бактериального вагиноза.

Клинически БВ характеризуется длительными и обильными выделениями из половых путей с неприятным запахом. У части пациенток наблюдается зуд, дизурические расстройства.

Таким образом, характерной особенностью течения баланопоститов и вульвовагинитов является многообразие симптомов и вариантов клинического течения, что определяет необходимость выбора рациональной тактики ведения больных. В комплекс используемых лекарственных препаратов включают эффективные средства для наружного применения, обладающие противовоспалительными, антибактериальными свойствами. К таким препаратам относится 1%крем Розамет (в 1г крема содержится 10 мг метронидазола). Известно, что метронидазол оказывает бактериостатическое действие в отношении грамотрицательной анаэробной флоры, антипаразитарное и трихомонадоцидное.

Материал и методы: Под наблюдением находились 38 мужчин и 40 женщин в возрасте от 30лет до 52лет с давностью заболевания от 2 недель до 12 месяцев.

У мужчин, с баланопаститом при обследовании были выявлены :полимикробная ассоциация (включая G vaginalis)-17(44,7%);T.vaginalis- у 12 (31,5%).

Больные трихоманиазом получали перорально трихопол (по 250 мг 3 раза в день в течении 10 дней),тиберал (500 мг 2 раза в день-7 дней);больные с гарднереллезом - клиндамицин (по 300 мг 2 раза в день-7 дней). Наружно применялся 1% крем Розамет 2 раза в день -2 недели.

Результаты: В динамике наблюдения исчезновения налета специфического запаха отмечалось на 3-4 день терапии, эпителизация эрозивных дефектов - на 8-10 день, полный регресс симптомов отмечался через 2 недели. В результате комплексной терапии баланопаститов клиническое излечение отмечено - у 25(65,7%),значительное улучшение - у 6(15,7%), улучшение - у 5 (13,1), не было эффекта -у 1(2,6%).

В группе женщин с вульвовагинитами при обследовании были выявлены G vaginalis- у 25(62,5%),T vaginalis- 15(37,5%) Жалобы больных и клиническое течение процесса были типичными. На фоне традиционной терапии пациентки получали наружно крем Розамет в течение 2 недель. Крем наносился на малые половые губы, преддверие влагалища. На 2-4 день уменьшалось количество отделяемого, исчезал запах, гиперимия, эпителизация эрозивных дефектов разрешалась в течение 10-12 дней. В результате терапии клиническое излечение наступило - у 34(85%), улучшение - у 6(15%).

Наш опыт применения 1% крема Розамет в комплексном лечении баланитов и вульвовагинитов показал его эффективность и хорошую переносимость.

ЛИТЕРАТУРА

1.Забиров К.И.,Марчук Н.В., Ширшова Е.В. Баланопаститы:клиника , диагностика и лечение.Вестн дерматол и венерол 2004;6:17-25

2.Прилепская В.Н. Заболевание шейки матки, влагалища и вульвы. М 2000; 259-280.

ЭТИОЛОГИЯСЫ ТРИХОМОНАДОЗДЫ ЖӘНЕ ГАРДНЕРЕЛЛЕЗДІ БАЛАНОПОСТИТ ЖӘНЕ ВУЛЬВОВАГИНИТ АУРУЛАРЫН ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ "РОЗАМЕТ" КРЕМІН ҚОЛДАНУ

Бұл мақалада баланопостит және сарпай ішектік аурулар кезінде қолданылатын тиімді ем шаралар туралы қарастырылған. Трихомониазбен науқастар ауыз арқылы трихопол (250 мг - нан 10 күн аралығында күніне 3 рет), тиберал (500 мг 2 рет күніне - 7 күн бойына); гарднереллезбен науқастар - клиндамицин (300 мг-нан 2 рет күніне - 7 күн) қабылдады. Қосымша 1% Розамет кремін 2 рет күніне - 2 апта бойына қабылдаған кезде науқастарда жағымсыз әсер байқалмаған.

Зерттеу нәтижесінде емнің клиникалық әсері науқастардың 34(85%) байқалып, 6(15%) науқаста жағымды әсері анықталды. Сонымен, біздің тәжірибе көрсеткендей 1% Розамет кремін баланопостит және сарпай ішектік ауруларды емдеуде 10-12 күн бойына үзбей қосымша қолдану жағымды әсер ететіндігін көрсетеді.

CREAM ROZAMET IN THE COMPLEX THERAPY OF VULVOVAGINITIS AND BALANOPOSTHITIS OF TRICHOMONAS AND GARDNERELLESIS ETIOLOGY

Patients suffered from trihomaniazis received Trichopol per oral (250 mg 3 times daily for 10 days), Tiberal (500 mg 2 times a day, 7 days), patients with gardnerellezis - clindamycin (300 mg 2 times a day, 7 days). 1% Cream Rozamet was externally applied 2 times a day -2 week.

As a result of therapy clinical recovering was - in 34 (85%), improvement - in 6 (15%).

Our experience of using 1% cream Rozamet in treatment of balanitis and vulvovaginitis has demonstrated its efficacy and good tolerability. An amount of excreta is decreased at 2-4 days, smelling is disappeared, hyperemia, epithelization of erosive defects resolved within 10-12 days.

VALEO

Югай М.К.

ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ СО-МАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

РГП "Больница" УДП РК

Онихомикозы широко и повсеместно распространены. Они занимают первое место среди грибковых заболеваний и поражают разные возрастные группы. Частота онихомикозов возрастает от 3 % у детей до 45 - 60 % у взрослых: особенно тяжелой проблемой онихомикозы становятся для соматически отягощенных больных. По данным микологической лаборатории ЦНИКВИ среди возбудителей онихомикозов, дерматофиты составляют 50,4%,плесени-18%,смешанная флора-2%.

По патофизиологическому признаку различают 4 типа поражения ногтевых пластин: дистально-латеральный подногтевой, белый поверхностный, проксимальный подногтевой, тотальный дистрофический.

Поражение ногтевых пластин в виде изменения их формы, цвета, консистенции не несет угрозы с позиции морбидности и летальности, кроме болезненности при ношении обуви и ходьбе в случае онихомикоза, при развитии подногтевого гиперкератоза, осложнений в виде вросших ногтей и паронихий. Нередко онихомикоз отмечается у больных с сопутствующей патологией: при заболеваниях пищеварительной, эндокринной систем, нарушениях кровообращения, иннервации. Опубликованы работы по лечению онихомикозов у больных с различной тяжелой самотической патологией с трансплантированными органами(почки и сердце), ВИЧ-инфекцией, гепатитом и др.) системными антимикотиками в средних терапевтических и курсовых дозах. В этом аспекте в связи с тяжелой соматической патологией у больного онихомикозом мы приводим наше наблюдение:

Больной К., обратился в мае 2007г. с жалобами на изменение цвета, формы ногтевых пластин пальцев стоп, высыпания на кожных покровах кистей и стоп. Считает себя больным в течение нескольких лет, занимался самолечением различными противогрибковыми мазями без эффекта. Больной жаловался на изменение внешнего вида ногтей, появились депрессивные переживания: боязнь и страх заразить родных и близких.

Из данных анамнеза: в 2003г.-холецистэктомия, в 2005г.-

АКШ. Находится на диспансерном наблюдении у врача-кардиолога в "Больница" УДП РК.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Поражение 7 ногтевых пластин пальцев на стопах по дистально - латеральному типу, пластины желтого цвета, утолщены, крошатся, с выраженным подногтевым гиперкератозом. На кожных покровах стоп в области подошв очаги гиперкератоза, муковидное шелушение, отслойка эпидермиса в области межпальцевых промежутков.

При обследовании: общий анализ крови от 9.02.2010г:Hb 150 г/л,эр.4,5*10/12 л, цв.пок.0,9,л.6,2*10/9л,с.64%, э.2%,лимф. 26%,мон.6%; СОЭ 10 мм/ч; общий анализ мочи от 9.02.2010г :моча прозрачная относительная плотность 1,025, белок не обнаружен, эпителий 1-2 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения. При биохимическом исследовании крови от 12.02.2010г: общий белок 62,2г/л, холестерин4,1 ммоль/л, билирубин 10,2 ммоль/л,АЛТ- 0,32 ммоль/л,глюкоза 5,0 ммоль/л.На бак. Посеве от 01.02. 2010г. с ногтевых пластинок стоп обнаружен рост T.rubrbm.В лечении назначен системный антимикотик широкого спектра действия - ламизил в средних терапевтических дозах Ламизил был выбран нами по следующим причинам. Данный препарат действительно активен в отношении T. Rubrum,хорошо всасывается из желудочно- кишечного тракта, обладает выраженной липофильностью, стабильной аккумуляцией в ногтях. Существенно, что механизм действия Ламизила не связан с цитохромом Р-450,чем можно объяснить его хорошую переносимость и минимальный риск взаимодействия с другими препаратами. Ламизил - оригинальный препарат ,производимый фирмой разработчиком. Терапия ламизилом сочеталась с местным лечением противогрибковыми мазями(микоспор,экзодерил), включая противоэпидемические мероприятия. Ламизил назначался по 250 мг 1 раз в день после еды в течение 12 недель. Переносимость - хорошая, побочных действий и осложнений не отмечено. Лечение проводилось под динамическим наблюдением за общими анализами крови и мочи ,биохимическими показателями крови. По окончании лечения проведены микроскопи-ческие исследования - нити мицелия не обнаружены.

В результате проведенного лечения выросли здоровые ногтевые пластинки, кожные покровы стоп чистые. За 6 месяцев лечения получен высокий терапевтический эффект.

На основании данных литературы и собственного опыта, мы считаем, что Ламизил - это эффективный антимикотик в лечении онихомикозов у пациентов с тяжелой соматической патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рукавишникова В.М,, Федоров С.М. О терапевтической эффективности ламизила у больных дерматофитиями и некоторыми недерматофитными микозами.Вест.дерматол. и венерол. 1997г, 2:19-24

2. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К. и др. Дерматология. М 1999г.

АУЫР СОМАТИКАЛЫҚ ПАТОЛОГИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДА ОНИХОМИКОЗДЫ ЕМДЕУ

Онихомикоз кең таралған сырқаттардың бірі. Олар саңырауқұлақты аурулардың ішінде бірінші орынға ие. Әсіресе онихомикоз балалардың 3 % да, ересектердің 45 - 60 % кездеседі, ал онихомикоздың ауыр түрі соматикалық ауруы бар наукастарда жиі байқалады. Микологиялық зертханалардың акпараты бойынша онихомикоздардың қоздырушыларының ішінде дерматофиттер 50,4%, аралас флоралар 2%, алапес коздырғыштары 18% құрайды.

TREATMENT OF ONYCHOMYCOSIS IN PATIENTS WITH SE-VERE SOMATIC PATHOLOGY

Onychomycosis is widely and universally distributed. They are the most common fungal diseases and affect different age groups. The frequency of onychomycosis increases from 3% in children aged 45 - 60% in adults: onychomycosis become as a problem for somatic patients. According to the mycological laboratory CSISVI the pathogens of onychomycosis, dermatophytes are 50,4%, mold-18%, mixed flora-2%.

VALEO

Г.Е. Шыршықбаева

ЭПШТЕЙН -БАРР ВИРУС ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ КЛИНИКАСЫ

ММ "Қалалық жұқпалы аурулар ауруханасы"

Соңғы жылдары герпес вирус инфекциясы мен ауыратын науқастардың саны көбеюде. Клиникалық тәжірибеде кеңінен таралған ерін герпес (Herpes Simplex I шақырылады), белдеме (Herpes zoster) және жыныс герпес (Herpes Simplex II шақырылады) кездеседі. Трансплантология және гинекология салаларында цитомегаловируспен шақырылған аурулар жиі кездеседі. Бірақ Эпштейн-Барр вирусымен шақырылған жұқпа туралы дәрігерлер жақсы біле қоймайды. Эпштейн-Барр вирусы алғаш рет 35жыл бұрын Беркетт лимфома жасушаларынан бөліп алынған. Кейіннен вирус адамда жедел мононуклеоз және тамақ карциномасын шақыратыны белгілі болды. Қазіргі уақытта Эпштейн-Барр вирусы бірқатар онкологиялық, лимфопролиферативтік және аутоиммунды аурулармен қатар жүретіні белгілі (классикалық ревматизмдік аурулар, васкулиттер, спецификалық емес жаралы колит және т.б). Сонымен қатар Эпштейн-Барр вирусы созылмалы мононуклеоз түрінде өтетін аурудың жасырын формаларын шақырады [1,3,6,9,12].

Эпштейн-Барр вирусы герпес вирустар туыстығына , гамма герпес вирус туыс асты және лимфокриптивирустар түріне жатады, екі молекулалы ДНҚсы бар және басқа да вирустар тәрізді адам ағзасында өмір бойы болады [6,8].

Эпштейн-Барр вирусы науқастарда иммунитет төмендеген жағдайда және тұқым қуалайтын аурулар бар кезде, жоғарыда көрсетілген аурулардың шақыруы мүмкін. Вирус көбінесе в- лимфоциттерді зақымдайды [7].

Көптеген зерттеушілердің пікірінше, қазіргі уақытта халықтың 80-90% Эпштейн-Барр вирусын жұқтырған. Біріншілікті жұғу көбінесе балалық немесе жасөспірім шақта жүреді. Вирустың жұғу жолдары әр-түрлі: ауа-тамшы, тұрмыстық қатынас, жыныстық қатынас, трансплацентарлы. Вирусты жұқтырғаннан кейін адам ағзасында вирустың көбеюі және иммунитететің төмендеуі мүмкін. Егер науқас иммунитеті төмен болса және вирус көп мөлшерде ағзаға түсе, нәтижесінде жұқпалы мононуклеоз көрініс беруі мүмкін [4].

Эпштейн-Барр вирус жұқпасы шақырған жедел инфекциясымен ауырған науқастың иммуитетінің төмендігіне, тұқым қуалау аурулары және сыртқы орта факторлары (күйзеліс, жұқпалар, операция, қоршаған ортаның жағымсыз әсері) байланысты [5].

Науқастарда әлсіздік, тершеңдік, кейде бұлшық еттер мен буындарда ауыру сезімі, тері де бөртпелердің болуы, құрғақ жөтел, мұрын мен дем алудың қиындауы, оң жақ қабырға астында ауырлық сезімі, бас айналу, бұрын науқаста болмаған бастың ауыруы, ұйқының бұзылуы, естің және интелекттің төмендеуі байқалады. Жиі шамалы дене қызуы, лимфотүйіндерінің ұлғаюы, әртүрлі дәрежедегі бауыр мен көкбауырдың ұлғайуы анықталады. Кейде науқастар өзінің жағдайын созылмалы тұмау тәрізді сипаттайды [9].

Иммунды тапшылық бар науқастарда Эпштейн-Барр вирус жұқпасы таралған формада болады. Ол орталық және шеткі жүйке жүйесінің зақымдануымен жүреді (менингит, энцефалит, мишық атаксиясы, полирадикулоневриттер дамуымен қатар жүреді). Сонымен қатар, басқа да ішкі ағзалардың зақымдалуы (миокардит, гломерулонефрит, лимфоцитарлы интерстициальды пневмонит, гепатиттің ауыр түрлері). Эпштейн-Барр вирус жұқпасының таралған формасы кейде өліммен аяқталады [10,15].

Созылмалы Эпштейн-Барр вирус жұқпасы жиі жасырын түрде немесе басқа созылмалы аурулар мен бірге көрініс табады. Эпштейн-Барр вирус жұқпасының жасырын формасының жиі кездесетін екі формасы бар. Бірінші жағдайда науқастарда ұзақ уақыт дене қызуы, әлсіздік, шеткі лимфа түйіндеріндегі ауыру сезімі, бұлшық еттердің және буындардың ауруы мазалайды. Екінші жағдайда жоғары да көрсетілген шағымдардан басқа тыныс жолдарының, терінің, асқазан ішек жолдарының, жыныс аймақтарының оларға тән емес жұқпасы ретінде, оған қоса ем қолданғанда толық жазылмай, ауры жиі қайталанады [11]. Созылмалы Эпштейн-Барр вирус жұқпасы диагнозын нақтылауда, вирустың көбеюін тежеу өте маңызды болып табылады. Созылмалы Эпштейн-Барр вирус жұқпасын анықтауда, арнайы тексерулер жоқтығы, дәрігерлердің осы ауру жайында жеткіліксіз ақпараттануы да, диагнозді қоя алмауына үлкен үлес қосады. Созылмалы Эпштейн-Барр вирус жұқпасынан лимфопролиферативті және аутоиммунды аурулардың даму қаупін еске ала отырып, осы ауруға күдік туғанда, арнайы зерттеулер жасау қажет. Созылмалы Эпштейн-Барр вирус жұқпасына тән көріністер - бұл ұзақ уақытты дене қызуы, әлсіздік, тамақтағы ауру сезімі, лимфатүйіндердің ұлғайуы, көкбауыр мен бауырдың ұлғайуы, бауыр қызыметінің бұзылуы орын алады. Осы ауруға жасалған емнің нәтижесінде толық айығудың болмауы, осы аурудың маңызды көрінісі болып табылады. Осылайша, созылмалы Эпштейн-Барр вирус жұқпасы диагнозын қою үшін, жалпы клиникалық көріністерден басқа, иммунды статусты тексеру, серологиялық зерттеулер қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР

1.Гурцевич В. Э., Афанасьева Т. А. Гены латентной инфекции Эпштейна-Барр (ВЭБ) и их роль в возникновении неоплазий / / Русский журнал <ВИЧ/СПИД и родственные проблемы. 1998; Т. 2, № 1: 68-75.

2.Дидковский Н. А., Малашенкова И. К., Тазулахова Э. Б. Индукторы интерферона - новый перспективный класс иммуномодуляторов // Аллергология. 1998. № 4. С. 26-32.

3.Егорова О. Н., Балабанова Р. М., Чувиров Г. Н. Значение антител к герпетическим вирусам, определяемых у больных с ревматическими заболеваниями // Терапевтический архив. 1998. № 70(5). С. 41-45.

4.Малашенкова И. К., Дидковский Н. А., Говорун В. М., Ильина Е. Н., Тазулахова Э. Б., Беликова М. М., Щепеткова И. Н. К вопросу о роли вируса Эпштейна-Барр в развитии синдрома хронической усталости и иммунной дисфункции.

5.Christian Brander and Bruce D Walker Modulation of host immune responses by clinically relevant human DNA and RNA viruses //Current Opinion in Microbiology 2000, 3:379-386.

6.Cruchley A. T., Williams D. M., Niedobitek G. Epstein-Barr virus: biology and disease // Oral Dis 1997 May; 3 Suppl 1: S153-S156.

7.Glenda C. Faulkner. Andrew S. Krajewski and Dorothy H. CrawfordA The ins and outs of EBV infction // Trends in Microbiology. 2000, 8: 185-189.

8.Jeffrey I. Cohen The biology of Epstein-Barr virus: lessons learned from the virus and the host // Current Opinion in Immunology. 1999. 11: 365-370.

9.Kragsbjerg P. Chronic active mononucleosis // Scand. J. Infect. Dis. 1997. 29(5): 517-518.

10.Kuwahara S., Kawada M., Uga S., Mori K. A case of cerebellar meningo-encephalitis caused by Epstein-Barr virus (EBV): usefulness of Gd-enhanced MRI for detection of the lesions // No To Shinkei. 2000. Jan. 52(1): 37-42.

11.Lekstron-Himes J. A., Dale J. K., Kingma D. W. Periodic illness assotiated with Epstein-Barr virus infection // Clin. Infect. Dis. Jan. 22(1): 22-27.

12.Okano M. Epstein-Barr virus infecion and its role in the expanding spectrum of human diseases // Acta Paediatr. 1998. Jan; 87(1): 11-18.

13.Okuda T., Yumoto Y. Reactive hemophagocytic syndromeresponded to combination chemotherapy with steroid pulse therapy // Rinsho Ketsueki. 1997. Aug; 38(8): 657-62.

14.Sakai Y., Ohga S., Tonegawa Y. Interferon-alpha therapy for chronic active Epstein-Barr virus infection // Leuk. Res. 1997. Oct; 21(10): 941-50.

15.Yamashita S., Murakami C., Izumi Y. Severe chronic active Epstein- Barr virus infection accompanied by virus-associated hemophagocytic syndrome, cerebellar ataxia and encephalitis // Psychiatry Clin. Neurosci. 1998. Aug; 52(4): 449-52.

КЛИНИКА ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЭПШТЕЙНА-БАРРА

По данным большинства исследователей, сегодня примерно 80-90% населения инфицировано вирусом Эпштейна-Барра. Пути передачи вируса различны: воздушно-капельный, контактно-бытовой, трансфузионный, половой, трансплацентарный. Вирус протекает бессимптомно, либо проявляться в виде незначительных признаков острой респираторной вирусной инфекции или наличии в данный период значимого ослабления иммунной системы у пациента может развиться картина инфекционного мононуклеоза.

CLINIC OF A VIRUS INFECTION OF EPSTEIN-BARR

According to the majority of researchers, today approximately 80-90 % of the population are infected by virus of Epstein - Barr. Ways of transfer of a virus are various: air-drop, kontaktno-household,transfusion , sexual, transplacentary. The virus proceeds asymptomatic, or is shown in the form of insignificant signs of a sharp respiratory virus infection or presence the picture can develop in the given period of significant easing of immune system at the patient infectious mononucleosis.

VALEO

УДК 612.111.11:615.273.2:613.99

Салханова А. Б.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Казахская академия питания, Алматы

Одной из стратегий борьбы с железодефицитной анемией (ЖДА) является саплементация препаратами железа. В Казахстане с 2004 г. железосодержащие препараты включены в список лекарств, бесплатно выдаваемых всем беременным женщинам, а также женщинам репродуктивного возраста и детям до пятилетнего возраста с низким уровнем гемоглобина (Hb) в крови. Целью данной работы было изучить уровень Hb среди женщин репродуктивного возраста в зависимости от потребления железосодержащих препаратов, что было выполнено в рамках мультииндикаторного кластерного обследования (МИКО), проведенного в 2006 г. в Казахстане.

Материал и методы. Для выполнения исследования была использована выборка, репрезентативная для страны, а также для 14 областей и 2 городов (Алматы и Астаны), выполненная Агентством по статистике РК. Распространенность анемии изучалась у 4048 женщин 15-49 лет путем измерения уровня Hb в полевых условиях с помощью прибора HemoCue. Этот метод является надежным количественным методом, широко используемым и рекомендуемым для изучения распространенности анемии в полевых условиях (1).

Результаты и обсуждение. Среди обследованных женщин 16,5% потребляли таблетки железа в течение 12 месяцев, предшествовавших опросу, 83,5% - не потребляли. При этом у женщин, использовавших препараты железа, уровень Hb был достоверно ниже, чем у женщин, не использовавших их (11,72±0,08 г/дл по сравнению с 11,99±0,04 г/дл, $p<0,05$). При анализе значений Hb среди обеих групп респонденток в зависимости от различных социально-биологических характеристик, статистически значимый более низкий уровень Hb в крови женщин, потреблявших препараты железа, по сравнению с женщинами, не потреблявшими такие препараты, выявлен у женщин в возрасте 15-19 лет (11,5±0,1 г/дл и 11,9±0,07 г/дл, соответственно) и 45-49 лет (11,4±0,2 г/дл и 12,2±0,08 г/дл, соответственно), у женщин городской местности (11,8±0,1 г/дл и 12,2±0,05 г/дл, соответственно), а также у респонденток, проживающих в Карагандинской (11,6±0,2 г/дл и 12,3±0,1 г/дл, соответственно), Кзылординской (10,9±0,1 г/дл и 11,6±0,1 г/дл, соответственно) и Восточно-Казахстанской (11,7±0,3 г/дл и 12,3±0,1 г/дл, соответственно) областях.

Как уже указывалось выше, в республике с 2004 г. железосодержащие препараты включены в список лекарств, бесплатно выдаваемых всем беременным женщинам, а также анемичным женщинам репродуктивного возраста и детям до пятилетнего возраста. Кроме того, статья 160 Кодекса РК "О здоровье народа и системе здравоохранения" также говорит о профилактическом обеспечении железосодержащими препаратами целевых групп населения. Однако внедрение этой стратегии, по-видимому, имеет недостатки, о возможном наличии которых свидетельствуют результаты МИКО, согласно которым распространенность анемии среди женщин 15-49 лет (44,5%) почти не изменилась по сравнению с данными 1995 г. (48,8%) и все еще значительно превышает 40%-ный уровень. Более низкий уровень Hb в крови у женщин, потреблявших препараты железа, по всей вероятности, объясняется тем, что их принимали преимущественно женщины с анемией и исходно низким уровнем Hb. Это связано с тем, что препараты железа выдаются анемичным женщинам репродуктивного возраста по их обращаемости в поликлинику. Кроме того, возможно, что низкая ответная реакция уровня Hb на саплементацию, является результатом невыполнения схемы приема препаратов, а также недостаточной продолжительности их использования (2). Хотя по литературным данным, использование препаратов железа в различных странах демонстрирует свою эффективность у различных групп населения. Так, результаты обзорного исследования, сделанного M.Falkingham et al. свидетельствуют об улучшающем влиянии саплементации железом в течение 8-17 недель не только на значения Hb, но и на внимание и концентрацию у подростков и женщин репродуктивного возраста, имеющих базовый железодефицит различной степени тяжести, а также улучшение коэффициента интеллекта (IQ) у детей и женщин с анемией, получавших препараты железа в течение 13-29 недель (3). Другое исследование показывает эффект саплементации на улучшение развития речи (при весьма широкой разнице в базовом уровне Hb и двигательных функций детей с более тяжёлыми формами анемии (4). Эти данные подтверждаются результатами исследования по оценке

эффективности еженедельной схемы саплементации железом с фолиевой кислотой беременных женщин и детей до 3 лет в Кзылординской области РК в 1996-1997 гг.., выполненного Казахской академией питания (5). Еженедельная саплементация препаратами железа способствовала повышению уровня ферритина в сыворотке крови независимо от степени анемии у обследованных лиц и повышению уровня Hb в крови у лиц с умеренной анемией. В то же время, в последнее время в мире говорится о более эффективном воздействии полимикронутриентной саплементации на статус железа у женщин и детей (6, 7). Возможно, данное направление требует дополнительного изучения для применения в нашей стране. Кроме того, значительное снижение частоты ЖДА в промышленно развитых странах в течение нескольких десятилетий в результате улучшения диеты и фортификации продуктов питания доказывают, что программа по борьбе с ЖДА может быть более эффективной, если координировать и реализовывать одновременно все основные стратегии (саплементацию, фортификацию продуктов питания и пищевую диверсификацию). При этом фортификация продуктов питания должна включать не только железо, но и другие важные микронутриенты. Однако даже если программа фортификации муки осуществляется должным образом, беременные женщины и дети в возрасте до 24 месяцев будут нуждаться в приёме препаратов железа, поскольку у женщин потребность в железе во время беременности возрастает многократно, а младенцы потребляют мучные продукты в небольшом количестве. При этом следует учитывать необходимость контроля за приемом препаратов, а также усиление разъяснительной работы среди населения о важности саплементации и правильности приема препаратов железа.

ЛИТЕРАТУРА

1.Van Schenck H., Falkensson M., Lundberg B. Evaluation of "HemoCue", a new device for determining haemoglobin// Clinical Chemistry.- 1986.- V.32.- P.526-529.

2.Beaton G.H., McCabe G.P. Efficacy of intermittent iron supplementation in the control of iron deficiency anaemia in developing countries: an analyze of experience. The Micronutrient Initiative, 1999

3.Falkingham M., Abdelhamid A., Curtis P. et al. The effects of oral iron supplementation on cognition in older children and adults: a systematic review and meta-analysis.//Nutrition Journal.- 2010.-9:4.-http://www.nutritionj.com

4.Stoltzfus R.J. Defining iron-deficiency anemia in public health terms: reexamining the nature and magnitude of the public health problem.// Journal of Nutrition.- 2001.-V.131.-P.565-567.

5.Sharmanov T., Shakieva R. Improving the iron status of pregnant and non-pregnant women, and preschool age children in Kzylorda, the Republic of Kazakhstan 1997. - Almaty, 1999.- 66 p.

6.Vaidya A., Saville N., Shrestha B.P. et al. Effects of antenatal multiple micronutrient supplementation on children's weight and size at 2 years of age in Nepal: follow-up of a double-blind randomized controlled trial.//Lancet.- 2008.-V.371.-P.492-499.

7.Multiple micronutrient supplementation during pregnancy: efficacy trials. - London, 2002. -22p.

ТЕМІР ПРЕПАРАТТАРЫН ПАЙДАЛАНҒАН ЖӘНЕ ПАЙДАЛАНБАҒАН РЕПРОДУКТИВТІК ЖАСТАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ГЕМОГЛОБИН ДЕҢГЕЙІН САЛЫСТЫРМАЛЫ ЗЕРТТЕУ

Темір препараттарын пайдаланған және пайдаланбаған 15-49 жастағы 4048 әйелдердің гемоглобин деңгейі зерттелді. Темір препараттарын пайдаланған әйелдердің (16,5%) гемоглобин деңгейі 11,72±0,08 г/дл ге тең болып, оларды пайдаланбаған әйелдердің (83,5%) гемоглобин деңгейінен (11,99±0,04 г/дл) сенімді дәрежеде ($p<0,05$) кем екендігі дәлелденді. Халықтың анемия ауруына бейім топтарының арасындағы темір статусын жақсарта түсу үшін саплементация, азық-түліктерді фортификациялау және тағами диверсификация әдістерін қатар пайдалану қажет.

COMPARISON OF HEMOGLOBIN LEVEL AMONGST WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE BY IRON SUPPLEMENTATION

The hemoglobin levels were determined at women aged 15-49 who took nd not took iron pills during last year. The hemoglobin level was 11,72±0,08 g/dl at women took iron pills (16,5%), that was lower than 11,99±0,04 g/dl at women not took iron (83,5%) ($p<0,05$). For improving of the iron status in the vulnerable group of population it is necessary to combine iron supplementation, fortification and food diversification strategies.

Василенко О.К.

ОЦЕНКА МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

ГККП "Городская поликлиника №4" г. Астана

Актуальность данной темы состоит в том, что, несмотря на очевидный прогресс антибактериальной терапии, снизить заболеваемость неспецифическими вагинитами до сих пор не удается. Скорее наоборот, они становятся все более серьезной проблемой с точки зрения не только их частоты и невозможности предупреждения рецидивов, но и все более очевидного влияния вагинальных инфекций на общее функциональное состояние репродуктивной системы женщины.

Причины устойчивой тенденции к росту числа больных с инфекциями влагалища тесно связаны с общими факторами, влияющими на структуру патологии человека. Урбанизация, экологические проблемы, психологические стрессы, применение антибиотиков - эти мощные селективные факторы активно вмешиваются в процессы, определяющие структуру и уровень заболеваемости.

Но всё же, не смотря на развитие современных технических средств лабораторной диагностики, микроскопические исследования оценки микробиоценоза влагалища не утратили своей значимости.

Литература, посвящённая этому вопросу и практические навыки, приобретённые в клинической работе, позволяют объединить имеющуюся информацию в единое целое, для консолидации деятельности врачей.

В первую очередь, на аналитическом этапе лабораторной диагностики следует правильно сформулировать определение понятия "микробиоценоз влагалища" (МБЦВ).

Микробиоценоз влагалища - небольшие сообщества микроорганизмов обладающих середообразующей способностью, рассматривающиеся как барьерная индикаторная система.

На базе клинико-диагностической лаборатории ГККП "Городская поликлиника № 4" города Астана, для оценки микробиоценоза влагалища используются методы микроскопической диагностики с применением простых и сложных дифференциальных способов окраски полученного материала (методы окраски по Романовскому, по Цилю - Нильсену, по Грамму, с использованием метиленового синего и пр.) Исследования проводятся на микроскопах "Олимпус" (Япония) с применением реагентов и расходных материалов зарубежных производителей. Лабораторные заключения выдаются по алгоритмам диагностики стандартных операционных процедур, соответствующих требованиям международных стандартов качества.

При микроскопии вагинального мазка, окрашенного по Граму и 1% метиленовым синим, оцениваем:

1.состояние вагинального эпителия - преобладают клетки поверхностных, промежуточного или парабазального слоев, наличие "ключевых" клеток;

2.лейкоцитарную реакцию - ее наличие, степень выраженности, проявление фагоцитоза, его завершенность;

3.состав микрофлоры - качественная оценка.

По показаниям пациенты проходят дополнительные обследования методами ПЦР, ИФА, микробиологической (бактериологической) диагностики в других лабораториях города.

МБЦВ - определяется рядом факторов:

- уровнем гликогена в клетках поверхностного неороговевающего многослойного плоского эпителия
- активность мукоцелиарной функции эпителия
- концентрацией лактобацилл
- pH-влагалищного секрета
- состоянием клеточного (местного) и гуморального (общего) иммунитета
- уровнем влияния гормонального статуса женщины (например: эстрогены способствуют депозиту гликогена)

Влагалище, шейка матки, эндоцервикальные железы рассматриваются как экологические ниши микроорганизмов. Многие микроорганизмы, попадающие на слизистые оболочки полового тракта, являются транзиторными.

Для МБЦВ женщин репродуктивного возраста в норме характерно:

•небольшое число микроорганизмов, 95% из которых составляют лактобациллы (большой процент лактобацилл образуют бактерицидные факторы)

•концентация лактобацилл составляет 10^5-10^7 КОЕ (колониеобразующих единиц), а по некоторым данным 10^8-10^{10}КОЕ / гр

•низкая концентрация других микроорганизмов (условно патогенная флора: Gardnerella vaginalis, Esh. Colli, Corynebacterium, Fusobacterium, Staphylococcus, Streptococcus, Mikoplasma, Ureaplasma)

Сами лактобациллы (палочки Дедерлейна), являющиеся нормальными обитателями микрофлоры влагалища, представляют гетерогенную группу микроорганизмов включающую множество видов (Lactobacillus acidophillus, Lactobacillus criptatus, Lactobacillus jensenii). Они способны гидролизовать гликоген, содержащийся в клетках плоского эпителия. При

слущивании поверхностных клеток и их цитолизе гликоген освобождается, продукты его ферментативного превращения (мальтоза, глюкоза) используются лактобациллами. Распад гликогена до молочной кислоты, является одним из факторов поддерживающих кислую среду влагалищного секрета (pH - 3,8 - 4,2). Возникающий таким образом дефицит глюкозы, бактерицидные свойства лактобацилл (образование перекиси водорода, лактоцидина, ацидофилина, лактоцина В), образование некоторых факторов неспецифического иммунитета (секреторные иммуноглобулины А) создают неблагоприятные условия для размножения патогенных микроорганизмов. Так называемая "способность влагалища к самоочищению", является одним из механизмов биологической защиты его слизистой оболочки. Считается, что лактобациллы осуществляют антагонизм в отношении других бактерий. Всё же в норме МБЦВ у женщин репродуктивного возраста включает аэробные и анаэробные виды бактерий (таблица №1).

По данным статистики поиски моновозбудителей "неспецифических" вагинитов так и не увенчались успехом. У 92% женщин влагалище колонизировано лактобациллами, 46% - гарднереллами, 15% micoplasma hominis, 31% дрожжеподобными грибками рода Candida. Это необходимо учитывать при интерпретации лабораторных данных, не считая наличие этих микроорганизмов патологическим процессом. Степень нарушения микроценоза может быть различной и касаться как видового состава ассоциантов, так и количественного уровня каждого вида. Вытеснение одним условно-патогенным видом других членов микробного сообщества приводит к развитию клинической симптоматики вагинита с выраженной лейкоцитарной реакцией и другими признаками воспаления. Однако чаще всего в репродуктивном возрасте симптоматика вагинита развивается по типу дисбактериоза, когда заболевание имеет полимикробную этиологию и не сопровождается признаками воспаления.

Около 50% нарушений состава микроценоза влагалища протекают клинически бессимптомно. Влияние бессимптомных форм заболевания на репродуктивное здоровье женщин едва ли не более значимое, чем при наличии жалоб, так как они остаются не выявленными и, следовательно, без лечения.

Вагиниты относят к заболеваниям, которые сами по себе не представляют угрозы здоровью женщины. А потому отношение к этой проблеме не всегда критично.

Таблиа 1 - Нормальная экосистема у женщин репродуктивного возраста (по S.L. Hiller - 1993)

Факультативные анаэробы		Облигатные анаэробы	
Виды бактерий	Частота встречаемости в %	Виды бактерий	Частота встречаемости в %
Lactobacillus spp	96	Prevotella spp	61
H_2O_2- Lactobacillus	61	Porphyromonas saccharolyticus	31
Gardnerella vaginalis	46	Bacteroides fragilis	9
Corynebacterium spp	72	Bacteroides urealiliticus	36
Bacilus sp	4	Fusobacterium nucleatum	8
Staphilococcus aureus	5	Mobiluncus spp	5
Staphilococcus epidermidis	89	Lactobacillus spp	17
Streptococcus viridians	55	Clostridium spp	7
Enterococcus spp	39	Actinomyces spp	6
Streptococcus agalactiae	15	Propionibacterium acnes	22
Esherihia coli	17	Peptostreptococcus prevotii	32
Mikoplasma hominis	15	Peptostreptococcus tetradius	21
Ureaplasma urealiticum	78	Peptostreptococcus anaerobius	1
Candida albicans	31	Peptostreptococcus magnus	53
-	-	Peptostreptococcus asaccharolyticus	88
-	-	Peptostreptococcus niger	20
-	-	Veilonella spp	14

Учитывая, что при микроскопии мазков можно выявить микроорганизмы, присутствующие в биоматериале в количестве, обычно превышающем 10? КОЕ/мл, диагностику нарушения баланса МБЦВ обоснованно можно базировать на данных микроскопии, так как морфотипы грамотрицательных анаэробных бактерий (бактероиды, мобилункус, лептотрикс) и гарднерелла выявляются в мазках в массивном количестве.

А в сочетании с другими методами оценку МБЦВ можно провести комплексно и интегрировано. Правильная интерпретация полученных данных поможет в выборе правильного лечения и достижения стабильных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1.Медицинские лабораторные технологии. Справочник в 2-х томах/ под ред. А.И. Карпищенко - СПб., Интермедика 2002
2.Савичева А.М. Соколовский Е.В. Краткое руководство по микроскопической диагностикеинфекций передаваемых половым путём. СПб.,Фолиант 2004 год
3.Шабалова И.П. Касоян К.Т цитологическая диагностика заболеваний шейки матки Москва 2006 год
4.Кейт Л.Г. Бергер Г.С. и др Репродуктивное здоровье. Т1. Общие инфекции 1988 год
5.Петрова А.С. Полонская А.Ю. Цитологические исследования в клинической цитологии//клиническая лабораторная аналитика/ под ред. В.В.Меньшикова М., : Лабинформ 1999 год
6.Ромейс Б микроскопическая техника М., 1953 год
7.Хмельницкий О. К. (под ред.) Бактериологическая и цитологическая диагностика заболеваний шейки матки СПб., 2000 год.Петрова А.С. Пименова Н.С. Обеспечение качества лабораторных исследований Преаналитический этап /справочное пособие под ред. В.В. Меньшикова. М.,1999 год

ӨРБІТУ ЖАСЫНДАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ҚЫНАП ҚАБЫ МИКРОБИОЦЕНОЗЫН БАҒАЛАУ

Зерттеу кезінде қынап қабынан алынған жағындыны микроскоп арқылы байқағанда 10? КОЕ/мл мөлшерінен көп микроағзалар анықталады, осы арқылы грамтеріс анаэробты бактериялардың морфотипін анықтауға болады және гарднереллалардың жағындыда көп мөлшерде анықталатындығы белгілі.

Сонымен қатар, басқада зерттеу әдістерін қосымша қолдану толық ақпарат алуға және емдеудің дұрыс жүргізілуіне мүмкіндік береді.

AN ASSESSMENT OF VAGINAL MICROBIOCENOSIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Taking into account that the smear microscopy can detect microorganisms that are present in the biomaterial in an amount usually exceed 10 KOE / ml, the diagnosis of imbalance MBTSV be soundly based on microscopy data as morphotypes of gram-anaerobic bacteria (bacteroids, mobilunkus, leptotriks) and gardnerellas identified in the smears in bulk quantities.

And in combination with other methods of assessment MBTSV can be a complex and integrated. Correct interpretation of the data obtained will help in choosing the correct treatment to achieve sustainable results.

VALEO

Г.У. Ахмедьянова Т.А Нигматулина

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИЛЬПРАФЕНА В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ.

АО "Медицинский университет Астана"
Кафедра акушерства и гинекологии по субординатуре и интернатуре

Пациентки с привычным невынашиванием беременности обычно имеют сочетанный комплекс причин (инфекционный, гормональный, аутоиммунный и др.) [2]. Одной из наиболее распространенных инфекций урогенитального тракта в настоящее время является хламидиоз [1,3-7]. Протекая, как правило, малосимптомно, инфекция не распознается своевременно, что влечет за собой возникновение хронического воспалительного процесса и развитие многих осложнений во время беременности и родового акта (плацентит, многоводие, синдром задержки внутриутробного развития плода, самопроизвольные выкидыши, эндометриты и др.). Отрицательное влияние этой инфекции на плод чаще всего проявляется кальцинатами паренхиматозных органов, расширением чашечно-лоханочной системы, асцитом и вентрикуломегалией [2-6].

Наличие хламидийной инфекции требует назначения соответст-вующего лечения, которое не всегда бывает достаточно эффектив-ным, особенно у беременных [2,3,5,6]. Для этой группы больных необходимы максимально безопасные этиотропные препараты. В настоящее время препаратами выбора при лечении хламидиоза у беременных являются макролиды, в частности вильпрафен, не обладающий эмбриотоксическими и тератогенными свойствами [3,5]. Вильпрафен применяется для лечения бактериальных инфекций; бактериостатическая активность которого обусловлена ингибированием синтеза белка бактерий. При создании в очаге воспаления высоких концентраций оказывает бактерицидное действие. Вильпрафен высоко активен в отношении внутриклеточных организмов (хламидия, уреоплазма, микоплазма); грамположительных бактерий (стафилококка, стептококка), грамотрицательных бактерий (гонококка), а также против некоторых анаэробных бактерий. Незначительно влияет на энтеробактерии, поэтому мало изменяет естественную бактериальную флору желудочно-кишечного тракта.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения вильпрафена для лечения хламидийной инфекции во время беременности у пациенток с привычным невынашиванием.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 50 беременных с привычным невынашиванием при сроке гестации от 16 до 23 недель. Диагноз урогенитального хламидиоза ставили на основании выявления в эпителиальных клетках цервикального канала и уретры ДНК-хламидий методом ПЦР. Диагностически важным являлось также присутствие иммуноглобулинов класса М и наличие иммуноглобулинов класса G в титре более 100. В 21 случае выявлена изолированная хламидийная инфекция. У 29 беременных имелась сочетанная инфекция (хламидиоз в сочетании с уреоплазмозом, микоплазмозом и условно-патогенной микрофлорой).

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническая картина заболевания проявлялась дизурическими явлениями (у 10), слизистыми выделениями из влагалища (у 1), гиперемией стенок влагалища (у 18), явлениями эндоцервицита (у 19). Течение настоящей беременности осложнилось угрозой прерывания у 31 пациентки. У 19 беременных имело место преэклампсия легкой степени, у 20 женщин диагностирована задержка внутриутробного развития плода, в 7 случаях имело место многоводие, в одном - маловодие.Все беременные получали вильпрафен по 500мг 3 раза в день в течение 10 дней. Первый контроль эффективности лечения через 4 недели после окончания этиотропной терапии.

Больные, у которых была выявлена условно-патогенная микробная флора, дополнительно получали санацию влагалища сорбентом на основе энтросгеля.

Для повышения эффективности антибактериальной терапии па-раллельно применяли препараты, улучшающие маточно-плацентарный кровоток (трентал, троксевазин, курантил) и гепато-протекторы (эссенциале, хофитол, метионин), а также витамины.

В результате лечения вильпрафеном установлено исчезновение дизурических симптомов у 10 женщин, слизистых выделений из влагалища - 19, явлений кольпита - у 18, эндоцервицита - у 16 пациенток. В 90% наблюдений контрольный анализ ДНК дал отрицательный результат. В 4 случаях, где наблюдались явные признаки прогрессирования инфекции (кальцинаты, плацентит, многоводие, вентрикуломегалия) был проведен повторный курс лечения вильпрафеном в сочетании с иммуномодуляторами, препаратами, улучшающими маточно-плацентарное кровообращение, гепатопротекторами и ферментами. Полученные

результаты следует оценивать положительно.

Из 50 у 38 беременность завершилась родами. У 4 беременных была проведена операция кесарева сечения по сумме относительных показаний. Родились 39 живых детей с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. У всех пациенток послеродовый период протекал без осложнений. При контрольном обследовании возбудители урогенитального хламидиоза в этом периоде не выявлены.

Выводы.

1.Терапия урогенитального хламидиоза, проведенная 50 беремен-ным, состояла из одного (в 4 случаях рецидивов - двух) курсов лечения.

2.Показанием для проведения данной терапии послужило выявле-ние типичных клинических проявлений урогенитального хлами-диоза, рзультатов параклинических методов исследовании.

3.Этиологическая излеченность от хламидиоза после первого курса антибактериальной терапии составила 90%; клиническое выздоровление - 88%.

4.Проводимое лечение было кратковременным , хорошо переносилось и не сопровождалось негативными реакциями и побочными эффектами.

ЛИТЕРАТУРА

1.Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплаз-менные заболевания гениталий. - М., 1995.

2.Кошелева Н.Г., Башмакова М.А., Плужникова Т.А. Урогенитальная инфекция и невынашивание беременности. - М., 1999.

3.Манухин И.Б., Пашинян М.И. Вильпрафен. Идеальный антибиотик для лечения хламидийных и смешанных инфекций. - М., 2001. - Вып.2.

4.Прилепская В.М., Абуд И.Ю. // Рус мед.журн. - 1998. - №5.

5.Савичева А.М., Башмакова М.А. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия / Под ред. Э.К. Айламазяна. - Н.Новгород, 1998.

6.Серов В.Н., Краснопльский В.И. и др. Хламидиоз (клиника,диагностика, лечение): Метод.рекомендации. - М., 1996.

7.Устюжанина Л.А. // Гинекология.- 200. - №5.

УРОГЕНИТАЛДІ ХЛАМИДИОЗ КЕЗІНДЕГІ ӘДЕТТЕГІДЕЙ ЖҮКТІЛІКТІ КӨТЕРЕ АЛМАУДЫ ЕМДЕУДЕ "ВИЛЬПРАФЕНДІ" КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕ ҚОЛДАНУ

Хламидиоз инфекциясы бар 50 жүкті әйелдерге вильпрафенмен 500 мкг күніне 3 реттен 10 күн аралығында емдеу жүргізілді. Біріншілік тексеру жүргізілгеннен кейін 4 аптадан кейін емдеу нәтижесі бағаланды. Бірінші курсты аяқтағанда хламидиоздың этиологиялық жазылуы 90%, ал клиникалық жазылуы 88% байқалды.

THE CLINICAL INVESTIGATION OF THE VILPRAPHEN IN THE TREATMENT OF UROGENITAL CHLAMYDIA FOR COMMON UNKEEPS PREGNANCY

The vilpraphen in doses 500 mkg 3 times a day during 10 days is used for the treatment of chlamydia infection in 50 pregnancy women. The first control of effective treatment is checked up after 4 weeks of ending the therapy. Causal getting over chlamydia composed 90% after the first course and clinical rehabilitation 88%.

VALEO

УДК: 618.1.175:616-071.1-053.7

Исенова А.Б., Нурмаганбетова Д.Г., Федотовская З.А., Коломиец Г.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕНОРЕИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Целиноградская региональная клиническая больница

Дисменорея - распространенное гинекологическое заболевание у девочек-подростков. Проблема ее лечения в настоящее время еще до конца не изучена и поэтому остается актуальной. Многие звенья этиологии и патогенеза первичной дисменореи у девушек сегодня не ясны. Болезненные менструации сказываются на общем самочувствии подростков, нарушают привычный ритм их жизни. Многие девушки, страдающие дисменореей, практически теряют работоспособность в дни менструаций. Сама боль и ожидание ее делают девочек раздражительными, вспыльчивыми, что осложняет их взаимоотношения в коллективе, создает трудности в общении со сверстниками, родителями, педагогами. В этом аспекте дисменорея представляется не только медицинской, но и социальной проблемой.

Врачебная тактика при установленном диагнозе дисменореи зависит от следующих факторов: возраста пациентки, выраженности симптомов, длительности заболевания, наличия нарушений менструального цикла, эмоционального настроения подростка и многих других причин.

Мы не ставили своей задачей разработку качественно новых видов терапии, так как дисменорея является симптомом многих заболеваний, лечением которых занимаются соответствующие специалисты. Ведь до настоящего времени этим больным несвоевременно оказывается квалифицированная медицинская помощь. Многие из них обращаются к гинекологу, им назначается традиционная спазмолитическая и анальгетическая терапия, гормональная, направленная на подавление овуляции, иногда - противовоспалительная, без оценки результатов проводимой терапии. В один из приступов боли эти больные чаще всего поступают в детские хирургические стационары, реже - в гинекологические.

Как показали наши исследования, дисменорея всегда является симптомом какого-либо состояния или заболевания организма и имеет широкий диапазон клинических проявлений: от легких транзиторных форм до тяжелых, лишающих больную трудоспособности. Поэтому мы считаем, что лечение показано всем пациенткам с дисменореей. Диапазон лечебных мероприятий весьма широк, что объясняется множеством причин, способствующих возникновению дисменореи. Для некоторых больных достаточно в качестве лечебного мероприятия проведение психопрофилактической беседы, для других - необходим комплекс терапевтических воздействий, который нередко подбирается не сразу, а только в процессе динамического наблюдения за больной.

Цель настоящего исследования: оценка эффективности лечения ювенильной дисменореи воспалительного генеза у девочек-подростков.

Материалы и методы исследования: нами проведено комплексное лечение 30 девочек-подростков с ювенильной дисменореей. В зависимости от патологии и проводимого лечения, пациентки разделены на две группы: I группа - 30 девочек-подростков с ювенильной дисменореей, обусловленной хроническим воспалительным процессом придатков (хронический неспецифический сальпингоофорит), которым проводилось комплексная терапия регионарной антибактериальной терапии (РАТ), гормональная терапия Дюфастоном, магнитотерапия; II группа - контрольная группа 30 девушек с вторичной дисменореей, которым проводилась традиционная терапия, использовавших диклофенак или вольтарен по 100 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки на протяжении 3-5 дней и антибиотик внутримышечно.

Анализ проведенного лечения в I группе девочек-подростков показал, что частота положительного результата комплексного лечения зависит от суточной дозы примененного дидрогестерона. Среди больных, принимавших препарат в суточной дозе 10-15 мг, дисменорея купировалась в 60-80% наблюдений, а в дозе 20 мг в сутки - более чем у 90% пациенток. Поэтому для лечения дисменореи в проведенном исследовании использовали суточную дозу Дюфастона 20 мг, разделенную на два приема. При второй и третьей степени выраженности дисменореи назначали Дюфастон по 1 таблетке (10мг) 2 раза в день с 5-го по 25-й день, при первой степени тяжести (легкая форма) - по 1 таблетке (10 мг) 2 раза в день с 15-го по 25-й день менструального цикла. Общая продолжительность исследования составила 6 месяцев. По степени тяжести дисменореи среди всех обследованных преобладали среднетяжелая и тяжелая формы. Выраженное ограничение активной деятельности во время появления боли испытывали - 53,9% девочек-подростков, т.е. каждая вторая, умеренное - 31,6% девушек, т. е. каждая третья и незначительное - 14,5% пациенток. Нами изучено

качество жизни девочек I группы, путем сбора анамнеза, менструальной функции после лечения. Частота жалоб снизилась за счет снижения болей внизу живота через 3-6-12 месяцев после лечения с (84,3+3,4)% до (20,0+3,8)%, через 1 год до (7,8+2,4)% (p 0,01), т.е. более чем в 4 раза.

Таким образом в изучаемой I группе девочек-подростков, получавших в комплексной терапии Дюфастон, соответственно степени тяжести болевого синдрома положительный эффект был достаточно выраженным при динамическом наблюдении (1-3-6-12 месяцев), что позволяет нам рекомендовать его в ювенильную практику.

Во II группе всем девочкам-подросткам, предъявлявшим различные жалобы была назначена терапия: 17 девочкам с болями внизу живота и чувством тяжести получали: диклофенак по 0,2х 2 раза в день в течение 10-14 дней и эндоназальный электрофорез с витамином В1- в течение 14 дней; девочкам с дисменореей (7), (6) назначены монофазные низкодозированные эстроген-гестагенные препараты в течение 3-4-х месяцев. Каждые 3 месяца проводилось ультразвуковое исследование. Кроме этого проводили закаливание организма: посещение бассейна, специальные физические упражнения.

На фоне реабилитационных мероприятий снизились жалобы, то есть частота жалоб через 12 месяцев снизилась в 2-3 раза по сравнению с их частотой до лечения.

Традиционная терапия не удовлетворяет своими результатами: низкая эффективность консервативной терапии, длительным стационарным, амбулаторным лечением, частотой рецидивов, формированием синдрома хронической тазовой боли, неблагоприятным репродуктивным прогнозом в будущем (бесплодие). Поэтому пациентки I группы, получали в комплексном лечении регионарную антибиотикотерапию с Зинацефом 750 с магнитотерапией и циклическую витаминотерапию. Для магнитотерапии использовали аппараты "Плюс-1" или "Плюс-2". Режим генерации магнитного поля прерывистый, индукция составляет 35 МГц (переключатель "Интенсивность" в положении 4), продолжительность процедуры 10 минут, их проводили ежедневно, с общим количеством на курс - 5-7. Лечебные эффекты при применении магнитного поля характеризуются наиболее мягким воздействием на микроциркуляторное русло.

Частота жалоб на боли во время менструации через 3-6-12 месяцев после лечения снизилась с (84,3+3,4)% до (20,0+3,8)%, через 1 год до (7,8+2,4)% (p 0,01), т.е. более чем в 4 раза.

Таким образом, наиболее эффективным лечением ювенильной дисменореи воспалительного генеза является комплексная патогенетическая обоснованная терапия в сочетании с регионарной антибиотикотерапии и магнитотерапией, гормональной терапией, при которой отмечается снижение болевого синдрома через 3-6 месяцев после лечения с 84,3±3,4% до 20,0±3,8% через год 7,8±2,4% (p<0,01), т.е. более чем в 4 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1.Гуркин Ю.А. Гинекология подростков / Руководство для врачей.-СПб.: Фолиант, 1998.-560с.

2.Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. М.: Медицинское информационное агенство, 2000. - 332с.

3.Аветисова Л.Р. Альгоменорея у девушек пубертатного возраста. Автореферат диссертации доктора медицинских наук - М., 1990. - 30с.

4.Коколина В.Ф., "Гинекологическая эндокринология детей и подростков", М., 1998г., с. 23 - 32.

ЖАСӨСПІРІМ-ҚЫЗ БАЛАЛАРДАҒЫ ҚАБЫНҒАН ГЕНЕЗДІК ЮВЕНИЛДІ ДИСМЕНОРЕЯНЫ ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІ ЖОЛДАРЫ

Ювенильді дисменореяны емдеудің көптеген әдістері бар. Өзімнің жүргізген зерттеулерімнің талдау нәтижелері бойынша анықталғанындай, қабынған генездік ювенилді дисменореяны тиімді емдеу, ол ауырсыну синдромының 4 реттен көп төмендеуіне әсер ететін жергілікті антибиотик терапиясы және магнит терапиясы, гормоналдық терапияларымен бірге кешендік патогенетикалық негізді терапияларды қолдану болып табылады.

EFFECTIVE APPROACHES TO TREATMENT OF INFLAMMATORY JUVENILE DYSMENORRHEA IN TEENAGE GIRLS

There are many approaches to treatment of juvenile dysmenorrhea. The analysis of own researches has shown that the most effective treatment of inflammatory juvenile dysmenorrhea is a comprehensive nosotropic therapy in combination with regional antibiotic and magnetic therapies, hormonal therapy, which would reduce a painful syndrome more than 4 times.

УДК 618.2:616.155.392

Е.А. Бадигова, О.А. Имишева, О.В. Колядинова

ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КРОВОТОКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДОППЛЕРОГРАФИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Городской родильный дом №1, г.Астана

В основе возникновения хронической гипоксии и задержки внутриутробного развития плода (ЗВРП) при патологическом течении беременности лежит нарушение маточно-плацентарно-плодовой гемодинамики [1-2]. Ранняя диагностика и последующее лечение выявленных нарушений имеют важнейшее значение для улучшения перинатального исхода у таких беременных [3].

Цель настоящего исследования состояла в сравнительном изучении динамики допплерометрических показателей состояния маточно-плацентарного кровотока во второй половине беременности, сопровождающейся ЗВРП, изучение возможности допплерографии в скрининговом режиме и прогностической ценности исследования II триместра в отношении развития ЗВРП в III триместре.

Методы и материалы исследования: Обследование проводили с помощью ультразвукового сканера Медисон SA9900, оснащенного допплерометрической приставкой. Использованы конвексный датчик с частотой и фильтром 100 Гц. Кровоток исследовали в обеих маточных артериях, фиксируя патологические КСК в одной или в двух маточных артериях, также производили автоматический расчет пульсационных индексов (ПИ).

По условиям исследования, оценка кровотока проводилась всем беременным, относящимся к группам высокого риска женской консультации №1 и родильного дома №1, направленным на обследование в соответствующие сроки (20-24 нед.).

В ходе обследования беременных в сроке 20-24 нед. по программе ультразвукового скрининга, одновременно производилось допплерометрическое исследование маточных артерий и оценка ПИ. Таким образом, регистрация изменений КСК в маточных артериях во II триместре беременности позволила достоверно сформировать группу риска, угрожаемую по развитию ЗВРП.

В скрининговой группе и группе риска по развитию ЗВРП производилось динамическое допплерометрическое исследование в сроки 28-34нед. За патологический КСК принимали наличие дикротической выемки в фазу ранней диастолы в одной или обеих маточных артериях.

Результаты исследования и обсуждение: В ходе исследований было выявлено что чувствительность допплерографии для прогнозирования ЗВРП во второй половине беременности в выделенной нами группе составила 46,3% , что было в 2,3 раза выше, чем в контрольной группе скринингового режима (20.1%). Анализ исходов беременностей в зависимости от состояния кровотока в маточных артериях во 2-м триместре беременности показал, что чем выше ПИ (более 95-го процентиля), тем выше риск развития ЗВРП.

В группе, где отсутствовали изменения КСК, частота развития ЗВРП была существенно меньшей, чем при измененных КСК, и манифестировала она в более поздние сроки (после 30 нед.), проявляясь в, основном, в формировании ЗВРП ассиметричной формы.

Необходимо отметить, что при сопоставлении наличия и выраженности гестоза и изиенениями КСК в маточных артериях, наибольшая коррекция была установлена с выраженностью артериальной гипертензии. Параллельно нарушениям в маточных артериях в 20% была диагностирована хроническая маточно-плацентарная недостаточность.

Почти у всех беременных (93.5%), у которых развилась ЗВРП, отмечалась экстрагенитальная патология - анемия (35.8%), ССЗ-16.3%.

Нами не зафиксировано нормализации КСК у беременных с ЗВРП. Данные совпадают и с клиническими исходами, когда, несмотря на массивную комплексную медикаментозную терапию тяжелых

Таблица 1 - Исследование кровотока в маточных артериях

Сроки обследования	Скрининговая группа		Группа риска по развитию гестоза	
	С-Д	ПИ	С-Д	ПИ
20-24нед.	2.6	1.47	2.8	1.65
24-28нед.	2.4	1.1	2.6	1.2
28-32нед.	2.4	0.42	2.6	0.6

Таблица 2 - Развитие ЗВРП в сроках

Сроки развития	Группа риска по развитиюЗВРП	
	Нормальные КСК	Измененные КСК
22-24нед.	24.4%	29.7%
24-28нед.	33.7%	52.7%
28-32нед	52,9%	17.6%

форм ЗВРП, эффект от нее отмечен лишь у 12%, а проведение допплерографии неоспоримо подтверждает диагноз, особенно в тех случаях, когда достоверно зарегистрированы изменения КСК, и решается вопрос о сроке и методе родоразрешения. Именно в таких более оптимальных сроков родоразрешения. В наших наблюдениях у большинства обследованных женщин (62,5%) терапия проводилась с целью пролонгирования беременности до сроков, гарантирующих рождение жизнеспособного ребенка.

По структуре ЗВРП в 2009году в Родильном доме № 1 составили:

Всего	12.8%
Симметричная форма ЗВРП	3.1%
Асимметричная форма ЗВРП	9.7%

ситуациях динамический допплерометрический контроль эффективен и оправдан.

Также следует отметить, что при динамическом наблюдении за плодами с ЗВРП, наиболее

Данные нашего исследования подтверждены перинатальными исходами и совпадают с описанными в литературе [4,5]. Суммируя полученные результаты, можно заключить, что несмотря на то, что оценку

Исходы беременностей в зависимости от наличия нормализации кровотока в маточных артериях

	Группа риска по развитию ЗВРП	
	Нормализация КСК	Без нормализации КСК
Срочные роды	92%	76.3%
Преждевременные роды	6.1%	19.2%
ЗВРП	15%	37%
Отслойка плаценты	0.8%	2.3%

чувствительным явилось исследование в венозном протоке плода, когда, несмотря на критические состояния кровотока в артерии пуповины, но при сохраненном антеградном кровотоке в венозном протоке, возможно пролонгирование беременности до

кровотока нельзя отнести к скрининговым методам, учитывая его низкую чувствительность, клиническое значение этого метода чрезвычайно высоко и его следует более широко внедрить в практику.

ЛИТЕРАТУРА

1.Komacki I., Kornacka A., Rajewski M. Do abnormal results of Doppler examinations in fetuses with growth restriction increase the frequency of postnatal complications of the central nervous system and gastrointestinal tract? //Gynecol. Pol.- 2009.- vol.80.- N.11.- P 839-844

2.Медведев М.В., Юдина Е.В. Нормативы фетометрии.- М., Медицина, 1998, 432 с.

3.Медведев М.В., Пренатальная эхография. - Под ред. Медведева М.В. -М.: Реальное время,2005.- С.118

4.Aristizabal O., Mamou J., Turnbull D.H., Ketterling J.A. Doppler-derived trigger signals for high-framerate mouse cardiovascular imaging //Conf. Proc. IEEE Med. Biol. Sci.- 2009.- P.1987-1990

5.Martensson M., Olsson M., Swgall B. et al High incidence of defective ultrasound transducers in routine clinical practice //Eur. J. Echocardiography.- 2009.- Vol.10.- N.3.- P.389-394

ҰРЫҚТЫҢ ЖАТЫР ІШІЛІК ДАМУЫНЫҢ ТЕЖЕЛУІМЕН ЖҮРЕТІН ЖҮКТІЛІКТІҢ ҚАНАҒЫСЫН ДОППЛЕРОГРАФИЯМЕН ДИНАМИКАЛЫҚ БАҒАЛАУ

Ұрықтың жатыр ішілік дамуының тежелуімен жүретін жүктіліктің қанағысын допплерографиямен динамикалық бағалаудың нәтижесі зерттелді. Осы әдістің клиникалық мәні жоғары болғандықтан тәжірибеге кеңінен еңгізу керектігі жөнінде ұсыныс жасалып отыр.

DOPPLER ESTIMATION OF MATERNAL-FETAL CIRCULATION IN FETAL ABNORMALITIES DETECTION

We studied the diagnostic value of Doppler maternal-fetal circulation tests in fetal grouth retardation detection in obstetrics practice. It was concluded that this test should be widely introduced into practice of obstetrics departments.

VALEO

УДК:614.2+575.191-616.006

Акильжанова А.Р.

СКРИНИНГ МУТАЦИЙ ГЕНОВ BRCA1/2 СРЕДИ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕМИПАЛАТИНСКОМ РЕГИОНЕ КАЗАХСТАНА

РГП "Национальный центр биотехнологии Республики Казахстан" КН МОН РК, Астана, Казахстан

Государственный медицинский университет, г.Семей, Казахстан

Исследования в области биологической химии, молекулярной биологии и генетики открывают новые возможности диагностики, прогнозирования и лечения рака молочной железы (РМЖ), основанные на генетической характеристике каждой опухоли. В 1990 г. был выявлен первый наследственный ген BRCA1 [1] по РМЖ, а в 1995 - BRCA2 [2]. Гены BRCA1 и BRCA2 были впервые идентифицированы как гены, врожденные мутации которых ассоциированы с наследственными формами РМЖ. У женщин с наследственными мутациями одного из аллелей гена BRCA1 риск развития в течение жизни РМЖ составляет около 85%. Гены BRCA1/2 являются супрессорными генами с аутосомно-доминантным типом наследования и высокой пенетрантностью в пределах одной семьи. Периодические освидетельствования женщин обеспечат, в случае возникновения заболевания, его раннее обнаружение и эффективное лечение. Напротив, незнание о повышенном риске с высокой вероятностью приведет к обнаружению рака на поздних стадиях его развития и, соответственно, к серьезным последствиям. Высокая частота мутаций в генах BRCA1/2 отмечена у лиц, подвергшихся радиационному облучению [3]. Результаты многочисленных генетических исследований мутаций генов BRCA 1/2 в развитых странах позволили создать центры генетического консультирования и тестирования, базы данных носителей мутаций, разработать стратегии ведения лиц с высоким риском развития РМЖ, проводить профилактические мероприятия, что позволило улучшить раннюю диагностику РМЖ и снизить смертность. Этнически различные популяции имеют различные спектры и уровень встречаемости мутации в BRCA1/2 генах [4]. Казахстан - уникальная страна, где проживают в одинаковых климатических, географических, условиях много национальностей. Нами с 2006 года проводятся исследования по скринингу мутаций в генах BRCA1/2 среди казахстанских женщин, как при наследственном, так и при спорадическом РМЖ.

Цель исследования: Изучить частоту и распределение мутаций гена BRCA1 у женщин с диагнозом рака молочной железы, проживающих в Семипалатинском регионе.

Материалы и методы. В исследование были включены 83 женщины в возрасте от 43-71 года, прооперированных по поводу РМЖ в онкологическом диспансере г. Семей (основная группа). Контрольную группу составили 112 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту. Критериями включения в исследование являлись анамнез проживания в зонах

радиационного риска Семипалатинского испытательного ядерного полигона (СИЯП) до 1963 года, когда там проводились атмосферные испытания. Участники исследования были разделены условно на две группы: радиационно контаминированная и менее контаминированная. В первую группу объединили лиц, проживавших в Бескарагайском (n=24), Жанасемейском (n=66), Абайском (n=25) районах, относящихся к зоне чрезвычайного и максимального радиационного риска, получивших за весь период испытаний 35-100 и более бэр поглощенной радиационной дозы . Во вторую группу вошли участники из Бородулихинского района и города Семей (n=80) (зона повышенного радиационного риска (7-35 бэр). Также были распределены группы по этническому признаку - лица европейских и азиатских национальностей, и по наличию или отсутствию выявленных мутаций.

Методы исследования. Выделение ДНК. Геномную ДНК выделя-ли из клеток слизистой ротовой полости всех участников исследования, используя Master Pure DNA purification Kit (EPICENTRE Biotechnologies, USA) в соответствии с протоколами. Полимеразно-цепная реакция. Для ПЦР амплификации экзона 11 гена BRCA1 было разработано и сконструировано 10 пар праймеров с использованием программы дизайна праймеров Primer3 (v. 0.4.0). ПЦР реакция проводилась на Applied Biosystems Veriti 96-well Thermal Cycler. Секвенирование ДНК проводилось на ABI PRISM 3100 Genetic Analyzer (Applied Biosystems, Foster city, CA, USA) с использованием для сиквенс реакций BigDye Terminator v3.1 Cycle sequencing Kit (Applied Biosystems). Статистический анализ ре-зультатов проводился с использованием программы SPSS 16.0 (JAPAN).

Результаты и обсуждение. Нами выявлено 240 сиквенс вариан-тов в BRCA1 гене у 83 женщин с РМЖ и 264 - у лиц контрольной группы, проживающих в регионе бывшего СИЯП. Среди них четыре миссенс мутации Q356R, P871L, E1038G и K1183R, ведущих к замене аминокислоты, два синонимичных полиморфизма S694S и L771L. Миссенс мутация Q356R обнаружена у 16 участников исследования (6(7.2%) и 10(8.9%) в группе пациентов и контроля соответственно), отмечалась высокая частота P871L, E1038G и K1183R в основной группе по сравнению с контрольной. Два полиморфизма (S694S, L771L) были выявлены с одинаковой частотой у 45(54.2%) пациенток с РМЖ и 48(42.8%) контрольных лиц. В отличие от других популяций с относительно высокой частотой встречаемости мутаций в гене BRCA1, в нашем исследовании не было обнаружено повторных основополагающих (founder) мутаций. Отмечены различия в частоте обнаружения полиморфизмов в этнических группах: чаще они встречались у пациенток европейских национальностей (59.2%) и в контрольной группе у лиц азиатских национальностей (64.0%). У пациентов с РМЖ не наблюдалось статистически значимой разницы по среднему возрасту к моменту диагноза, гистологическому типу, размеру опухоли и количеству метастазов в лимфоузлы в группах с наличием мутаций и без обнаружения мутаций. В радиационно-контаминированных зонах Семипалатинского региона наблюдалась более высокая частота мутаций как в основной группе, так и в контрольной, по сравнению с зоной менее контаминированной радиационными продуктами, что может свидетельствовать о роли радиации в возникновении генетических альтераций и в соответствии с данными работ по изучению последствий ядерных взрывов в Хиросиме и Нагасаки, которые также указывают на канцерогенный эффект ионизирующей радиации в развитии рака молочной железы [5]. Однако, для определения вклада радиационного фактора в развитие РМЖ через процессы мутагенеза генов BRCA1/2 необходимо проведение исследований с учетом других факторов риска развития рака, индивидуальных доз полученной радиации. Необходимо проводить дальнейшие крупномасштабные исследования по генетическому скринингу мутаций BRCA1/2 при спорадическом и наследственном РМЖ на популяционном уровне для возможного определения наиболее часто встречающихся полиморфизмов, патогенных мутаций, специфической генетической характеристики РМЖ в Казахстане с целью научного обоснования и разработки профилактических мер.

Выводы:

1.Нами впервые проведено исследование мутаций в гене BRCA1/2 у казахстанских женщин. Выявлено 504 сиквенс вариантов у 195 женщин с наличием (240) и без рака молочной железы (264). Среди них 4 миссенс мутации Q356R, P871L, E1038G и K1183R, ведущих к замене аминокислоты, два полиморфизма S694S и L771L.

2.Отмечена высокая частота полиморфизмов - у 59 (71.1%) из 83 женщин с РМЖ и у 65 (58.0%) из 112 женщин контрольной группы.

3.Частота полиморфизмов была различной среди этнических групп, кроме Q356R. Более высокая частота была отмечена среди женщин с РМЖ европейской национальности в сравнении с азиатскими. В контрольной группе большая частота отмечалась у азиаток. Это требует дальнейшего детального исследования.

4.У женщин с РМЖ не наблюдалось статистически значимой разницы по среднему возрасту к моменту диагноза, гистологическому типу, размеру опухоли и количеству метастазов в лимфоузлы в группах с наличием мутаций и без обнаружения мутаций.

5.В зонах с высоким уровнем радиационной контаминации СИЯП определена более высокая частота полиморфизмов не только у пациентов с РМЖ, но и у здоровой популяции, что позволяет предположить возможное влияние радиации. Для определения возможного вклада радиационного фактора в развитие РМЖ через процессы мутагенеза гена BRCA1

необходимы дальнейшие популяционные исследования с учетом других факторов риска, факторов внешней среды и индивидуальных доз радиации.

6.Проведенную нами методику исследования можно использовать в качестве модели для скрининга популяции на наличие мутаций в генах BRCA1/2, в стратификации риска развития РМЖ у казахстанских жен-щин.

ЛИТЕРАТУРА

1.Hall JM, Lee MK et al. Linkage of early-onset familial breast cancer to chromosome 17q21. // Science 1990; 250: 1684-89.

2.Wooster R, Neuhausen SL et al. Localization of a breast cancer susceptibility gene, BRCA2, to chromosome 13q12-13.//Science 1994.-265-2088-90.

3.Venkitaraman AR. Functions of BRCA1 and BRCA2 in the biological response to DNA damage.//J Cell Sci 2001; 114: 3591-98.

4.Szabo CI, King M-C. 1997. Population genetics of BRCA1 and BRCA2. //Am J Hum Genet 60:1013-20.

5.Land CE, Tokunaga M et al. Incidence of female breast cancer among atomic bomb survivors, Hiroshima and Nagasaki, 1950-1990. // Radiat. Res. 2003 Dec;160(6):707-17.

ҚАЗАҚСТАНДА СЕМЕЙ АЙМАҒЫНДАҒЫ СҮТ БЕЗІНІҢ ҚАТЕРЛІ ІСІГІМЕН АУЫРҒАН ӘЙЕЛДЕРДЕ BRCA1/2 ГЕНДЕРДІҢ МУТАЦИЯЛАРЫНЫҢ СКРИНИНГІ

Қазақстанда сүт безінің қатерлі ісігімен ауырған әйелдерде BRCA1/2 гендердің мутацияларының саны мен таралуына зерттеу өткізілді. Семей аймағында тұратын 83 сүт безінің қатерлі ісігімен ауырған әйелдерде және 112 дені сау әйелдерде сиквенс қолданылып BRCA1/2 гендердің мутациялық анализі өткізілді. Қазақстанда спорадикалық және тұқым қуалау сүт безінің қатерлі ісігімен ауырған әйелдерде алдын ала және болжам шараларын анықтап құрастыру үшін, BRCA1/2 және басқа гендердің генетикалық скринингін өткізу қажет.

SCREENING FOR MUTATIONS OF GENES BRCA1/2 AMONG WOMEN LIVING IN THE SEMIPALATINSK REGION OF KA-ZAKHSTAN

Evaluation of the frequency and distribution of BRCA1 mutations in Kazakhstan women with sporadic breast cancer was performed. Mutational analyses of BRCA1/2 genes using direct sequencing were performed for 83 sporadic breast cancer cases and 112 normal females living in Semipalatinsk region. We believe that the present study allows a better evaluation of the need for the genetic screening of BRCA mutations in sporadic and hereditary breast cancer patients in Kazakhstan.

VALEO

УДК: 612.014.482 - 017.1.001.6

Мадиева М.Р., Жетписбаев Б.А., Узбекова С.У., Жетписбаева Х.С., Сайдахметова А.С., Рахыжанова С.О., Токешева Г.М.

СОСТОЯНИЕ Т-СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗОВЫХ НАГРУЗОК ГАММА-ИЗЛУЧЕНИЯ

Государственный медицинский университет, г. Семей

Развитие атомной энергетической промышленности, использование атомной технологии в народном хозяйстве и медицине, искусственные и естественные источники радиации, подвергают острым, фракционированным и хроническим ионизирующим воздействиям окружающую среду.

Влияние ионизирующего излучения на организм и механизмы его действия были направлены на изучение специфического действия радиации. Также становится очевидным, что и в малых дозах ионизирующее облучение вызывает нарушение метаболических процессов и этим создает условия для нарушения иммунной системы и формирования иммунодефицитного состояния [1]. И это обусловливает особый интерес научных исследований в области радиационно-биологических эффектов при различных дозовых воздействиях излучения [2,3].

Оценка эффектов малых доз ионизирующего излучения на состояние здоровья населения является одной из актуальных проблем современной радиобиологии, что определяется существованием различных, часто противоположных, точек зрения на природу эффектов малых доз излучения и, главное, на значимость их на здоровье [4]. Основным и единственным критерием низкого уровня облучения является отсутствие их вредного влияния на здоровье человека. Большими дозами радиации, вызывающими заметные изменения здоровья, считают эквивалентную дозу 1 Зв и выше, а промежуточными - больше 0,1 Зв и меньше 1 Зв. [5]. Данные о принципиальных различиях между радиационными эффектами, возникающими при высоких дозах, получены, во всем мире, в результате многочисленных научных радиобиологических, а также радиационно-эпидемиологических исследований.

Изучение повреждающего действия ионизирующего излучения на организм было направлено на известные характерные реакции ионизирующего излучения в виде физических, биофизических процессов и общебиологические изменения [6]. Предполагается, что малые дозы ионизирующей радиации вызывают нарушение иммунологических и метаболических процессов, имеют онкогенный и мутационный эффекты, снижают резистентность организма и представляют особую опасность для человечества [7, 8].

Большой объем клинических и экспериментальных исследований был уделен проблемам высокой дозы ионизирующей радиации. Показано, что высокие дозы излучения могут разрушать не только клетки, но и повреждать ткани и органы, приводя, в конечном итоге, к гибели целого организма [9,10,11]. В то же время по данным литературы, недостаточно изученным остается влияние фракционированного гамма излучения на

Таблица 1 - Влияние ионизирующего излучения в дозе 6 Гр на иммунную систему организма в отдаленном периоде

Показатели	Исследуемые группы		
	1.интактные (n=15)	2.облученные +30 дней (n=20)	3.облученные + 90 дней (n=20)
Лейкоциты в 1 мкл	6520±150	5025±273**	6112±125
Лимфоциты В 1 мкл	1. 2800±113 2. 40±3,6	1.4403±153* 2.55±1,5*	1.3455±640 2.56±2,0*
СД3+	1.1457±84 2.32±2,2	1.419±20** 2.13±1,1*	1.1060±310^{0} 2.31±2,30
СД4+	1.698±85,9 2.21,2±1,9	1.225±16,0** 2.7,6±0,4*	1.846±25,5^{0} 2.24±1,50
СД8+	1.488±2,2 2.10,8±0,6	1.189±59,4** 2.4,5±0,3	1.313±30,2*^{0} 2.8±1,70
ИРИ	1,96±0,16	1,2±0,25*	2,7±0,15*^{0}
РТМЛ, %	0,8±0,06	1,1±0,01*	0,77±0,02

Примечание: 1 – абс. ч., 2 – относительное в %., *- достоверность к контрольному (P<0,05), ** - достоверность (P<0,001), 0 – достоверно ко 2 группе (P<0,05).

иммунологическую реактивность организма в отдаленном периоде.

Вышеизложенное и определило цель нашего исследования.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленной цели нами выполнены 7 серии опытов на 135 белых беспородных половозрелых крысах преимущественно самцах. 1- серия интактные (n=15), 2-я - (n=20) облученные в дозе 6 Гр через 1 месяц, 3-я серия - облученные в дозе 6 Гр через 3 месяца (n=20), 4-я - облученные фракционированной дозой через 1 месяц (n=20), 5 серия - облученные фракционированной дозой через 3 месяца (n=20), 6 серия - облученные малой дозой через 1 месяц (n=20) и 7 серия - облученные малой дозой через 3 месяца (n=20). У всех подопытных животных изучали показатели характеризующие количественные и качественные показатели Т-системы иммунитета. Облучение животных производилось на российском радиотерапевтическом устройстве "Агат-РМ" гамма-лучами 60Со. Для этого разработали способ топометрическо - дозиметрической подготовки экспериментальных животных, который способствует к подведению животным запланированной дозы. Подопытных животных подвергли общему гамма-облучению в дозе 6 Гр однократно, фракционированной дозе по 2 Гр трехкратно в течение 10 дней и малой дозе - 0,15 Гр однократно. Во время облучения животные находились в специально сконструированной камере из органического стекла с изолированными ячейками для отдельных животных.

Оценку иммунного статуса проводили в соответствии с рекомендациями Института иммунологии МЗ с СР РФ (Р.В.Петров и соавт., 1982). Кровь для исследования забирали в пробирки с гепарином (25 ЕД/мл). Выделение лимфоцитов из венозной крови осуществляли по общепринятому методу [12] в градиенте плотности фиколла-верографина (1,077).

Популяционный состав лимфоцитов в периферической крови определяли с помощью моноклональных антител (ЗАО "Сорбент-сервис", Москва) к маркерам СД3+, СД4+, СД8+, в реакции непрямого розеткообразования [13]. Принцип метода заключается в прикреплении эритроцитов человека, сенсибилизированных моноклональными антителами LT, к поверхности лимфоцитов [14], митогенпродуцирующей функции лейкоцитов в реакции торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ на ФГА) по А.Г.Артемовой [15], расчетным путем подсчитывали иммунорегуляторный индекс. Иммунологические показатели изучали в ближайшем (через 1 месяц) и отдаленном периодах (через 3 месяца).

Полученные цифровые данные обрабатывались общепринятыми методами вариационной статистики [16].

Результаты исследования и обсуждение: Из таблицы 1 видно, что сублетальное гамма-излучение вызывает в ближайшем периоде достоверное снижение в 1,29 раза количества лейкоцитов, повышение в 1,57 раза абсолютного числа лимфоцитов. В этот период достоверно снижались содержание в периферической крови СД3+, СД4+ и СД8+ клеток на 71,3%, 68% и 61,5% соответственно. Данные изменения в клеточном составе проявляются в достоверном снижении ИРИ. Индекс миграции в РТМЛ на ФГА достоверно повышался до 1,1±0,01.

Таким образом, в ближайшем периоде после сублетального гамма-излучения происходят иммуносупрессия в Т-системе иммунитета.

В отдаленном периоде после сублетального гамма-излучения нормализуются количества лейкоцитов и лимфоцитов. При этом относительное содержание общих лимфоцитов остается выше контрольного уровня. В этот период достоверно возрастают содержание СД3+, СД4+ лимфоцитов до уровня контрольных величин. Достоверное низкое содержание СД8+ лимфоцитов сопровождается повышением ИРИ.

Индекс миграции в РТМЛ на ФГА снижается до уровня контрольной группы.

Таблица 2- Влияние фракционированного гамма-излучения на Т-систему иммунитета в отдаленном периоде

Показатели	Исследуемые группы		
	интактные (n=15)	облученные + 1 месяц (n=20)	облученные + 3 месяца (n=20)
Лейкоциты в 1 мкл	6520±150	6200±290,4	6690±145
Лимфоциты в 1 мкл	1. 2800±113 2. 40±3,6	1. 3125±105* 2. 53,5±1,4**	1. 4116±50,8*^{0} 2. 32,3±4,40
СД3+ (Т-общие)	1457±84 2. 32±2,2	1. 3426±27,2** 2. 30,0±1,0	1. 1376±36,7 2. 12,3±0,7*^{0}
СД4+	1. 698±85,9 2. 21,2±1,9	1. 584±45,3 2. 22,2±0,9	1. 1066±31,9*^{0} 2. 25±4,1
СД8+	1. 488±20,2 2. 10,8±0,6	1. 96,6±11,4** 2. 4,3±0,5**	1. 308±20,3**^{00} 2. 7,3±1,4*^{0}
ИРИ	1,96±0,16	6,0±0,39**	3,4±0,41*^{0}
РТМЛ (индекс)	0,8±0,06	0,62±0,06**	0,81±0,040
Примечание: 1 – абс. ч., 2 – относительное в %, * - достоверность к интактному (P<0,05), ** - достоверность (P<0,001), 0 - достоверно ко 2 серии (P<0,05), 00 - достоверность (P<0,001)			

На основании приведенных данных можно заключить, что в отдаленном периоде после сублетального гамма-излучения в Т-системе иммунитета отмечается снижение числа СД8+ лимфоцитов

Анализ материала показал (таблица 2), что в ближайшем периоде после фракционированного воздействия гамма-облучения общее количество лейкоцитов в периферической крови имело тенденцию к снижению. Отмечено повышение абсолютного числа лимфоцитов в крови с 2800±113 до 3125?105 в 1 мкл (P<0,05) и относительного число - с 40?3,6% до 53,5+1,4 (P<0,001). У облученных крыс при абсолютном увеличении СД3+ лимфоцитов, относительное его содержание соответствовало контрольному значению. При лучевой болезни количество СД4+ лимфоциты существенно из изменялись, тогда как абсолютное число СД8+ снижалось в 5,1 раза (P<0,001), относительное -в 2,5 раза (P<0,001). При этом соответственно повысился иммунорегуляторный индекс в 3 раза (P<0,001) за счет снижения числа лимфоцитов с супрессорной активностью. В этот период происходит достоверное снижение индекса миграции лейкоцитов в реакции РТМЛ на ФГА с 0,8±0,06 до 0,62±0,06 (P<0,001), что свидетельствует о повышении функциональной активности Т-системы иммунитета.

Приведенный материал показывает, что в ближайшем периоде после фракционированного гамма-излучения в периферической крови отмечается лимфоцитоз, повышение количества СД3+лимфоцитов, снижение числа СД8+лимфоцитов и повышение лимфокинпродуцирующей активности лейкоцитов.

В отдаленном периоде после фракционированного гамма-облучения в периферической крови со стороны количества лейкоцитов существенных изменений не наблюдается. Достоверно продолжает возрастать абсолютное количество общих лимфоцитов (на 47% в сравнении с контрольной группой). Снижается абсолютное количество СД3+ до уровня контрольных величин и повышается абсолютное число на 52% СД4+лимфоцитов. Повышение в этот период содержания СД8+ недостаточное, его значение достоверно ниже контрольной величины на 37%. Иммунорегуляторный индекс достоверно снижается, но при этом не достигает контрольного уровня. Индекс миграции лейкоцитов повышается до уровня контрольной величины.

Таким образом, в отдаленном периоде после фракционированного гамма-излучения в Т-системе иммунитета отмечается увеличение общего количества лимфоцитов, повышение числа СД4+клеток, иммунорегуляторного индекса, снижение СД8+клеток и нормализация лимфокинпродуцирующей способности лейкоцитов.

Однако, нет правил без исключения, о чем свидетельствует изменение количества супрессорных клеток. Их нестимулированные антигенами предшественники не отличаются по радиочувствительности от большей части других Т-клеток. После контакта с антигенами и созревания функционально активной формы, Т-супрессоры оказываются в особом положении. Вместо того, чтобы после стимуляции стать радиоустойчивыми, они сохраняют довольно высокую радиочувствительность, причем, большая их часть погибает при дозах 4-6 Гр [17].

Анализируя вышеизложенное о влиянии радиации на иммунитет, можно отметить, что иммунитет после облучения подавляется в результате поражения иммуноцитов и проявляется в снижении максимальных показателей иммунных реакций и замедлении темпов по установлению "нового максимального уровня" этих показателей. Подвергнутая облучению иммунная система ведет к обострению хронических заболеваний.

Несмотря на высокую радиоуязвимость лимфоцитов, все же нельзя со всей определенностью сказать, что иммунная система более уязвима, чем другие системы организма. Однако совершенно ясно, что в пределах доз не выше среднелетальных, именно от функционального состояния иммунной системы, ответственной за индивидуальную целостность конкретного организма, зависит состояние организма в целом, его здоровье и жизнь.

Анализ экспериментального материала показывает, что в ближайшем периоде после воздействия малой

Таблица3 - Т-система иммунитета в отдаленном периоде после малой дозы гамма-облучения

Показатели	Исследуемые группы		
	Исх.(n=15)	1м. (n=20)	3м. (n=20)
Лейкоциты в 1 мкл	6520+150	6300+174,2	6055+122
Лимфоциты в 1 мкл	1. 2800+113 2. 40+3,6	4596+63,7** 55,3+1,1**	3792±115* 57+2,2*
СД3+	1. 1457+84 2. 32+2,2	772,2+20* 18+0,7 **	875±40.9* 22±17*
СД4+	1. 698+45,9 2. 21,2+1,9	347,5+12,1** 10+ 0,8**	477±25,9* 18±1,2
СД8+	1. 488+22 2. 10,8+0,6	74+7,6** 2,2+0,4**	593±19,9* 11±2,9
ИРИ	1,96+0,16	4,5+0,34**	1,6±0,24
РТМЛ (индекс)	0,8+0,06	0,2+0,02**	0,73±0,10

дозы гамма-излучения в существенных изменений не происходит со стороны количества лейкоцитов (таблица 3). В то же время отмечается повышение общего количества лимфоцитов. Со стороны субпопуляции Т-лимфоцитов отмечается достоверное снижение абсолютного и относительного чисел СД3+, СД4+ и СД8+ лимфоцитов. Более выраженное снижение из всех изучаемых клеток проявляется со стороны СД8+ клеток, что сказалось на ИРИ. Его показатель увеличился в 2,29 раза (P<0,05). Индекс миграции в РТМЛ на ФГА снизился в 4 раза.

Приведенный материал показывает, что при действии малой дозы гамма-излучения в ближайшем периоде в Т-системе происходит снижение количественного состава субпопуляции Т-лимфоцитов и увеличение ее функциональной активности.

В отдаленном периоде после действия малой дозы гамма-излучения отмечается нормализация общего количества лейкоцитов и достоверное повышение числа лимфоцитов. Статистически сниженными по отношению к контрольной группе остается количество как относительного, так и абсолютного количества общих Т-лимфоцитов. При этом разнонаправлено ведут себя субпопуляции Т-лимфоцитов; абсолютное количество Т-лимфоцитов с хелперной активностью снижается на 32%, а абсолютное количество Т-лимфоцитов с супрессорной активностью, напротив, повышается на 19% (P<0.05). Данное изменение вызывает снижение ИРИ до контрольного уровня. В то же время лимфокинпродуцирующая способность лейкоцитов возрастает до контрольного уровня.

Таким образом, представленный анализ показывает, что в раннем периоде в периферической крови облученных животных на фоне лимфоцитоза регистрируется снижение количества Т-общих и субпопуляции Т-лимфоцитов - с хелперной и супрессорной активностью и повышение иммунорегуляторного индекса. В то же время в крови при лучевом поражении отмечается повышение лимфокинпродуцирующей способности лейкоцитов по сравнению с интактными крысами.

Выводы:

1. В отдаленном периоде после сублетального гамма-излучения в Т-системе иммунитета отмечается снижение числа СД8+ лимфоцитов.
2. В отдаленном периоде после фракционированного гамма-излучения в Т-системе иммунитета отмечается увеличение общего количества лимфоцитов, повышение числа СД4+клеток, иммунорегуляторного индекса, снижение СД8+клеток и нормализация лимфокинпродуцирующей способности лейкоцитов.
3. В отдаленном периоде при действии малой дозы гамма-излучения на фоне лимфоцитоза регистрируется снижение количества субпопуляции Т-лимфоцитов с хелперной и повышение Т-лимфоцитов с супрессорной активностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. James S.I., Engor S.N., Peterson W.J., Makinodan T. Immune potentiation after fractionated exposure to very low doses of ionising radiation and or caboric restriction in autoimmune prone and normal CB 571/6 mice // Clinical immunology and immunopathology. - 1990. - 55, №3. - P.427-437.

2. Бейсенбина Г.Ж. Влияние малых доз ионизирующего излучения на состояние иммунологической реактивности ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС в отдаленном периоде. Автореф. дисс. канд., Алматы. - 2001. - С.24.

3. Рябухин Р.С. Низкие уровни ионизирующего излучения и здоровье: системный подход // Мед. рад. и рад. Безопасность. - 2000. - №4. -С.5-45.

4. Аклеев А.В., Овчарова Е.А. Иммунный статус людей, подвергшихся хроническому радиационному воздействию в отдаленные сроки // Мед.радиол. и радиац.безопасность. - 2007. - №3. - С.5-9.

5. Mori N., Takamori J. Non sex-dependent growth of potentiality-1 lymphoma cells of X-irradiated NFS mice // Radit. Res., 1990, 121, №1. - P.111-113.

6. Бездробный Ю.В. Актуальные проблемы радиационной биологии и радиационной генетики // Матер. 4-й Всесоюз. конф. к 90-летию Н.В.Тимофеева-Ресовского. Обнинск, 1990. - С.19-21.

7. Кутузова А.Б., Лелюк В.Г., Гуськова А.К. Состояние сердца у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения // Медицинская радиология и радиационная безопасность. - 2000. - Т. 47, № 3. - С. 66-79.

8. Гогин Е.Е. Сочетанные радиационные воздействия, их непосредственные и отдаленные последствия // Терапевт. архив. - 1990. - Т.62, №7. - С.11-15.

9. Комарова Л.Н., Петин В.Г., Тхабисимова М.Д. Восстановление клеток китайского хомячка под влиянием комбинированного воздействия рентгеновского излучения и химических препаратов // Мед рад. и рад. Безопасность. - 2002. - Т.47, №4. - С.17-22.

10. Цыб А.Ф. О внесении изменений и дополнений в федеральный закон "О радиационной безопасности населения" // Мед. рад. и рад. Безопасность. - 2002. - №2. - С.19-25.

11. Балмуханов С.Б., Гусев Б.И., Абдрахманов Ж.Н. и др. Злокачественные новообразования и Семипалатинский ядерный полигон // "Экология, радиация, здоровье" материалы 2-й международной конференции. - Семипалатинск. - 1998. - С.35-36.

12. Doyum A. Separation of leucocytes from blood and done marrov //Scand. J. Clin. Lab. Ivest. -1968. -Vol. 21. -P. 77-82.

13. Сапин М.Р. Иммунная система и иммунодефицит //Клин. мед. - 1999. -№1. -С. 5-10.

14. Гариб Ф.Ю., Гариб В.Ю., Ризопулу А.П. Способ определения субпопуляции лимфоцитов. 1111 №2426 Руз // Расмий ахборотнома. - Ташкент, 1995. -1:90

15. Артемова А.Г. Феномен торможения миграции лейкоцитов крови у морских свинок с гиперчувствительностью замедленного типа к чужеродному тканевому

агенту. // Бюл. эксперим. биол. и мед. - 1973, Т.76. -№10. - С.67-71.
16. Монцевичюте-Эрингене Е.В. Упрощенные математико-статистические методы в медицинской исследовательской работе // Пат. физиол. и эксперим. терапия, 1961, №1, С.71-76.
17. В. М. Шубик Иммунологические исследования в радиационной гигиене. - М.:Энергоатомиздат,1987.- С.74-109

ГАММА-СӘУЛЕЛЕНУДІҢ ӘР ТҮРЛІ ДОЗАЛЫҚ ЖҮКТЕМЕСІНІҢ ӘСЕРІНЕН КЕЙІН ҰЗАҚ МЕРЗІМДІК КЕЗЕҢДЕ Т-ЖҮЙЕЛІ ИММУНИТЕТ КҮЙІ

Тәжірибеде әр түрлі дозалы - сублеталды, фракцияланған және төмен дозалы гамма-сәулеленудің әсерінен кейін жақын және ұзақ мерзімді кезеңдердегі Т- жүйелі иммунитет әсері зерттеленген

CONDITION OF T-IMMUNITY SYSTEM IN THE LATE PERIOD AFTER EXPOSURE DIFFERENCE DOSE GAMMA-IRRADIATION

The experiment studied the state of the T-immunity system in the early and late periods after exposure difference doses of gamma-irradiation - sub-mortal, fractionated and low dose.

УДК: 612.014.482 - 017.1.001.6

Мадиева М.Р., Жетписбаев Б.А., Узбекова С.Е., Жетписбаева Х.С.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗОВЫХ НАГРУЗОК ГАММА-ИЗЛУЧЕНИЯ НА ГУМОРАЛЬНОЕ ЗВЕНО ИММУНИТЕТА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Государственный медицинский университет, г. Семей

Отдаленная лучевая патология при воздействии в достаточно высоких дозах может развиваться в любом органе и любой ткани. При этом, как правило, изменения носят комплексный характер и при облучении всего организма или части его патология может одновременно развиваться в различных органах и тканях, локализация и степень проявления которой зависят от уровней общих и локальных доз, а также радиочувствительности облучаемой ткани [1,2,3].

Если для возникновения лучевой болезни или гибели организма решающее значение имеет гибель облученных клеток, то на отдаленные последствия влияет в основном функционирование клеток, выживших после облучения [4,5].

Вызывает особый интерес гипотеза об отдаленных влияниях облучения на продолжительность жизни в результате изменений в иммунной системе. При этом возможными причинами диффузного поражения действия радиации являются иммунные процессы, прогрессирующие в системе иммунологического надзора [6].

Иммунная система в значительной степени доступна для изучения эффектов облучения, поэтому может являться индикатором тяжести поражения организма ионизирующим излучением, особенно при больших дозах [7,8]. В то же время отдаленные эффекты действия ионизирующего излучения на клетки крови в диапазоне доз при фракционированном излучении и малыми дозами остаются малоизученными [9].

Вышеизложенное доказывает, что одним из перспективных подходов в решении вопроса о роли различных доз облучения представляется исследование изменений не только функционального состояния органов иммунной системы, возникающих в отдаленном периоде в результате как сублетального так и фракционированного радиоактивного облучения, но и оценка состояния различных механизмов, обеспечивающих функционирование иммунокомпетентных клеток лимфоидных органов, при действии малой дозы гамма-излучения.

Поэтому *целью* работы явилось изучение реакции гуморального звена иммунной системы облученного организма в отдаленном периоде после воздействия сублетальной, фракционированной и малой дозы гамма-излучения.

Материалы и методы исследования: Для решения

Таблица 1 - Влияние ионизирующего излучения в дозе 6 Гр на иммунную систему организма в отдаленном периоде

Показатели	Исследуемые группы		
	1.интактные (n=15)	2.облученные + 1 месяц (n=20)	3.облученные + 3 месяца (n=20)
Лейкоциты в 1 мкл	6520±150	5025±273**	6112±125
Лимфоциты в 1 мкл	1. 2800±113 2. 40±3,6	1.4403±153* 2.55±1,5*	1.3455±640 2.56±2,0*
СД19+ В 1 мкл	1.318±16,5 2.7,0±2,1	1.584,3±15,8* 2.13,0+1,4*	1.619±16,3** 2.15±1,7**
АОК в %	52±4,9	19±1,2**	40±2,3*^{0}
ИС (инд. супрессии в %)	-	63±1,5	23±1,40
ЦИК (г/л)	1,3±0,03	0,5±0,01*	0,2±0,01**^{0}
Примечание: 1 – абс. ч., 2 – относительное в %., *- достоверность к контрольному (P<0,05), ** - достоверность (P<0,001), 0 – достоверно ко 2 группе (P<0,05).			

поставленной цели нами выполнены 7 серии опытов на 135 белых беспородных половозрелых крысах преимущественно самцах. 1- серия интактные (n=15), 2-я - (n=20) облученные в дозе 6 Гр через 1 месяц, 3-я серия - облученные в дозе 6 Гр через 3 месяца (n=20), 4-я - облученные фракционированной дозой через 1 месяц (n=20), 5 серия - облученные фракционированной дозой через 3 месяца (n=20), 6 серия - облученные малой дозой через 1 месяц (n=20) и 7 серия - облученные малой дозой через 3 месяца (n=20). У всех подопытных животных изучали показатели характеризующие количественные и качественные показатели гуморального звена иммунитета. Облучение животных производилось на российском радиотерапевтическом устройстве "Агат-РМ" гамма-лучами 60Со. Для этого разработали способ топометрическо - дозиметрической подготовки экспериментальных животных, который способствует к подведению животным запланированной дозы. Подопытных животных подвергли общему гамма-облучению в дозе 6 Гр однократно, фракционированной дозе (по 2Гр трехкратно в течение 10 дней), и малой дозе - 0,15 Гр (однократно). Во время облучения животные находились в специально сконструированной камере из органического стекла с изолированными ячейками для отдельных животных.

Оценку иммунного статуса проводили в ближайшем (через 1 месяц) и отдаленном периодах (через 3 месяца) в соответствии с рекомендациями Института иммунологии МЗ с СР РФ (Р.В.Петров и соавт., 1982). Кровь для исследования забирали в пробирки с гепарином (25 ЕД/мл). Выделение лимфоцитов из венозной крови осуществляли по общепринятому методу [10] в градиенте плотности фиколла-верографина (1,077).

Популяционный состав лимфоцитов в периферической крови определяли с помощью моноклональных антител (ЗАО "Сорбент-сервис", Москва) к маркеру СД19+ в реакции непрямого розеткообразования [11]. Принцип метода заключается в прикреплении эритроцитов человека, сенсибилизированных моноклональными антителами LT, к поверхности лимфоцитов[12].

Животных за 5 суток до эксперимента иммунизировали ЭБ (в/в 0,4 мл 2,5 х106. Состояние гуморального иммунитета оценивалось по концентрации циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) - по методу [13], в модификации [14]. Для исследования антителообразующих клеток (АОК) использовали метод локального гемолиза [15]. Индекс супрессии определялся расчетным путем в процентах.

Полученные цифровые данные обрабатывались общепринятыми методами вариационной статистики [16].

Таблица 2 - Влияние фракционированного гамма-излучения на гуморальное звено иммунитета в отдаленном периоде

Показатели	Исследуемые группы		
	интактные (n=15)	облученные +1 месяц (n=20)	облученные + 3месяца (n=20)
СД19+ В 1 мкл	1. 318±16,5 2. 7,0±2,1	1. 145,0±9,9** 2. 14,2±1,0 **	1. 514±42*^{00} 2. 12,3±0,7*
АОК в %	52±4,9	22±1,3 **	45±2,60
ИС (инд.супрессии в %)	-	57,6±1,2*	13±0,38^{00}
ЦИК (г/л)	1,3±0,03	0,7±0,01**	0,05±0,001*^{00}
Примечание: 1 – абс. ч., 2 – относительное в %, * - достоверность к интактному (P<0,05), ** - достоверность (P<0,001), 0 - достоверность к контрольному (P<0,05), 00 - достоверность (P<0,001)			

Таблица 3. В-система иммунитета в отдаленном периоде после малой дозы гамма-облучения

Показатели	Время после облучения (месяцы)			
	Исх. (n=15)	1м. (n=20)	2м. (n=15)	3м. (n=20)
В-лимфоциты в 1 мкл 2.	1. 322±16,5 2. 7,0±1,2	499,2±47,5** 12,3±0,8*	381±16,4** 15±0,4**	1136±73,5** 16±1,7**
АОК в %	52±4,9	40±2,6*	38+1,5*	44+1,7
ИС (инд. супрессии в %)	-	20,2±2,2	27+3,5	15+1,7
ЦИК (г/л)	1,25±0,022	0,55±0,003**	0,72+0,04**	0,80+0,05*

Примечание: 1 – абсолютное число лимфоцитов 2 – относительное число лимфоцитов в %
* - достоверность к контрольному (p<0,05) ** - достоверность (p<0,001)
n – количество опытов, м – месяц

Результаты исследования и обсуждение: Состояние гуморального звена иммунитета в ближайшем и отдаленном периодах после сублетального гамма-излучения представлены в таблице 1. Из таблицы видно, что абсолютное число СД19+ клеток повышалась на 83%, достоверное повышение наблюдалось со стороны и относительного числа СД19+. Снижение числа АОК в селезенке на 64% сопровождалось повышением индекса супрессии на 63±1,5%. В этот период концентрация ЦИК в сыворотке крови снижалась на 38% (P<0,05).

Таким образом, в ближайшем периоде после сублетального гамма-излучения происходят иммунодепрессия в гуморальном звене иммунной системы.

В отдаленном периоде после сублетального гамма-излучения в гуморальном звене иммунитета наблюдаются следующие изменения: уровень СД19+ клеток остается достоверно высокой, снижены антителообразующая функция в селезенке (на 23%), индекс супрессии, концентрация ЦИК в сыворотке крови в 6,5 раза (P<0,01).

На основании приведенных данных можно заключить, что в отдаленном периоде после сублетального гамма-излучения отмечается напряжение в гуморальном звене иммунитета: снижение числа АОК в селезенке, концентрации ЦИК в сыворотке крови и повышение индекса супрессии.

В отдаленном периоде после фракционированного гамма-облучения в периферической крови со стороны количества лейкоцитов существенных изменений не наблюдается (таблица 2). Достоверно продолжает возрастать абсолютное количество общих лимфоцитов (на 47% в сравнении с контрольной группой.

Влияние фракционированного гамма-излучения на гуморальное звено иммунитета в отдаленном периоде представлено в таблице 2. Из таблицы видно, что в ближайшем периоде после фракционированного гамма-облучения снижаются абсолютное и относительное числа СД19+ лимфоцитов - на 55% и 102% соответственно. Отрицательная динамика наблюдается со стороны количества АОК в селезенке. Антителообразующая функция селезенки достоверно снижается в 2,36 раза, индекс супрессии составил 57,6?1,2%. Снижение отмечается со стороны концентрации ЦИК в сыворотке крови. Её значения достоверно снизились в 1,85 раза.

На основании полученных данных можно сделать заключение, что при фракционированном гамма-облучении в гуморальном звене иммунитета супрессия проявляется в снижении количества СД19+клеток, антителообразующих клеток селезенки, концентрации ЦИК в сыворотке крови и повышения индекса супрессии.

В отдаленном периоде после фракционированного гамма-облучения отмечается высокое содержание абсолютного количества СД19+лимфоцитов на 61%, нормализация антителообразующих клеток в селезенке, снижение индекса супрессии с 57,6±1,2% до 13±0,38% (P<0,01) и концентрации ЦИК в сыворотке крови в 26 раза.

Таким образом, в отдаленном периоде после фракционированной дозы гамма-облучения отмечается снижение супрессии в гуморальном звене иммунитета, что проявляется в повышении числа СД19+лимфоцитов, АОК в селезенке, снижении индекса супрессии и концентрации ЦИК в сыворотке крови.

В ближайшем периоде после воздействия малой дозы гамма-излучения отмечается достоверное повышение абсолютного и относительного количества СД19+ лимфоцитов в 1,59 и 1,57 раза (P<0,05). Снижение содержания АОК в селезенке на 24% сопровождалось повышением индекса супрессии на 20,2%. Концентрация ЦИК в сыворотке крови уменьшилась на 56% (таб. 3).

В отдаленном периоде после воздействия малой дозы гамма-излучения отмечается дальнейший рост количества СД19+ лимфоцитов - до 1136±73,5 в 1 мкл, в 2,28 раза повышено относительное число СД19+ лимфоцитов. Повышается до контрольного уровня число АОК в селезенке, снижается ИС с 20,2±2,2% до 15+1,7%. Концентрация ЦИК в сыворотке крови возрастает, но при этом не достигает контрольного уровня.

Таким образом, в ближайшем периоде после воздействия малой дозы гамма-излучения отмечается супрессия в гуморальном звене иммунитета, что проявляется снижением числа АОК в селезенке, концентрацией ЦИК в сыворотке крови и повышением

индекса супрессии. В отдаленном периоде после воздействия малой дозы гамма-излучения, несмотря на значительное улучшение показателей, полной нормализации в гуморальном звене иммунитета не наблюдается.

Выводы:

1. В отдаленном периоде после сублетального гамма-излучения отмечается напряжение в гуморальном звене иммунитета: снижение числа АОК в селезенке, концентрации ЦИК в сыворотке крови и повышение индекса супрессии.

2. В отдаленном периоде после фракционированной дозы гамма-облучения отмечается снижение супрессии в гуморальном звене иммунитета, что проявляется в повышении числа СД19+лимфоцитов, АОК в селезенке, снижении индекса супрессии и концентрации ЦИК в сыворотке крови

3. В ближайшем периоде после воздействия малой дозы гамма-излучения отмечается супрессия в гуморальном звене иммунитета, что проявляется снижением числа АОК в селезенке, концентрацией ЦИК в сыворотке крови и повышением индекса супрессии. В отдаленном периоде после воздействия малой дозы гамма-излучения, несмотря на значительное улучшение показателей, полной нормализации в гуморальном звене иммунитета не наблюдается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хлыстова З.С., Шмелева С.П., Калинина И.И. и др. Карта заселения органов иммунной системы эмбриона и плода человека Т- и В-лимфоцитами и начало эндокринной функции тимуса // Иммунология, 2002, №2, С.80-82.

2. Гогин Е.Е. Сочетанные радиационные воздействия, их непосредственные и отдаленные последствия // Терапевт. архив. - 1990. - Т.62, №7. - С.11-15.

3. Sado L. Late effects of radiation on immune system: a revue // Radiat. Res. Proc. 6 th Int. Conor. Radit. Res., Tokyo. - 1979. - P.688-697

4. Василенко О.И. Радиационная экология. - М.: Медицина, 2004. - С.89-90.

5. Steinert M. et al. Delayed effects of accidental cutaneous radiation exposure: fifteen years follow-up after the Chernobyl accident // J. Am. Acad. Dermatol. - 2003. - Vol. 49., No 3. - P. 417-423.

6. Mori N., Takamori J. Non sex-dependent growth of potentiality-1 lymphoma cells of X-irradiated NFS mice // Radit. Res., 1990, 121, №1. - P.111-113.

7. Туков А.З., Дзогаева Л.Г. Сравнительный анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них у ликвидаторов последствий аварий на ЧАЭС, работающих на предприятиях атомной промышленности и атомных электростанциях России // Мед. рад. и рад. безопасность, 2002, Т.47, №4, С.27-33.

8. Клименко В.И., Дягиль И.С. Гематологические эффекты облучения / Чернобыльская атомная станция, Славутич: медицинские аспекты, Под редакцией В.Г. Бебешко и др., Киев: Высшая школа, 1996, С.185-198.

9. Кузнецова Н.Е., Лоскутова З.Ф., Молоков И.Н. Восстановление гематологических показателей собак при длительном фракционированном облучении // Тез. VI Всесоюз. науч. конф. "Восстановительные и компенсаторные процессы при лучевых поражениях".-Л., 1973.-С.65. 39.

10. Doyum A. Separation of leucocytes from blood and done marrov //Scand. J. Clin. Lab. Ivest. -1968. -Vol. 21. -P. 77-82.

11. Сапин М.Р. Иммунная система и иммунодефицит //Клин. мед. - 1999. -№1. -С. 5-10.

12. Гариб Ф.Ю., Гариб В.Ю., Ризопулу А.П. Способ определения субпопуляции лимфоцитов. 1111 №2426 Руз // Расмий ахборотнома. - Ташкент, 1995. -1:90.

13. Digeon M., Laver M. Detection of circulating immune complex in human sera by simplified assays with polyethylene glucos. -J. Immunol. Methods. -1977. -№1. -P.165-183.

14. Гринкевич Ю.Я., Алферов А.Н. Определение иммунных комплексов в крови онкологических больных. //Лаб. дело. - 1981., №8. -С.493-495.

15. Jerne N., Nordin A. Plague formation in agar by single fntibodyproducing cells. || Science. -1963.-140. -P.336-406.

16. Монцевичюте-Эрингене Е.В. Упрощенные математико-статистические методы в медицинской исследовательской работе // Пат. физиол. и эксперим. терапия, 1961, №1, С.71-76.

ГАММА-СӘУЛЕЛЕНДІРУДІҢ ӘР ТҮРЛІ ДОЗАЛЫҚ ЖҮКТЕМЕСІНІҢ ҰЗАҚ МЕРЗІМДІК КЕЗЕҢДЕ ГУМОРАЛДЫ ИММУНИТЕТ ЖҮЙЕСІНЕ ӘСЕРІ

Тәжірибеде сублеталды, фракцияланған және төмен дозалы гамма - сәулелендірудің жақын және ұзақ мерзімдік кезеңінде иммунитеттің гуморалды жүйесіне әсері зерттелген.

INFLUENCE OF THE DIFFERENCE DOSES GAMMA-IRRADIATION ON THE HUMORAL IMMUNITY IN THE LATE PERIOD

The experiment studied the effect of sub-lethal, fractionated and low dose of gamma-irradiation on the humoral immune system in the early and late periods.

С.Б. Маукаева

СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В

Государственный медицинский университет г.Семей

Вирусный гепатит В (ВГВ) занимает важное место среди инфекционной патологии человека из-за широкой распространенности, высокой заболеваемости и формирования хронического течения, циррозов печени и первичных гепатоцеллюлярных карцином [1-4]. По данным ВОЗ, в мире насчитывается более двух миллиардов инфицированных вирусом гепатита В, из них около 350 миллионов составляют хронические носители HBsAg, а от патологии, связанной с HBV-инфекцией, умирает около 2 млн. человек ежегодно. В патогенезе парентеральных вирусных гепатитов важную роль играют иммунные реакции, определяющие течение и исход заболевания [4,5].

Целью настоящей работы было изучение состояния гуморального иммунитета у больных вирусным гепатитом В.

Под наблюдением находилось 60 больных вирусным гепатитом В в возрасте от 16 до 68 лет. Диагноз был подтвержден клинико-эпидемиологическими и лабораторными данными. В качестве здоровых обследовались 30 доноров городской станции переливания крови.

У больных определялись показатели гуморального иммунитета, а именно - количественное определение иммуноглобулинов методом радиальной иммунодиффузии в геле (G.Mancini et al., 1965). Определение циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке преципитацией полиэтиленгликолем.

Показатели гуморального звена иммунитета у больных вирусным гепатитом В представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, для показателей гуморального звена иммунной системы больных ВГВ было характерно достоверное повышение содержания иммуноглобулинов всех основных классов в крови. Кроме того, очень значительно и достоверно увеличивалась концентрация циркулирующих иммунных комплексов.

Таблица 1– Состояние гуморального иммунитета у больных с ВГВ

Показатель	Контрольная группа здоровых лиц, n=30	Больные вирусным гепатитом В, n=60
IgA, г/л	2,00±0,15	2,67±0,19*
IgM, г/л	1,50±0,10	2,23±0,12*
IgG, г/л	11,90±0,51	15,71±0,77*
ЦИК, ед. ОП 280 нм	0,069±0,012	0,238±0,034*

Примечание - * - различия с показателем контрольной группы здоровых лиц достоверны, $p<0,05$, ** - $p<0,01$

В группе больных острым вирусным гепатитом В степень превышения содержания IgA над контролем составила 33,5%, IgM - 48,7%, а IgG - 32,0% ($p<0,05$ во всех случаях). Уровень различий содержания ЦИК с контролем достигал 244,9%, однако большая вариабельность этого показателя среди обследованных больных ограничивала степень достоверности различий уровнем $p<0,05$.

Таким образом, у больных с вирусным гепатитом В происходит патологическая активация гуморального звена иммунитета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жданов В.м., Ананьев В.А., Стаханова В.М. Вирусные гепатиты. М.: Медицина 1986; 256 с.

2. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты 2-е изд. СПб, Теза, 1997; 325 с.

3. Подымова С Д. Болезни печени. М.: Медицина 1993; 137-54.

4. Виноградова Е.Н. Вирусные гепатиты В и С (проблемы диагностики и терапии). Дис. ...д-ра мед. наук. СПб, 1997.

5. Ярилин А.А. Основы иммунологии. - М.: Медицина,1999.- 608с.

В ГЕПАТИТ ВИРУСЫ АНЫҚТАЛҒАН НАУҚАСТАРДАҒЫ ГУМОРАЛДЫ ИММУНИТЕТ ЖҮЙЕСІНІҢ КӨРСЕТКІШТЕРІ

Гуморальды иммунитет жүйесінің көрсеткіштері вирусты В гепатит анықталған 60 науқаста зерттелді.

Зерттеулер иммуноглобулиндер және циркуляциялайтын иммундық жүйелердің барлық кластарының жоғырлайтынын

анықтады. Бұл иммунитеттің гуморальдық бөлігінің патологиялық белсенділігін көрсетеді.

CONDITION OF HUMORAL IMMUNITY AT PATIENTS WITH VIRAL HEPATITIS B

Indexes of humoral immunity were investigated at 60 patients with viral hepatitis B. Investigation revealed reliable increase of immunoglobulin of all classes which speaks about pathological activation of humoral immunity.

VALEO

Сеитова М.Б

МОЛОЧНИЦА (ОСТРЫЙ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КАНДИДОЗ) У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ДО ГОДА

АО "Медицинский Университет Астана".

Актуальность. В практике детской терапевтической стоматологии кандидоз является одним из часто встречаемых заболеваний. Кандидоз - это заболевание, которое вызывается дрожжеподобными грибами рода Candida, превращающимися при ослаблении иммунной системы макроорганизма из условно-патогенных в патогенные микроорганизмы.

Основной причиной возникновения кандидоза является несостоятельность клеточного иммунитета вследствие нарушения физиологического равновесия между разными видами микробов и макроорганизмом, приводящее к дисбактериозу.

Грибы рода Candida могут попасть в организм ребенка с предеметов домашнего обихода, игрушек. с пищей. Источником инфицирования детей в родилтных домах является медицинский персонал, мать с влагалищным кандидоносительством, урогенным кандидозом. Причиной кандидоза также может быть длительное нерациональное применение лекарственных препаратов.

По течению болезни различают следующие формы кандидоза:

1. Острый кандидоз:
- острый псевдомембранозный (молочница);
- острый атрофический;
2. Хронический кандидоз:
- хронический гиперпластический;
- хронический атрофический.

Целью нашего исследования является изучение особенности клинических проявлений молочницы в полости рта у новорожденных и детей до года.

Материалы и методы исследования. В стоматологическом отделении при ТОО "СВА-Академия" нами было обследовано 15 детей, от 0 месяцев до года, с острым псевдомембранозным кандидозом (молочницей).

При сборе анамнеза нами выявлены следующие причины возникновения заболевания: наличие кандидоза у матери во время беременности, нерациональное применение лекарственных препаратов, а также недоношенные дети с малым весом тела.

Острый псевдомембранозный кандидоз (молочница)- самая частая форма поражения слизистой оболочки полости рта. Со слов родителей заболевание начиналось с того, что ребенок отказывался от груди и приема пищи, становился вялым, капризным. Объективно: на слизистой оболочки щек, языка появлялся налет- белые и синевато-белые пятна, напоминающие творожистые массы.

К сожалению большинство родителей обращалось за специализированной помощью не сразу, что приводило к более тяжелой форме кандидоза. Лечение проводили на дому, пытались самостоятельно снять налет со слизистой оболочки полости рта. Области поражения покрывали различными противоспалительными, противогрибковыми мазями, что не оказывало никаго эффекта на зону поражения.

С целью лечения нами учитывалась эрадикация возбудителя в полости рта - первое лечебное мероприятие, после которого можно переходить к профилактике рецидивов и коррекции местных и общих предрасполагающих факторов.

В качестве антимикотика нами был использован жидкий Микозол Данный препарат относится к синтетическим средствам специфического действия,обладающие фунгистатическими свойствами, невысокой токсичностью, хорошей всасываемостью, а также отсутствием у грибов природной устойчивости к ним.

Антисептическая обработка проводилась с использованием 1-2% раствора гидрокарбоната натрия,

в целях создания в полости рта щелочной среды. Кроме того, нами были использованы анилиновые красители-1-2% раствор метиленового синевого, 1-2% раствор фуксина.

По причине несостоятельности иммунной системы были даны рекомендации принимать Иммудон в виде таблеток для рассасывания в полости рта по 6 штук в день, курсом 14-21 день. Для предупреждения присоединеиея вторичной инфекции нами был назначен препарат Холисол 2 раза в день после еды.

Профилактика:

1. Сокращение инфицирования грибами рода кандида новорожденных методом выявления и лечения урогенитального кандидоза и кандидоносительства у беременных женщин путем назначения им антибиотиков с узким спектром действия (пенициллина, оксациллина, эритромицина).

Выявление и лечение кандидоза полости рта будущей матери, санация полости рта. Стерилизация сосок, пустышек и других предметов ухода за ребенком. Ребенок должен иметь индивидуальную стерильную посуду, свою кроватку и постельное белье, индивидуальную ночную вазу.

Соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий и режима в родильных домах, проведение правильной обработки оборудования, детского белья, рук медицинского персонала, обеспечение стерильности бутылочек, пипеток, инструментария, шприцев и прочего. Обучение кормящей матери уходу за грудью, сосками, гигиеническим манипуляциям.

2.Отказ от нерациональной и массивной антибактериальной терапии, осторожное применение гормонов, под контролем и по назначению лечащего врача.

При длительной антибактериальной терапии необходимо одновременно назначать полиеновые антибиотики внутрь, курсом, адекватным антибактериальному, а после противомикробной терапии назначать препараты, нормализующие микрофлору кишечника (коли-бактерин, бифидумбактерин, лактобактерин, бактисубтил).

3. Своевременное выявление и лечение дисбактериоза.

4. Широкая санитарно-просветительная работа среди медицинского персонала, среди населения, будущих мам и пап.

ЛИТЕРАТУРА

1.Т.Ф. Виноградова.Стоматология детского возраста. 1987 г. С. 346-354.

2. Н.В. Курякина. Терапевтическая стоматология детского возраста. 2004г. С. 523-531.

3. Н.М. Лукиных. Заболевания слизистой оболочки полости рта. 2000 г. С. 142-158.

4. Е.В. Боровский, А.Л. Машкиллейсон. Заболевания слизистой оболочки полости рта. 2001г. С.72-82.

НӘРЕСТЕЛЕР МЕН 1 ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДА АУЫЗ УЫЛУЫ (ЖЕДЕЛ ЖАЛҒАН МЕМБРАНОЗДЫ КАНДИДОЗ)

Сонымен, жалған мембранозды кандидозды емдеу және алдын алу шаралары бірнеше бағытта жүргізілуі қажет.

Босану орындарында санитарлық гигиеналық шараларды қатаң сақтап, қойылған тәртіптерді қадағалау және антибактериалды дәрі дәрмектерді, гормондарды қолдануға жол бермеу секілді бақылау шаралары қарастырылады.

THE MILKWOMAN AT NEWBORNS AND CHILDREN ABOUT ONE YEAR

Thus, treatment and preventive maintenance sharp pseudomembrane a candidiasis it should be spent in several directions. Observance of sanitary-and-hygienic actions and a mode in maternity hospitals. Training of nursing mother to care, dummies, to hygienic manipulations. Refusal of irrational and massive antibacterial therapy, cautious application of hormones, under the control and to destination the attending physician

VALEO

Н. П. Волкова

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ДАУНА У НОВОРОЖДЕННЫХ

ГККП. Перинатальный центр г. Астана

Медико - генетическое консультирование и методы дородовой (пренатальной) диагностики помогают предотвратить рождение детей с тяжелыми хромосомными заболеваниями.

Цель работы: анализ результатов пренатальной диагностики болезни Дауна в Перинатальном центре (ПЦ) г. Астана.

Анализ историй 3 детей, родившихся в марте месяце 2010 года с диагнозом болезнь Дауна показал, что возраст у матерей этих новорожденных составлял 44 года, 42 года, 31 год. У самой старшей, по возрасту, женщины беременность была пятая, у второй - четвертая, у 31 - летней третья. Роды у 44-х летней - третьи, у 42-х летней - третьи, у 31 летней - вторые (табл. № 1).

Изучение истории 44 летней беременной женщины, родившей ребенка с болезнью Дауна показал, что она имеет от I-й - II-й беременностей и родов 2-х живых доношенных здоровых детей. III-я - IV-я беременности закончились медицинскими абортами. Последний раз рожала в 1992 году, ИГИ составляет 17 лет. Первое УЗИ женщине было сделано в 10 - 11 недель беременности, второе в 24, третье в 35 недель гестации, патология не выявлена. В 37 недель беременности на УЗИ - маловодие. На доплерометрии - нарушение маточно - плацентарного кровообращения I А степени без нарушения гемодинамики плода. Беременность протекала на фоне ВСД по гипертоническому типу. Из - за отсутствия по месту жительства современной аппаратуры и необходимых реактивов, определение сывороточных маркеров для выявления хромосомных аномалий в 1-м и 2-м триместре беременности не проведено. В 37 недель гестации родилась девочка, в затылочном предлежании, весом 3590 гр., ростом 55 см., с оценкой по шкале Апгар 7 - 8 баллов. Диагноз - болезнь Дауна был поставлен ребенку, родившемуся от женщины в 44 года, от V-й беременности, III-х родов на основании типичных клинических данных, а именно: широкая переносица, короткий нос, короткая шея, сандалевидная щель, монголоидный разрез глаз, поперечная борозда на ладонях, диспластичные уши. Рефлексы врожденного автоматизма быстроистощимы, тонус мышц снижен. На верхушке сердца систолический шум, средней интенсивности, проводится по всем точкам.

Изучение истории 42 летней женщины, родившей ребенка с болезнью Дауна показало, что у нее имеются 2 живых доношенных здоровых детей от I-й и III-й беременностей, II-я беременность медицинский аборт. Последние роды в 1998 году, ИГИ составляет 11 лет. С данной, IV-й беременностью на "Д" учет встала в 17 - 18 недель гестации. Сразу же была проведена медико - генетическая консультация в центре планирования семьи и репродукции. При консультировании, на УЗИ были выявлены маркеры хромосомной аномалии (утолщение воротникового пространства). Кроме того, результат цитогенетического исследования показал кариотип 47, XX, +21. В 18 недель беременности на основании данных анамнеза, УЗИ и цитогенетического анализа был поставлен диагноз - хромосомная патология, болезнь Дауна. ВКК рекомендовал прерывание беременности по медико - генетическим показаниям, однако данные рекомендации были проигнорированы. При повторном УЗИ в 28 недель гестации выявлено: многоводие, в 32 недели гестации - врожденный порок сердца (ВПС), дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), признаки фетоплацентарной недостаточности (ФПН), нарушение фетоплацентарного кровообращения I А степени, без нарушения гемодинамики плода. Беременность протекала на фоне умеренной анемии, эрозии шейки матки. В 37 недель гестации родилась девочка, весом 3280 гр., ростом 51 см., с оценкой по шкале Апгар 8 - 8 баллов. Диагноз - болезнь Дауна ребенку, родившемуся от женщины в 42 года, от IV-й беременности, III-х родов, аналогично первому случаю, был поставлен на основании типичных клинических данных и учета данных пренатальной диагностики.

Анализ истории 31 летней матери показал, что она имеет 1 живого, доношенного, здорового ребенка от I-й беременности, II-я беременность медицинский аборт. Последние роды в 2001 году, ИГИ составляет 7 лет. По поводу данной, III-й беременности встала на "Д" учет в 10 - 11 недель. Были проведены скрининговые методы обследования - трехкратно УЗИ - патология не выявлена. В 18 недель определены уровни биохимических маркеров: альфа - фетопротеина (АФП), хорионического гонадотропина человека (ХГЧ). Был выявлен низкий рост уровней биохимических маркеров, что указывало на отсутствие хромосомной патологии. Беременность протекала на фоне хронического холецистита, хронического пиелонефрита, железодефицитной анемии легкой степени. В 39 недель гестации родилась девочка, весом 3560 гр., ростом 53 см., с оценкой по шкале Апгар 8 - 8 баллов. Диагноз - болезнь Дауна ребенку, родившемуся от женщины в 31 год, от III-й беременности, II-х родов, также как и в 2-х вышеописанных случаях, был поставлен на основании

Таблица 1 - Возраст, количество беременностей и родов у женщин, родивших детей с болезнью Дауна

Возраст	44 года	42 года	31 год
Беременность	5	4	3
Роды	3	3	2

типичных клинических данных. Кроме того, был поставлен диагноз - врожденный порок сердца (ВПС), дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) на основании результата УЗИ, проведенного уже после родов.

Известно, что одним из главных этиологических факторов с доказанным неблагоприятным воздействием на частоту нерасхождения хромосом при созревании половых клеток является возраст женщины. Но при этом, согласно литературным данным, среди матерей, родивших детей с болезнью Дауна, лишь 46 % были старше 35 лет. И только 2,8 % имели в анамнезе рождение детей с хромосомными заболеваниями или с пороками развития [1, 2]. Этим данным соответствует проведенный нами анализ анамнеза 3-х матерей. Так, ни у одной из них нет детей, родившихся с болезнью Дауна или с другой хромосомной и врожденной патологией, а также, нет мертвых детей с врожденными пороками развития. Кроме того, возраст одной из 3-х женщин, родившей ребенка с болезнью Дауна составлял 31 год.

В последние годы широко используют скрининговые, то есть массовые "просеивающие" методы исследования. Они проводятся всем беременным для выявления группы риска по рождению детей с хромосомными аномалиями и врожденными пороками развития [2]. К скрининговым методам относят - определение биохимических маркеров (БМ) в сыворотке крови матери и УЗИ плода. Ранний пренатальный скрининг проводят в первом триместре, в сроки с 8 недель до 12 - 13 недель гестации. При этом определяют связанный с беременностью плазменный протеин А (ПАПП-А) и хорионический гонадотропин человека (ХГЧ). Поздний пренатальный скрининг или тройной тест проводят во втором триместре, в сроки с 16 до 20 недель гестации [3, 4, 5]. При этом определяют альфа - фетопротеин (АФП), ХГЧ и эстриол.

Анализ результатов пренатальной диагностики 3-м беременным женщинам выявил, что некачественное их проведение, способствовало рождению, в течении одного месяца, сразу 3 детей с болезнью Дауна в Перинатальном центре г. Астана. Так, патологические маркеры хромосомной патологии (ХП) и ВПС не были выявлены на УЗИ у 44-х летней и 31 летней женщин. Кроме того, оказалось, что 44-х летней беременной женщине определения биохимических маркеров (БМ) для выявления хромосомной патологии и ВПС не проводилось. У 31 летней женщины отмечался низкий рост альфа - фетопротеина (АФП) и хорионического гонадотропина человека (ХГЧ), то есть определение уровня БМ оказались не эффективным. Только в одном случае, у 42-х. летней беременной женщины, пренатальная диагностика дала положительный результат. До родов был поставлен диагноз - болезнь Дауна, но рекомендации ВКК о прерывании беременности по медико - генетическим показаниям, женщиной были проигнорированы. Возможно, при правильном разъяснении бесперспективности лечения хромосомного заболевания, беременность была бы прервана.

Реализация всех программ медико - генетической профилактики врожденной и наследственной патологии, а именно, генетическое консультирование, пренатальная диагностика, периконцепционная профилактика, а также повышение медико - генетической грамотности медицинских работников и населения, широкое использование скрининговых методов исследования всех беременных во всех регионах РК способствовала бы качественной профилактике хромосомных заболеваний и врожденной патологии.

Таким образом, выполнение всех вышеперечисленных пунктов программы медико - генетической профилактики врожденной и наследственной патологии, предотвратило бы рождение детей с болезнью Дауна и ВПС во всех 3-х случаях в Перинатальном центре г. Астана.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юдина Е. В. Трисомия 18: анализ 28 случаев пренатальной диагностики //Пренатальная диагностика. - 2002. - Т.1, №1 - с. 35 - 42.

2. Л. П. Андреева, Н. П. Кулешов, Г. Р. Мутовин и другие "Наследственные и врожденные болезни: вклад в детскую заболеваемость и инвалидность, подходы к профилактике" // Педиатрия. - 2007. - том 86. - № 3. с. 8 - 14.

3. С. И. Козлова //Клиническая генетика. /Под ред. А. Д. Царегородцева, В. А. Таболина. - М., 2002. - с. 11 - 18.

4. Е. А. Кириллова, Н. М. Побединский, О. К. Никифорова и другие "Анализ исходов беременностей у женщин с пороками развития матки и частоты врожденных пороков развития у их потомства" //Акушерство и гинекология. - 2007. № 1. с. 8 - 11.

5. О. А. Пустотина, Е. В. Гусарова, Н. Д. Фанченко и другие "Альфа - фетопротеин в прогнозировании осложнений у новорожденного" //Акушерство и гинекология. - 2006. № 1. с. 17 - 20.

НӘРЕСТЕЛЕРДЕГІ ДАУН АУРУЫНЫҢ ПРЕНАТАЛДЫ ДИАГНОСТИКАСЫ

Үш жүкті әйелге сапасыз жасалған пренаталды диагностика, 1 ай көлемінде, 3 нәрестенің Даун ауруымен туылуына себеп болды.

PRENATAL DIAGNOSIS OF DAWN S DISEASE AT NEWBORNS

Not qualitive prenatal diagnosis that was hold to three pregnant women caused three children to be born with Dawn s disease during a month.

VALEO

УДК: 615.3+577.125+612.63.025+616.45-001.1/.3

А.Г. Куанышева, Б.А.Жетписбаев, А.С.Аргынбекова

ВЛИЯНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА "АНТИ-СТРЕСС" НА СОСТОЯНИЕ ПОЛ И АОС В КРОВИ ЖИВОТНЫХ В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА.

Государственный медицинский университет г.Семей

В настоящее время особое значение в патогенезе различных заболеваний отводится изменению процессов свободнорадикального окисления (СРО) и состоянию антиоксидантной системы (АОС) [3-4]. Согласно данным литературы [5], перекисное окисление липидов (ПОЛ) является одним из наиболее распространенных механизмов деструкции мембран. Как известно, беременность, это стресс. Сохранение здоровья женщины зависит от формирования защитных и приспособительных реакций организма в зависимости от индивидуальных особенностей. Лечить и поддерживать организм беременной женщины с хронической патологией необходимо, однако многие синтетические препараты имеют ряд противопоказаний при беременности. Здесь самое время вспомнить о природных лекарствах - травах [1-2].

Целью исследования явилось изучение влияния фитопрепарата "Анти-стресс" на состояние ПОЛ и АОС в крови экспериментальных животных в позднем периоде беременности на фоне эмоционального стресса.

Для определения состояния ПОЛ и АОС животных были выполнены 3 серии опытов на 110 белых беспородных половозрелых крысах массой 200,0?20,0 грамм. 1 серия - интактные животные (n=10) + животные через 1,2,3 сутки после стресс-воздействия (n=30); 2 серия - животные в позднем периоде беременности - 15-й день беременности (n=10) + животные в позднем периоде беременности через 1,2,3 сутки после воздействия стресса (n=30); 3 серия - животные в позднем периоде беременности через 1,2,3 сутки после

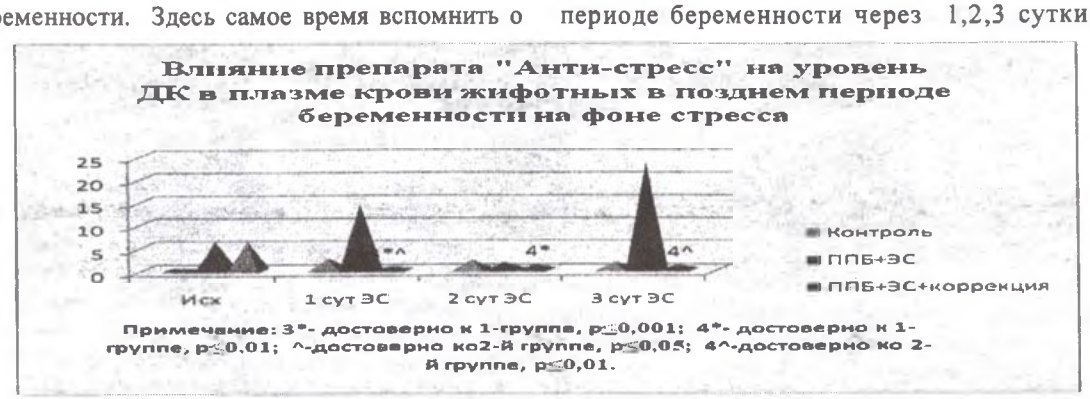


Рисунок 1 - влияние фитопрепарата «Анти-стресс» на уровень диеновых коньюгатов (ДК) (усл.ед.) в плазме крови животных в позднем периоде беременности на фоне эмоционального стресса.

Рисунок 2 - влияние фитопрепарата «Анти-стресс» на уровень малонового диальдегида (МДА) (нмоль/мл) в сыворотке крови животных в позднем периоде беременности на фоне эмоционального стресса.

воздействия стресса, которым вводили перорально бальзам "Анти-стресс" в дозе 0,01мл/ кг (n=30).

В эксперименте была использована модель эмоционального стресса, предложенная Б.А.Жетписбаевым и др., (1999). Для получения животных с датированной беременностью самок крыс подсаживали к половозрелым самцам в соотношении 3:1 или 6:2. Первым днем наступившей беременности считали день обнаружения сперматозоидов в вагинальных мазках. На 15-й день беременности под эфирным наркозом проводили декапитацию животных и изучали состояние ПОЛ и АОС в периферической крови животных всех серий.

Результаты исследования: Согласно полученным результатам, уровень диеновых конъюгатов (ДК) достоверно снизился относительно контрольных значений в позднем периоде беременности и коррекции бальзамом "Анти-стресс" в ранней стадии общего адаптационного синдрома на 31,0% и 54,4% ($p<0,01$ и $p<0,001$) соответственно, на 3-и сутки после стресс-воздействия уровень первичных продуктов липероксидации приблизился к контрольному значению (рис.1).

Как видно из рисунка 1, относительно исходных значений при стресс-реакции, концентрация диеновых конъюгатов была ниже на 5,8% ($p<0,05$) и на 4,7% ($p<0,001$) на 1-е и 3-и сутки после стресс-воздействия.

После коррекции фитопрепаратом "Анти-стресс" уровень малонового диальдегида (МДА) в сыворотке крови на всем протяжении стресс-воздействия был ниже контрольных значений на 37,2% ($p<0,01$), 63,5% ($p<0,02$) и 56,2% ($p<0,001$) соответственно (рис.2). Относительно исходных значений, достоверное снижение концентрации фермента наблюдалось на 2-е сутки после стресс-воздействия на фоне коррекции бальзамом "Анти-стресс" (на 56,6% при $p<0,01$).

Как видно из рисунка 3, уровень глютатионпероксидазы (далее ГПО) достоверно был выше в 1,8 раз ($p<0,001$) контрольного уровня через 1-сутки после стресс-воздействия в позднем периоде беременности на фоне коррекции бальзамом "Анти-стресс". Относительно исходных значений, концентрация глютатионпероксидазы в ранней стадии общего адаптационного синдрома была ниже на 19,6% и 34,4% ($p<0,001$ и $p<0,05$), однако на 3-и сутки после стресс-реакции достоверно возросла в 1,9 раз ($p<0,02$).

Как видно из рисунка 4, уровень каталазы в сравнении с контрольным показателем был достоверно снижен на 2-е и 3-и сутки после стресс-воздействия и коррекции фитопрепаратом "Анти-стресс" на 81,9% и 76,0% соответственно ($p<0,01$ и $p<0,02$). Сравнение с исходными данными показало достоверное повышение концентрации каталазы в крови животных в позднем периоде беременности на фоне коррекции фитопрепаратом "Анти-стресс" на всем протяжении стресс-реакции: в 4,5, 1,4 и 1,5 раз ($p<0,001$ и $p<0,05$)

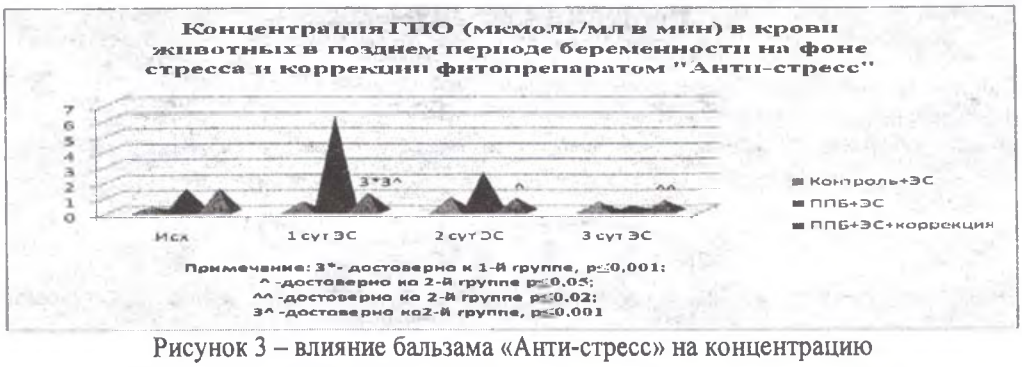


Рисунок 3 – влияние бальзама «Анти-стресс» на концентрацию глютатионпероксидазы (ГПО) в крови животных в позднем периоде беременности на фоне эмоционального стресса.

Рисунок 4 – влияние бальзама «Анти-стресс» на концентрацию каталазы в крови животных в позднем периоде беременности на фоне эмоционального стресса.

соответственно.

Резюмируя полученные данные можно отметить, что после коррекции фитопрепаратом "Анти-стресс", уровень первичных (ДК) и вторичных продуктов (МДА) ПОЛ в крови животных в позднем периоде беременности на фоне эмоционального стресса снизился относительно контрольных значений. Концентрация ферментов АОС изменилась следующим образом: концентрация ГПО возросла к 3-м суткам после стресс-воздействия, уровень каталазы был выше исходных значений на всем протяжении стресс-реакции после коррекции фитопрепаратом "Анти-стресс".

ЛИТЕРАТУРА

1.Аймагамбетова Г.Н., Кузденбаева Р.С., Рыжкова С.Н. Коррекция нарушений в тромбоцитарном звенен гемостаза полифитовым маслом "Шукур май"// Фармация Казахстана.-2007.-№11-С.41-43.

2.Искакова С.С Влияние масляного экстракта из листьев крапивы на прооксидантное действие "Дигоксина"// Фармация Казахстана.-2007.-№9.-С.39-40.

3.Коган А.Х., Кудрин А.Н., Николаев С.М. Свободнорадикальное окисление липидов в норме и патологии/ / М., Медицина; 1996.-С.680.

4.Нагоев Б.С., Сабанчиева Ж.Х. Состояние системы ПОЛ и АОС у больных ВИЧ-инфекции// Терапевтический архив,2007-№12.-С.70-72.

5.Плужников М.С., Иванов Б.С., Жуманкулов М.С. Клиническое значение ПОЛ// Вестник оториноларингологии.1991-№3.-С.88-89.

ЭМОЦИОНАЛДЫҚ КҮЙЗЕЛІСКЕ ҰШЫРАҒАН ЖҮКТІЛІКТІҢ КЕШ КЕЗЕҢДЕГІ ЕГЕУҚҰЙРЫҚТАРДЫҢ ҚАНЫНДАҒЫ ЛПТ ЖӘНЕ АОЖ ЖАҒДАЙЫНА "АНТИ-СТРЕСС" ФИТОПРЕПАРАТЫНЫҢ ӘСЕРІ

"Анти-стресс" фитопрепаратының әсерінен жүктіліктің кеш кезеңіндегі егеуқұйрықтардың қанында ЛПТ ферменттерінің деңгейі эмоционалдық күйзелістен кейін төмендеді, ал АОЖ ферменттерінің концентрациясы, керісінше, жоғарлады.

INFLUENCE OF PHYTOPREPARATION "ANTISTRESS" ON CONDITION OF LIPOPEROXIDATION AND ANTIOXIDATION SYSTEM IN THE BLOOD OF ANIMALS IN THE LATE PERIOD OF PREGNANCY ON BACKGROUND OF EMOTIONAL STRESS

The production of lipoperoxidation enzymes at rats on background of emotional stress in the late period of pregnancy is authentically less of control indexes and concentration of antioxidation system enzymes is increased under the influence of phytopreparation "Antistress".

УДК 613.6:681.7.046:612.411/48

Аманкулов Д.Б.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ПОЛ-АОЗ И ПРОЦЕССЫ КОЛЛАГЕНООБРАЗОВАНИЯ В СЕЛЕЗЕНКЕ КРЫС ПРИ ДЕЙСТВИИ АЦЕТОНА И АЛИМЕНТАРНОЙ КОРРЕКЦИИ

Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК, г.Караганда

Интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) определяется с одной стороны деятельностью систем, генерирующих свободные радикалы, и с другой стороны, системой антиоксидантной защиты (АОЗ). Синтез коллагена регулируется коллагенпептидазой или пролингидроксилазой. Характерной особенностью коллагена является то, что 12-14% его аминокислотных остатков приходится на оксипролин [1,2], который играет роль аналитического "индикатора".

Цель - оценка состояния системы ПОЛ-АОЗ и изменения процессов коллагенообразования в ткани селезенки крыс при ингаляционном действии ацетона и алиментарной коррекции.

Материалы и методы исследования. Эксперимент проведен на белых крысах-самцах с начальным весом 200-220 г по ингаляционному действию ацетона в концентрации 200 мг/м3 в камерах Курляндского по 5 дней в неделю в течение 60 и 120 суток. С целью алиментарной коррекции был использован специализированный продукт "Адапт-Вит", который давался крысам в качестве дополнительного продукта питания наряду с общевиварным рационом по 6 г сухого веса на 1 крысу.

Экспериментальные крысы были разделены на группы: 1 группа - контроль, 2 группа - контрольные крысы, получавшие специализированный продукт "Адапт-Вит" (контроль+СП), 3 группа - затравленные ацетоном (ацетон), 4 группа - получавшие специализированный продукт "Адапт-Вит" на фоне затравки ацетоном (ацетон+СП).

По истечении срока эксперимента (60 и 120 суток) экспериментальные крысы умерщвлялись методом мгновенной декапитации. В гомогенате ткани селезенки крыс проводилось определение диеновых конъюгатов (ДК) [3], продуктов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой (ТБК-РП) [4], каталазы [5], холестерина (Хс) [6] и оксипролина (Окс) [7]. Полученные данные были статистически обработаны с помощью программы "Statistika".

Результаты собственных исследований и их обсуждение. В таблице 1 представлены показатели ПОЛ-АОЗ в ткани селезенки крыс при ингаляционном действии ацетона и алиментарной коррекции. На 60 сутки затравки ацетоном в ткани селезенки крыс происходило увеличение уровня ДК в 2,2 раза и ТБК-РП на 77% при снижении активности каталазы на 66% относительно контроля. К 120 суткам уровни ДК и ТБК-РП выросли на 86% и 67% соответственно в сравнении с предыдущим сроком эксперимента (60 суток). При этом в отношении контрольной группы их уровни были в 3,7 раза и в 2,4 раза соответственно выше. Активность каталазы уменьшилась на 69% относительно контроля, а от предыдущего срока эксперимента (60 сутки) она достоверно не отличалась.

На 60 сутки эксперимента при алиментарной коррекции с помощью специализированного продукта "Адапт-Вит" на фоне ингаляционной затравки ацетоном, в ткани селезенки крыс наблюдалось снижение уровней ДК на 43% и ТБК-РП на 27% и повышение активности каталазы в 2,2 раза в сравнении с группой крыс, затравленных ацетоном без коррекции. Однако в сравнении с контрольными группами их уровни

Таблица 1 – Показатели ПОЛ-АОЗ в ткани селезенки крыс при ингаляционном действии ацетона и алиментарной коррекции

Группа	ДК, нмоль/мг	ТБК-РП, нмоль/мг	Каталаза, мкмоль/сек*г
60 суток			
Контроль	1,24±0,058	17,21±1,042	234,43±14,977
Контроль+СП	1,25±0,066	16,37±0,886	233,10±17,543
Ацетон	2,77±0,149***	30,51±1,398*	78,59±12,105*
Ацетон+СП	1,58±0,102$^{**\#\&}$	22,14±0,812$^{**\#\&}$	169,16±4,704$^{*\#\&}$
120 суток			
Контроль	1,38±0,089	20,90±0,998$^{\$}$	235,76±11,849
Контроль+СП	1,33±0,074	20,18±1,065$^{\$}$	230,70±15,221
Ацетон	5,15±0,236$^{***\$}$	50,81±0,749$^{*\$}$	72,59±8,204*
Ацетон+СП	2,22±0,101$^{***\#\&\$}$	30,67±1,520$^{*\#\&\$}$	161,84±9,006$^{*\#\&}$

Примечание: достоверности с контролем * - P<0,05; с контролем+СП $^{\#}$ - P<0,05;-с ацетоном $^{\&}$ - P<0,05; с предыдущим сроком эксперимента $^{\$}$ - P<0,05.

Таблица 2 – Динамика изменений уровня Хс и Окс в ткани селезенки крыс при ингаляционном действии ацетона и алиментарной коррекции

Группа	Хс, ммоль/г	Окс, мг/100 мг сухой ткани
60 суток		
Контроль	5,36±0,199	48,03±0,462
Контроль+СП	5,34±0,192	47,78±0,401
Ацетон	9,28±0,270***	65,25±4,015*
Ацетон+СП	6,20±0,228*#&	50,10±1,469&
120суток		
Контроль	5,56±0,170	48,15±0,420
Контроль+СП	5,55±0,144	48,30±0,321
Ацетон	11,66±0,307*$	92,50±3,239*$
Ацетон+СП	8,86±0,267*#&$	54,20±2,837&
Примечание: достоверности с контролем * - P<0,05; с контролем+СП # - P<0,05;-с ацетоном & - P<0,05; с предыдущим сроком эксперимента $ - P<0,05.		

оказались на 27-26% и 29-35% соответственно выше, а активность каталазы на 28-27% ниже.

К 120 суткам эксперимента при алиментарной коррекции на фоне затравки ацетоном в селезенке крыс происходило снижение уровня ДК на 57%, ТБК-РП на 40% и увеличение активности каталазы в 2,2 раза относительно группы крыс, затравленных ацетоном без коррекции. В динамике при сравнении с предыдущим сроком эксперимента выявлено, что к 120 суткам происходил рост уровня ДК на 41% и ТБК-РП на 39%, в то время как активность каталазы достоверно не изменялась. В сравнении с контрольными группами наблюдалось увеличение уровня ДК на 61-67% и ТБК-РП на 47-52% и снижение активности каталазы на 31-30%.

В таблице 2 представлена динамика изменений уровня Хс и Окс в ткани селезенки крыс при ингаляционном действии ацетона и алиментарной коррекции. Уровни Хс и Окс в ткани селезенки крыс, затравленных ацетоном в течение 60 суток, выросли на 73% и 36% соответственно относительно контроля. К 120 суткам затравки ацетоном они стали на 26% и 42% соответственно выше, чем на 60 сутки, и в 2,1 раза и на 92% соответственно выше контроля.

Уровни Хс и Окс в ткани селезенки крыс при алиментарной коррекции с помощью специализированного продукта "Адапт-Вит" на фоне токсического действия ацетона на 60 сутки эксперимента были на 33% и 24% соответственно ниже, чем у крыс, затравленных ацетоном без алиментарной коррекции. В отношении контрольных групп Хс оказался на 16% выше, а Окс достоверно не отличался от них. К 120 суткам эксперимента в анализируемой группе отмечалось снижение уровня Хс в ткани селезенки крыс на 24% в сравнении с группой крыс, затравленных ацетоном без коррекции. Но в сравнении с предыдущим сроком эксперимента (60 суток) отмечался рост уровня данного показателя на 43%. При этом он был выше на 59-60% относительно контрольных групп. Уровень Окс к 120 суткам эксперимента оказался на 41% ниже, чем у крыс, не принимавших коррекцию на фоне затравки ацетоном. В сравнении с предыдущим сроком эксперимента (60 суток) и контрольными группами достоверных отличий в уровне Окс не выявлено.

Таким образом, в результате полученных результатов выявлено, что при ингаляционной затравке ацетоном в ткани селезенки крыс происходит накопление продуктов ПОЛ и липидов, угнетение АОЗ и усиление процессов синтеза коллагена. При этом с увеличением срока воздействия ацетона эти процессы в ткани селезенки крыс приобретали более выраженный характер.

Проведение алиментарной коррекции с помощью специализированного продукта "Адапт-Вит" оказало положительный эффект при ингаляционной затравке ацетоном. Это проявлялось в нормализации процессов синтеза коллагена, снижении интенсивности образования продуктов ПОЛ и процессов накопления липидов, а также увеличении активности АОЗ в ткани селезенки у экспериментальных животных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазарев В.А. Исследование моделей волокнистых структур соединительной ткани/ Автореферат дисс... к.б.н.- Новосибирск, 1981. - 24 с.

2. Мазуров В.И. Бихимия коллагеновых белков-М.,1974.-248 с.

3. Ивлева Л.П., Романова Н.Ю. Метод определения диеновых конъюгатов //Информ. листок КазНИИНТИ №50-99. - 2 с.

4. Коробейникова Э.Н. Модификация определения продуктов перекисного окисления липидов в реакции с тиобарбитуровой кислотой //Лаб. дело. -1989. -№7. -С.8-10.

5. Королюк М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г., Токарев В.Е.

Метод определения активности каталазы //Лаб. дело. -1988. -№1. -С.16-19.

6. Узбеков В.А., Ягуфарова Г.И. Метод определения холестерина в печени // Информационный листок. - Р. 76.03.02. - 2 с.

7. Слуцкий Л.И. Биохимия нормальной и патологически измененной соединительной ткани. - М., 1969. - С.112-121.

АЦЕТОНМЕН ЖӘНЕ АРНАЙЫЛАНДЫРЫЛҒАН ӨНІММЕН ИНГАЛЯЦИЯЛЫҚ ӘСЕР ЕТКЕНДЕГІ ЖАНУАРЛАРДЫҢ КӨК БАУЫРЫНДАҒЫ КОЛЛАГЕН ТҮЗІЛУ КЕЗЕҢІНІҢ ЖӘНЕ ЛАТ-АОҚ ЖҮЙЕСІНІҢ ЖАҒДАЙЫ

Жұмыстың мақсаты алиментарлы өніммен бірге ацетонмен ингаляциялық әсер еткендегі тәжірибелік егеукұйрықтардың көк бауырындағы коллаген түзілу кезеңінің және липидтердің қайта тотығу және антиоксидантты қорғаныш жүйесінің жағдайын бағалау болды.

Ацетонмен токсинді әсер еткенде тәжірибелік егеукұйрықтардың көк бауыр тініндегі липидтердің қайта тотығу өнімдері мен холестериннің жиналуы, антиоксидантты қорғаныш ферментінің төмендеуі, коллаген синтезінің күшеюі байқалды. Ацетонмен әсер ету мерзімінің ұзаруына қарай бұл процестердің өзгеруі күшейе түсті. Тәжірибелік егеукұйрықтардың көк бауырындағы зат алмасу кезеңіне ацетонның токсинді әсерін "Адапт-Вит" арнайыландырылған өніммен алиментарлы коррекциялау оң нәтиже берді.

THE STATE OF THE SYSTEM OF THE LIPID PEROXIDATION AND THE ANTIOXIDATIVE PROTECTION AND PROCESSES OF THE COLLAGEN FORMATION IN RATS' SPLEENS UNDER THE INFLUENCE OF THE ACETONE ACTION AND THE ALIMENTARY CORRECTION

The purpose of the research was the state value a system of the lipid peroxidation and the antioxidative protection and the change of processes of the collagen formation in rats' spleen tissues under the influence of the acetone inhalation action and alimentary correction. It is revealed, that at the acetone inhalation action in a rats' spleen tissues there is the accumulation of products the lipid and cholesterol peroxidation, the oppression of antioxidative protection and the amplification of processes of the collagen synthesis. Increasing a term of an acetone exposition, these processes got more expressed character. The alimentary correction with the help of the specialized product "Adapt-Vit" has given a positive effect on a preservation of metabolic processes in rats' spleens at the acetone inhalation action.

VALEO

УДК 615.322.633.878.32:616.62-002:611.018.73-092.9

М..Джанузаков.

ВЛИЯНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА "ТОПОЛИН" НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ЦИСТИТЕ

Национальный научный медицинский центр

Из всех больных с воспалительными заболеваниями, обращающихся на прием к урологу, более 15 % составляют больные циститом. мы не располагаем радикальными методами лечения цистита, в то время как число больных, обращающихся к урологу с жалобами на дизурические расстройства, весьма внушительно 1 Традиционная терапия циститов, используемая на сегодняшний день, зачастую не дает положительного эффекта или вызывает кратковременную ликвидацию симптомов заболевания. Придается большое значение поиску новых методов лечения, среди них особое внимание уделяется местному, т.е. внутрипузырному введению лекарственных средств, в виду его доступности, дешевизны и высокой эффективности. При этом представляет интерес фитотерапия. Они не вызывают побочных реакций со стороны организма и хорошо переносятся больными независимо от возраста. Положительный эффект лекарственных средств растительного происхождения, проявляется местным терапевтическим действием, повышают местный иммунитет.

Целью исследования явилось изучить влияние экстракта масла "Тополин" на слизистую оболочку мочевого пузыря у лабораторных животных при экспериментальном цистите и установить адекватную концентрацию В эксперименте нами апробированы 1, 3, и 5% растворы экстракта масла "Тополин", который вводили в дозе 2,0 мл. эндовезикально в течение 7 суток. Результаты исследования показали, что введение 1% раствора фитопрепарата эндовезикально интактным крысам не вызывает расстройств мочеиспускания и изменений в поведении животных. По окончанию опыта осматривали мочевой пузырь. Макроскопически: он был обычной формы, слизистая оболочка бледно-розового цвета, отклонений от нормы не отмечено.

После введения 3% раствора экстракта масла "Тополин" на 7 день эксперимента макроскопическое исследование стенки мочевого пузыря в этой группе животных показало, что орган был обычной формы и размеров. Стенка эластичная, не утолщена, слизистая бледно розового цвета, блестящая, каких-либо патологических образований не отмечено. При гистологическом исследовании изменений со стороны слизистого, подслизистого и мышечных слоев стенки мочевого пузыря не обнаружено. Слоистость строения стенки мочевого пузыря повсеместно была отчетливо выражена. Подслизистый слой представлен рыхлой соединительной тканью. Слизистая оболочка на всем протяжении выстлана эпителием. Отмечалось умеренное кровенаполнение.

Слизистая полностью эпителизирована. Признаки воспаления отсутствуют. Просвет свободен.

Таким образом, введение 3% раствора экстракта масла "Тополин" в мочевой пузырь интактных крыс не вызывает в структурных изменений слизистой оболочки мочевого пузыря.

При введений экспериментальным животным 5% раствора экстракта масла "Тополин" эндовезикально отмечен отек и гиперемия слизистой оболочки мочевого пузыря, наличие поверхностных изъязвлений с лимфоцитарной инфильтрацией, а также очагов кровоизлияния. Сосуды извитые, расширенные. При осмотре мочевого пузыря слизистая оболочка бледная, местами складчатая, трабекулярная, объем ее уменьшен, определяются единичные и множественные язвы, покрытые некротической тканью.

Результаты исследования показывают, что введение 5% раствора экстракта масла "Тополин" эндовезикально вызывает явление деструкции и некроза слизистой оболочки мочевого пузыря у лабораторных крыс. Последнее говорит о нецелесообразности дальнейшего применения данного разведения раствора экстракта масла "Тополин".

В группе животных с моделью острого экспериментального цистита также применили 1% раствор экстракта масла "Тополин" в течение 7 суток. Морфологические изменения в слизистой оболочке мочевого пузыря соответствует таковыми при самопроизвольном течении острого экспериментального цистита.

В группе животных с моделью острого цистита ежедневно в течении 7 суток проводили инстилляции мочевого пузыря 3% раствором экстракта масла "Тополин". На 10 сутки лечения морфологические исследования показали, что мочевой пузырь внешне не изменен, слизистая оболочка с незначительной гиперемией участки изъявлений и эрозивные дефекты заполнены грануляционной тканью и частично эпителизированы.

Таким образом, результаты проведенного эксперимента показывают, что положительный эффект при лечении 3% раствором экстракта масла "Тополин" наблюдается на 10 сутки, что подтверждается данными клинического наблюдения, нормализацией лабораторных показателей анализа мочи и гистологической картины стенки мочевого пузыря.

ЛИТЕРАТУРА

1.Современные аспекты диагностики и лечения хронического цистита у женщин. Лоран О.Б., Зайцев А.В,., Годунов Б.Н. и др //Урол. нефрол. - 1997. - №6 - С.7-14.

2. Россихин В.В., Бухмин А.В. Цистит. Харьков; 2005.

3. Скрябин Г.Н., Александров В.П., Кореньков Д.Г., Назаров Т.Н. Циститы. СПб.; 2006.

4.Лагерь А.А. Фитотерапия- Красноярск: Изд-во Красноярского университета,1988.-272с.

5.Поляков В.В. Масло тополя бальзамического и производные мирицетина, обладающие биологической активностью: Автореф дисс..д. х. н. - Караганда, 1999. - 28с.

"ТОПОЛИН" ӨСІМДІК МАЙЫНЫҢ ТЫШҚАНДАРДЫҢ ҚУЫҒЫНЫҢ ҚАБЫНУЫНДА ОНЫҢ ШЫРЫШТЫ ҚАБЫҒЫНА ӘСЕРІ

Ғылыми тәжірибеде біздер "Тополин" өсімдік майының 1, 3 және 5%-дық ерінділерін сынаудан өткіздік. Зерттеу қорытындылары "Тополин" өсімдік майының 1 және 3 %-дық ерітінділерін сау тышқандарға және жедел қуығы қабынған жануарларға эндовезикальді түрде егуде қуықтың шырышты қабығының жүйелі өзгерістері болмайтынын, ал "Тополин" өсімдік майының 5%-дық ерітіндісін егу зертхана тышқандарының қуықтарының шырышты қабығының өлі еттенуін және құрылысының бұзылуына соқтыратынын көрсетті. "Тополин" өсімдік майының 3%-дық ерітіндісімен емдеуде оң нәтиже байқалды.

EFFECT OF PHYTOPREPARATION "TOPOLIN" ON MUCOUS TUNIC OF URINARY BLADDER OF RATS HAVING EXPERIMENTAL CYSTITIS

In the experiment we were approving 1, 3, 5 % solutions of extract of oil "Topolin". Results of our research showed that administration of 1 % and 3 % solution of extract of oil "Topolin" endovesically to intact rats and to animals having acute experimental cystitis model have not caused structure changes of mucous tunic of urinary bladder. Administration of 5 % solution of extract of oil "Topolin" to laboratory rats causes apparition of destruction and necrosis of mucous tunic of urinary bladder. Positive effect can be observed when the treatment with usage of 3% solution of extract of oil "Topolin" is applied.

VALEO

УДК 613.6:681.7.046:591.463.2

Закарин Б.К.

ХАРАКТЕР МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТКАНИ СЕМЕННИКОВ КРЫС ПРИ ИНГАЛЯЦИОННОМ ДЕЙСТВИИ АЦЕТОНА И АЛИМЕНТАРНОЙ КОРРЕКЦИИ

Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК, г.Караганда

Действие негативных факторов окружающей и производственной среды на состояние здоровья способствует нарушению защитных сил организма. В результате воздействия различных токсических факторов происходит срыв контроля над процессами липопероксидации и усиление свободнорадикального окисления, в результате чего накапливаются продукты липопероксидации, что приводит к ослаблению барьерной функции, увеличению проницаемости биомембран и их повреждению [1]. Кроме того имеет место также и развитие энергодефицитного состояния в тканях организма.

Цель - оценка характера метаболических изменений в ткани семенников крыс при ингаляционном действии ацетона и алиментарной коррекции.

Материалы и методы исследования: Эксперимент проводился на белых крысах-самцах с изначальным весом 200-220 г по ингаляционному действию ацетона (200 мг/м3) в камерах Курляндского в течение 5 дней в неделю сроком в 60 и 120 суток. С корригирующей целью был использован специализированный продукт "Адапт-Вит", который давался крысам в виде брикетов по 6 г сухого веса (из расчета на 1 крысу) в качестве дополнительного продукта питания наряду с общевиварным рационом.

Экспериментальные крысы были разделены на следующие группы: 1 группа - контроль, 2 группа - контрольные крысы, получавшие специализированный продукт "Адапт-Вит" (контроль+СП), 3 группа - затравленные ацетоном (ацетон), 4 группа - получавшие специализированный продукт "Адапт-Вит" на фоне затравки ацетоном (ацетон+СП).

По истечении срока эксперимента (60 и 120 суток) экспериментальные крысы умерщвлялись методом мгновенной декапитации. В гомогенате ткани семенников крыс проводилось определение активности аденозинтрифосфатазы (АТФ-зы) [2], диеновых конъюгатов (ДК) [3], продуктов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой (ТБК-РП) [4] и каталазы [5]. Полученные результаты были статистистически

Таблица 1 – Динамика изменений уровня АТФ-зы в ткани семенников крыс при ингаляционном действии ацетона и алиментарной коррекции (мкмоль/мг*ч)

Группа	60 суток	120 суток
Контроль	5,39±0,218	5,79±0,222
Контроль+СП	5,43±0,147	5,81±0,257
Ацетон	4,30±0,267*	3,57±0,188$^{*\$}$
Ацетон+СП	5,17±0,151$^{\&}$	4,75±0,294$^{*\#\&\&}$
Примечание: достоверности с контролем * - P<0,05; с контролем+СП $^{\#}$ - P<0,05;-с ацетоном $^{\&}$ - P<0,05; с предыдущим сроком эксперимента $^{\$}$ - P<0,05.		

обработаны с помощью программы "Statistika".

Результаты собственных исследований и их обсуждение. В таблице 1 представлена динамика изменений уровня АТФ-зы в ткани семенников крыс при ингаляционном действии ацетона и алиментарной коррекции. Активность АТФ-зы в семенниках крыс уже на 60 сутки затравки ацетоном стала на 20% ниже, чем в контроле. К 120 суткам она снизилась на 17% в сравнении с предыдущим сроком эксперимента (60 сутки) и стала на 38% ниже контроля.

На 60 сутки эксперимента в ткани семенников крыс, получавших алиментарную коррекцию на фоне затравки ацетоном, активность АТФ-зы была на 20% выше, чем у крыс, затравленных ацетоном без коррекции. При этом уровень АТФ-зы в семенниках крыс анализируемой группы достоверно не отличался от контрольных групп. К 120 суткам эксперимента у крыс, получавших специализированный продукт "Адапт-Вит" на фоне ингаляционного действия ацетона, в ткани семенников активность АТФ-зы стала на 33% выше, чем в группе крыс, не принимавших алиментарную коррекцию при затравке ацетоном. В сравнении с предыдущим сроком эксперимента (60 суток) достоверных изменений активности АТФ-зы не выявлено. На этом сроке эксперимента активность АТФ-зы в ткани семенников у крыс анализируемой группы стала на 18% ниже, чем в контрольных группах.

В таблице 2 представлены показатели ПОЛ-АОЗ в ткани семенников крыс при ингаляционном действии ацетона и алиментарной коррекции. На 60 сутки затравки ацетоном наблюдалось увеличение уровня ДК на 49% и ТБК-РП на 65% относительно контроля. Параллельно этому отмечалось снижение активности каталазы на 43% относительно контроля. На 120 сутки действия ацетона отмечалось прогрессирование накопления продуктов ПОЛ в семенниках крыс, о чем свидетельствует увеличение уровней ДК на 46% и ТБК-РП на 19% в сравнении с предыдущим сроком эксперимента (60 сутки). При этом относительно контроля уровень анализируемых показателей ПОЛ вырос в 2 раза. Активность каталазы снизилась на 42% в сравнении с 60 сутками и стала на 63% ниже контроля.

В ткани семенников крыс, получавших алиментарную коррекцию на фоне затравки ацетоном, на 60 сутки эксперимента уровень ДК и ТБК-РП стал на 17% и 32% соответственно ниже, а активность каталазы на 42% выше, чем в группе крыс, затравленных ацетоном без коррекции. В сравнении с контрольными группами уровень ДК был на 23-19% выше, активность каталазы на 20-19% ниже, а уровень ТБК-РП достоверно не изменялся.

На 120 сутки эксперимента в ткани семенников крыс, принимавших специализированный продукт "Адапт-Вит" на фоне затравки ацетоном, уровни ДК и ТБК-РП стали на 31% и 25% соответственно ниже, а активность каталазы выросла на 89% относительно группы крыс, затравленных ацетоном без коррекции. В динамике в сравнении с предыдущим сроком эксперимента (60 суток) отмечалось некоторое ухудшение состояния системы ПОЛ-АОЗ. Это проявлялось в увеличении уровня ДК на 21% и ТБК-РП на 30% при снижении активности каталазы на 23%. В сравнении с контрольными группами уровни ДК и ТБК-РП стали на 37-35% и 42-40% соответственно выше при снижении активности каталазы на 30-29%.

Таким образом, токсическое действие ацетона в концентрации 200 мг/м3 способствовало нарушению энергетического метаболизма в ткани семенников крыс, проявляющееся в снижении активности АТФ-зы, накоплению продуктов ПОЛ при снижении активности фермента АОЗ каталазы. С увеличением срока экспозиции ацетона в ткани семенников отмеченные процессы прогрессировали и приобретали усугубляющий и выраженный характер.

Полученные результаты дают основание судить о том, что специализированный продукт "Адапт-Вит" оказывает положительное профилактическое действие при применении его с целью алиментарной коррекции

Таблица 2 – Показатели ПОЛ-АОЗ в ткани семенников крыс при ингаляционном действии ацетона и алиментарной коррекции

Группа	ДК, нмоль/мг	ТБК-РП, нмоль/мг	Каталаза, мкмоль/сек*г
60 суток			
Контроль	1,52±0,068	8,96±0,427	569,03±28,944
Контроль+СП	1,57±0,085	9,09±0,353	562,10±25,617
Ацетон	2,26±0,092*	14,82±0,630*	322,34±16,454*
Ацетон+СП	1,87±0,090$^{*\#\&}$	10,08±0,433$^{\&}$	456,21±29,176$^{*\#\&}$
120 суток			
Контроль	1,65±0,070	9,25±0,519	499,50±35,658
Контроль+СП	1,68±0,066	9,34±0,590	496,84±30,479
Ацетон	3,29±0,142$^{*\$}$	17,57±0,750$^{*\$}$	186,48±12,024$^{*\$}$
Ацетон+СП	2,26±0,091$^{*\#\&\$}$	13,12±0,819$^{*\#\&\$}$	351,65±16,374$^{*\#\&\$}$

Примечание: достоверности с контролем * - P<0,05; с контролем+СП $^{\#}$ - P<0,05;-с ацетоном $^{\&}$ - P<0,05; с предыдущим сроком эксперимента $^{\$}$ - P<0,05.

на фоне затравки ацетоном. Это отражается в наличии антиоксидантных свойств данного продукта, а также его способности улучшать энергетический баланс и предупреждать накопление продуктов ПОЛ в ткани семенников экспериментальных крыс. Таким образом, проведение алиментарной коррекции с помощью специализированного продукта "Адапт-Вит" снижало токсическое действие ацетона на эндокринную систему экспериментальных животных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимиров Ю.А. Роль нарушений свойств липидного бислоя мембран в развитии патологического процесса // Патологическая физиология. - 1989. - №4. - С. 7-19.
2. Говорова Л.В., Александрова А.Е., Теплов С.И. Изменение АТФ азной активности мозга и эротроцитов при гипоксии //Вопросы мед.химия. 1975. -Т.21, №1. -С.23.
3. Ивлева Л.П., Романова Н.Ю. Метод определения диеновых конъюгатов //Информ. листок КазНИИНТИ №50-99. - 2 с.
4. Коробейникова Э.Н. Модификация определения продуктов перекисного окисления липидов в реакции с тиобарбитуровой кислотой //Лаб. дело. -1989. -№7. -С.8-10.
5. Королюк М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г., Токарев В.Е. Метод определения активности каталазы //Лаб. дело. -1988. -№1. -С.16-19.

АЦЕТОНМЕН ЖӘНЕ АРНАЙЫЛАНДЫРЫЛҒАН ӨНІММЕН ИНГАЛЯЦИЯЛЫҚ ӘСЕР ЕТКЕНДЕГІ ЖАНУАРЛАРДЫҢ ҰРЫҚ БЕЗІ ТІНІНДЕГІ ЗАТ АЛМАСУ ӨЗГЕРІСТЕРІНІҢ СИПАТЫ

Жұмыстың мақсаты алиментарлы өніммен бірге ацетонмен ингаляциялық әсер еткендегі тәжірибелік егеуқұйрықтардың ұрық безі тініндегі зат алмасу өзгерістерінің сипатын бағалау. Концентрациясы 200 мг/м3 ацетонмен токсинді әсер еткенде тәжірибелік егеуқұйрықтардың ұрық безі тініндегі энергетикалық алмасу өзгерістері антиоксидантты қорғаныш ферменті каталазаның төмендеуінен, липидтердің қайта тотығу өнімдерінің жиналуынан, аденозинүшфосфат белсенділігінің төмендеуінен байқалды. Ацетон экспозициясы мерзімінің жоғарылауынан ұрық безі тініндегі жоғарыдағы айтылған процестер үдей отырып, өзгерістердің күшейгендігі айқындалды. "Адапт-Вит" арнайыландырылған өнімін ацетонмен уландыра отырып қабылдау оң әсер етеді.

CHARACTER OF METABOLIC CHANGES IN A RATS' TESTICLE TISSUE UNDER THE INFLUENCE OF THE ACETONE INHALATION ACTION AND THE ALIMENTARY CORRECTION

The purpose of the study was the estimation of metabolic behavior in a rats' testicle tissue at the acetone inhalation action and the alimentary correction. It is revealed, that the toxic acetone action in concentration 200 mg/m3 have promoted the power metabolisms' infringement in a rats' testicle tissue, shown in decreasing of the adenosintriphosphate activity, piling of lipid peroxidation's products with activity's decreasing of the enzyme of the antioxidantive catalase protection. Increasing a term of an acetone exposition in a testicle tissue, the marked processes progressed and got the expressed character. The specialized product "Adapt-Vit" has given a positive corrected action on metabolic processes in testicles at an application it against the acetone poisoning background.

УДК: 615.451.16:615.015

Устенова Г.О., Пичхадзе Г.М.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СВЕРХКРИТИЧЕСКИХ УГЛЕКИСЛОТНЫХ ЭКСТРАКТОВ И ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ НА ИХ ОСНОВЕ

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

В работе нами была изучена противовоспалительная активность экстракта шалфея, полученного методом сверхкритической углекислотной экстракции и лекарственных форм - таблеток "Сальвэкс", масла "Скэфол" с помощью "классических" методик и традиционных моделей для исследований согласно "Методическим указаниям по изучению новых нестероидных противовоспалительных препаратов" (под ред. Хабриева Р.У. М.,Мед.,2005 г.); методическим рекомендациям "Методы скрининга и фармакологического изучения

противовоспалительных, анальгезирующих и жаропонижающих веществ" (под ред. Тринус Ф.П. Киев,1974 г.).

Фармакологическое изучение потенциального противовоспалительного средства включало оценку его противовоспалительного действия, а также антиульцерогенного действия.

При оценке специфической активности исследуемые вещества вводили зондом в желудок в виде водных, масляных растворов или суспензий. При углубленном изучении исследуемых веществ и их лекарственных форм применяли способы введения, рекомендуемые для использования в клинике. Каждую дозу вводили группам из 6 животных. В экспериментах использовали половозрелых животных обоего пола - крыс (200-240 г). Действие фармакологически активного вещества сравнивали с эталонным препаратом - ибупрофеном. Методы первичной оценки были условно разделены на три основные группы, позволяющие выявить действие фармакологических веществ на три фазы воспалительной реакции: экссудацию, пролиферацию и альтерацию. В соответствие с этим в основу большинства методов положено исследование влияние средств на легко измеряемые признаки воспаления: отек, гиперемию, некроз и др.

Изучение противовоспалительного действия экстрактов и фармакологических средств на стадии экссудации.

Нарушение микроциркуляции, формирование отека, выделение экссудативной жидкости относятся к основным "классическим" признакам воспаления как реакции живой ткани на местное повреждение. При оценке потенциального противовоспалительного средства целесообразным являлось исследование его действия как на моделях острого экссудативного, так и хронического пролиферативного воспаления.

Нами была вызвана модель перитонита у крыс. Острая экссудативная реакция вызывалась внутрибрюшинным введением 1% раствора уксусной кислоты (1 мл на 100 г массы тела). Через 3 часа животных забивали, вскрывали брюшную полость и собирали экссудат. Исследуемые вещества вводили зондом в желудок за 1 час до уксусной кислоты. Антиэкссудативный эффект оценивали по уменьшению объема экссудата в процентах к контролю. Критерием эффективности служило снижение экссудативной реакции более чем на 50 %. Всего было 7 групп по 6 животных, животным каждой группы вводили по 5 мл (соответственно массе животных - 200-240 г) исследуемых препаратов. Животным 1 группы вводили масляный раствор экстракта шалфея (ЭШ) в дозе - 0,005 г; животным 2 группы - ЭШ в дозе 0,01 г; животным 3 группы -ЭШ в дозе 0,025 г; животным 4 группы -ЭШ в дозе 0,05г; пятая группа получала масляный раствор экстракта зверобоя (ЭЗ) в дозе 0,01; шестая группа получала масляный раствор экстракта ромашки в дозе 0,01 г; седьмая - контрольная группа животных, получавших масло подсолнечное (МП) (1,2).

Как видно из таблицы, объем экссудативной жидкости у животных 1 группы уменьшился менее значительно по сравнению с контрольной группой. Количество экссудата в остальных группах уменьшилось на 50 % и более, чем у контрольных животных, т.е. терапевтический эффект экстракта начал проявляться в дозе 0,01 г. В связи с проявлением явновыраженного фармакологического действия при дозе 0,01 г, когда объем асцитной жидкости уменьшался по сравнению с контрольной группой в среднем на 53,8 % после однократного его применения, рекомендуется в состав таблеток экстракт шалфея вводить в дозе 0,01 г. Эффективные дозы экстрактов зверобоя и шалфея также составили 0,01 г, т.к. объем асцитной жидкости уменьшался в среднем на 51,9 %, поэтому при разработке состава масла "Скэфол" количество экстрактов рассчитывалось с учетом результатов эксперимента. Нами было изучено влияние таблеток "Сальвэкс" на объем экссудативной жидкости в модели перитонита у крыс по сравнению с противовоспалительным препаратом - таблетками ибупрофена. Всего было 3 группы по 6 животных, животным каждой группы вводили по 5 мл (соответственно массе животных - 200-240 г) исследуемых препаратов. Животным 1 группы вводили суспензию таблеток "Сальвэкс", которую готовили растворением 6 таблеток по 0,01г в 30 мл воды очищенной; вторая - сравниваемая группа животных, получавших суспензию таблеток ибупрофена по 0,2 г (из расчета 50 мг/кг - 0,01), которую готовили растворением 0,15 г порошка 1 таблетки в 30 мл воды очищенной; третья -. контрольная группа животных, получавших изотонический раствор натрия хлорида. Уменьшение экссудативной жидкости выражали в процентах по отношению к контролю (3,4).

Как видно из таблицы, объем экссудативной жидкости у животных 1 группы уменьшился по сравнению с контрольной группой на 52,9 %, т.е. терапевтический

Таблица 1 - Влияние исследуемых экстрактов на объем экссудативной жидкости в модели перитонита у крыс

Группы живот-ных	1ЭШ	2 ЭШ	3 ЭШ	4 ЭШ	5 ЭЗ	6 ЭР	7МП
Объем экссуд. крыс	3,3±0,09 (p <0,001)	2,4±0,08 (p <0,001)	1,8±0,04 (p <0,001)	1,1±0,25 (p <0,001)	2,5±0,09 (p <0,001)	2,5±0,11 (p <0,001)	5,2±0,11

Таблица 2 - Влияние исследуемых препаратов на объем экссудативной жидкости в модели перитонита у крыс

№ группы	суспензия таблеток «Сальвэкс	суспензия таблеток ибупрофена	Контрольная группа (изотонический раствор натрия хлорида)
Объем экссуд.	2,4±0,09 (p <0,001)	1,5±0,17 (p <0,001)	5,1±0,05

эффект экстракта начал проявляться в дозе 0,01 г. Количество экссудата во второй группе, получавших суспензию таблеток ибупрофена уменьшилось на 70 %, чем у контрольных животных. Таким образом, таблетки "Сальвэкс" оказывают достоверное противовоспалительное действие, несколько уступающее препарату сравнения. При сопоставлении фармакологического действия экстракта шалфея и таблеток "Сальвэкс" была установлена корреляция между подобранными вспомогательными веществами, технологическом процессом и проявлением терапевтической эффективности разработанных таблеток.

Влияние исследуемых средств на пролиферативную фазу воспалительной реакции:

Метод основан на способности изучаемых средств тормозить образование экспериментальных гранулем.

Образование грануляционно-фиброзной ткани у животных (наиболее удобны крысы) стимулировали при помощи подкожной имплантации в области спины ватных шариков, предварительно простерилизованных, для стимуляции пролиферативного процесса имплантируемые ватные шарики смачивались раздражающим агентом - раствором формалина.

У крыс, находящихся под легким эфирным наркозом, в области спины тщательно выстригали шерсть в асептических условиях, ножницами сделали продольный разрез кожи и подкожной клетчатки длиной 1-2 см, затем пинцетом через образовавшийся разрез кожи в подкожной клетчатке сформировали полость, куда помещали ватный шарик (весом 15 мг), предварительно простерилизованный, смоченный раствором формалина, после чего на рану накладывали 1-2 шва. На 8 сутки опыта гранулемы извлекали, высушивали до постоянного веса при Т 55°С - 60° и вес образовавшейся грануляционно-фиброзной ткани определяли по разнице между весом высушенной гранулемы и имплантированного ватного шарика.

Всего было 3 группы по 6 животных, животным каждой группы вводили по 5 мл (соответственно массе животных - 200-240 г) исследуемых средств. Животным 1 группы вводили в количестве 5 мл суспензию таблеток с экстрактом шалфея 0,01 г; животным 2 группы - суспензию таблеток ибупрофена 0,2 г; животным 3 группы - изотонический раствор натрия хлорида. Изучаемые средства вводили перорально, ежедневно, на протяжении всего опыта; суточную дозу делили на два приема.

Результаты взвешиваний массы гранулем (m) выражали в мг по сравнению с контролем.

Полученные результаты показали, что семидневное введение исследуемых средств показывало влияние на процессы пролиферации. Таблетки ибупрофена эффективно угнетали образование ватной гранулемы, таблетки с экстрактом шалфея угнетали образование ватной гранулемы, но в меньшей степени, а у животных 3 группы не установлено влияния на данный процесс. Нами показано, что внутрибрюшинное введение таблеток "Сальвэкс", таблеток ибупрофена в эффективных дозах и физиологического раствора приводило к достоверному образованию гранулем,

Таблица 3 - Влияние исследуемых средств на образование грануляционно-фиброзной ткани в очаге воспаления

Масса гранулем / Группы жив-ых	m 1 (через 1 час)	m 2 (через 2 часа)	m 3 (через 3 часа)
1 (экстракт)- 6 крыс	0,17 ± 0,01 p>0,5	0,13± 0,02 p>0,5	0,10± 0,002 p < 0,001
2 (ибупрофен) – 6 крыс	0,12± 0,01 p < 0,001	0,07± 0,004 p < 0,001	0,04± 0,003 p < 0,001
3 (контроль) – 6 крыс	0,19± 0,001	0,15± 0,001	0,12± 0,001

соответственно, на 90%, 87%, 92% в сравнении с исходной массой ватных шариков. Введение таблеток "Сальвэкс" вызывало незначительное угнетение пролиферации, снижая массу гранулемы (на 21 %) и образование экссудата. При пероральном введении ибупрофен существенно влиял на образование грануляционно-фиброзной ткани (более, чем в 2 раза), значительно снижая массу гранулемы и образование экссудата.

Влияние исследуемых средств на альтеративные процессы, сопровождающие воспалительную реакцию:

Возникновение и течение воспалительных процессов всегда сопровождается альтеративными изменениями в очаге повреждения. Эти явления положены в основу метода, с помощью которого противовоспалительная эффективность средств оценивалась по способности их ограничивать некротические изменения в очаге воспаления. При этом в качестве моделей использовалось экспериментальное воспаление кожи и подкожной клетчатки с преимущественными альтеративными изменениями в очаге повреждения.

Нами было воспроизведено асептическое воспаление у крыс подкожным введением уксусной кислоты с одновременным внутрибрюшинным введением декстрана. Уксусная кислота (9% раствор) вводилась подкожно в один из боков крыс в объеме 0,5 мл на животное. Одновременно, внутрибрюшинно вводился декстран из расчета 300 мг/кг. Развитие воспалительной реакции на месте инъекции отмечалось в первые сутки после введения уксусной кислоты, однако, образование некротических очагов произошло в течение 2-3 суток. При этом, у многих животных возникали некротические участки с выпадением кожи. У части крыс на месте инъекции кислоты в последующие дни формировались абсцессы с гнойным экссудатом. Влияние исследуемых препаратов на альтеративные процессы в очаге повреждения оценивались по изменению величины некрозов, выраженной в мм2. Исследовали профилактическое действие лекарственных препаратов, для чего их вводили в эффективной дозе перорально за 1-1,5 часа до воспроизведения альтеративного воспаления. Средства вводились на протяжении 15 дней, суточную дозу делили на два приема. К концу эксперимента раны очистились и у отдельных крыс полностью зарубцевались (5).

Результаты эксперимента показали, что влияние исследуемых средств на стадии альтерации также явно выражено по сравнению с контрольной группой, получавшей изотонический раствор натрия хлорида. В группе животных, получавших таблетки ибупрофена наблюдалось наибольшее угнетение процесса образования некрозов (площадь некрозов в среднем составляла 60 мм2), во второй группе, где животные получали таблетки "Сальвэкс", этот процесс менее выражен (площадь некрозов в среднем составляла 180 мм2), в контрольной группе площадь некрозов достигала в среднем 333 мм2 .

Таким образом, нами изучено влияние таблеток "Сальвэкс" в сравнении с противовоспалительным препаратом - таблетками ибупрофена на три стадии воспалительной реакции - экссудацию, пролиферацию и альтерацию. Нами установлено, что влияние таблеток "Сальвэкс" на все стадии воспаления явно выражено по сравнению с контрольной группой животных, не получавших противовоспалительный препарат, фармакологическое действие предлагаемых таблеток несколько уступает НПВС - ибупрофену. Так, в экспериментах было установлено, что объем асцитной жидкости уменьшался по сравнению с контрольной группой в среднем на 51 % после однократного его применения, наблюдалось незначительное угнетение пролиферации со снижением массы гранулемы на 21 %, площадь некрозов в среднем составляла 180 мм2 по сравнению с контрольной группой, в которой площадь некрозов достигала в среднем 333 мм2. Также было установлено, что исследуемые препараты проявляют достоверно выраженное антиульцерогенное действие.

Учитывая то преимущество, что действующее вещество в таблетках "Сальвэкс" является в отношении токсичности безопасной субстанцией растительного происхождения, не оказывающей побочных эффектов на организм, а также в связи с проявлением явновыраженного фармакологического действия при дозе 0,01 г, рекомендуется их использовать как противовоспалительное и антимикробное средство для лечения и профилактики заболеваний верхних дыхательных путей.

Также было установлено явновыраженное противовоспалительное действие масла "Скэфол", содержащее экстракты зверобоя и шалфея в эффективной дозе 0,01 г на 1 прием в эксперименте на экссудативную фазу воспалительного процесса в модели асептического перитонита у крыс, где достоверно установлено уменьшение экссудативной

Таблица 4 - Изучение противовоспалительного действия таблеток на процесс альтерации в очаге воспаления

Группы / животных	1 (таблетки сальвэкс) ($p < 0,001$)	2 (таблетки ибупрофен) ($p > 0,25$)	3 (контроль) изотонич.р-р натрия хлорида
Величина Некрозов ($мм^2$)	143±22,6	60±11,1	333±10,9

жидкости более чем на 50 % по сравнению с контрольной группой, получавшей подсолнечное масло. Масло "Скэфол" рекомендуется использовать для внутреннего применения при воспалительных заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки, а также для наружного применения как ранозаживляющее, противовоспалительное и антимикробное средство.

ЛИТЕРАТУРА

1.Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. Под общей редакцией проф. Хабриева Р.У.- 2 изд., перераб. и доп.- М.: ОАО "Издательство Медицина".- 2005.-832 с.

2.Насонов Е.Л. и др. // Клиническая медицина.-1996. -№ 4. - С. 1-4.

3.Сигидин Я.А. и др. Лекарственная терапия воспалительного процесса (экспериментальная и клиническая фармакология противовоспалительных препаратов). М.: Медицина. - 1988. - 240 с.

4.Шварц Г.Я. и др.// Фармакология и токсикология. - 1984. - № 4. -С. 74-81.

5.Тринус Ф.П. и др. Методы скрининга и фармакологического изучения противовоспалительных, анальгезирующих и жаропонижающих веществ (Методические рекомендации). - Киев. - 1974. - 27 с.

6.Доклинические испытания противовоспалительных нестероидных фармакологических веществ (Методические рекомендации). ФК РК.- А. - 1997. - 27 с.

ШАМАДАН ТЫС КӨМІРҚЫШҚЫЛ СЫҒЫНДЫЛАРЫ МЕН ОЛАРДЫҢ НЕГІЗІНДЕГІ ДӘРІ ТҮРЛЕРІНІҢ ҚАБЫНУҒА ҚАРСЫ БЕЛСЕНДІЛІГІН ЗЕРТТЕУ

Көмірқышқыл сығындыларына және кейбір дәрі түрлерінің ерекше фармакологиялық белсенділігіне зерттеу жүргізілді. Зерттеу барысында кабынуға карсы сапасына баға берілді. Сапалық әдістер үш кезеңнен тұрады: қызару реакцияның фазасындағы заттардың әсерлерін айқындауға мүмкіндік береді: экссудат түзілу, пролиферацияны және ұлпа құрылымының бұзылуы. Сығынды қосылған "Сальвэкс" таблеткаларының бакылау тобындағы жануарларға әсерін зерттеу кабыну процесі кезінде ибупрофенмен салыстырғанда бірнеше есе артық екені анықталды. Сонымен бірге шәйқурай және шалфейдің сығындыларынан дайындалған "Скэфол" майының фармакологиялық әсері анықталды.

STUDY ANTIINFLAMMATORY ACTIVITY OF SUPERCRITICAL CARBON DIOXIDE EXTRACTS AND FARMACEUTICAL FORMS BASED ON THESE EXTRACTS

A specific pharmacological activity of supercritical carbon dioxide extracts and some pharmaceutical forms based on them were studied. An anti-inflammatory, antiulcerogenic effect of tested medicines was assessed. Methods of primary assessment reveals the effect of substances to three phases of the inflammatory reaction: exudation, proliferation and alteration. We found that the influence of pills "Salveks" with an extract of sage in all stages of inflammation is clearly expressed in comparison with a control group of animals, anti-inflammatory effect is slightly inferior to the comparison drug - ibuprofen. An expressive pharmacological effect of oil "Skefol", containing extracts of tutsan and sage was revealed as well.

VALEO

ТРЕБОВАНИЕ К ПУБЛИКАЦИЯМ МАТЕРИАЛОВ

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. Корректура 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 ставиться 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 неизмененными.
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 допускается. 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) 53-95-34