

ХАБАРШЫСЫ

№ 5 (56), 2011

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Основан с мая 1998 г.

Учредитель: «Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия»

Журнал зарегистрирован в
Министерстве связи и информации
Республики Казахстан
Регистрационное свидетельство
№11321-ж от 24.0.2. 2011 года.
ISSN 1562-2967

На основании решения коллегии Комитета по надзору и аттестации в сфере образования и науки Министерства науки и образования Республики Казахстан, журнал «Хабаршы» («Вестник») включен в Перечень изданий для публикации основных результатов диссертаций.

Компьютерный набор и верстка:
Суюнбаева Н.С.

Адрес редакции:

160019 Республика Казахстан,
г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1
Тел.: 8(725-2) 40-22-08, 40-82-22(113)

Факс: 40-82-19

E-Mail: medacadem@rambler.ru
<http://www.Ukgma.kz>

Тираж 50 экз.

Главный редактор

Сексенбаев Б.Д., доктор медицинских наук,
профессор

Заместитель главного редактора

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук, доцент

Редактор научного журнала

Шаймерденова Р.А.

Редакционная коллегия:

Анартаева М.У., доктор мед.наук, профессор
Арыстанов Ж.М., доктор фарм.наук, профессор
Баймухамбетов Ж.Ж. – доктор мед.наук, профессор
Булешов М.А., доктор мед наук, профессор
Душанова Г.А., доктор мед.наук, профессор
Карабеков А.К., доктор мед.наук, профессор
Крыкбаев Ф.П., начальник КТИЦ
Малгаждарова Б.С. доктор мед.наук, доцент
Махатов Б.К., доктор фарм.наук, профессор
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор
Оспанова С.А., доктор мед.наук, профессор
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор
Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор

Редакционный совет:

Азизов И.К. (г. Ташкент, Узбекистан)
Галимзянов Х.М. (г. Астрахань, Россия)
Исупов С.Д. (г. Душанбе, Таджикистан)
Костенко Н.В. (г. Астрахань, Россия)
Маркарян А.А.(г. Москва, Россия)
Попков В.А. (г. Москва, Россия)
Тихонов А.И.(г. Харьков, Украина)
Чолпонбаев К.С. (г. Бишкек, Кыргызстан)

ФАРМАЦИЯ И ФАРМАКОЛОГИЯ

УДК 61:615.1

ЧЕРЕЗ ТЕРНИИ К ЗВЕЗДАМ ИЛИ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОДАРЕННОГО ЧЕЛОВЕКА, СПОСОБНОГО ПРЕДВИДЕТЬ МАСШТАБЫ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА СТЫКЕ ТЫСЯЧЕЛЕТИЙ, ПЕРВОГО РЕКТОРА ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ АКАДЕМИИ ЕСБОЛГАНА ТЕГИСБАЕВИЧА ТЕГИСБАЕВА, ОТМЕТИВШЕГО СВОЙ 80-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ*Б.К. Махатов, Р.А. Шаймерденова**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент*

Исполнилось 80 лет известному казахстанскому ученому, кандидату фармацевтических наук, почетному профессору, первому директору Чимкентского филиала АГМИ, а ныне Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии, Есболгану Тегисбаевичу Тегисбаеву. Поздравляя сегодня замечательного организатора образования и науки, «педагога высшей школы» с большой буквы, настоящего наставника, воспитавшего не одну плеяду талантливых ученых, преподавателей высшей школы, предпринимателей в фармацевтической отрасли и промышленности, обращаем внимание читателей на этапы его деятельности.

Ответственная должность и соответствующие назначения выпадали в жизни Е.Т. Тегисбаева не раз. Он их как будто притягивал, говорили бы в нынешнем тысячелетии. В эпоху коммунизма, когда главенствующей была идеология партии пролетариата, назначения принимали, как проверку на прочность, на способность человека быть руководителем, мыслящим не одним днем, а на десятилетия вперед. Чтобы достичь определенных результатов, необходима была не только физическая закалка, но и образовательная, а также и моральная. О поступлении и учебе в Алма-Атинском государственном медицинском институте мечтали многие, но не всем удавалось воплотить их в реальность. Родившийся в селе Баскан Аксуйского района Талды-Курганской области, Есболган Тегисбаев получил достойное образование в сельской школе. Посчастливилось ему переступить порог высшего медицинского учебного заведения республики, готовившего кадры для лечебных учреждений здравоохранения и фармацевтической отрасли страны. Как вы знаете, без подготовленных специалистов невозможно подняться на ступень выше, а их, порой (имеется в виду ступени как в творческой, так и в профессиональной деятельности), приходилось преодолевать сотни, если не тысячи раз. Все они, как показывает практика, зашифрованы в будничные вопросы, без решения которых встать на шаг выше просто невозможно. Есть такое знаковое выражение в фармации и медицине «актуальность проблем и методов», они, как неостребованные ниши, требуют неординарного подхода.



На снимке: директор ЧФ АГМИ Е.Т. Тегисбаев с учеными из России во время обсуждения вопросов подготовки кадров для фармацевтической отрасли.

Есболган Тегисбаевич блестяще окончил фармацевтический факультет АГМИ, поступил на работу в областную контрольно-аналитическую лабораторию города Талды Коргана. А затем круто изменилась его жизнь: он окупился с головой в образовательную деятельность. В 1959 году его пригласили быть ассистентом кафедры фармацевтической химии АГМИ. Через некоторое время он становится доцентом, а потом и заведующим кафедрой. Потом приходит приятная весть: в июле 1979 года его назначают директором Чимкентского филиала АГМИ. Задача, поставленная перед только что назначенным руководителем, была непростой, предстояло в кратчайшие сроки довести филиал до уровня вуза, так как южные области республики остро нуждались в фармацевтических кадрах.

Это сегодня страницы истории можно перелистать с достаточной быстротой, а в те годы следовало «выбить» в различных министерствах и ведомствах не только учебники, учебные пособия, оборудование, но и средства на закуп препаратов для лабораторий, строить лагерь для студентов, чтобы они могли бы определить лекарственные травы, выделить из них редкие, разделить их на зоны произрастания, запомнить их фармакологические качества. Главное – научить мыслить и найти свое призвание по месту распределения после окончания вуза. Кстати, выпускники ЧФ АГМИ в настоящее время проживают в России, Израиле, США, Германии, Канаде, Австралии, Узбекистане и других государствах дальнего и ближнего зарубежья и с благодарностью вспоминают годы учебы в вузе. Об этом можно было судить в год празднования 30-летия фармацевтического факультета ЮКГФА в 2009 году. Это небольшое отступление, которое только является дополнением к сказанному.

Что хотелось отметить еще? В середине 80-х ЧФ АГМИ уже занимал достойное место среди фармацевтических институтов и фармацевтических факультетов СССР.

В период становления Чимкентского филиала АГМИ Е. Тегисбаев привлекал к сотрудничеству выдающихся ученых-фармакологов, профессоров, таких как А.П. Арзамасцев, Г.А. Мелентьева, В.А. Попков, Н.А. Тюкавкина из Москвы. В Чимкент приезжали из Пятигорского фармацевтического института ректор В.Г.Беликова и профессор Д.А. Муравьева. Из Узбекистана не раз приглашали профессоров Л.Т. Икрамова и Х. Халматова, а с Украины – профессора В.Ф.Крамаренко. Все эти важные и очень нужные связи держались исключительно на инициативе Есболгана Тегисбаевича, представлявшего, таким образом, фармацевтическую отрасль Казахстана. Не в этом ли заключается счастье человека, который занимается своим любимым делом и которое ему дорого, потому как создавалось собственными руками и совместно с соратниками.

За годы руководства Е.Т.Тегисбаева филиал вырос. Эффективная научно-исследовательская работа проводилась параллельно с развитием и укреплением материально-технической базы. Более двухсот сотрудников института защитили диссертации. Более 2600 студентов стали фармацевтами. Таким образом, был выполнен объем по увеличению кадрового потенциала фармацевтической сферы здравоохранения Республики Казахстан, а институт стал одним из центров фармацевтической науки.



На снимке: участники совещания в рабочем кабинете директора ЧФ АГМИ Е.Т. Тегисбаева.

Время неумолимо идет вперед. Сегодня Есболган Тегисбаевич Тегисбаев, несмотря на возраст, является советником ректоров двух вузов: КазНМУ им. С.Асфендиярова и Казахского медицинского института, почетным профессором Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии, членом международных и республиканских фармацевтических обществ. Общественная жизнь его

насыщена и творческой деятельностью, он является заместителем главного редактора альманаха «Казахстан. Кто есть кто в медицине», выпускаемый с 2000 года.

Осмысливая пройденный путь филиала до крупного фармацевтического вуза в Казахстане, следует отметить, что без таланта быть руководителем, каким наделен Есболган Тегисбаевич, невозможно построить будущее. Его конек – природное обаяние. Без дипломатии, восточной мудрости, щедрости, блистательного знания фармацевтического образования и фармацевтической промышленности нелегко было пробиться и занять достойную нишу. Отмечая 80-летний юбилей известного ученого, руководителя, первого директора Чимкентского филиала АГМИ Есболгана Тегисбаевича Тегисбаева, не забываем о его высоком авторитете, его прозорливости и дальновидности. Сегодня мы понимаем Вашу мудрость и ценим Вашу политику, направленную на процветание Казахстана и фармацевтической отрасли, в частности.

УДК 615.1/2:33(075.8)

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОБЛАСТНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА

А.С. Шуленбаева

ГКП ИПВХ Областной медицинский центр, г. Кызылорда

ТҮЙІН

2009 жылы Қызылорда облыстық медициналық орталығында дәрі-дәрмекке қаржылық жұмсаудың фармакоэкономикалық талдауы жүргізілді. Ең шығынды А тобын 68 дәрі-дәрмек құрды. А тобының 20 дәрі-дәрмегіне Орталықтың дәрі-дәрмекке арналған жылдық бюджетінің жартысы жұмсалды. А тобында тиімділігі дәлелденбеген бірнеше дәрі-дәрмектер табылды

SUMMARY

The pharmacoeconomic analysis of the medication costs of Kyzylorda regional medical center on in 2009 was conducted. The most costly group A comprised 68 preparations. For purchase of 20 preparations of group A half the annual budget of the Centre for drugs was spent. In group A, several drugs with no proven effectiveness were revealed.

Одной из важнейших статей расходов лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) является – закуп лекарственных препаратов (ЛП). В условиях ограниченных ресурсов, выделяемых на здравоохранение, актуальность научно обоснованного подхода к закупу медикаментов возрастает. Одним из научных подходов повышения эффективности затрат на лекарственное обеспечение лечебного учреждения является фармакоэкономический анализ [1]. Во многих странах проведение фармакоэкономического анализа предшествует включению препаратов в списки закупаемых ЛПУ [2,3,4].

Цель исследования заключается в изучении фармакоэкономических затрат лечебного учреждения на лекарственные средства, обоснованность и рациональность их приобретения. Задача исследования - в разработке предложений по рационализации отбора, закупу и использованию ЛП с учетом результатов фармакоэкономического анализа.

Материал и методы исследования. Для изучения использованы данные о закупках лекарственных препаратов областного медицинского центра г.Кызылорда (ОМЦ) в 2009 году. Для экономической оценки затрат на медикаменты использовали методики фармакоэкономического анализа: ABC и VEN-анализы[4]. ABC/VEN-анализ - методология оценки рациональности использования денежных средств на лекарственное обеспечение, признанная эффективной в мировой практике лекарствоведения и рекомендованная Всемирной организацией здравоохранения к повсеместному применению [5]. ABC-анализ затрат на закуп медикаментов проводился по международным непатентованным названиям (МНН) лекарственных средств (ЛС) и по фармакологическим группам в соответствии с принятой в Республиканском лекарственном формуляре (РЛФ) классификацией [6]. Лекарственные средства, изготовленные различными производителями в одинаковой лекарственной форме, объединяли под МНН. Были рассчитаны затраты на приобретение каждого наименования лекарственного средства. Затем лекарственные средства ранжировали в порядке убывания затрат на три группы: «А» — наиболее затратные лекарства, на которые в сумме ушло 80% затрат, «В» - менее затратные, на которые ушло 15% затрат, «С» — наименее затратные (5% затрат).

Все лекарственные средства под МНН систематизировали с использованием VEN-анализа (формального и экспертного). Лекарственные средства были разделены на три группы жизненно-важные (Vital, V), необходимых (Essential, E) и не основные (Non-essential, N). При экспертном VEN-анализе к жизненно-важным препаратам (V) относили лекарственные средства, необходимые для спасения жизни (средства для наркоза, местные анестетики, миорелаксанты, антихолинэстеразные, тромболитики, антибактериальные

антибиотики, антикоагулянты), постоянно требующиеся для поддержания жизни (инсулин, глюкокортикостероиды).

К необходимым препаратам (Е) относили ЛС предназначенные для лечения менее опасных, но серьезных заболеваний (язвенной болезни желудка двенадцатиперстной кишки, артериальной гипертонии, бронхиальной астмы и др.). К не основным ЛС (N) -лекарственные препараты с сомнительной эффективностью или препараты эффективность которых не подтверждена с позиций доказательной медицины, дорогостоящие лекарства симптоматического действия, препараты, предназначенные для лечения заболеваний на амбулаторно-поликлиническом уровне. При формальном VEN-анализе в качестве критерия для отнесения препаратов к категории (V или N) использовали Республиканский лекарственный формуляр. ЛС, включенные в РЛФ относили к категории V, препараты, отсутствующие в РЛФ – N. При формальном VEN-анализе группу лекарств E не определяли.

Результаты. В 2009 году в ОМЦД были использованы 405 лекарственных средств на сумму 174 396 029 тенге. После объединения лекарственных препаратов, произведенных в одинаковых лекарственных формах, под МНН осталось 383 ЛС. В группе А (80% затрат на закуп) оказалось 68 ЛС на сумму 139 813 457,9 тенге. В группу В (15% на закуп) - 100 ЛС на суму 26 279 999,84 тенге. В группу С (5% на закуп) – 215 лекарственных средств на сумму 8 402 571,26 тенге. В группе А самыми затратными оказались ЛС: Сурфактант (Куросурф) 13 912 320 тенге (8% от всех расходов на закуп лекарств за год), Цефазолин 7 988 410 тенге (4,6%), Цефепим – 7 702 985,39 тенге (4,42%), Депротеинизированный гемодериват крови телят (Актовегин) – 7 236 633,6 тенге (4,15%), Эноксапарин (Клексан) – 6 894 424 тенге (4%). Более половины (51,45%) всех средств предназначенных на закуп лекарств ОМЦД потратил на приобретение 20 (29% от препаратов группы А и 5% от всех закупаемых лекарств) лекарственных препаратов группы А - 89 733 639,99 тенге (таблица 1).

Таблица 1 - ABC и VEN- анализы расходов на лекарства (группа А)

	Лекарственные средства	Сумма	%	VEN – анализ	
				Формальный	Экспертный
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ГРУППЫ А (80%)					
1	Сурфактант (Куросурф)	13 912 320,00	7,9774%	V	N
2	Цефазолин	7 988 410,00	4,5806%	V	V
3	Цефепим (Цеф IV)	7 702 985,39	4,4169%	V	V
4	Депротеиниз.гемодериват крови телят (Актовегин)	7 236 633,60	4,1495%	V	N
5	Эноксапарин (Клексан)	6 894 424,00	3,9533%	V	V
6	Цефтриаксон (Цеф III)	4 950,00	2,8286%	V	V
7	Кетопрофен (Кетотоп) амп	4 802,36	2,8056%	V	E
8	Эптаког альфа (активированный) (НовоСэвен)	4 609,00	2,6518%	V	V
9	Пропофол (Рекофол)	3 585,00	2,1334%	V	V
10	Тикарцилин+клавулановая к-та (Тиментин)	3 025,00	2,0327%	V	V
11	Винпоцетин (Винпосан) амп	2 030,65	1,6864%	V	N
12	Надропарин кальция (Фраксипарин)	2 370,00	1,6855%	V	V
13	Комплекс аминокислот (Инфезол)	2 320,00	1,4910%	V	V
14	Эналаприл (Энап) амп	2 525,00	1,4699%	V	E
15	Декстран-40	2 218,00	1,3861%	V	V
16	Алпростадил (Вазапостан)	2 847,99	1,2970%	V	E
17	Йопрomid (Ультравист)	2 000,00	1,2844%	V	V

18	Дротаверин (Но-шпа) амп	2 930,00	133	1,2236%	V	E
19	Нимодипин (Нимотоп)	2 760,00	103	1,2063%	V	E
20	Комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи (Церебролизин)	2 890,00	081	1,1938%	V	N

В группе В, наиболее затратными из 100 ЛС оказались: Инфликсимаб (Ремикейд) - 569 436,76 тенге (0,33%), Октреотид (Сандостатин)- 554400 тенге (0,32%), Амлодипин 5мг (Амод) табл. - 548 550 тенге (0,32%). Половина всех расходов на препараты группы В приходится на закуп 31 лекарственного препарата. В группе С из 215 ЛС половина расходов на закуп 52 ЛП. Наиболее затратные в группе С: Дифенгидрамин (Димедрол) ампулах, комбинированный препарат алюминия и магния гидроокиси (Алмагель) суспензия, Лоратадин (Кларисан) табл. Самыми затратными группами лекарственных средств были: антибактериальные средства - 38 205 054,84 тенге (22 %), ЛС влияющие на кровь - 22 531 274,72 тенге (13%),ЛС, улучшающие метаболизм и мозговое кровообращение - 20 157 324,03 тенге (11,6%), лекарственные средства, применяемые при заболеваниях органов дыхания - 16 086 151 (9%), сердечно-сосудистые ЛС -14 270 393,74 тенге (8,2 %), ЛС, применяемые при заболеваниях органов пищеварения - 12 332 173,56 тенге (7%), плазмозамещающие и растворы, применяемые для коррекции нарушений водного, электролитного и кислотно-основного баланса – 9 742 823,89 тенге (5,6 %).

Формальный VEN-анализ показал, что практически все закупленные препараты входили в РЛФ. Экспертный VEN-анализ, основанный на мнении специалистов в области клинической фармакологии и доказательной медицины только в группе А выявил препараты категории N: Депротенин.гемодериват крови телят (Актовегин), Винпоцетин (Винпосан), комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи (Церебролизин), аскорбиновая к-та, карнитина оротат (Гепадиф), Цитиколин (Цераксон), Интерлейкин-2 (Ронколейкин), комп.пептидов головн.мозга телят(Кортексин), Пирацетам, Адеметионин (Гептрал), Бенфотиамин+пиридоксин+цианокобаламин (Мильгамма) на сумму 32 578 210,04 тенге (18,68% годового бюджета на лекарства).

Отнесение препарата при экспертном VEN-анализе к категории N не означает, что данное лекарственное средство должно быть немедленно исключено из перечня закупаемых Центром. Категория N показывает, что данный лекарственный препарат должен закупаться реже других, имеющих более высокую категорию важности [4]. Практическому здравоохранению существенно облегчит работу по рационализации закупок ЛП регулярный пересмотр РЛФ РК с исключением малоэффективных препаратов, которые специалисты в области доказательной медицины относят к категории N. Так, в 2009 году Формулярная комиссия МЗ РК на основании анализа мирового опыта клинических исследований препарата церебролизин рекомендовала исключить препарат из Формулярного списка РК [7].

Выводы: 1. Фармакоэкономический анализ лекарственных препаратов, закупленных ОМЦ в 2009 году, позволил выявить пути совершенствования лекарственного обеспечения Центра. 2. Применение ABC и VEN-анализов помогает рационализировать расходы на закуп лекарств, исключить неэффективные ЛП и перераспределить, высвободившиеся средства на приобретение эффективных, жизненно важных лекарственных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нургожин Т.С., Биртанов Е.А., Новиков С.В., Иванченко Н.Н. Принципы фармакоэкономики// Медицина: - Алматы, 2006. - №10. – С.7-13.
2. Абдуллин К.А. Фармакоэкономический анализ в системе здравоохранения//Казахстанский фармацевтический вестник.-2002. - № 6. – С.154.
3. Сарсембаева К.Ж., Авксентьева М.В., Джусипов А.К. Перспективы проведения и применения фармакоэкономических исследований в Республике Казахстан. // Медицина:-Алматы, 2006. - №3. - С.13-16.
4. Нургожин Т.С., Ведерникова О.О., Кучаева А.В., Сайткулов К.И. К вопросу об использовании ABC- и VEN-анализа в научных исследованиях и практическом здравоохранении. //Клиническая фармакология и терапия. – 2004. - №13. – С.88-90.
5. How to develop and implement a national drug policy.2nd ed., World Health Organization, Geneva.2001. 84 p.
6. Приказ Министерства Здравоохранения Республики Казахстан 31 января 2008 года №703.
7. Кипшакбаев Р.К. Опыт применения принципов доказательной медицины в формировании республиканского формулярного перечня на примере церебролизина. // Медицина:- Алматы, 2009.- №6. С.57 – 59.

УДК 615.036.8

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «ХОНДРОКСИД®» У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

Г.Ж.Жайынбаева

Областной консультативно- диагностический медицинский центр, г.Шымкент

ТҮЙІН

Мақалада «Хондроксид®» препаратының клиникалық тиімділігін бағалау үшін 30 остеоартроз науқастардың арасында жүргізілген клинико-фармакологиялық зерттеу нәтижелері көрсетілген. Науқастардың 83,2 пайызында айқын жақсару, 14,9 пайызында жақсару байқалған. «Хондроксид®» остеоартрозды емдеуінде тиімді препарат болып табылады, пациенттер препаратты жақсы көтереді, препарат қауіпсіз және оның қолданылуы ыңғайлы.

SUMMARY

Aim: to study efficacy and tolerance of «Chondroxid®». «Chondroxid®» was given to 30 patients with osteoarthritis. A significant improvement of 83.2%, and 14.9% of sufficient improvement at patients was observed. «Chondroxid®» provides an effective and fast treatment of osteoarthritis, well tolerated and safe.

Остеоартроз (ОА) - наиболее распространенное среди ревматических заболеваний, которое является главной причиной мышечно - скелетной боли, приводящей к нетрудоспособности и инвалидности [1]. Остеоартроз выявляют у 10-12 % взрослых, а в пожилом и старческом возрасте – у 70-80 % пациентов [2]. Гиподинамия, стрессы, хронические инфекции, переедание или неполноценное питание ведут к метаболическим нарушениям – ожирению, сахарному диабету, входящих в группу так называемых болезней цивилизации. Перечисленные факторы и заболевания способствуют развитию остеоартроза. Лечение остеоартроза заключается в уменьшении боли, оптимизации и поддержании функционального состояния суставов, предотвращении или замедлении прогрессирования структурных изменений суставных тканей. В качестве патогенетической терапии применяют хондропротекторы, которые улучшают метаболизм хряща. Одним из представителей хондропротекторов является препарат «Хондроксид®» («Нижфарм»). Целью настоящего исследования было изучение эффективности и переносимости препарата «Хондроксид®».

Материалы и методы. В открытое клинико-фармакологическое исследование включили 60 больных ОА, из них женщин -50, мужчин -10. Средний возраст пациентов составил $50,13 \pm 6,32$ лет. Диагноз верифицирован клиническими, лабораторными и рентгенологическими исследованиями. Пациенты были рандомизированы на две группы. Пациенты основной группы (30 человек) получали «Хондроксид®» 0,25 в течение 6-ти месяцев перорально по 2 таблетки 2 раза в день (1 г. в сутки). Пациенты контрольной группы (30 человек) получали «Терафлекс» в течение 6-ти месяцев перорально по 1 таблетке 2 раза в день. Клиническую эффективность препарата «Хондроксид®» оценивали по следующим параметрам: боль в суставе при движении, боль в суставе в покое, болезненность при пальпации сустава, окружность сустава. Кроме того, проводился контроль СОЭ (скорость оседания эритроцитов).

Результаты и обсуждение. Из таблицы следует, что после курса лечения отмечено статистически достоверное снижение интенсивности болевого синдрома. Эффект лечения препаратом «Хондроксид®» расценен больными следующим образом: значительное улучшение -82,8 %, улучшение – 14,6 %, без эффекта - 2,6 %. Врачом эффект лечения препаратом «Хондроксид®» расценен следующим образом: значительное улучшение-83,2 %, улучшение -14,9 %, без эффекта -1,9 %. Препарат «Хондроксид®» переносился больными хорошо, аллергических реакций и других нежелательных явлений у пациентов за все время исследования не отмечено.

Таблица - Сравнительная эффективность лечения больных остеоартрозом препаратом «Хондроксид®» и контрольной группы.

Показатели	I группа		II группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Боль при движении (ВАШ), мм	67,3 ±12,2	18,7±6,65	66,3±10,11	26,2±5,26
Боль в покое (ВАШ), мм	46,2±5,61	8,2±0,69	48,2±6,24	12,2±4,42
Болезненность при пальпации, в баллах	2,6±1,12	1,2±0,82	2,56±1,33	1,5±0,72
Окружность сустава, см	43,2±5,33	42,3±3,24	43,8±4,12	43,1±3,87
СОЭ, мм/ч	20,1 ±7,43	12,72±3,81	21,6±6,91	15,56±3,86

Выводы. Препарат «Хондроксид®» в лечении остеоартроза является эффективным препаратом, хорошо переносится пациентами, безопасен и удобен в использовании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е.Л. Болевой синдром при патологии опорно-двигательного аппарата// Врач.М:-2002.-№4-С.15-19.
2. Мазуров В.И. Клиническая ревматология (руководство для практических врачей). СПб: - ООО «Издательство Фолиант».2001. С.416.

УДК 616.12-008.331.1:615.225.2

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭБРАНТИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ЮКО

Г.М. Сейтжанова

Областной кардиологический центр, г. Шымкент

ТҮЙІН

Қан қысымының жазарылау кризіндегі эбрантилдің әсері. Эбрантил жаңа антигипертензивті препараты болып табылады, ол постсинаптикалық альфа -1- рецепторын тепсейді. Эбрантил серотониннің орталық рецепторына агонист болып танылады, сонау нәтижесінде антигипертензивті және теріс хронотропты нәтиже береді. Эбрантилді қолданғаннан кейінгі әсері жеткілікті және тез.

SUMMARY

Ebrantil effectiveness in the treatment of hypertensive crises is reviewed. Ebrantil is a new antihypertensive drug that blocks postsynaptic alpha-1 receptors. Product has an additional central action of its activity. Ebrantil is an agonist for the central serotonin receptors, through which the drug has antihypertensive and negative inotropic effects. It decreases the blood pressure by reducing peripheral vascular resistance. The blood pressure reduction after application is adequate and quick.

Гипертонические кризы являются наиболее частой и обычно наблюдаемой проблемой в отделениях неотложной кардиологии. В концепции управления гипертоническими кризами рекомендуется незамедлительное снижение артериального давления для того, чтобы избежать осложнений в виде острого поражения органов-мишеней: гипертензивной энцефалопатии, внутримозгового кровоизлияния, стенокардии, инфаркта миокарда, острой недостаточности левого желудочка, расслоения аорты и острой почечной недостаточности. В настоящее время наиболее популярными препаратами являются: нифедипин, урапидил (эбрантил), и эналаприл. В данной работе мы исследовали эффективность и безопасность урапидила (эбрантила), а также сравнили его с другими гипотензивными препаратами пероральным нифедипином и внутривенной формой эналаприла при лечении гипертонических кризов.

Материал и методы. Критериями включения были больные, поступившие в Областной кардиологический центр ЮКО (в период сентябрь – октябрь 2011 г.) с диагнозом неотложного гипертензивного состояния, определенного как систолическое артериальное давление (САД) или выше, чем 210 мм.рт.ст. и/или диастолическое артериальное давление (ДАД) выше чем, 110 мм.рт.ст. и свидетельство повреждения органа-мишени, как гипертензивная энцефалопатия, острая застойная недостаточность или стенокардия. Ответ на лечение принимался как стабильное снижение САД ниже 180 мм.рт.ст. и ДАД ниже 95 мм.рт.ст. Пациент включался в исследование после того как выставлен первичный диагноз гипертонический криз, далее всем пациентам в положении лежа проводилось доклиническое исследование: ЭКГ, ЧСС, лабораторные данные (креатинин, мочевины, электролиты).

Далее группа пациентов принимала 25 мг эбрантила внутривенно, другая группа 5 мг эналаприла внутривенно или 10 мг нифедипина под язык. Если у пациента после начала лечения через 45 минут не отмечалось снижение АД, применялся другой препарат, назначенный врачом приемного отделения или отделения неотложной помощи. Конечной точкой лечения было снижение САД ниже 180 мм.рт.ст. и ДАД ниже 95 мм.рт.ст. в течении 45 минут после начала лечения. В анализ включены 55 человек с неотложными гипертоническими кризами. (таблица №1).

Таблица 1 – Анализ назначения препаратов врачами приемного отделения.

	Урапидил (эбрантил)	Эналаприл	Нифедипин
Количество	19	21	10
Возраст	64,1+4,2	66,2+6,1	63,7+6,5

Пол (жен,муж)	11/8	15/6	5/5
САД	206+17	211+10	207+27
ДАД	120+11	113+10	118+15

Для 19 пациентов, которые получали 25 мг эбрантила, САД снизилось с 206+17 мм.рт.ст до 143+ 7 мм.рт.ст в течении 45 минут. Для 21 пациентов, которые получали 5 мг эналаприла, САД снизилось с 211+10 до 151+112 мм.рт.ст , а ДАД с 113_10 до 94+10 мм.рт.ст Для 10 пациентов, которые получили перорально 10 мг нифедипина, САД снизилось с 207+27 мм.рт.ст. до 160+13 мм.рт.ст.

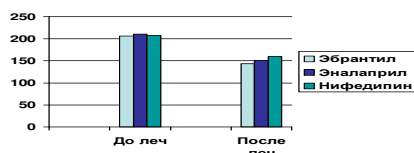


Рисунок - Сравнительная характеристика эффективности гипотензивных препаратов, используемых для купирования гипертонического криза.

Побочные эффекты. В группе эбрантила основные побочные эффекты в виде быстрого снижения артериального давления – головокружением (таким образом, предполагаем, что начальная доза эбрантила 12,5 мг, считается более безопасной). В группе эналаприла побочные эффекты в виде сонливости и головной боли. В группе нифедипина покраснение лица, сонливость.

Результаты и обсуждения. Число препаратов, рекомендуемых для лечения пациентов с неотложными гипертоническими состояниями, непрерывно растет. Тем не менее, исследования, сравнивающие эффективность и безопасность различных антигипертензивных препаратов для лечения гипертонических кризов, встречается редко. Эбрантил является относительно новым антигипертензивным препаратом, который блокирует постсинаптические альфа-1-рецепторы. Препарат обладает дополнительным центральным действием к своей активности. Эбрантил является агонистом для центральных рецепторов серотонина, через которые препарат оказывает антигипертензивный и отрицательный хронотропный эффект. Он снижает артериальное давление путем снижения периферического сосудистого сопротивления. Снижение давления после его применения достаточное и быстрое. Эффективность снижения артериального давления достигла 96% и продолжалось в течение нескольких часов.

Нифедипин, вводимый подъязычно, вызывает быстрое и надежное снижение АД приблизительно у 70% пациентов с гипертоническими кризами. Парентеральный эналаприл является единственным внутривенным ингибитором ангиотензин-превращающего фермента, распространенного для лечения гипертонии. Также показал 70% ответ у пациентов при лечении гипертонического криза. Внутривенный эналаприлат является безопасным антигипертензивным препаратом с умеренной эффективностью при лечении гипертонических кризов. Процент пациентов, у которых был ответ на разовую дозу эбрантила (96%), был значительно выше, чем число пациентов, у которых был ответ на лечение эналаприлатом или нифедипином (70%).

Выводы. В заключении можно сказать, что все препараты (эналаприл, нифедипин, эбрантил) подходят для лечения пациентов с гипертоническими кризами. Благодаря более высокому ответу, эбрантил остается препаратом первого выбора для лечения пациентов с артериальными кризами. Снижение артериального давления эбрантилом не было связано с возрастанием частоты сердечных сокращений. В действительности, частота сердечных сокращений снизилась, как достоверно конечная точка в испытаниях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Хирманов В.Н. Артериальное давление в исследовательской и клинической практике. Под.ред. В.С. Моисеева, Р.С. Карпова М.: Медицина, 2004.
2. Мукла Дули и Карен Л.Гоа Оценка использования препарата урапидил при лечении гипертонии // «Drugs». Новая Зеландия. 1998. Перевод с сокр.
3. М.М. Хиршл, Д.Сейдлер, М. Мельнер и др. Эффективность различных антигипертензивных препаратов при оказании экстренной и неотложной помощи //Журнал «Jornal Human Hypertension». Стокгольм. 1996. №10. С.143-146.
4. М.М. Лукьянов, А.П.Голиков. Гипертонические кризы: основные положения диагностики, лечения и профилактики//Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов. М.: Медицина. 2010. №3. С.37-39.
5. О.С. Левин, Н.И. Усольцева, М.А. Дударов. Контроль артериального давления в остром периоде инсульта//Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов. М.:Медицина. 2010. №1.С. 28-35.

УДК 615.33:616.24-002-085.281

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦЕФДИМА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЯХ*С. Е. Тнымкулова**ГКП ИПВХ Областной медицинский центр, г. Кызылорда***ТҮЙІН**

Тыныс мүшелері ауыратын 21 ауру тексеріліп, цефдиммен емделді. Қолданылған емнің 95% жағдайда ересектер арасында клиникалық тиімділігі анықталды.

SUMMARY

This study involved 21 patients community-acquired pneumonia. Cefazidime (Cefdim) demonstrated high clinical and bacteriological efficiency in treatment of patients with community-acquired pneumonia.

Внебольничная пневмония - острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях, сопровождающееся симптомами инфекции нижних дыхательных путей (лихорадка, кашель, отделение мокроты, возможно гнойной, боли в груди, одышка) и рентгенологическими признаками «свежих» очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии диагностической альтернативы [1]. Лечение внебольничных пневмоний остается актуальной проблемой. Внебольничные пневмонии относятся к наиболее распространенным инфекционным заболеваниям, что отчасти связано с ростом частоты резистентности основных возбудителей внебольничных пневмоний к антибактериальным антибиотикам [2,3]. Препаратом первого выбора для эмпирической терапии внебольничных пневмоний у госпитализированных больных является амоксициллин и цефалоспорины II - III поколений [2,3,4].

Препарат Цефдим (Цефтазидим) является современным препаратом цефалоспоринов III поколения для парентерального применения. Действует бактерицидно (нарушает синтез клеточной стенки микроорганизмов). Обладает широким спектром действия. Препарат устойчив к действию большинства бета-лактамаз. Действует на многие штаммы, устойчивые к ампициллину и цефалоспорином. Активен в отношении грамотрицательных микроорганизмов (включая штаммы, резистентные к гентамицину и другим аминогликозидам) и ряда анаэробных микроорганизмов. Цефтазидим является препаратом первого выбора при тяжелых инфекциях до тех пор, пока возбудитель заболевания не идентифицирован. Наряду с другими антибиотиками группы цефалоспоринов, цефтазидим рекомендуется для лечения пневмоний [5,6,7].

Цель работы изучить эффективности и безопасности препарата Цефдим (Цефтазидим) у больных с внебольничной пневмонией. Задачи исследования: 1. Оценить эффективность препарата Цефдим для лечения пациентов с внебольничной пневмонией. 2. Оценить безопасность препарата Цефдим на основании анализа частоты, тяжести и выраженности побочных эффектов, связанных с применением препарата.

Материал и методы исследования. Были обследованы и пролечены 21 больной с внебольничной пневмонией (11 мужчин и 10 женщин), средний возраст 55 лет. Больные были госпитализированы в Областной медицинский центр через 2-5 дней после начала заболевания. У большинства больных были сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, холецистит, хронические неспецифические заболевания легких. В группу исследования не включались больные с подозрением на вирусную инфекцию, беременные женщины, пациенты с аллергией на пенициллины или цефалоспорины. После завершения обследования (жалобы больного, сбор анамнеза, рентгенологическое исследование грудной клетки, бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам, клинический анализ крови) всем больным назначали препарат Цефдим 1 г. 2 раза в сутки внутримышечно в течение 7- 10 дней. Кроме антибиотика все пациенты получали стандартную при пневмониях терапию.

Эффективность лечения препаратом Цефдим определяли по динамике симптомов пневмонии и рентгенологической картины, изменениям показателей клинических анализов крови и мокроты. Лечение внебольничной пневмонии считали эффективным при полном исчезновении всех субъективных и объективных клинических признаков заболевания и при отсутствии рентгенологических и лабораторных признаков воспаления. Безопасность препарата Цефдима оценивали на основании анализа частоты и выраженности побочных эффектов, отмеченных у пациентов во время лечения и возможно связанных с применением препарата.

Результаты. До начала лечения больные жаловались на повышение температуры тела до 38,3–39,5оС, кашель с выделением мокроты, одышку, резкую общую слабость, головные боли. Повышение температуры тела у 4 больных температуры выше 39оС, у 16 в пределах 380 – 390 С, и у 1 не более 380 С. Нормализация температуры на третий день лечения отмечена у 7 больных, на четвертый день - еще у 5. К концу первой недели лечения температура нормализовалась у всех пациентов. На фоне лечения препаратом Цефдим через 3 дня от начала лечения у всех больных отмечено уменьшение кашля, одышки, количества хрипов, изменился характер мокроты от явно гнойного до слизисто-гнойного или слизистого.

После лечения у 20 пациентов клинические признаки пневмонии полностью исчезли, у 1 больного сохранялся кашель со скудной слизистой мокротой и выслушивались единичные хрипы в легких. О

бактериологической эффективности препарата Цефдим судили на основании результатов бактериологического посева мокроты с определением чувствительности высеваемых микроорганизмов к антибиотикам. В мокроте больных пневмонией обнаружили: пневмококки (у 12 пациентов), золотистый стафилококк (у 4 пациентов) клебсиеллы (у 3 пациентов), кишечную палочку у 1 больного. Все пневмококки оказались чувствительным и высокочувствительными к цефтазидиму. Чувствительными к препарату были также штаммы стафилококка, клебсиеллы и кишечная палочка. После лечения препаратом Цефдим эрадикация возбудителя была отмечена у 18 больных, что составило 85,7%, предполагаемая эрадикация — у 3 (24,3%) пациентов.

При контрольных рентгенологических исследованиях полное разрешение пневмонии отмечалось у 18 пациентов, у 2 были выявлены участки пневмосклероза. Не смотря на клиническое улучшение, у 1 больного, при контрольном рентгенологическом исследовании сохранялись инфильтрационные изменения, поэтому препарат был отменен. При применении препарата Цефдим в течение 10 дней у больных пневмонией ни у одного из пациентов нами не было отмечено каких-либо побочных эффектов.

Выводы. 1. Клиническая эффективность препарата Цефдим (Цефтазидим) при лечении внебольничной пневмонии составила 95%. 2. Цефдим (Цефтазидим) характеризуется хорошей переносимостью, побочных эффектов не зарегистрировано. 3. Учитывая результаты лечения, препарат Цефдим может быть рекомендован в дозе 1 г 2 раза в сутки в течение 7-10 дней в качестве средства эмпирической терапии среднетяжелой внебольничной пневмонии у госпитализированных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике (пособие для врачей)//Клин. микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2003. – Т.5. - №3. – С.198 – 224.
2. Bartlett J.G., Dowell S.F., Mandell L.A. et al. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults.//Clin.Infect.Dis.,- 2000.-№31.- P.37-382.
3. Синопальников А.И. Современный анализ рекомендаций по ведению больных внебольничной пневмонией: критический анализ.//Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.-2003.-№5. –С.24-28.
4. Молчанова О.В., Сулейманов С.Ш., Репина Г.Д. Фармакоэкономические аспекты лечения нетяжелой внебольничной пневмонией в стационаре.//Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2008. №12. С.8-12.
5. Навашин С.М., Чучалин А.Г., Белоусов Ю.Б. и др. Антибактериальная терапия пневмоний у взрослых. – М.- 1998. -С.43-44.
6. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. – Смоленск. – 2007. –С. 25-27.
7. Зубков М.Н. Этиология и патогенез внебольничных пневмоний у взрослых.//Пульмонология. – 2005. - №5. – С.53 – 60.

УДК 616. 12 - 008. 331: 616. 8 – 085. 2

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКВАТОРА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

О.К. Абиев

Областная клиническая больница, г. Шымкент

ТҮЙІН

Артериалды гипертония 2-ші дәреже, қауіп 3 бар науқастарда «Рихтер Гедеон» атты компанияның Экватор (құрама бекітілген лизиноприл 10 мг және амлодипин 5 мг) препаратының тиімділігі және төзімділігі тексеруінің 12 апталық нәтижесі келтірілген. Тәулік бойы препарат жоғарғы гипотензивті тиімділігін қамтамасыз ететінін көрсетті.

SUMMARY

Results of 12-week study of efficiency and shipping of the fixed combination of lizinopri 10 mg and amlodipini 5 mg — a preparation by company "Richter Gedeon" Equator — at 2nd degree sick of an arterial hypertension, with risk 3 are reviewed. It is shown that the preparation provides high hypotensive efficiency throughout days.

Артериальная гипертония (АГ) остается самым частым сердечно-сосудистым заболеванием (ССЗ). Рост смертности от ССЗ и низкая продолжительность жизни определяют высокую социальную значимость проблемы лечения АГ. Сегодня АГ расценивается как болезнь, определяющая величину сердечно-сосудистой и отчасти почечной смертности как в национальном, так и в мировом масштабах[1]. Существует линейная зависимость между уровнем артериального давления (АД) и риском развития осложнений: чем выше АД, тем больше вероятность развития инфаркта миокарда (ИМ), инсульта, хронической сердечной недостаточности (ХСН) и хронической почечной недостаточности (ХПН). Согласно национальных и международных рекомендаций по лечению АГ одновременное назначение гипотензивных средств с различными механизмами действия делает возможным быстрое и стойкое снижение АД до целевого уровня, позволяет подавить контррегуляторные механизмы повышения АД, обеспечивает более эффективную защиту органов-мишеней, и снижает

частоту возникновения побочных эффектов [2,3]. Применение фиксированных комбинаций гипотензивных препаратов в одной таблетке повышает приверженность больных лечению. В настоящее время на отечественном фармацевтическом рынке в виде удачной современной базовой комбинации гипотензивных средств с фиксированной дозировкой является препарат Экватор® (производитель – фармацевтическая компания «Gedeon Richter», Венгрия), содержащий комбинацию лизиноприла в дозе 10 мг и амлодипина в дозе 5 мг.

Цель исследования. Изучение гипотензивной эффективности фиксированной комбинации лизиноприла и амлодипина в условиях клинической практики областной клинической больницы г. Шымкента.

Материалы и методы. В исследование были включены 200 больных с эссенциальной АГ 2 степени, риск 3. Из них 80 мужчин, 120 женщин, средний возраст составил $52,5 \pm 2,5$ лет. Препарат Экватор® назначался в стартовой дозе 1 таблетка в сутки. Целевым уровнем считалось АД 140/90 мм рт.ст. для лиц не страдающих СД, и АД <130/80 мм рт.ст. для больных компенсированным СД 2 типа. На момент включения в исследование и в контрольные сроки (через 4 и 12 недель) оценивались общеклинические, определение сахара и общего холестерина в крови, функциональный метод исследования (ЭхоКГ). Исходные показатели в среднем составили: систолическое АД (САД) $156,2 \pm 5,8$; диастолическое АД (ДАД) - $94,1 \pm 3,2$; общий холестерин $6,5 \pm 0,9$ ммоль/л; триглицериды $2,7 \pm 0,5$ ммоль/л; глюкоза $6,6 \pm 0,7$ ммоль/л; толщина миокарда задней стенки левого желудочка (ТМЗСТЛЖ) $1,2 + 0,1$ мм. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистического пакета STATISTICA. Для описания характера распределения количественных признаков определялись средние величины.

Результаты. При проведении анализа данных было выявлено, что через 4 недели от начала исследования отмечено снижение среднесуточного САД и ДАД до $132,2 \pm 3,3$ мм рт.ст. и $75,2 \pm 2,7$ мм рт.ст. соответственно, а также снижение ТМЗСТЛЖ до $1,1 \pm 0,1$ мм. То есть, 62 (49,2%) из 126 пациентов без сахарного диабета (СД) достигли целевого уровня АД. Через 12 недель от начала исследования удовлетворительный контроль АД был достигнут у 97 (77%) больных. Среди больных, страдающих СД 2-го типа (74) через 4 недели приема препарата целевой уровень АД < 130/80 мм рт.ст был достигнут у 12 пациентов (16,2%), через 12 недель – в 26 случаях (35,1%). Уровни общего холестерина, триглицеридов, глюкозы в крови в контрольные сроки оставались без изменений. Редко отмечались такие побочные эффекты как отеки голеней (4,7% случаев), сухой кашель (1,9% случаев) и сердцебиение (1,9% случаев). Таким образом, результаты исследования показали, что Экватор является эффективным антигипертензивным препаратом, способствующим нормализации и стабилизации уровня САД и ДАД у больных с АГ, способствует регрессу процесса ремоделирования миокарда. Экватор - метаболически нейтрален, не влияет на уровень общего холестерина и сахара крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Kannel WB, Levy D. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study.// Lancet, 2001; 358:1682–1686.
2. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. European Society of Hypertension, European Society of Cardiology. J Hypertens 2007; 25:1105–87.
3. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов 2008 года. М., 2008.

УДК: 616.12-008.331.1:575.853

ПРИМЕНЕНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ АМЛОДИПИНА И ВАЛСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

О.К. Абиев

Областная клиническая больница, г. Шымкент

ТУЙЫН

Артериалды гипертензия 2 дәреже, қауіп 3, жүрек жетіспеушілігі 2 ФК, орташа жасы $51,5 \pm 1,3$ бар 30 науқас тексерілді. Науқастар Эксфорж® атты препараты сәткесіне 1 рет қабылдады. Артериалды гипертензия мен жүрек жетіспеушілігі бар науқастарда Эксфорж® клиникалық, гемодинамикалық, функционалдық көрсеткіштеріне оң әсер етеді.

SUMMARY

30 patients with an arterial hypertension of 2 degrees, risk 3, cardiac of 2 functional class, middle age 51,5±1,3, have been investigated. Patients received Exforge® in a daily dose of 1 tablet. Exforge® gives positive impact on studied clinical, haemodynamic, functional indicators at patients with arterial hypertension and cardiac.

Артериальная гипертония (АГ) — важная медицинская и социальная проблема современности. АГ является одним из самых распространенных заболеваний. Согласно данным экспертов ВОЗ/МОГ (1999 г.) повышенные цифры артериального давления (АД) регистрируются в 25-40% взрослого населения экономически развитых стран. В нашей стране примерно 40% взрослого населения имеют повышенный уровень АД. При этом знают о наличии у них заболевания около 37% мужчин и 58% женщин, а лечатся - лишь 22 и 46% из них. Должным образом контролируют свое АД лишь 5,7% мужчин и 17,5% женщин. АГ остается одной из ведущих причин развития сердечной недостаточности (СН). Контроль повышенного АД улучшает функцию сердца и предотвращает развитие СН. Пациенты с СН имеют более высокий риск смерти от сердечно-сосудистых осложнений. Так, смертность в течение года составляет приблизительно 10%.

Главной целью лечения больных АГ является максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений [1]. Оценка степени риска и прогноза с АГ имеет немаловажное значение для выбора тактики лечения. В настоящее время в лечении больных АГ используются не только препараты, влияющие на уровень АД, но и корректирующие другие нарушения, имеющиеся дополнительные факторы риска, эффективность которых относительно влияния на прогноз больных считается доказанной. Результаты многочисленных рандомизированных исследований показывают, что нормализация АД в обычных условиях и в режиме монотерапии достигается лишь у 9-30% пациентов, в то же время применение 2-х и более лекарственных препаратов увеличивает шансы нормализации и адекватного контроля АД до 70-90%. Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов в одной таблетке увеличивает приверженность больных к лечению. Одной из таких форм является Эксфорж® - препарат швейцарской фармацевтической компании Новартис Фарма, содержащий амлодипин и валсартан в дозах 5мг/160 мг и 10мг/160 мг.

Цель исследования. Изучение антигипертензивной эффективности фиксированной комбинации амлодипина и валсартана у больных с АГ и сердечной недостаточностью (СН).

Материалы и методы. Исследовано 30 больных с АГ 2 степени, риск 3, СН 2 ФК, средний возраст 51,5 года (около 50 лет и старше 50 лет). Пациенты получали Эксфорж® в суточной дозе 1 таблетка. Проведены исследования: суточное мониторирование АД (СМАД), эхокардиографическое исследование. Сроки исследования: исход - 3 месяца.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистического пакета STATISTICA. Для описания характера распределения количественных признаков определялись средние величины, стандартное отклонение. Достоверность различий оценивалась с использованием t-критерия Стьюдента при нормальном распределении. Различия считались достоверными при $p < 0,05$, $p < 0,001$.

Результаты. Как показали результаты, проведенного нами исследования, терапия Эксфорж® оказывает положительное влияние на изучаемые клинические, гемодинамические, функциональные показатели у больных АГ и СН. При анализе показателей СМАД выявлено статистически достоверное повышение средних значений и индекса вариабельности САД и ДАД за сутки, уменьшение степени ночного снижения САД и ДАД. Результат проведения СМАД представлен в таблице 1.

Таблица 1 - Динамика показателей суточного профиля АД на фоне Эксфорж® у больных АГ и СН

Показатель	Исход	3 мес.	p
САД (24), мм рт.ст.	174,6±1,9	121,2±1,6	<0,001
ДАД (24), мм рт.ст.	96,5±1,7	76,4±1,8	<0,05
ЧСС (24), уд/мин	78,2±1,5	76,3±1,9	нд
ИВ САД (24), %	81,9±17,2	30,8±24,7	<0,001
ИВ ДАД (24), %	66,1±31,0	23,2±21,0	<0,001
Утр. макс. САД, мм рт.ст.	170,3±1,6	136,5±1,7	<0,05
Утр. макс. ДАД, мм рт.ст.	102,5±1,4	89,7 ±1,5	<0,05
СНС САД, %	7,6±1,5	11,9±1,3	<0,05
СНС ДАД, %	10,5±1,3	15,7±1,8	<0,05

Через 3 месяца проводимая фиксированная комбинация амлодипина и валсартана способствовала статистически достоверному достижению целевого уровня АД: среднее САД составило 121,2±1,6мм рт.ст., среднее ДАД - 76,4±1,8мм рт.ст. Показатели «нагрузки давлением» по индексу вариабельности (ИВ) САД и ДАД статистически достоверно уменьшились за сутки, как в дневное, так и в ночное время. Уровень утреннего подъема САД и ДАД достоверно снизился (с 170,3±1,6 мм рт.ст. до 136,5±1,7 мм рт.ст.; 102,5±1,4 мм рт.ст. до 89,7 ±1,5 мм рт.ст., соответственно, ($p < 0,05$). Средняя степень ночного снижения (СНС) САД исходно составила 7,6±1,5%, на фоне проводимой терапии достоверно увеличилась до 11,9±1,3%, СНС ДАД - с

10,5±1,3% до 15,7±1,8%, $p<0,05$. Эксфорж® не влиял на исходно нормальную частоту сердечных сокращений (ЧСС). При изучении структурно-функционального состояния миокарда у больных АГ в сочетании с СН выявлено наличие процесса ремоделирования сердца.

К концу периода наблюдения (3 месяца) конечно-диастолический объем левого желудочка достоверно снизился с 139,5±1,8 мл до 115,2±1,3 мл, конечно-систолический объем - с 76,4±0,2 мл до 52,3±0,4 мл, $p<0,05$. Конечно-диастолический размер левого желудочка через 3 месяца достоверно уменьшился с 5,9±0,3 см до 4,6±0,2 см, конечно-систолический размер - с 4,7±0,1 см до 3,5±0,2 см, $p<0,05$. Фракция выброса левого желудочка возросла на 15% и составила 65,2±0,7% ($p<0,05$). Скорость укорочения переднезаднего размера левого желудочка увеличилась до 32,3%, $p<0,05$. Толщина задней стенки левого желудочка уменьшилась на 16%, толщина межжелудочковой перегородки - на 12%, $p<0,05$. Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) является одним из важных показателей ремоделирования сердца. На фоне 12-ти недельной комбинированной терапии у обследуемых больных ИММЛЖ снизился с 157,3±5,2 г/м. до 126,5±4,6 г/м., что свидетельствует о регрессе процесса ремоделирования миокарда, $p<0,05$.

Как показали многочисленные клинические исследования, антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II) являются метаболически нейтральными препаратами, антагонисты кальция (АК) положительно влияют на липидный обмен, обладают антиоксидантным эффектом. Блокаторы АТ1-рецепторов обеспечивают более полную и селективную блокаду РААС. Кроме того, они не влияют на брадикининую систему, поэтому не вызывают сухой кашель. Достижение целевых значений АД при СН представляет собой сложную задачу. Механизм развития АГ, особенно при СН многогранен. Поэтому назначение монотерапии больным АГ с СН практически не эффективно. Фиксированная комбинация амлодипина и валсартана имеет ряд преимуществ: позволяет воздействовать на несколько механизмов развития АГ.

Таким образом, фиксированная комбинация амлодипина и валсартана способствует достижению и стабилизации целевых значений, достоверному снижению скорости утреннего подъема артериального давления у больных с АГ и СН. Статистически достоверно уменьшает индекс вариабельности САД и ДАД как в дневное, так и в ночное время суток. Наблюдается положительное влияние на процессы ремоделирования сердца, достоверное уменьшение толщины межжелудочковой перегородки, задней стенки и ИММЛЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mancia G., De Backer G., Dominiczak A. et al. // J. Hypertens. — 2007. — Vol. 25. — P. 1105-1187.

УДК: 616. 72 – 002:616.8 – 085.2

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ РЕВМОКСИКАМА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

*А.Е. Туртаева, О.К. Абиев, Р.Н. Кенжеханова, Г.И. Оразбаева, Ж.Т. Аширова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
Областная клиническая больница, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Гонартрозы бар ішек-қарын жолдарының патологиясімен қосарланып жүретін 50 науқас тексерілді. Барлық науқастар Ревмоксикам атты препаратты сәткісіне 7,5 мг қабылдады. Терапияның ұзақтығы 2 ай. Ауырсыну синдромы визуалды-аналогты шкала бойынша бағаланды. Сонымен бірге жағымсыз құбылыстар және терапияның қауіпсіздігі бағаланды. Остеоартрозы бар науқастарға симптоматикалық ем ретінде Ревмоксикам қолданылғандағы өткізілген зерттеу нәтижелері препараттың тиімді және қауіпсіз екендігін көрсетті.

SUMMARY

50 patients suffering from gonarthrosis with the accompanying pathology of a gastroenteric path have been examined. All patients received Revmoksikam in a dose of 7,5 mg a day. Duration of therapy was 2 months. The painful syndrome was estimated on a visually-analog scale. And also the undesirable phenomena and the general shipping of therapy were estimated. Results of the conducted research allow to ascertain good efficiency and shipping of Revmoksikam as symptomatic treatment of patients with osteoarthritis.

По распространенности остеоартроз (ОА) занимает первое место среди других ревматических болезней, при этом его частота значительно увеличивается с возрастом. Так, в возрасте до 45 лет заболевание встречается только у 3–5% пациентов, от 45 до 64 лет – у 30%, старше 65 лет – уже у 60–70% [1]. ОА представляет важную социально-экономическую проблему также в связи с ухудшением качества жизни больных из-за постоянного болевого синдрома, а также стойкой потери трудоспособности [2]. Среди фармакологических методов лечения основное место занимают симптоматические препараты немедленного действия, а также структурно-модифицирующие препараты, которые улучшают клиническую симптоматику заболевания, во многих случаях предотвращают дальнейшее прогрессирование ОА [3]. Основным

симптоматическим препаратом в лечении ОА являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) с целью уменьшения боли и воспаления в суставах. Применяемые неселективные НПВП имеют ряд побочных эффектов, в том числе НПВП-гастропатии. Но существуют селективные НПВП, в частности Ревмоксикам, обладающие более безопасным эффектом в отношении желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность и переносимость селективного ингибитора циклооксигеназы -2 (ЦОГ-2) Ревмоксикама («Фармак», Украина) в сочетании с хондропротектором у больных с остеоартритом с сопутствующей патологией ЖКТ.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов, страдающие гонартрозом (34 женщин и 16 мужчин), средний возраст $58,2 \pm 6,2$ лет с сопутствующей патологией ЖКТ- гастритами (67% случаев), язвенной болезнью желудка (21,7%) и 12-перстной кишки (11,3%). Все пациенты получали Ревмоксикам в дозе 7,5 мг в сутки перорально. Длительность терапии 2 месяца. Болевой синдром оценивался врачами и пациентами при повседневной нагрузке и привычной физической активности по визуально-аналоговой шкале (ВАШ, 0-100мм). А также оценивались нежелательные явления и общая переносимость терапии. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистического пакета STATISTICA. Для описания характера распределения количественных признаков определялись средние величины, стандартное отклонение. Достоверность различий оценивалась с использованием t-критерия Стьюдента при нормальном распределении. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Изучали интенсивность болей в покое, при ходьбе по ровной местности, наличие «стартовой боли» в исследуемом коленном суставе, интенсивность ночных болей по ВАШ. Выявлено достоверное уменьшение боли в покое с $44,88 \pm 4,5$ до $12,4 \pm 2,85$ мм ($p < 0,05$), ночной боли с $42,4 \pm 5,5$ мм до $8,9 \pm 2,83$ мм ($p < 0,05$), боли при физической нагрузке с $8,56 \pm 0,6$ мм до $4,75 \pm 0,57$ ($p < 0,05$), «стартовой боли» с $51,76 \pm 5,1$ до $27,34 \pm 3,8$ мм ($p < 0,05$) при приеме Ревмоксикама. Как известно, комплексная терапия ОА предполагает назначение, иногда на длительные сроки НПВП, что нередко является причиной развития НПВП-индуцированных гастропатий – эрозий, язв желудка и 12-перстной кишки, язвенных кровотечений, всегда очень опасных, перфораций. По данным ЭФГДС исследования, у пациентов не возникло обострения гастрита, язвенной болезни желудка или 12-перстной кишки.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют констатировать хорошую эффективность и переносимость препарата Ревмоксикам, что потенциально открывает широкие перспективы его использования в качестве симптоматического лечения больных ОА с сопутствующей патологией ЖКТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Smith M.M., Ghosh P. «Osteoarthritis: Current status and future directions» APLAR J. Rheum., 1998, V.2: 27–53.
2. Pincus T, Sokka T. Abstract presented during the American College of Rheumatology 2005 Scientific Sessions. San Diego, California.
3. Garcia Rodriguez L.A., Hernandez-Diaz S. «The relative risk of upper gastrointestinal complications among users of acetaminophen and non-steroidal anti-inflammatory drugs». Epidemiology, 2001, 12: 570–576.

УДК: 616. 546 - 08

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХОНДРОИТИНА СУЛЬФАТА ПРИ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

*А.Е. Туртаева, О.К. Абиев, Р.Н. Кенжеханова, Г.И. Оразбаева, Ж.Т. Аширова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
Областная клиническая больница, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Арқадағы ауырсынуы бар 6 ай бойы тәулігіне 1000 мг Хондроитин сульфатты қабылдаған 93% науқастарда қауіпсіздік және 73,3%-да тиімділікті көрсетті. Хондроитин сульфат арқаның төменгі бөлігінде ауырсыну синдромының көрсеткіштерін дәйекті түрде азайтады, бұл науқастардың қозғалыс және әлеуметтік белсенділігінің қалпына келетінін көрсетеді.

SUMMARY

Chondroitin sulfate at a daily dose of 1000 mg for 6 months is well tolerated in 93% of patients and efficiency for 73,3% of patients with low back pain. The drug significantly reduces the rates of pain with pain in the lower back, accompanied by the restoration of motor and social activity of patients.

Боли в нижней части спины (БНС) – широко распространенная патология. По данным ВОЗ, в настоящее время в связи с возрастающими нагрузками на человека, БНС в развитых странах достигла размеров эпидемии [1]. Факторами развития БНС являются пол и возраст, осанка, мышечная сила, подвижность позвоночника [2]. Широкое распространение БНС среди лиц молодого и среднего трудоспособного возраста, обуславливает большое социально-экономическое значение

данной проблемы. Основой БНС является остеохондроз позвоночника в сочетании с мышечно-связочными нарушениями [3,4]. Остеохондроз позвоночника – это дегенеративное поражение хряща межпозвоночного диска (МПД) с реактивными изменениями тел позвонков (спондилезом). В процессе старения и дегенерации происходит постепенное уменьшение содержания сульфатов в межпозвоночном диске. Такой патогенетический подход изучения остеохондроза послужило предпосылкой для проведения ряда исследований по влиянию хондропротекторов при остеохондрозе.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность хондроитин сульфата при остеохондрозе.

Материалы и методы. Нами было обследовано 30 больных с первичным синдромом БНС, выраженным болевым синдромом. Из них мужчин 12, женщин 18, в возрасте от 35 до 70 лет. Длительность заболевания в среднем составила 8,4 года. Диагноз БНС устанавливали в соответствии с рекомендациями ВОЗ 1999 г. [2]. Болевой синдром оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Рентгенологическая стадия остеохондроза соответствовала I – III стадии по Kellgren. Всем пациентам назначали хондроитин сульфат (фирма «Пьер Фабр») в дозе 500 мг в 2 приема в течение 6 месяцев. Клиническое обследование больных проводили в начале исследования, на 2, 4 и 6 месяцы. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистического пакета STATISTICA. Для описания характера распределения количественных признаков определялись средние величины, стандартное отклонение. Достоверность различий оценивалась с использованием t-критерия Стьюдента при нормальном распределении. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. На основании проведенного исследования было выявлено достоверное снижение болевого синдрома при движении по ВАШ с $66,8 \pm 4,3$ мм до $21,8 \pm 3,2$ мм ($p < 0,05$). После 8 недели лечения показатели ВАШ в покое достоверно снизились с $40,6 \pm 2,6$ мм до $21,8 \pm 3,1$ мм ($p < 0,05$), тогда как показатели ВАШ при движении достоверно снизились после 16 недели лечения с $66,8 \pm 4,3$ мм до $38,6 \pm 3,9$ мм ($p < 0,05$). Отмечено и достоверное снижение утренней тугоподвижности в поясничном отделе позвоночника по ВАШ с $18,6 \pm 3,6$ мм до $5,8 \pm 0,8$ мм ($p < 0,05$). В конце лечения у 18 пациентов (60%) полностью исчезли боли в покое, а у 22 (73,3%) – боли при движении значительно уменьшились. Переносимость хондроитин сульфата была хорошей или очень хорошей у 28 пациентов (93%). Таким образом, общая переносимость и эффективность хондроитин сульфата пациентами оценивалась как «хорошо» или «очень хорошо».

ЛИТЕРАТУРА

1. Walsh A. Low back pain in 8 areas of Britain. J. Epidemiol. Commim. Hith. 1992; 46: 227-230.
2. WHO Department of noncommunicable disease management. Low back pain initiative. Geneva; 1999.
3. Салихов М.О., Багирова Г.Г. Нозологическая структура вертеброгенных дорзалгий. Нуч.-практ. Ревматол. 2001; 3:98.
4. Kuritsky L. Comprehens. Ther. 1997; 23(5): 332-336.

УДК 616.72 – 002:616. 8 – 085. 2

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТРУКТУМА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

*А.Е. Туртаева, О.К. Абиев, Р.Н. Кенжеханова, Г.И. Оразбаева, Ж.Т. Аширова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
Областная клиническая больница, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Остеоартрозы бар 30 науқаста Структум препаратаның клиникалық тиімділігі зертелді. Тағы 30 науқас диклофенак қабылдады. 6 ай бойы 1000 мг тәулігіне Структумды қабылдағанда аурудың симптомдарына оң әсер етеді, ауырсыну интенсивтілігін азайтқан буындардың функционалдық қабілетін және аурудың озықтықтығын төмендетеді.

SUMMARY

We investigated the clinical efficacy of the preparation structum in 30 patients with osteoarthritis. Other 30 patients received diclofenac. It was noted that the intake of structum 1000 mg per day for 6 months has a positive effect on symptoms, reduces pain intensity and improves the functional capacity of the affected joints and slows the progression of the disease.

Остеоартроз (ОА) – широко распространенное заболевание, встречающееся у 10% населения земного шара. Среди лиц 50 лет и старше почти половина имеет признаки этого заболевания [1]. Лечение ОА должно быть направлено на уменьшение боли и воспаления, снижение частоты обострений и поражения новых суставов, улучшение качества жизни, замедление прогрессирования и предотвращение инвалидности [2]. Новое направление в лечении ОА основано на применении структурно-модифицирующих препаратов, которые

оказывают не только симптоматическое действие, но и замедляют прогрессирование заболевания. Одним из таких лекарственных препаратов является Структум («Пьер Фабр», Франция).

Цель исследования. Изучение клинической эффективности препарата Структум у больных ОА.

Материалы и методы. Было обследовано 60 пациентов с достоверным диагнозом ОА: 30 пациентов получали Структум и 30 пациентов получали диклофенак. Исследование продолжалось 7 месяцев (6 месяцев лечения, 1 месяц – наблюдение после завершения курса лечения). Оценка эффективности проводилась по динамике показателей общеклинических методов обследования, а также оценки болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ); индекса WOMAC; скорости ходьбы (15 м). Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистического пакета STATISTICA. Для описания характера распределения количественных признаков определялись средние величины, стандартное отклонение. Достоверность различий оценивалась с использованием t-критерия Стьюдента при нормальном распределении. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. На фоне лечения Структума через 7 месяцев отмечалось достоверное уменьшение основных клинических симптомов: боль в покое по ВАШ с $36,3 \pm 7,9$ мм до $13,9 \pm 5,8$ мм ($p < 0,05$); боль при пальпации по ВАШ с $40,3 \pm 8,1$ мм до $25,3 \pm 5,8$ ($p < 0,05$); боль при движении по ВАШ с $67,7 \pm 10,5$ мм до $29,5 \pm 8,7$ мм ($p < 0,05$); скорость ходьбы на расстоянии 15 метров с $18,9 \pm 7,2$ сек до $5,9 \pm 8,5$ сек ($p < 0,05$); индекс WOMAC с $2,6 \pm 0,5$ баллов до $1,6 \pm 0,5$ баллов ($p < 0,05$); ограничение подвижности сустава с $2,8 \pm 0,8$ баллов до $2,1 \pm 0,7$ баллов ($p < 0,05$). Тогда как в группе пациентов, принимавших Диклофенак исследуемые параметры оставались на том же уровне, что и до лечения: боль в покое по ВАШ $38,1 \pm 9,5$ мм - $42,1 \pm 7,2$; боль при пальпации по ВАШ $39,6 \pm 9,1$ мм - $39,9 \pm 8,7$ мм; боль при движении по ВАШ $69,5 \pm 11,3$ мм - $75,5 \pm 6,5$ мм; скорость ходьбы на расстоянии 15 метров $20,1 \pm 5,7$ сек - $19,9 \pm 9,5$ сек; индекс WOMAC $2,7 \pm 0,8$ баллов - $2,7 \pm 0,7$ баллов; ограничение подвижности сустава $2,9 \pm 0,7$ баллов - $2,8 \pm 0,9$ баллов.

За все время наблюдения в основной группе пациентов не было выявлено ни одного случая побочного эффекта, связанного с приемом Структума. В контрольной группе у 12 % пациентов, принимавших диклофенак, отмечались побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта: диспепсические расстройства, умеренные боли в эпигастрии, купируемые приемом антацидов и проходящие после уменьшения дозировки. Ни в одном из этих случаев не потребовалась отмена препарата, поэтому переносимость диклофенака пациентами с ОА в настоящем исследовании можно признать как удовлетворительную.

Таким образом, Структум является перспективным препаратом для лечения ОА, он влияет на основные механизмы развития заболевания, что позволяет снизить интенсивность боли, улучшить функциональную способность пораженных суставов и замедлить прогрессирование болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонов А.А., Пиотровский В.К. Программа M-IND-оценки системных параметров фармакоконетики модельно-независимым методом статистических моментов // Химико-фармацевтический журнал. 1991. № 10. С 16-19.
2. Fekson D.T., Lawrence R.C. et al. Osteoarthritis: new insight. Part II: Treatment approach. Ann. Intern. Med. 2000; 133: 726-737.

УДК 616.72:616.12-008.331.1:615.276

ПРИМЕНЕНИЕ МОВАЛИСА У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Г.И. Оразбай

Областная клиническая больница, г. Шымкент

ТҮЙІН

Тағайындалған БСҚҚП-ға байланысты, остеоартрозы бар науқастар 2 топқа бөлінді. Мовалисті 7,5 мг/сәт қабылдаған 30 науқас 1-ші топты құрады. Ал 2-ші топтағы 30 науқас диклофенак 100 мг/сәт қабылдаған. Лекен индексінің динамикасы және ауырсынудың айқындылығы визуалды-аналогты шкала бойынша, БСҚҚП-дың тиімділігі мен төзімділігі 7 және 14 күннен кейін бағаланған. Зерттеу барысында қабылданған мовалис пен

диклофенактың әсерінен АҚҚ динамикасы бағаланған. Жүргізілген зерттеу нәтижесінде мовалис айқын анальгетикалық әсеріне және төзімділігіне ие, АҚҚ деңгейіне және жүргізілген гипотензиялы емге ықпалы кем екендігі белгілі болды.

SUMMARY

Depending on an appointed nonsteroid anti-inflammatory preparation patients with osteoarthritis have been divided into 2 groups. 1 group accepting Movalis in a dose of 7,5 mg/days, was presented by 30 patients. 2 group receiving Diclofenac in a dose of 100 mg/days, included 30 patients. Efficiency and of therapy were estimated by nonsteroid anti-inflammatory preparations in 7 and 14 days, on dynamics of an index of Lekena, expressiveness of a pain on a visually-analog scale. During research dynamics of arterial pressure against treatment Movalis and Diclofenac was estimated. As a result of the conducted research it is noticed that Movalis possesses expressed antianginals action and the best shipping, smaller influence on level of arterial pressure and hypotensive therapy.

Остеоартроз (ОА) – одно из распространенных заболеваний суставов, характеризующееся хроническим прогрессирующим течением. В качестве симптоматической терапии при ОА широко используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) [1,2]. Одним из препаратов НПВП является мовалис® («Берингер Ингельхайм Эспана С.А», Испания) – производное энолиевой кислоты, является селективным ингибитором циклооксигеназы-2. При приеме внутрь мовалис быстро и максимально полно абсорбируется в желудочно-кишечном тракте. Препарат хорошо проникает в синовиальную жидкость и соединительную ткань. Мовалис обладает периодом полураспада и быстро выводится из организма. У пациентов, страдающих ОА, часто отмечается и артериальная гипертония, что требует выбора НПВП, максимально обеспечивающего купирование боли и при этом незначительно влияющего на уровень АД.

Цель исследования. Изучить эффективность и переносимость мовалиса у больных остеоартрозом и сопутствующей артериальной гипертонией.

Материалы и методы. Было обследовано 60 пациентов с достоверным диагнозом ОА согласно Американской коллегии ревматологов. В зависимости от назначаемого НПВП больные были разделены на 2 группы. 1 группа, принимавшая мовалис в дозе 7,5 мг/сут, представлена 30 пациентами, средний возраст составил 58,4 года, длительность заболевания от 1 до 20 лет. 2 группа, получавшая диклофенак в дозе 100 мг/сут, включала 30 больных, средний возраст составил 56,2 года, длительность заболевания от 1 до 8 лет. Эффективность и переносимость терапии НПВП оценивались через 7 и 14 дней, по динамике индекса Лекена (ИЛ), выраженности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и общей оценке эффективности лечения по мнению врача и больного. В ходе исследования оценивалась динамика АД на фоне лечения мовалиса и диклофенака. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистического пакета STATISTICA.

Результаты и обсуждение. В 1 группе на момент начала терапии мовалисом ИЛ составил $8,7 \pm 3,2$, выраженность боли по ВАШ $60,5 \pm 11,8$; через 7 дней ИЛ $4,3 \pm 2,4$ ($p=0,0012$), ВАШ $37,9 \pm 10,4$ ($p=0,0003$); через 14 дней ИЛ $2,6 \pm 1,13$ ($p=0,0055$) и ВАШ $23,8 \pm 10,6$ ($p=0,013$). Эффективность мовалиса оценена 22 пациентами (73,3%) как очень хорошая, 8 (26,7%) как хорошая. По мнению врача в 18 случаях (60%) отмечена очень хорошая эффективность препарата, 12 случаях (40%) как хорошая эффективность. Отдельно оценивалось влияние используемых НПВП на уровень АД. 15 пациентов 1 группы страдали артериальной гипертонией, по поводу которого получали ингибиторы АПФ в 6 случаях, ингибитор АПФ и диуретик в 6 случаях и дигидропиридиновый антагонист кальция в 3 случаях. Динамика уровня систолического АД (САД) до лечения $132,3 \pm 16,8$ мм рт.ст. и на фоне терапии мовалиса через 15 дней составил $127,5 \pm 12,1$ мм рт.ст. ($p=0,0025$); уровень диастолического АД (ДАД) до и после лечения составили $81,0 \pm 10,9$ мм рт.ст. и $79,8 \pm 9,87$ мм рт.ст. соответственно.

Во 2 группе на момент начала лечения ИЛ составил $7,6 \pm 3,5$, выраженность боли по ВАШ $55,2 \pm 10,8$; через 7 дней на фоне терапии диклофенаком ИЛ составил $5,21 \pm 3,23$ ($p=0,017$), ВАШ $43,98 \pm 11,16$ ($p=0,007$); через 14 дней $3,73 \pm 2,14$ ($p=0,08$) и $36,4 \pm 11,94$ ($p=0,0085$) соответственно. При этом оценка эффективности лечения отличалась от 1 группы и по мнению врача, и по мнению больного. Только 1 (3,3%) пациент оценил эффект Диклофенака как очень хороший, 10 (33,3%) пациентов оценили эффект как хороший, 11 (36,7%) как удовлетворительный и 8 (26,7%) как неудовлетворительный. По мнению врача очень хорошая эффективность диклофенака отмечена также в 1 случае (3,3%), в 10 случаях (33,3%) отмечалась хорошая эффективность, удовлетворительная в 14 (46,7%) и неудовлетворительная в 5 (16,7%) случаях.

Оценка влияния диклофенака на уровень АД во 2 группе показала, что повышение АД наблюдалось у 3 ранее нормотензивных пациентов. Из 14 больных АГ, получавших гипотензивную терапию ингибиторами АПФ в 4 случаях, ингибитором АПФ и диуретиком в 7 случаях и бета-блокатором в 2 случаях. Динамика уровня САД до лечения $135,2 \pm 16,1$ мм рт.ст. и на фоне терапии мовалиса через 14 дней составил $139,7 \pm 22,6$ мм рт.ст. ($p=0,002$); уровень ДАД до и после лечения составили $82,6 \pm 13,4$ мм рт.ст. и $85,3 \pm 11,03$ мм рт.ст. соответственно. Таким образом, применение мовалиса при ОА характеризуется более выраженным анальгетическим действием и лучшей переносимостью, чем использование диклофенака. При выборе НПВП для лечения ОА у больного, страдающего АГ, следует отдавать предпочтение именно мовалису, так как препарат обладает коротким периодом полураспада, характеризуется меньшим влиянием на уровень АД и проводимую гипотензивную терапию, чем другие «классические» НПВП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е.Л. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов и ингибиторов циклооксигеназы-2 в начале XXI века. РМЖ. – 2003.- 11(7), 375-378.
2. Насонов Е.Л. Специфические ингибиторы ЦОГ-2: решенные и нерешенные проблемы. Клин. фармакол. и терапия. – 2000. – 1.- 57-64.

УДК 616.12-004.5:615.272.4

ПРИМЕНЕНИЕ СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Г.И. Оразбай

Областная клиническая больница, г. Шымкент

ТҮЙІН

52-74 жас аралығындағы тұрақсыз стенокардиясы бар 25 науқас тексерілді. Барлық науқастарға 20-40 мг симвастатин тағайындалған. Гиполипидемиялық емнің нәтижесінде ишемиялық шабуылдардың жиілігі, қабылданатын жүрек қыспасына қарсы дәрінің дозасы төмендейді, физикалық күштемеге толерантылығы жоғарылайды, жалпы холестерин төмендейді.

SUMMARY

25 patients with unstable stenocardia at the age of 52-74 were included into the research. 20-40 mg. of simvastatin was appointed to all patients. At the results of hypolipidemic treatment it reduces to decrement of ischemic attacks rate, to decrement of a dose of taking antianginal preparations, increasing of tolerance to physical stress, general decreasing of cholesterol.

Одним из главных факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) является дислипидемия. Наиболее тяжелым периодом обострения ИБС является нестабильная стенокардия, угрожающая развитием инфаркта миокарда или внезапной смертью. Поэтому своевременное выявление и адекватная коррекция нарушений липидного обмена имеет важное значение как для первичной, так и для вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний [1,2].

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность симвастатина у больных нестабильной стенокардией.

Материалы и методы. В исследование было включено 25 больных нестабильной стенокардией, в возрасте от 52 до 74 лет, без нарушения функции печени и с фракцией выброса не менее 40%. Всем больным был назначен симвастатин в дозе 20-40 мг. Контрольную группу составили 15 больных нестабильной стенокардией, в лечении которых использовалось лечебное питание без гиполипидемической терапии. На момент включения в исследование и через 6 недель после терапии оценивались общий холестерин крови, триглицериды, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП). Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистического пакета STATISTICA.

Результаты и обсуждение. Анализируя полученные данные в основной группе после 6 недель лечения симвастатином в дозе 20 мг в сутки, выявлено снижение количества приступов стенокардии в сутки (в среднем на 30%), уменьшением дозы принимаемых антиангинальных препаратов и повышением толерантности к физической нагрузке. Отмечены изменения и со стороны биохимических показателей крови, так у 18 (72%) больных основной группы выявлено достоверное снижение уровня общего холестерина с $6,3 \pm 1,1$ до $4,4 \pm 0,9$ ммоль/л ($p < 0,01$), достоверное снижение ЛПНП с $4,1 \pm 1,01$ до $2,7 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,001$). А у 7 больных основной группы выявлена сниженная чувствительность к симвастатину в дозе 20 мг/сут. Так в этой категории больных снижение уровня триглицеридов был в два раза меньше (на 12 и 23% соответственно).

В связи с чем больным была увеличена доза до 40 мг/сут, в результате чего были достигнуты целевые уровни липидов крови. Анализируя данные в контрольной группе было обнаружено, что у 7 (46,7%) больных отмечено достоверное снижение общего холестерина с $6,5 \pm 0,9$ до $4,8 \pm 0,8$ ммоль/л ($p < 0,01$), достоверное снижение ЛПНП с $4,1 \pm 0,2$ до $3,1 \pm 0,4$ ммоль/л ($p < 0,01$). У 8 больных (53,3%) применение лечебного питания не привело к снижению уровня холестерина и триглицеридов. Таким образом, применение симвастатина в дозе 20-40 мг/сут у больных ИБС с гиперхолестеринемией приводит к снижению частоты ишемических атак, снижению дозы принимаемых антиангинальных препаратов, повышению толерантности к физической нагрузке, снижению атерогенного холестерина ЛПНП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Falk E., Shan P.K., Fuster V. Coronary plaque disruption. Circul. 1995; 92:657-671.

2. VanderWal A.C., Becker A.E., Van der Loos C.M., Das P.K. Site of intimal rupture or erosion of trombosed coronary atherosclerotic plaques is characterized by an inflammatory process irrespective of the dominant plaque morfology. *Ibid* 1995; 89:36-44.

УДК 616.831-001.31/.35-009.17:615.03

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КУРСА ФЕНОТРОПИЛА В ЛЕЧЕНИИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ

Е.В Семикина

ГУ «Областной психоневрологический диспансер», г. Шымкент

ТҮЙІН

Тиімділік алқыну синдромының редукциясында өткерген бас сүйек-ми жаракаттарының емделушілерінің пирацетамның курсі бар салыстыруында жаяу жол салды. 15-18 жылдар жас шамасы. Нәтижелер 1-ші - 7-ші - 14-ші - 30 күндерге бағаланды. үйреншікті ноотроп терапияға қарағанда Фенотропил көп алқыну синдромының емдеуінде және вегетативті дисфункциялар бас сүйек-ми жаракаты зардаптарында тиімді.

SUMMARY

The effectiveness in reducing Fenotropil asthenic syndrome in patients undergoing TBI in comparison with the rate of piracetam. At the of 15-18. The results were evaluated at 1 -, 7 -, 14 -, 30 days. Fenotropil is more effective than the standard nootropic therapy in the treatment of asthenic syndrome and autonomic dysfunction in traumatic brain injury consequences.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ)- одна из важнейших медико-социальных проблем здравоохранения на современном этапе. Ее главными причинами служат автомобильные и бытовые травмы, производственный травматизм и т.д. Совершенствование методов лечения черепно-мозговых травм (общий уход, мониторинг ВЧД и основных физиологических показателей, противоотечная терапия, быстрая диагностика внутримозговых образований с помощью КТ и МРТ) привело к снижению летальности и числа осложнений. В то же время у многих больных сохраняются выраженные неврологические или психические расстройства, в том числе даже после легких или среднетяжелых черепно-мозговых травм. Такие больные нередко становятся нетрудоспособными, и поэтому экономические последствия черепно-мозговых травм крайне велики. Однако, наиболее важны в социальном и экономическом отношении последствия ЧМТ, поскольку они могут приобретать хронический характер, ухудшая качество жизни пациента, снижая его трудоспособность и нередко приводя к стойкой инвалидизации. В зависимости от повреждения апоневроза, предотвращающего проникновение инфекции в полость черепа, выделяют закрытые и открытые ЧМТ, а закрытые ЧМТ, в свою очередь, подразделяют на сотрясение мозга, ушиб мозга различной степени тяжести, диффузное аксональное повреждение, сдавление головного мозга.

Прогноз при сотрясении и ушибе мозга легкой степени обычно благоприятный (при условии соблюдения пострадавшим рекомендованного режима и лечения). При ушибе мозга средней степени часто удается добиться полного восстановления трудовой и социальной активности. У ряда больных развиваются астенизация, головные боли, вегетососудистая дисфункция, нарушения статики, координации и другая неврологическая симптоматика. При ушибе мозга тяжелой степени прогноз нередко неблагоприятный. Смертность достигает 15—30%. Среди выживших, ведущими причинами инактивации являются психические расстройства, эпилептические припадки, грубые двигательные и речевые нарушения. Однако, при адекватной тактике лечения, если отсутствуют отягчающие обстоятельства и осложнения, спустя 3-6 нед. наблюдается регресс внутримозговой гипертензии, менингеальных симптомов, а также очаговой неврологической симптоматики. При сдавлении мозга, как правило, требуется срочное хирургическое лечение; прогноз так же, как и при диффузном аксональном повреждении головного мозга, зависит от характера и степени повреждения жизненно важных структур мозга.

Таким образом, при ЧМТ весьма важно правильно лечить пациентов как в острый период, так и для коррекции последствий травмы. Одно из ведущих мест в лечении занимает медикаментозная терапия, направленная на предотвращение гипоксии мозга, улучшение обменных процессов, восстановление активной умственной деятельности, нормализацию эмоциональных и вегетативных проявлений. Жалобы больных в основном связаны с головной болью различного характера, локализации и продолжительностью, головокружением, утомляемостью, снижением работоспособности, нарушением сна, раздражительностью. Также у них отмечаются симптомы, связанные с мнестической и когнитивной деятельностью, эмоционально-психическими нарушениями, в виде астенического, астено- невротического, или астено- депрессивного синдромов.

Цель исследования: оценить эффективность препарата Фенотропил на астенический и астено-депрессивный синдромы у больных с последствиями ЧМТ.

Материалы и методы: на базе нашего стационара, на протяжении 2-х месяцев проводились исследования эффективности применения препарата Фенотропил у 36 больных с последствиями ЧМТ. Из них 26 больных принимали Фенотропила, 10 пациентов получали стандартное лечение. Возраст больных составлял

от 15 до 18 лет, из них 13 девочек и 23 мальчика. Пациенты были разделены на 2 группы: первая группа пациентов (10 пациентов) получала пираретам по 800 мг два раза в день (1600 мг/сут.), а вторая группа (26 пациентов) - фенотропил по 50 и 100 мг дважды в день (100-200 мг/сут.). Курс лечения составлял 30 дней. Обследование пациентов проводилось на 1, 7, 14 и 30-е сутки. Неврологическое обследование осуществляли по общей методике: консультация невролога, электроэнцефалография, рентгенография костей черепа, консультация окулиста и исследование глазного дна, также при наличии у пациента компьютерной томограммы, данные также учитывались. Наряду с выше указанным пациентам проводился комплекс психологических методик, направленных на оценку состояния памяти, внимания, и сенсорных реакций.

В процессе наблюдения данных групп пациентов, проводились и субъективная оценка состояния. Отмечалось, что фенотропил по сравнению с пираретамом оказывал более выраженный положительный эффект, особенно в дозе 100 мг. Улучшение наступало уже на 3-4-й день и наиболее выражение проявлялось у больных с астеническим синдромом. Начиная с 7 суток, пациенты отмечали улучшение состояния, указывая на уменьшение головных болей, головокружения, улучшение аппетита, настроения, ощущения прилива сил, уменьшения дневной сонливости, утомляемости и общей слабости. Хороший эффект отмечался у 58,3 % больных в группе фенотропила и 33,3 % в группе пираретама, удовлетворительный эффект - в 33,3 % и 50 % случаев, соответственно, а неудовлетворительный - в 8,4% и 16,7 % случаев, соответственно. Этот эффект нарастал в процессе дальнейшего лечения во второй группе, и стабильный эффект отмечался после полного курса длительностью 30 дней, на фоне приема фенотропила.

Важно отметить что клинический эффект при лечении фенотропилом наступает уже с первых дней лечения и к 14-м суткам, астенические проявления полностью редуцируются. Также необходимо отметить, что стойкий клинический эффект сохраняется не только на фоне приема фенотропила, но и после окончания терапии, в течение нескольких месяцев. Однозначно, требуются повторные курсы терапии через 6 месяцев для закрепления эффекта и сохранения стойкой ремиссии. Таким образом, наши наблюдения еще раз подтверждают, что фенотропил более эффективен, чем стандартная ноотропная терапия, при лечении астенического синдрома и вегетативных дисфункций при последствиях ЧМТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алешина Н.В, Степанов В.П., Филиппова С.Ю. Применение фенотропила для лечения астено-депрессивных синдромов при отдаленных последствиях ЧМТ//Трудный пациент. №5, Т.3, 2005.
2. Инструкция по медицинскому применению препарат фенотропил. Утверждена Приказом председателя Комитета фарм.контроля МЗ. РК от 19 ноября 2009 г.
3. Калинин П.П, Назаров. В.В Опыт применения фенотропила при лечении астенического синдрома и вегетативных нарушений в остром периоде легкой закрытой ЧМТ//Неврология и психиатрия им. С.С Корсакова. Москва -2007 г. 107, 2. с. 61-63.
4. Е.С Нургужаев, Б.М Раимкулова, Р.Т Илиев, Г.А Кусаинова, А.В Брюшков, Х.Б Раимкулова. Фенотропил при лечении последствий легкой черепно-мозговой травмы»//Фармация Казахстана. 2008. № 3 стр.31-32.

УДК 616.83-899:615.03-053.2

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОПАНТЕНОВОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ, КАК СЛЕДСТВИЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС

Б.Ж. Молдалина

Реабилитационный центр «Мейирим», г. Шымкент

ТҮЙІН

14 жылдарға 2 жылдар әр түрлі деңгейдің сөйлеу дамытуын тоқтауды емдеудегі қышқылдың гопантеновой препарат тиімділіктің стационары шарттарындағы зерттеуі балалар, 45 емделушілерде. Препарат 2-6 айдан жасына қарай және дененің массасы, курс Бұдан әрі мөлшерледі емдеудің нәтижелерін есепке алынды.

SUMMARY

A study in hospital efficiency product gopantenovoy acid in the treatment of various levels of mental retardation in children, 45 patients from 2 years to 14 years. The drug is dosed according to age and body mass, the rate of 2-6 months. Next, take into account the results of treatment.

Перинатальное поражение ЦНС обозначает патологическое состояние ЦНС новорожденных и детей первых месяцев жизни, развивающиеся в связи с поражением головного мозга во внутриутробном, интранатальном (во время родов) и неонатальном периодах.

Цель исследования: заключалось в изучении эффективности препарата Гопантенной кислоты (Пантокальцин) в качестве монотерапии при лечении детей с задержкой психоречевого развития, как следствие перенесенного перинатального поражения ЦНС.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находились 45 пациентов с диагнозом – «перинатальная патология ЦНС» и имеющих различную степень задержки речевого развития. Среди них: мальчиков- 37(82%), девочек-8(17%). По возрасту дети были распределены на 2 группы: от 2 лет до 5 лет, от 6 лет до 14 лет. Распределение детей с учетом уровня психического развития, в соответствии с МКБ-10: ЗПР1-2 – 32 пациента, ЗПР 3 уровня- 6 детей, ЗПР 4 уровня- 4 детей, ЗПР 5 уровня -3 детей. Всем детям проводились клинико-неврологические обследования: ЭЭГ, РЭГ, консультации окулиста, логопеда, психолога. Данные пациенты получали стандартное комплексное лечение, включающее в себя активную терапию в течение 10 дней: сосудистая терапия, ноотропы, витаминотерапия, физиолечение при необходимости, массаж, логопедическая коррекция. В дальнейшем с переходом на поддерживающую монотерапию с ноотропным препаратом Гопантенной кислоты (Пантокальцин).

Препарат является 3-х компонентным препаратом, включающим в себя: 1. Гомолог пантотеновой кислоты (витамин В5) являющимся частью молекулы Кофермента А, участвующего в синтезе белков и жиров, улучшающего общий обмен веществ. 2. Гамма-аминомасляная кислота- является основным тормозным медиатором в головном мозге, способствует улучшению памяти и мышления, регулирует уровень бодрствования, двигательной активности, поддерживает высокий уровень судорожного порога. 3. Кальций- способствует высвобождению всех медиаторов ЦНС в синаптическую щель, тем самым улучшает передачу нервного импульса. В соответствии с выше указанным, пантокальцин оказывает комплексное воздействие на головной мозг. Т.е этот препарат можно применять в качестве монотерапии, что очень актуально в наше время, когда очень часто проводится необоснованно полипрогмазия. В качестве ноотропного препарат применяли препарат Пантокальцин 250 мг в дозировках: от 2 до 5 лет- по 1 таблетки 3 раза в день, от 6 лет до 14 – по 2 таблетки 3 раза в день. Продолжительность курса лечения составила от 2 до 3 месяцев. С повтором курса через 6 месяцев. Основным требованием при назначении любого препарата, тем более в детском возрасте является максимальная эффективность при наличии минимальных побочных действий. Одним из таких препаратов является препарат -кальциевая соль гопантенной кислоты.

Результаты и обсуждение. В процессе моего наблюдения за пациентами при проводимом лечение отмечалась положительная динамика не только в неврологическом статусе- т.е снижение интенсивности головных болей и астенических проявлений, нормализация сна, дети становились более активными, самостоятельными, и выносливыми. На ряду с этим отмечались улучшения в психоэмоциональной сфере - улучшение настроения, уменьшение моторной возбудимости с одновременным упорядочением поведения и активизация работоспособности, и основное, это активизация умственной активности.

Таким образом, в процессе моего наблюдения за данными группами пациентов было выявлено, что на фоне комплексного лечения, включающего в себя в качестве основного ноотропного препарата пантокальцин: из первой группы ЗПР 1-2 уровня со стойким улучшением были сняты с «Д» наблюдения- 7 пациентов(21,5%) , улучшение речевого развития отмечалось у 21 пациентов(66%), без динамики- 4 пациента(12,5%). В второй группе ЗПР 3 уровня- положительная динамика психоречевого развития отмечалась у 4 пациентов(66%), без динамики 2 пациента(33%), в третьей группе ЗПР 4 уровня- положительная динамика отмечалась у 2 пациентов (50%) без изменений 2 пациента(50%), и в четвертой группе ЗПР 5 уровня- положительная динамика отмечалась у 1 пациента(20%) и без динамики 4 пациента(80%) . В процессе лечения каких либо побочных проявлений выявлено не было, все возрастные группы переносили препарат очень хорошо.

Из данного анализа видно, что чем менее выражена степень ЗПР, тем более эффективно проходит лечение. Это говорит о необходимости проведения более ранней диагностики ПЭП ЦНС, и своевременное лечение, во избежание развития данного синдрома задержки речевого развития в восстановительном периоде. Таким образом, в результате моего наблюдения отмечали что препарат удачно сочетает умеренный седативный и противосудорожный эффекты, а также мягкий психостимулирующий эффект. Уменьшает моторную возбудимость с одновременным упорядочением поведения и активирующим влиянием на работоспособность и умственную активность, что дает возможность широкого применения пантокальцина в реабилитации детей с неврологической патологией сопровождающейся задержкой психоречевого развития различной степени выраженности. И самое главное - возможность его применения в качестве поддерживающей монотерапии в амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петрухин А.С. Неврология детского возраста. М.: Медицина. 2004. с.671.
2. Т.А Лазебник, В.Н. Румянцева, Н.А. Шейде. Коррекция речевых нарушений у детей дошкольного возраста с использованием Пантокальцина // Эффективная фармакотерапия в педиатрии. №1. Москва. 2010 г. с. 23-24.
3. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксическ-ишемическая энцефалопатия новорожденных. Руководство для врачей. — СПб. Питер, 2005 с. 26.

4. Барашнев. Ю. И. Перинатальная неврология. Практическое руководство. Москва. 2001г.
5. Галактионова И.Р. Отдаленные последствия перинатального поражения нервной системы. Автореферат дисс. канд. мед. наук. 1998. - 28с.
6. Булахова С.А, Беликова Д.В. Лечение перинатального поражения нервной системы у детей раннего возраста: фармакотерапевтический эффект Гопантенновой кислоты. // Педиатрия. №1 2007г.
7. Инструкция по медицинскому применению препарат пантокальцин, утвержденная Приказом председателя Комитета фарм. контроля МЗ. РК. от 19 ноября 2009 г.
8. Применение пантокальцина в реабилитации детей с неврологической патологией. Курманбекова З.М, Мусаева К.К, Варзиева Т.В. РДРЦ «Балбулак». Сборник научных трудов. 2007 г. с.14-15.
9. Сосина В.Б. Возможности и перспективы применения пантокальцина в клинической практике.// Русский медицинский журнал, М.: - Репринт. 2006. С. 2-3.

УДК. 616. 27- 002. 245-05

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИФИФОРМА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Ж. Т. Мусаева

ВА «Коксарай», Отрарский район, ЮКО

ТҮЙІН

Дисбактериоз көрінісі бар 68 жиі ауыратын топтағы балалар зерттелген. Бұл патологияның емдеудегі Бифиформ препаратының жоғары нәтижелігі анықталған

SUMMARY

68 children who are often sick and have dysbacteriosis were investigated. High results of the preparation of bifiform in treatment of the children with this pathology were revealed.

Важную роль в жизнедеятельности организма человека играет микробиоценоз кишечника. С современных позиций нормальную микрофлору кишечника (микробиоценоз) можно рассматривать как совокупность облигатных (индигенных) микроорганизмов, заселяющих пищеварительный тракт. Нормальная микрофлора в организме человека выполняет различные функции. Одна из основных функций – защитная. К защитным функциям нормофлоры кишечника относятся стимуляция и стабилизация целостности эпителия кишечной стенки (цитомукопротекторный эффект), активное участие в дифференциации лимфатических органов желудочно-кишечного тракта и регуляция функции как местного (кишечного), так и гуморального иммунитета. Представители нормальной микрофлоры организма тормозят рост и размножение условно-патогенных и патогенных микроорганизмов, энтеропатогенных кишечных палочек, сальмонелл, шигелл, стафилококка и др.

Участие нормальной микрофлоры кишечника в обменных процессах организма определяется утилизацией ею непереваренных пищевых соединений, синтезом представителями нормальной микрофлоры кишечника витаминов группы В, витамина К, никотиновой и фолиевой кислот, разнообразных биологических соединений. В результате антигенной стимуляции иммунной системы организма человека создается и поддерживается общий пул иммуноглобулинов.

Дисбаланс в составе нормальной микрофлоры кишечника (дисбактериоз) может привести к нарушениям функционирования факторов местного иммунитета, создавая условия для внедрения патогенных и активации условно – патогенной микрофлоры – возбудителей острых кишечных инфекций (ОКИ) с одной стороны, а с другой – иммунодефицитное состояние местного звена иммунитета к количественным и качественным изменениям в кишечной микрофлоре и развитию дисбактериоза кишечника. Причины развития дисбактериоза различные: физиологическая незрелость моторной функции кишечника, нарушение всасывания из кишечника, раннее искусственное вскармливание, инфекционная патология, нерациональное питание, наличие хронических заболеваний, частые ОРВИ, частое применение антибактериальных препаратов, длительное лечение гормональными и противовоспалительными препаратами и др.

Целью настоящей работы явилась изучение микрофлоры кишечника у 68 часто болеющих детей в возрасте от 2 года до 7 лет с целью коррекции дисбактериоза желудочно-кишечного тракта. В анамнезе у 42,7% матерей наблюдаемых детей были хронические заболевания и у 30% из них отмечались обострения этих заболеваний во время беременности. У 32,2% женщин отмечался гестоз в первой половине беременности, гестоз второй половине беременности - у 78,2%, анемия - у 51,6%, угроза прерывания беременности - у 48,1%. У 67% детей наблюдались функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, на периодические недомогания жаловались 12,6% детей, 42,3% - на сниженный аппетит, 10,2% - на изжогу, тошноту, 5,1% - на боли в животе, 42,3% - на запоры, у 11,2% был не устойчивый стул. У 17% детей отмечалась прозрачная слизь на поверхности фекалий с непереваренными частицами пищи. У 68,3% наблюдались осложнения в виде бронхита, пневмонии, отита, синусита. Прием антибактериальных препаратов потребовался в 88,2% случаях [4]. Бактериологическое исследование выявило нарушение видового количественного состава микрофлоры кишечника.

Выявлено снижение среднего уровня лактобактерий и повышение E.coli сосниженными ферментативными свойствами, среди условно-патогенной микрофлоры отмечалось увеличение содержание Proteus.

С целью коррекции дисбактериоза применялся препарат Бифиформ. Бифиформ является комбинированным пробиотиком с доказанным клинико-микробиологическим эффектом. Он содержит в своем составе полезную микрофлору и особую питательную среду для ее размножения. Бифиформ содержит анаэробы. Основные их свойства: наиболее жизнеспособные из бифидобактерий, в норме присутствуют у всех возрастных групп, наиболее выраженный иммуномодулирующий эффект, антогонизм к патогенной и условно- патогенной флоре, продуцирует молочную и уксусную кислоту. Благодаря комплексному составу эффект данного пробиотика разнообразен: антогонистическая активность, «антибиотикоподобный эффект», метаболическая и ферментативная способность, антитоксический эффект, нормализация процессов пищеварения и всасывания, регуляция моторики толстой кишки. Детям в возрасте от 2-х до 5 лет назначался по 1 капсуле 2 раза в день, детям старше 5 лет по 1 капсуле 3 раза в день в течение 5 дней.

Препарат показал хороший эффект у большинства больных (85,2%). Так симптомы диареи в большинстве случаев исчезали на 2-е сутки, запоры к 4- му дню болезни, а нормализация микрофлоры кишечника отмечалась на 5-7 день терапии. Таким образом, применение препарата Бифиформ нормализует микрофлору кишечника и предотвращает проявления дисбактериоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазанкова Л.Н., Чеботарева Т.А.,Ильина Н.О.и др. «Клиническая микрофлора, иммунитет и пробиотики». Пособия для врачей. Москва -2009г.
2. Воеводин Д.А. «Дисбактериоз и иммунопатологический процесс». Микробиология. 2005г.
3. Корниенко Е.А., Нетребко О. К., Украинцев С. Е. « Роль кишечной микрофлоры и пробиотиков в развитии иммунитета у грудных детей». Педиатрия 2009г. №1, с. 77-83.
4. Шишкина Т.А.Состояние микробиоценоза желудочно-кишечного тракта и его коррекция у часто болеющих детей. Автореф. дис. канд. мед. н. М, 2005.

УДК 615.155.194.8-053.2:615.015

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «ФЕРКАЙЛА» В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Х.Н. Байтурсунова

Городская клиническая детская больница № 1, г. Шымкент

ТҮЙІН

Бұл жұмыстың мақсаты - балаларда теміртапшылық анемияның емдеу комплексінде «Феркайл» препаратының әсерлілігі анықтау.

SUMMARY

The purpose of this work was definition of efficiency «Ferkail» in pathogenetic treatment of anemia with deficiency of iron at children.

Железодефицитная анемия (ЖДА)– клинико-гематологический синдром, в основе которого лежит нарушение синтеза гемоглобина вследствие дефицита железа. ЖДА является самым распространенным анемическим синдромом и составляет приблизительно 80% среди всех анемий. Чаще всего ЖДА выявляется у детей раннего возраста, беременных и женщин детородного возраста. В развитых европейских странах распространенность ЖДА составляет 50% у детей младшего возраста и 20% у детей старшего возраста. Терапия ЖДА должна быть комплексной, этапной и максимально индивидуальной. Важными звеньями терапии являются правильная организация режима и питания. Особое внимание следует уделить нормализации аппетита, желудочной секреции и обмену веществ. Без урегулирования этих процессов нельзя надеяться на эффективность медикаментозной терапии.

Лечебная тактика определяется степенью анемии, состоянием желудочно-кишечного тракта. Патогенетическая терапия ЖДА проводится препаратами железа, которые назначаются внутрь или парентерально. В большинстве случаев, лечение ЖДА III степени проводится препаратами для парентерального применения. Наиболее целесообразно применять неионные железосодержащие соединения. Они очень хорошо всасываются и дают высокий темп прироста гемоглобина. При выборе препарата у детей необходимо учитывать степень токсичности и форму выпуска. Одним из таких препаратов, является «Феркайл» (декстран железа III), производимый лабораторией «STEROP», Брюссель (Бельгия). Преимуществами данного препарата являются: одновременное повышение уровня гемоглобина в крови и депонирование в депо; не требуется одновременного назначения стимуляторов всасывания и назначения дополнительного курса на замещение; хороший комплаенс (обычная дозировка 1 раз в сутки); железо, сцепленное с декстраном, теряет свою токсичность. Из фармакинетики препарата хотелось отметить, что большая часть железа после инъекции поглощается в пределах 72 часов.

Цель настоящего исследования заключалась в оценке антианемического эффекта «Феркайла» в лечении детей с ЖДА III. Нами проведено клиническое изучение эффективности «Феркайла» у 24 детей в возрасте от 6 до 15 лет (14 девочек и 10 мальчиков), находившихся на лечении в ГКДБ № 1 г. Шымкента по поводу ЖДА III степени. Для уточнения диагноза и выявления сопутствующей патологии был проведен клинический анализ крови с определением числа ретикулоцитов и морфологической характеристикой эритроцитов. В биохимическом анализе крови определяли уровень сывороточного железа и общую железосвязывающую способность сыворотки.

Клиническую эффективность препарата «Феркайла» в лечении детей с ЖДА III оценивали по динамике субъективных нарушений, результатам объективных исследований, а также по результатам клинико-лабораторных показателей (нарастание уровня Hb). До начала лечения жалобы на слабость отмечали 82,1%, снижение аппетита – 74,5%, головные боли и головокружения - 42%, бледность - 91,1%, извращение вкуса – 31,8%. У всех пациентов до лечения в крови отмечалось снижение Hb до 50-60 г/л у 25% и до 60 - г/л у 75%, а эритроцитов до $2,0-2,5 \times 10^{12}$ /л. В клиническом анализе крови отмечалась гипохромия, а также пойкилоцитоз и анизохромия различной степени. Количество ретикулоцитов в пределах нормы. В биохимическом анализе крови уровень сывороточного железа был сниженным и составлял в среднем 6,0 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки была в пределах 45-50 мкмоль/л. Феркайл назначали в зависимости от веса ребенка от 0,5 мл до 1 мл в/м. Курс лечения составил 5 инъекций. В дальнейшем дети получали препараты железа внутрь для пополнения депо, в половинной терапевтической дозе.

Результаты исследования. Терапевтический эффект «Феркайла» проявлялся уже к 3-4 дню введения препарата и сохранялся в последующем до выписки из стационара. На фоне лечения «Феркайла» улучшалось самочувствие детей, восстанавливался аппетит, цвет кожи и слизистых оболочек, исчезли расстройства вкуса и обоняния типа - *рiса chlorotica* и трофические нарушения. Нивелировались функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Повышение гемоглобина отмечалось уже на 3 день применения препарата у 27% пациентов, а на 5 день – у 63% пациентов. Учитывая состав препарата, а именно прочную связь железа с декстраном, каких либо токсических или аллергических реакций у детей не отмечалось.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного клинического исследования, установлено: что препарат «Феркайл» позволяет в короткие сроки получить клинико-гематологический эффект без токсических и аллергических реакций в лечении детей с ЖДА тяжелой степени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические лекции по педиатрии. В.В.Александрова, Ф.Н.Рябчук, М.А. Красновская. СПб 2001, стр.124
2. Парентеральная коррекция железодефицитных состояний: Опыт применения декстранов железа, Д.Д. Кусаинова, К.А.Загидулина и др. Актуальные вопросы гематологии и внутренних болезней. Материалы 2-ой Республиканской научно-практической конференции. Караганда, 2005.

УДК 616.379-008.64:615.03

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ГЛЮКОВАНС» В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА

К.К. Абетаева

Джетьсайская районная поликлиника, ЮКО

ТҮЙІН

Қант төмендететін біріктірілген препараттардың тиімділігі: бір мезгілде инсулинді бөлінуді ынталандыруға және инсулинге тіндердің сезгіштігін жақсартуға ықпал жасауында.

SUMMARY

The combined glucose-lowering drugs are convenient for usage as it influencing to insulin resistance of peripheral tissues insulin secretion both.

Сахарный диабет (СД) – эндокринное заболевание, характеризующееся синдромом хронической гипергликемии, являющейся следствием недостаточной продукции или действия инсулина, что приводит к нарушению всех видов обмена веществ, прежде всего углеводного, поражению сосудов (ангиопатии), нервной системы (нейропатии), а также других органов и систем. Клиническая картина разнообразна, зависит от типа СД. Основными жалобами больных, связанные с синдромом гипергликемии, являются: частое и обильное мочеиспускание как днем, так и ночью -полиурия – у взрослых 3-5 литров, дегидратация, сухость во рту, жажда – полидипсия, выраженная общая и мышечная слабость,похудание (характерно для больных СД 1-го типа), повышение аппетита (при выраженной декомпенсации заболевания, аппетит резко снижен), глюкозурия, зуд кожи (особенно в области гениталий у женщин).

В периоде декомпенсации характерны сухость кожи, снижение её тургора и эластичности. Больные часто имеют гнойничковые поражения кожи, рецидивирующий фурункулез, гидроденит. Жировой гепатоз (диабетическая гепатопатия) развивается у 80% больных с СД. Характерными проявлениями являются: увеличение печени и небольшая ее болезненность, хронический холецистит, дискинезия желчного пузыря. СД способствует избыточному синтезу атерогенных липопротеидов и более раннему развитию атеросклероза и ИБС. ИБС у больных СД развивается раньше и протекает тяжелее и чаще дает осложнения. Тромбоз коронарных артерий также чаще возникает, у 23 – 40% больных наблюдается безболевого начало инфаркта миокарда (связано с нарушением вегетативной иннервации сердца), течение ИМ более тяжелое, чаще осложняется кардиогенным шоком, тромбоэмболией легочной артерии, аневризмой левого желудочка. ИМ чаще бывает трансмуральным и повторным, постинфарктный период протекает более длительно и тяжело, более высокая смертность от инфаркта миокарда у больных СД. “Диабетическое сердце” – это дисметаболическая миокардиодистрофия у больных сахарным диабетом в возрасте до 40 лет без отчетливых признаков коронарного атеросклероза.

Сахарный диабет является медико-социальной проблемой общества: существует самая ранняя инвалидизация из всех заболеваний, высокая смертность (на 3-ем месте после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний). Распространенность СД среди населения 2-4%. Патогенез сахарного диабета 2-го типа характеризуется двумя основными поломками: 1. резистентностью периферических тканей к действию инсулина (может быть генетически детерминированным и усугубляться по мере прогрессирования ожирения), 2. нарушение секреции инсулина (проявляется неспособностью инсулярного аппарата к адекватной продукции инсулина в ответ на гипергликемию).

Целью исследования стало доказательство эффективности препарата «Глюкованс» на базе районной поликлиники г.Жетысай Мактаральского района ЮКО. Больным сахарным диабетом 2-го типа рекомендуются препараты снижающие инсулинорезистентность или усиливающие секрецию инсулина. Каждый отдельный препарат действует на одно патогенетическое звено этого заболевания. Если учитывать сложность патофизиологии сахарного диабета 2-го типа, то один препарат не может длительно обеспечивать оптимальный контроль гликемии. В таком случае больному требуется несколько препаратов для гипогликемизирующей терапии, тем самым снижая приверженность больного к лечению. Пациентами простые схемы лечения соблюдаются лучше.

Материалы и методы: В своей практике для такой терапии рекомендовала препарат «Глюкованс» в 2-х дозировках: 2,5/500мг, 5/500мг. Этот препарат представляет комбинацию метформина и глибенкламида, которые действуют на 2 патогенетических звена сразу. В исследовании по оценке действия «Глюкованса» принимали участие 54 пациента в возрасте от 45 до 65 лет. До исследования 30 больных принимали только секреттагогги, а 24 пациента- метформин. В первой группе из 30-ти у 20-ти ИМТ был в пределах 26-29, у 10-ти 29-31. Во второй группе из 24-х у 16-ти ИМТ в пределах 28-31, а у 8-и свыше 31. Исследование проводилось в течение 6-ти недель, принимали по 1 или 2 таблетки в день во время еды или после еды сразу. Уровни гликемии еженедельно контрольно проверялись в поликлинике и ежедневно самими пациентами на глюкометре. Уровни гликемии и гликолизированного гемоглобина до и после исследований через 6 недель приведены ниже в таблице:

Таблица - Определение уровней гликемии и гликолизированного гемоглобина до и после исследований в течении 6-ти недель.

Группы	Количество участвующих	Возраст	ИМТ	Уровень гликемии натощак /постпрандиальная и HbA1c до исследования	Уровень гликемии натощак /постпрандиальная и HbA1c после исследования ч/з 6 недель
Первая всего	30	48-65			
Подгруппы	20		26-29	11,4/18,2 HbA1c выше 9,0	6,4/8,5 HbA1c ниже 7,0
2	10		29-30	13,1/16,8 HbA1c выше 11,0	6,2/8,3 HbA1c ниже 6,7
Вторая всего	24	45-60			
Подгруппы	16		28-31	13,1/16,1 HbA1c выше 12,0	6,1/9,0 HbA1c ниже 7,4
2	8		Свыше 31	10,1/14,1 HbA1c выше 10,0	5,8/8,0 HbA1c ниже 6,0
Всего	54				

Результаты и заключение: Как видно из таблицы, через 6 недель после приема препарата произошли заметные снижения уровней гликемии натощак /постпрандиальная и HbA1c. А также наблюдались незначительные снижения индекса массы тела и холестерина от исходного уровня. В данных случаях

наблюдений за больными не зафиксированы ни гипогликемические состояния, ни желудочно-кишечные расстройства.

Вывод: Препарат «Глюкованс» назначается больным сахарным диабетом 2-го типа с сопутствующим ожирением или избыточным весом при неэффективности метформина или секретогогов. Преимущества препарата: 1. Высокоэффективность препарата (значительное снижение показателей углеводного обмена). 2. Достижение приверженности больного к лечению (один или 2 раза в день прием). 3. Улучшение показателей жирового обмена (снижение холестерина, ИМТ).

ЛИТЕРАТУРА

1. Болезни органов эндокринной системы под редакцией И.И. Дедова. М.: - Медицина, 2004.
2. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ под редакцией И.И. Дедова. М.: - Медицина, 2006
3. Лечение сахарного диабета и сопутствующих заболеваний под редакцией А.В. Древал. М.: - Медицина, 2010.

УДК 616.12-008.331.1

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВАЛСАРТАНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Б. Дадикбаева

Городская поликлиника №4, г. Тараз

ТҮЙІН

Артериалды гипертониямен ауыратын науқастарда валсартан дәрісін тәулігіне 80 мг қабылдағанда антигипертензивті әсері және қауіпсіздігі зерттелді. Валсартан дәрісін қабылдау нәтижесінде қан қысымы - науқастардың 82 %-да қалыпты дәрежеде болды. Созылмалы жүрек шамасыздығы жақсарды. Қан құрамындағы холестерин, липидтер және қант мөлшері өзгермеді. Дәрінің қосымша әсері және дәріні тоқтатқандағы кері әсерінің болмауы көрсетілді. Тексеру және бақылау нәтижесінде валсартан дәрісінің артериалды гипертонияға оң әсері айқындалды.

SUMMARY

This article summarized the experience of using the drug valsartan at 28 patients with arterial hypertension. Obtained stable antihypertension effect.

Артериальная гипертензия (АГ), самое распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы и наиболее важный фактор риска сердечно-сосудистых осложнений и смертности. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений возрастает с повышением артериального давления (АД). В клинической кардиологии в настоящее время нашли широкое применение антагонисты рецепторов ангиотензина II (АТ II)- препараты, воздействующиена основные звенья нейрогуморальной регуляции-ренин-ангиотензин-альдостероновую(РААС) и симпатико-адреналовую системы. Препараты этой группы, блокируя специфические рецепторы АТ II, способствуют системной вазодилатации, ингибированию клеточного роста, в том числе подавлению пролиферации эндотелиальных и гладкомышечных клеток сосудистой стенки, фибробластов, торможению гипертрофии кардиомиоцитов [1]. Антагонисты рецепторов. АТ II относят к препаратам первого ряда при лечении артериальной гипертонии (АГ) у пациентов молодого возраста, у которых обычно активность РААС повышена, при сахарном диабете, так как препараты этой группы способны уменьшать степень недостаточности (ХСН). Один из представителей этой группы валсартан, являясь негетероциклическим производным, имеет двойной путь элиминации- печень и почки, длительный 24-часовой антигипертензивный эффект после однократного приема, что позволяет назначать его 1 раз/сут, обеспечивая коррекцию систолического и диастолического АД более чем у 70% больных.

Следует подчеркнуть, что при снижении функции печени или почек средней степени тяжести коррекции дозы валсартана не требуется. Валсартан не оказывает отрицательного влияния на уровень гликемии и не вызывает изменения липидного профиля и уровня триглицеридов. При длительном применении валсартана в качестве монотерапии АГ дополнительного лабораторного контроля за безопасность лечения не требуется. Противопоказаниями к применению антагонистов АТ II являются гиперчувствительность к ним, артериальная гипертония, гиперкалиемия, дегидратация, двусторонний стеноз почечных артерий, беременность, детский возраст.

В настоящее время установленным фактом в лечении больных с артериальной гипертонией(АГ) является использование препаратов, влияющих на патогенетические механизмы регуляции сосудистого тонуса, в частности на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС). Именно исходя из ведущей роли РААС в патогенезе АГ, препаратами выбора при лечении этого заболевания являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и антагонисты рецепторов ангиотензина II (АТ II). Механизм действия антагонистов рецепторов АТ II обусловлен воздействием на

основные нейрогуморальные звенья регуляции сосудистого тонуса-РААС и САС. Препараты этой группы блокируют эффекты АТ II, опосредуемые через АТ1-рецепторы сосудов и надпочечников, такие как артериолярная вазоконстрикция, задержка натрия и воды, ремоделирование сосудистой стенки и миокарда. Кроме того, антагонисты рецепторов АТ II взаимодействуют с пресинаптическими рецепторами норадренергических нейронов, что препятствует высвобождению норадреналина в синаптическую щель и тем самым предотвращает симпатическую вазодилатацию и снижению общего периферического сосудистого сопротивления без увеличения числа сердечных сокращений, натрийуретическому и диуретическому эффектам. Помимо того, антагонисты рецепторов АТ II оказывают антипролиферативное действие, прежде всего в сердечно-сосудистой системе. Важным является отсутствие у этой группы препаратов влияния на уровень брадикина- мощного фактора, воздействующего на почечную микроциркуляцию.

Первый антагонист АТ II лозартан характеризуется небольшой силой связывания с АТ II, в то время как его активный метаболит в 10 раз сильнее лозартана. Новые антагонисты АТ II отличаются более чем в 10 раз большей аффинностью, что характеризуется более выраженным клиническим эффектом. Различия по силе связывания с рецепторами влияют и на прочность связи, что определяет продолжительность действия и кратность приема препарата. Так, у лозартана длительность действия наименьшая и составляет около 12ч, у валсартана- около 24ч, у телмисартана-более 24ч. Валсартан-ИАПФ, молекула которого является активным веществом. Препарат быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта, пик концентрации в плазме достигается приблизительно через 2-4ч после приема препарата внутрь, и его эффективность существенно не изменяется в зависимости от приема пищи. Экскретируется валсартан преимущественно в неизменном виде и более 70% препарата с желчью поступает в кишечник, с мочой выводится около 30%. Антигипертензивный эффект валсартана поддерживается в течение 24ч после однократного приема, что позволяет назначать его лишь 1 раз/сут. Установлено, что терапевтическая доза препарата при регулярном однократном приеме обеспечивает коррекцию систолического и диастолического АД более чем у 70% больных. При необходимости усиления гипотензивного эффекта рекомендуют назначать валсартан в комбинации с гидрохлоротиазидом или другим мочегонным препаратом, лишенным калийсберегающего эффекта. Существенно, что отмена препарата не вызывает развития рикошетной гипертензии, гипотония первой дозы также отсутствует. Стабильность эффекта обусловлена прочностью связи валсартана с рецепторами АТ I и длительным периодом полувыведения. Следует подчеркнуть, что при снижении функции печени или почек средней степени тяжести коррекция дозы валсартана не требуется.

Валсартан не оказывает отрицательного влияния на уровень гликемии и не вызывает изменений липидного профиля и уровня триглицеридов. При длительном применении валсартана в качестве монотерапии АД дополнительного лабораторного контроля за безопасностью лечения не требуется. Валсартан вступает в клинически значимые фармакокинетические взаимодействия с такими лекарственными средствами, как атенолол, амлодипин, индометацин, циметидин, фуросемид, варфарин, дигоксин, гидрохлоротиазид. Показано также, что валсартан является перспективным средством для лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН), независимо от ее генеза.

В последние годы показания к применению сартанов при сердечно-сосудистых заболеваниях значительно расширены. Их рекомендуют использовать при АГ у пациентов молодого возраста, у которых обычно активность РААС повышена, при сахарном диабете, так как препараты этой группы способны уменьшать степень микроальбуминурии [2]. Одним из важнейших моментов при лечении АГ является профилактика цереброваскулярных осложнений. В этом отношении было установлено, что антагонисты АТ II снижают риск не только первого цереброваскулярного события, но и повторных инсультов. Данный положительный эффект препаратов этой группы может быть связан с несколькими механизмами: регрессией гипертрофии миокарда левого желудочка; предотвращением дилатации левого предсердия с профилактикой мерцательной тахикардии; влиянием на функцию эндотелия и уровни биомаркеров высокого риска; прямой нейропротекцией, опосредованной действием АТ II через АТ 2-рецепторы. Органопротективные свойства сартанов проявляются у пациентов с гипертрофией левого желудочка, диабетической и недиабетической нефропатией, перенесенным инфарктом миокарда, метаболическим синдромом, сердечной недостаточностью [3].

Цель исследования: Оценить эффективность применения препарата валсартана (торговое название- диован) в лечении больных АГ.

Материал и методы. Мною было проведено 28 больных с АГ 2 ст. риск 3. Возраст больных от 38 до 73 лет. Среди пациентов мужчины -12 человек, женщины -16 человек. У исследуемых длительность заболевания АГ составила 8,7 ± 1,2 года. Среди больных у одного больного был кашель на ИАПФ. У всех больных на ЭКГ были признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, определили уровень сахара крови и липидемии. Противопоказаниями к применению антагонистов АГ 2 являются гиперчувствительность к ним АГ, гиперкалемия, дегидратация, двусторонний стеноз почечных артерий, беременность и детский возраст. Лечение больных АГ валсартаном при комбинации с другими гипертензивными препаратами (в данном случае антагонисты кальция и диуретики) (доза валсартана 80мг /сутки). При такой комбинированной терапии возрасла эффективность лечения за счет использования разных механизмов действия и воздействия на различные звенья патогенеза заболевания, уменьшилась частота побочных эффектов за счет возможности снижения доз каждого из компонентов.

Результаты лечения валсартаном в комбинации антагонистами кальция и диуретиками после 6 месяцев: нормализация АД на 82 % - (23 человека); резко снизилась госпитализация больных по причине усиления симптомов ХСН до нуля; среди больных получавших валсартан в комбинации не было инсультов и инфарктов; ни у кого не появлялся кашель; не изменился уровень холестерина, липидов и сахара в крови; не было признаков прогрессирования гипертрофии левого желудочка и уменьшились симптомы

левожелудочковой недостаточности; не было синдрома отмены. В результате положительного влияние валсартана у больных улучшилось качество жизни.

Таким образом, из проведенного опыта можно сделать следующие выводы: валсартан при комбинации антагонистами кальция и диуретиками является препаратом выбора, так как, постепенно снижается АД и стойко сохраняется антигипертензивный эффект (в течение суток); уменьшается гипертрофия миокарда левого желудочка с последующим уменьшением симптомов хронической сердечной недостаточности; препарат хорошо переносится больными артериальной гипертензией; эффективность и безопасность применения в практике улучшает качество жизни; у больных, отсутствует синдром отмены.

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://www.medarena.ru/preparats/novartis/includes/diovan-art-pharm.asp>.
2. Диагностика и лечения артериальной гипертензии. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008; 7,6 приложение 2.
3. Адонина Е. В., Верткин А.А, Голкин И.В. и другие. Место блокаторов рецепторов ангиотензина II в терапии артериальной гипертензии у пациентов с полипатией//Артериальная гипертензия 2010- №1 (9) с. 53-58.

УДК 618.3-06-034.721

РОЛЬ МАГНИЯ В КРОВИ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Л. Т. Татыбаева
ОПЦ №4, г. Шымкент

ТҮЙІН

Зерттеу мақсаты - преэклампсия жағдайындағы жүкті әйелдер қанында магний мөлшерін зерттеу болып табылады. 96 әйел тексеріліп, оның негізгі тобын 41 әйел преэклампсияның жеңіл түрі және бақылаудағы тобын 55 әйел «шартты түрде» дені сау жүкті әйелдер қатарын құрады. Негізгі топтағы әйелдердің қан сарысуында магний концентрациясы 2 есе көп екендігі анықталды ($1,8 \pm 0,3$ ммоль/л –ге сәйкесінше $0,9 \pm 0,3$ ммоль/л қарсы). Сонымен қатар, калий мен натрий мөлшерінің жоғарылауына алып келетін жасушаішілік магнийдің көптігі анықталды. Бұл жағдай преэклампсия дамуы эсерлерінің бірі және ең алдымен бүйрек патологиясымен байланысты болуы мүмкін.

SUMMARY

Study of the magnesium content in the blood of pregnant women with preeclampsia was the aim of this research. 96 women were investigated, 41 from them made a basic group with preeclampsia of an easy degree, and a control group from 55 “conditionally” pregnant women. At the basic women group trust increase into 2 times of the magnesium concentration in the blood serum ($1,8 \pm 0,3$ mole/l against $0,9 \pm 0,3$ mole/l correspondingly) was established. It was established the overage of endocytic magnesium, conducting to increase of the magnesium content of potassium and sodium. Probably this condition is one of the developing factors of preeclampsia and first of all, it connects with kidneys pathology.

Известно, что беременность сопровождается сдвигами в обмене веществ, в том числе и в системе кроветворения и микроэлементном балансе, направленные на обеспечение потребностей растущего плода. Многие микроэлементы, содержащиеся в организме человека, оказывают влияние как на течение самой беременности, так и на развитие плода и новорожденного. Так, по мнению большинства исследователей, снижение или увеличение концентрации различных микроэлементов в организме беременной женщины может усугубить развитие различных осложнений гестационного периода. Определенный интерес представляет исследование содержания таких элементов, как кальций и магний, которые широко применяются в терапии преэклампсии. Эти элементы наиболее интенсивно поступают к плоду на построение его органов и тканей, что приводит к значительному их дефициту в организме беременной, к уменьшению содержания в тканях депо и к другим нарушениям, связанным с биологическим их действием на обменные, ферментативные и другие процессы в организме беременной. Однако, данные литературы о содержании этих элементов в крови при преэклампсии довольно противоречивы. Несомненно, особый интерес для практического акушерства представляет обмен магния. Синтез нейроромона в головном мозге возможен только в присутствии магния. Издавна известно влияние магния на артериальное давление. Магний тормозит процессы возбуждения в коре головного мозга, играет роль в процессе свертывания крови, участвует во всех иммунных процессах как противотоксичный, противострессовый, противоаллергический, противоанафилактический, противовоспалительный фактор. Витамин В6 действует только в присутствии магния.

Магний - важнейший микроэлемент, являющийся регулятором разнообразных биохимических и физиологических реакций. Будучи кофактором множества ферментов и физиологическим антагонистом кальция, магний участвует в осуществлении энергетических процессов, активизации обмена веществ (включая гликолиз и синтез белка), обеспечении процессов возбуждения в нервных клетках и сокращения гладкой и поперечно-полосатой мускулатуры. Указанные свойства определяют широкое применение магния для лечения и профилактики патологии беременных. Как известно, при беременности суточная потребность в магнии возрастает не менее чем в полтора раза, что обусловлено синтетическими

запросами организмов матери и плода. Потребность организма беременной женщины в магнии нередко превышает его поступление, что позволяет рассматривать беременность, как состояние физиологической гипомagneмии. При этом дефицит магния сопряжен с широким спектром осложнений беременности, родов и патологии плода: преждевременной родовой деятельностью, повышенной частотой гестозов, нарушением развития плода и рядом других.

Цель исследования: изучить содержание магния в крови беременных женщин с преэклампсией в ОПЦ №4.

Материал и методы исследования: Обследовано 96 женщин на базе ОПЦ №4 в одном временном сезоне - лето. Из них 41 беременная составила I основную группу, которые были взяты под наблюдение с момента обращения по поводу преэклампсии легкой степени тяжести. Контрольную группу составили 55 «условно» здоровых беременных женщин с физиологическим течением беременности. В исследование не включали беременных с тяжелой степенью преэклампсии, так как наличие данной патологии являлось показанием для досрочного родоразрешения. Кроме того, учитывая, что микроэлементный гомеостаз крови может меняться в зависимости от наличия хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, для чистоты исследования не включались женщины с данной патологией.

Результаты и их обсуждение: Проведенные исследования показали, что при беременности, осложненной преэклампсией, макроэлементный состав крови отличается от МЭ крови женщин с физиологической беременностью (таблица). Так, у женщин основной группы установлено достоверное повышение в 2 раза концентрации магния в сыворотке крови ($1,8 \pm 0,3$ мМоль/л против $0,9 \pm 0,3$ мМоль/л соответственно). На этом фоне в эритроцитах сохранялась аналогичная пропорция в содержании магния у обследованных женщин ($1,9 \pm 0,5$ и $0,95 \pm 0,5$ мМоль/л).

Выявленная гипермагнемия связана с патологией почек. Возможно, такое состояние является физиологическим при беременности, однако повышение внутриклеточного содержания магния является одним из факторов развития преэклампсии. Кроме того, избыток внутриклеточного магния приводит к повышению содержания калия и натрия, что было характерно для обследованных женщин с преэклампсией. При этом, согласно данным литературы, оказывая действие на миофибриллы клетки, внеклеточный магний тормозит потерю калия клеткой, активируя деятельность аденозинтрифосфатазы, которая повышает активность транспорта калия в клетку и понижает проницаемость клеточной мембраны для выхода калия из нее.

Таким образом, «натриево-калиевый насос» для правильного функционирования требует нормального содержания внеклеточного магния, важным признаком которого является отек эпителия канальцев, сопровождающийся изменением толщины петель Генле. При этом клинические проявления избытка магния заключались в повышении возбудимости и быстрой утомляемости, сонливости, что и наблюдалось в исследовании у женщин не зависимо от наличия преэклампсии и имели высокую корреляционную связь с концентрацией магния в сыворотке и в эритроцитах.

Таблица - Содержание макроэлементов в элементах крови у обследованных женщин (Мм/л)

МЭ	Преэклампсия n=41		Контрольная группа n=55	
	сыворотка	эритроциты	сыворотка	эритроциты
Mg	$1,8 \pm 0,3$	$1,9 \pm 0,5$	$0,9 \pm 0,3$	$0,95 \pm 0,5$
Na	$150,5 \pm 5,6$	$156,5 \pm 3,7$	$138,5 \pm 5,6$	$145,5 \pm 7,6$
K	$5,3 \pm 0,8$	$5,9 \pm 0,3$	$3,62 \pm 3,2$	$3,92 \pm 1,4$
Ca	$1,42 \pm 0,5$	$1,36 \pm 0,8$	$1,15 \pm 0,25$	$1,25 \pm 0,15$

Такие неврологические симптомы гипотетически объясняются увеличением проводимости импульсов, особенно в нервных соединениях - синапсах, что приводит к повышенной возбудимости и сократимости нервно-мышечного волокна, наблюдаемых при преэклампсии и эклампсии. Полученные данные подтверждают это положение. При этом установлено увеличение концентрации внеклеточного Ca^{++} , Na^{+} и Mg^{++} выше физиологического уровня, а для ингибирования насоса необходимо наличие внутри клеток повышенного содержания магния. В связи с чем, возможен массивный вход Ca^{++} в клетку, что выявлено в эритроцитах у женщин с преэклампсией ($1,36 \pm 0,8$ мМоль/л против $1,25 \pm 0,8$ мМоль/л у женщин соответственно), что приводит к необратимым изменениям в ней, в частности к энергетическому голоду и ее гибели, с одной стороны, а с другой – дополнительно к мышечной контрактуре и вазоспазму.

В свою очередь избыток кальция является одной из причин развития аномалии родовой деятельности у обследованных женщин. Кроме того, избыток кальция является высоким риском развития ранней артериальной гипертензии, сопровождающееся поражением почечных капилляров и развитием, тем самым, преэклампсии. Вероятно, эклампсия, представляющая собой контрактуру поперечнополосатой мускулатуры, обусловлена нарушением проницаемости мембран и массивным перемещением Ca^{++} в клетку как показано в данном исследовании. Более того, по данным литературы, при заболеваниях почек патофизиологические процессы меняют обмен натрия. А в данном исследовании у 70% женщин с преэклампсией была установлена патология почек, сопровождающаяся протеинурией.

Возможно, на этом фоне снижение скорости клубочковой фильтрации приводит к задержке воды и соли, что способствует увеличению ОЦК и повышению АД. Подтверждением этого факта является то, что при назначении магнезиальной терапии, Mg^{++} , являющийся антагонистом Ca^{++} , предотвращает развитие этого

процесса. Как известно, Mg++ оказывает противосудорожный эффект у беременных с эклампсией. Кроме того, необходимо отметить, что магний участвует в блокировании простагландин-синтетазы, что в конечном итоге приводит к снижению сократительной деятельности матки, что и было выявлено у женщин с осложненным течением беременности на фоне преэклампсии. Таким образом, установлена гипермагниемия у женщин с преэклампсией. При этом выявлен избыток внутриклеточного магния, приводящий к повышению содержания калия и натрия. Возможно, такое состояние является физиологическим при беременности, однако повышение внутриклеточного содержания магния является одним из факторов развития преэклампсии и связана, прежде всего, с патологией почек, выявленная у 70% обследованных беременных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авцын А.П. Микроэлементозы человека. М.-1991.-490 с.
2. Adam B., Malatyalioglu E., Alvur M., Talu C. Magnesium, zinc and iron levels in preeclampsia. J Matern Fetal Med 2001; 10 (4): 246–250.
3. Belfort M.A., Anthony J., Saade G.R., Allen J.C. A comparison of magnesium sulfate and nimodipine for the prevention of eclampsia. N Engl J Med 2003; 348 (4): 304–311.
4. Crowther C.A., Hiller J.E., Doyle L.W. Magnesium sulphate for preventing preterm birth in threatened preterm labour. Cochrane Database Syst Rev 2002; (4): CD001060.
5. Farkouh L.J., Thorp J.A., Jones P.G. et al. Antenatal magnesium exposure and neonatal demise. Am J Obstet Gynecol 2001; 185 (4): 869–872.
6. Halhali A., Wimalawansa S.J., Berentsen V. et al. Calcitonin gene- and parathyroid hormone-related peptides in preeclampsia: effects of magnesium sulfate. Obstet Gynecol 2001; 97 (6): 893–897.
7. Kantas E., Cetin A., Kaya T., Cetin M. Effect of magnesium sulfate, isradipine, and ritodrine on contractions of myometrium: pregnant human and rat. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81 (9): 825–830.
8. Semczuk M, Semczuk-Sikora A. New data on toxic metal intoxication (Cd, Pb, and Hg in particular) and Mg status during pregnancy. Med Sci Monit 2001; 7 (2): 332–340.

УДК 617.7-053.2 : 615.457

ПРИМЕНЕНИЕ ТОБРЕКСА В ДЕТСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А. К. Беккулиева

Жамбылский областной офтальмоцентр, г. Тараз

ТҮЙІН

Клиникада «Тобрекс» препараты (дәрілік құралы) қолданылған, ол аминогликозид тобының кең спектрлі антибиотигі болып табылады. Зерттеу мақсаты Тобрекс ті нәрестелерде және туа біткен катарактасы бар балалардың отадан кейінгі кезінде қолдану тиімділігін бағалау.

SUMMARY

В клинике использован препарат «Тобрекс» фирмы АЛКОН, который является антибиотиком широкого спектра действия из группы аминогликозидов. Цель исследования в оценке эффективности применения Тобрекса у новорожденных и в послеоперационном периоде у детей с врожденной катарактой.

Неадекватное, широкое бесконтрольное применение антибиотиков, особенно в раннем детском возрасте, в значительной степени изменило видовой состав возбудителей инфекционной этиологии. На фоне снижения опасности бактериальной офтальмоинфекции возникли устойчивые штаммы микроорганизмов, возросла роль условно-патогенной микрофлоры, грибов, хламидой, вирусов. Заболевания слезоотводящего аппарата у детей, в частности, дакриоциститы занимают значительное место в детской офтальмологической практике. Врожденный дакриоцистит наблюдается в 0,8-7,4% случаев среди детей до года с заболеваниями глаз и в 8,4-11,0% встречается в виде двухстороннего процесса. Бактериальные конъюнктивиты составляют большую и очень вариабельную в этиологическом отношении группу заболеваний. К сожалению, сама клиническая картина конъюнктивита в большинстве случаев неспецифична для того или иного возбудителя, и поэтому всякое предположение требует соответствующего подтверждения путем проведения бактериологического исследования.

Врожденная катаракта, по данным различных авторов, встречается в 3,7-17% от всей глазной патологии. После оперативных вмешательств на переднем отрезке глаза очень важно добиться скорейшего заживления после операционной раны. Для этого необходимо добиться высокой концентрации антибактериальных сред при 1-3 кратной инсталляции в конъюнктивальный мешок, чтобы исключить нагноение и воспалительную инфильтрацию послеоперационной раны. Поэтому актуальными остается вопрос поиска новых антибактериальных препаратов. Идеальный антибиотик должен обладать следующими

свойствами:высокой растворимостью;высокой проникающей способностью; широким спектром действия; низкой токсичностью; низкой резистентностью.

Нами в клинике использован препарат Тобрекс фирмы АЛКОН, который является антибиотиком широкого спектра действия из группы аминогликозидов. Действует бактериостатически (блокирует 30S субъединицу рибосом и нарушает синтез белка). Высокоактивен в отношении коагулазоотрицательных, коагулазоположительных стафилококков и пенициллиноустойчивых штаммов, некоторых видов стрептококков (в т.ч. бета-гемолитических штаммов из группы А, некоторых негемолитических штаммов), индолположительных и индолотрицательных видов. Некоторые гентамициноустойчивые штаммы сохраняют высокую чувствительность к тобрамицину. Неэффективен в отношении большинства штаммов стрептококков группы D.Отличительной особенностью является возможность применения у детей с раннего возраста.

Цель нашего исследования - оценить эффективность применения Тобрекса при дакриоциститах новорожденных, бактериальных конъюнктивитах и в послеоперационном периоде у детей с врожденной катарактой.

Материал и методы исследования. Все пациенты (56 ребенка) были условно разделены на 3 группы: в первую группу вошли 27 детей с дакриоциститами новорожденных в возрасте от 7 до 9 месяцев, во вторую группу-12 детей с бактериальными конъюнктивитами в возрасте от 1 до 5 лет и третью группу составили 17 детей с врожденными катарактами, которым была проведена факоаспирация врожденной катаракты с имплантацией мягких интраокулярных линз Акрисофт в возрасте от 1 до 7 лет. Больным всех трех групп проводили бактериологическое исследование в процессе лечения для определения наличия той или иной бактериальной флоры.

Результаты и их обслуживание. Больным с дакриоциститами новорожденных при обращении проводили бактериологическое исследование, которое показало, что в 45,1% случаев установлено наличие *Staphylococcus aureus*, в 34,7%- *Streptococcus pneumoniae*, в 11,5 %- *Escherichia coli*. Тобрекс назначали после бактериологического исследования по 1-2 капли 6 раз в день в течение 2 суток, далее после контрольного осмотра - 4 раза в день в течение 3 суток. При контрольном осмотре установлено отсутствие гнойного отделяемого и сосудистой реакции. При проведении повторного бактериологического исследования роста микрофлоры не обнаружено в 82,5% случаев, в 17,5 % случаев установлено наличие *Staphylococcus epidermidis*. Всем детям проведено зондирование слезно-носового канала. Во 2-ой группе было 12 детей с бактериальными конъюнктивитами. 4 детям бактериологическое исследование проводилось до назначения Тобрекса на фоне инсталляций левомецетина, который был назначен врачом по месту жительства.

В 3 случаях был обнаружен *Streptococcus pneumoniae*, в одном - *Escherichia coli*. Остальным детям бактериологическое исследование до лечения не проводилось. Тобрекс назначался по 1-2 капли 6 раз в день в течение 5 дней. При контрольном осмотре установлено отсутствие гнойного отделяемого, сосудистой реакции. Бактериологическое исследование было проведено через 5 суток после назначения Тобрекса. В одном случае обнаружено *Staphylococcus epidermidis*. В 3-ей группе наблюдали за послеоперационным течением у 16 детей с врожденными катарактами после факоаспирации врожденной катаракты с имплантацией мягкой ИОЛ. Тобрекс назначали за 3 дня до оперативного вмешательства и в течении 7 дней после по 1-2 капли 6 раз в день. При последующем бактериологическом исследовании конъюнктивальной полости роста микрофлоры не обнаружено.

Вывод: Таким образом, исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что препарат фирмы Алкон Тобрекс является эффективным антибактериальным препаратом последнего поколения, широкого спектра действия, что позволяет рекомендовать его для применения в лечении воспалительных заболеваний глаз у детей, а также для профилактики возникновения инфекции в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010, Астана, 2004 г.
2. Отчет Министерства здравоохранения по итогам 2010 года, г.Астана, 2010 г.
3. Аналитическая информация по итогам 2010 года РГП «РИАЦ» МЗ РК

УДК 681.518 (574)

СОЗДАНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СПРАВОЧНО-ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ

Г.Ж. Умурзакова, М.М. Сапақбай, Л.А. Букина, У.Б. Тажибаева
ЮКГФА, г. Шымкент

ГККП «Областная детская больница с консультативно-диагностической поликлиникой», г.Кзыл-Орда
Жалағашская ЦРБ, Қзылординская область

ТҮЙІН

Фармацевтикалық салада уақыт қысқарту, жедел және ақпаратты түрде тез арада шешім қабылдау үшін анықтамалық-ақпараттау автоматтандырылған жүйені құру қажет.

SUMMARY

Creation of automated reference - information system in the pharmaceutical industry will reduce the time needed to inform and to make aid decision.

Эффективная деятельность регулирующих, контролирующих органов, как и успешный фармацевтический бизнес, напрямую зависит от наличия достоверной актуальной информации о рынке лекарственных средств (ЛС). Современные технологии сбора, хранения, оперативной обработки и передачи большого объема информации облегчают труд фармацевта, многократно повышают производительность, высвобождая время квалифицированных кадров. Использование интернета, Web-коммуникаций, электронной почты снижает значение географического фактора, сокращают затраты времени и денег на телефонные переговоры и пересылку документов.

Принятая в 1998 г. Государственная программа «Здоровье народа» объявила создание информационного банка данных о ЛС одним из путей обеспечения населения безопасными и высокоэффективными препаратами. Внедрение современных информационных технологий позволило в кратчайший срок обеспечивать участников фармобращения оперативной информацией о регистрации ЛС, что способствует снижению их незаконного ввоза. В настоящее время создана и успешно функционирует многопрофильная компьютерная программа «Государственный реестр ЛС» - полная база данных о государственной регистрации/перерегистрации более 10 тыс. ЛС, которая функционирует начиная с 1993 г. Она мобильна, объемна, современна, легко адаптируется к требованиям текущего момента, позволяет в считанные минуты получать информацию о госрегистрации ЛС по торговым, генерическим наименованиям, странам – производителям, фирмам, датам регистрации, номерам регистрационных удостоверений. На базе программы «Государственный реестр ЛС» подготовлены списки жизненно важных лекарственных средств и препаратов, отпускаемых без рецепта врача; нормативно-правовые акты; разработана и внедрена компьютерная программа, с помощью которой автоматизировано оформление разрешения на ввоз и вывоз ЛС.

Разработана компьютерная программа «Анализ сертифицированной фармацевтической продукции» (по странам, производителям, фармакотерапевтическим группам, лекарственным формам, органу по сертификации, номеру и дате выдачи), которая позволит определить реальное присутствие на рынке зарегистрированных ЛС. С декабря 2001 г. Функционирует сайт РГП «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК www.dari.kz с оперативными данными о регистрации лекарственных средств; информацией о порядке лицензирования фармацевтической деятельности, регистрации, сертификации ЛС, согласования их ввоза-вывоза и рекламы. Изготовлен и распространяется первоисточник официальной информации о зарегистрированных ЛС – Госреестр ЛС на электронном носителе. Специальные ключи защиты обеспечивают достоверность данной программы.

Ее обновление проводится ежемесячно через сайт www.dari.kz. На поиск одного наименования ЛС в книжном варианте Государственного реестра уходит 5-7 минут, в электронном 10-15 секунд. Для автоматизации процедуры государственной регистрации, формирования электронного архива, регистрационных досье разрабатывается многопрофильная комплексная компьютерная программа «Государственная регистрация лекарственных средств РК». Программа объединит усилия структур, участвующих в процессе государственной регистрации ЛС и охватит все ее этапы – от подачи заявки до выдачи регистрационного удостоверения.

В перспективе планируется создание баз данных по лицензированию фармацевтической деятельности. Начато формирование базы данных о сертифицированной фармацевтической продукции (оперативная информация о выданных сертификатах, забракованных и фальсифицированных ЛС). Фальсификаты и некачественные препараты выявляются на этапах сертификации и реализации. За этим должны следовать процедуры их изъятия из продажи и уничтожения (реэкспорт). На деле между поступлением в органы фармацевтического контроля (фармконтроля) сигнала от представительств фармацевтических фирм, выявлением фальсификатов в определенном количестве аптек и принятием решения проходит до 2-х месяцев. В это время остальные аптеки и дистрибьюторы, не зная того, реализуют фальсифицированный продукт, поскольку общепринятой системы оперативного оповещения субъектов фармацевтического рынка о фальсификатах и некачественных ЛС в республике не существует.

Единая республиканская система оповещения о фальсификатах и некачественных ЛС должна носить официальный характер и использоваться всеми субъектами фармацевтического рынка. В систему должны входить: электронный идентификатор ЛС, который позволит лабораториям по сертификации и органам фармацевтического контроля быстро и просто отличить оригинальный препарат от фальсификата; информация обо всех выявленных поддельных и некачественных ЛС; предписание Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности об их изъятии из реализации; списки аннулированных (отозванных)

сертификатов. Источниками информации для системы оповещения будут органы фармацевтического контроля, аккредитованные лаборатории, представительства фармацевтических фирм, аптеки и клиники.

Введение такой информационной системы в РК позволит сократить время, необходимое для информирования и оперативного принятия решений. Конечно нелегко будет наладить оповещение большего количества аптек (особенно в регионах), не имеющих компьютерной техники и доступа в Интернет. В этом главная роль будет принадлежать органам фармконтроля на местах, а также профессиональным общественным объединениям, в частности, Ассоциации поддержки и развития фармацевтической деятельности РК. В такой информации заинтересованы органы фармацевтического контроля, здравоохранения, сертификации, дистрибьюторы, аптеки, больницы, профессиональные ассоциации. Конечно, определенная часть информации не должна быть общедоступной. Например, электронный идентификатор следует распространять только среди лабораторий по сертификации и органов фармконтроля. Для него необходимо ввести пароли доступа.

Имеется программа для подсчета потребления лекарственных препаратов в стационаре. Для фармацевтов может представлять интерес также республиканский регистр больных сахарным диабетом в разрезе областей и районов. Это персонифицированная база данных с указанием суточной потребности больных в инсулине и таблетированных препаратах. Она позволяет заказывать необходимые препараты на определенный период времени. Сопоставление заявок с мест и данных регистра показало, что эта программа – удобный инструмент, позволяющий правильно распространять и рационально использовать ЛС, закупленные как централизованно, так и на местах. С этим согласились специалисты – эндокринологи и заинтересованные фармацевтические фирмы. Своевременная и достоверная информация является залогом обеспечения граждан качественными, безопасными и эффективными ЛС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Б.Л. Парновский. Основы фармацевтической информации. – Кишинев, 1986г.
2. И.В.Косова. Организация и экономика фармации. – Москва, 2002.
3. Г.Д. Крылова, М.И. Соколова. Маркетинг. Теория и практика. – Москва, 2004.
4. В.Р. Веснин Учебник «Менеджмент», – Москва, 2003.
5. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» № 193 – IV 3 РК от 18.09.2009г.
6. Сайт www.dari.kz.
7. А. Беркман. Система управления качеством информации в сфере лекарственного обращения в РК// Казахстанский фармацевтический вестник, №2, январь, 2008.
8. А.А. Шимухаметов, Т.А. Ладыгин. Проблемы качества официальной информации о лекарственных средствах//Фармация, 2007.
9. С. Ширина «Казахстанский фармацевтический вестник» № 15 (331), август, 2009. «POS – материалы, как инструмент стимулирования продаж в аптеках».
10. Н.А.Гулько «Нормативно-правовая база фармацевтической деятельности и пути ее развития в РК» // «Фармация Казахстана» №6, июнь, 2007.

УДК 615.15:316.776

ФАРМАЦЕВТИҢ ПАЦИЕНТПЕН ТИІМДІ ӨЗАРА ӘРЕКЕТТІ ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ ҮШІН ҚАРЫМ-ҚАТЫНАСТЫҢ ВЕРБАЛДЫ ЖӘНЕ ВЕРБАЛДЫ ЕМЕС ТӘСІЛДЕРІН ПАЙДАЛАНУ

*Ғ.Ж. Умурзақова, М.М. Сапақбай, У.Б. Тәжибаева, Л.А. Букина
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.
Жалағаш аудандық орталық ауруханасы, Қызылорда облысы*

«Облыстық балалар ауруханасы және кенес диагностикалық емханасымен МКҚК», Қзылыл-Орда қ.

РЕЗЮМЕ

Использование специалистами фармацевтом вербальных и невербальных средств общения, в процессе своей профессиональной деятельности, способствует достижению эффективного взаимодействия с пациентами.

SUMMARY

The use of verbal and not of verbal means of dialogue by the pharmacist is social effective. Psychological reception of an establishment of mutual relation between the pharmacist and a patient

Адамдар арасында өзара түсінісуінде күрделі-элеуметтік үдеріс болып табылатын қарым-қатынас белгілері, дәлірек айтқанда, белгілер жүйесі арқылы жүзеге асады. Вербалды (белгі жүйесі ретінде сөйлесім қолданылады) және вербалды емес (түрлі бейсөйлесімдік белгілер жүйесі қолданылады) коммуникация деп ажыратылады. Вербалды коммуникацияда белгілер жүйесі ретінде адами сөйлесім қолданылады. Сөйлесім

қарым-қатынастың ең әмбебап тәсілі болып табылады, себебі сөйлеу арқылы жеткізілетін ақпараттың мәні барынша кем жоғалады. Шындығында, коммуникациялық үдеріске түсетін барлық қатысушылардың жағдаятты түсіну деңгейінің жоғары болуын айту керек. [1]. Сөйлеу, қарым-қатынас ретінде бір мезгілде ақпарат көзі және сұхбаттаспен өзара әрекет тәсілі болып табылады.

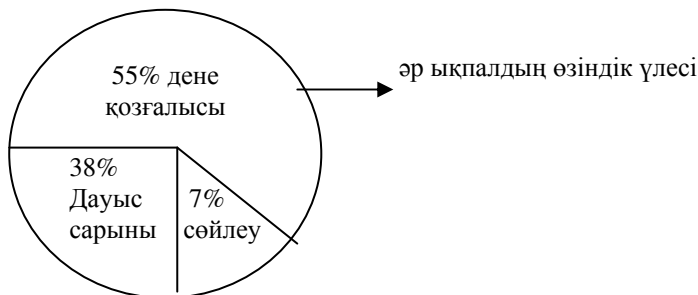
Фармацевтің пациентке тиімді өзара әрекет етуі үшін төмендегілерді құрайтын сөйлесім қолданылады: Сәлемдесу: «Қайырлы күн», «Мен сізге көмек бере аламын ба?» Пациенттің денсаулығына байланысты мәселені анықтау. Пациентпен мәселені жоюдың мүмкін жолдарын талқылау. (Фармацевтің және пациенттің көзқарасы бойынша) ең жақсы шешімді таңдау. Дәрілік құралдарды (ДҚ) беру (немесе одан бас тарту). Дәрілік құралдарды қолдану бойынша кеңес беру (ДҚ жіберу барысында, міндетті түрде қолдану бойынша «сумен бірге қабылдаңыз», «тамақтан соң 1 сағаттан кейін ішіңіз» және т.б. деген секілді нұсқаулықтар беріңіз). Медициналық тағайындау құралдарын, парафармацевтикалық өнімдерді қолдану бойынша кеңес беру. Сөйлесім кезінде фармацевт пациенттен төмендегілерді анықтайды: Мәселе кімде туындады (дәріхана пациентінде ме немесе оның туыстарында ма)? Аурудың көрсетілімдері қандай? Әлсіздік қашаннан бері мазалайды? Қандай шаралар қолданылды? андай дәрілік құралдар қолданылуда?

Сондай-ақ, сөйлесімде диалог құру маңызды сәт болып табылады. Диалогта келесі аспектілер маңызды болып табылады: - Есімі. Адамның есімі маңызды сөз болып табылады. Өзінің есімінен басқа ешқандай сөзге адам сезімталдықпен қарамайды. Дәріхана пациентімен байланысқа түскенде мұны түсіну өте маңызды. «Фармацевт – пациент» коммуникациялық байланысы жетістігінің негізі – достастық, үйлесімдік және сенім болып табылады. Жағымды, сенімді ахуал құру қабілеті сұхбаттасты дұрыс қарата білуден басталады.

Пациент оның есімін ұмытып қалса, ауыр қабылдайды. Бірінші кездесуде фармацевт пациенттің есімін білмейді, сондықтан есімді әдепті сәлемдесуге алмастыруға болады. - Қошемет сөз айту. Байланыс орнатудың тағы бір тәсілі. Қошемет – бұл фармацевтің назарын аудартатын пациенттің сырт көрінісі бойынша әрекетінде, қоршаған ортасындағы жағымды қасиеттері. Біздің жағдайда фармацевт қызмет көрсеткен пациентпен тұрақты болса орынды. Диалог құру барысында пациенттің сұрақтарына жауап бере отырып, «Жоқ, олай ете алмаймыз», «Бұлай болмайды» және т.б. секілді тіркестерді қолданбауға тырысыңыз. Керісінше, «Көрейік, мұны жасауға болады», «мен сенімдімін, тәсілін табамыз» және т.б. секілді түрлі мүмкіндіктерге сілтеңіз. Сұрақ қоя білу. Бұл коммуникациялық үдерісте маңызды кезең болып табылады. Сұрақтар пациенттің талабын анықтап қана қоймай, қалыптастыруға да үлесін тигізеді.

«Жаңғырық» тәсілі. Пациент айтқан негізгі жағдайларды фармацевтің сөзбе-сөз қайталап отыруы. Пациенттің сөздерін қайталау үшін кіріспе тіркестерді қолданып отыру керек, мысалы: «Менің Сізді түсінуімше...», «Сіз ... деп санайсыз ғой». Қайта айту немесе «түйін» тәсілі: Пациенттің айтқанының мазмұнын жинақтап немесе жалпылап айту. Сонымен қатар, «Сонда Сізді ... қызықтырады ғой», «Сіз үшін ... болғаны маңызды ғой» секілді кіріспе тіркестерін пайдалануға болады.

«Нақтылау» тәсілі. Фармацевт пациенттің айтқанының жеке бөліктерін нақтылауын сұрайды. Мысалы: «Сіз маған нақты айта аласыз ба ...». Қарсылықтырға жауап бере білу. Қарсылықтардан қорықпаңыз, оны қабылдай біліңіз. Фармацевт үшін бұл пациенттегі сенімсіздік пен көмескілікті жоюдың тағы бір мүмкіндігі болып табылады. [2]. Ереже бойынша, вербалды әрекет сәйкесінше, вербалды емес әрекетпен қатар жүреді: фармацевт пациентке қарап тұр, тұрысы зейінділікті бейнелейді, фармацевт басын шұғып тұр және т.б. Зерттеу көрсеткіштері бойынша, адамның күнделікті коммуникация қатынасында сөз 7%, дауыс сарыны (дыбыс және интонация) 38%, дене қозғалысы 55%-ды құрайды.



Коммуникациялық үдеріс, егер біз вербалды емес құралдарынан ауытқитын болсақ, толық емес болады. Адамның көзі, көзқарасы, жүзі айтылған сөзге қарағанда көп нәрсені білдіре алады, мимикалық көзқарастар ақпараттың 70%-нан жоғары бөлігін бере алады. Айту керек, адамның жағдаяттағы шынайы сезімін білдіретін қас пен ерні болып табылады. [3]. Қарым-қатынастың коммуникативтік үдерісінде қолданылатын вербалды емес тәсілдері: -«көз байланысы», визуалдық қатынаста маңызды орны бар;

- **Жымиа білу.** Қатынастың алғашқы секундтарында бет әлпеті мен жымиюы, көбінесе сіздің айтатын мәселенізден маңыздырақ болады. Шаршаса да, көңілі болмаса да фармацевт үшін жарқын жүзін сақтау маңызды. Алайда, бұл тәсілдің өзіндік бір сыры бар. Егер фармацевт үнемі жымиып жүрсе, ол байқалмай қалады, жымыс қалыпты түрдегі бет жүзінде болу керек.

- **Зейін қою.** Бұл фармацевтің жетістікке жетуіне қажетті қасиет болып табылады. Психологтардың айтуы бойынша, зейін қою - қандай да бір нысанға, оған бейімделуге, өзінің танымын тереңдетуге таңдамалы түрдегі бағыт болып табылады. Фармацевтің зейінділігі пациенттің көңіл-күйін, ниетін, әңгімеге дайындығын түсінуге тырысатындығынан көрінеді. Пациенттің көңілін табуға – зейін қою тиімді әдістердің қажеттісі. Сонымен қатар, фармацевт жиі зейінін бірнеше алымшыларға бөлуіне тура келеді. Зейінін дұрыс бөлу – фармацевтің кәсібилігін байқатады.

- **Фармацевтің сырт келбеті.** Фармацевт өзінің келбетімен, өзін ұстау мәнерімен тартымды болуы керек. Мұнда бет келбеті, шашының түсі, бойы, дене бітімі ерекшеліктерінің ешқандай рөлі жоқ. Көптеген элементтерді құрайтын жалпы келбеті маңызды. Бірінші кезекте жүзінің жылылығы. Жүзінің жылылығы:- досжанды; - салмақты; - кішіпейіл; - көңілді; - мейірімді; - ашық-жарқын. Байқағыш пациент фармацевтің жүзінен көп нәрсені оқи алады. Фармацевтің жүзі пациентте дәріханаға деген сенімділік туғызуы немесе күмән тудыруы мүмкін. Шашының үлгісі мен бетінің боямы фармацевт бет әлпетінің маңызды бөлігі болып табылады. Пациентке қызметкерлердің барлығы бір адамдай болып көрінбегендігі дұрыс. Фармацевтің киім үлгісі іскери стилге сай болуы тиіс. Ол ыңғайлы, санитарлық-гигиеналық нормаларға жауап бере алуы, сатылатын тауарлардың өзгешелігіне сай болуы тиіс.

Фармацевтің қандай да бір элементтері пациенттің назарын еріксіз аударатын (шашының түсі ерекше болуы, оғаш көрінетін шаш үлгісі) жағдай туғызуға жол бермеу керек. Фармацевтің сырт келбеті дәріханаға келушінің шешімінің елеусіз тұрған катализаторының рөлін атқаруы тиіс. Пациент дәріханаға белгілі бір мақсатпен келетінін есте сақтаған жөн. Ол нені сатып алатынын қарастыруға, ал оңтайлы жағдай туғанда сатып алуды жоспарлап келеді. Осылайша, фармацевт вербалды және вербалды емес тәсілдер арқылы пациентпен тиімді қарым-қатынас жасауды жүзеге асырады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. В.Ф. Матвеев. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. Москва 2003.
2. Куприн В.И. Профессиональная адаптация работников//ДП-персонал, №11 /2001.
3. Бойко В.В., Васильев А.А. «Шкала коммуникативной толерантности» сайт: Psychometric expert г. Ярославль.
4. Петровская Л.А. Компетентность в общении. Москва 1999 .

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА, ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ФОРМИРОВАНИЕ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

УДК 614.253.22 (574)

О ПРИМЕНЕНИИ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ТАРИФОВ В КРУГЛОСУТОЧНЫХ
СТАЦИОНАРАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПО ВИДАМ ОКАЗАНИЯ В 2010 ГОДУ

В.В. Койков, А.С. Айкешева, С. Б. Абдраимов, А.К. Альмадиева
Республиканский центр развития здравоохранения, г. Астана

ТҮЙІН

Мақалада денсаулық сақтауды жүйесінің азу және озық реформалардың шарт нарықтық қатынастарға бейімделуі көрсетілді. 2010 жылдың медицина - экономикалық тарифтердің енгізуі солардың бірі болып табылады. Осы әдістеме медициналық-экономикалық тарифтерді енгізудің қадыр мен кемшілік қаржы тиімділігінің талдауына мүмкіндік берді. Басқару жүйелерді жетілдіру және тарифтердің айқындалған кемшіліктерді шеттеуі арқылы медициналық көмектің сапасы мен қол жетімділіктің жетуіне жол ашады.

SUMMARY

This article describes an adaptation of the health care system to a market economy, which takes place in conditions of indigenous and progressive reforms. Introduction of health economic tariffs in 2010, is one of them. Analysis of the effectiveness of the implementation of METs in our study revealed both the strengths and weaknesses of this financing method. The identified weaknesses of tariffs may be the overriding principle sought by the Unified National System of Health is to achieve the quality and accessibility of medical care with the improvement of the system of management of resources and addressing.

Введение. На сегодняшний день адаптация системы здравоохранения к рыночным отношениям проходит в условиях коренных и прогрессивных реформ. Для повышения конкурентоспособности медицинских организаций в сфере рыночных отношений необходимо создание условий для свободного выбора пациентом врача и медицинской организации, повышение прозрачности процесса оказания медицинских услуг. Внедрение с 1 января 2010 года Единой национальной системы здравоохранения (далее - ЕНСЗ) в Республике Казахстан и финансовой модели, основанной на медико - экономических тарифах (далее - МЭТ), позволило реализовать принципы прозрачности и права граждан на доступную и качественную медицинскую помощь [1, 2]. В связи с этим целью исследования является анализ ситуации внедрения медико-экономических тарифов в круглосуточных стационарах РК в 2010 году. Объекты исследования: медицинские организации Республики Казахстан, оказывающие услуги населению в объеме ГОБМП.

Материалы и методы исследования: данные из АИС «Стационар» КОМУ МЗ РК за 2010 г. по оказанию медицинских услуг в круглосуточных стационарах РК. Все расчеты производились с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office Excel.

Результаты и обсуждение. По итогам 2010 г. МЗ РК рост удельного веса государственного бюджета составлял 12,4%. С 2009 по 2010 гг. отмечается рост объема бюджетного финансирования примерно на 20%; гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП) – на 23%; в расчете на одного жителя (в т.ч. ГОБМП) – на 18%. Общий объем бюджетного финансирования системы здравоохранения в 2010 г. достиг 2,7% от ВВП [3]. В 2010 году было зарегистрировано всего 2 352 684 пролеченных случаев в условиях круглосуточного стационара [4], из них 96,69% приходится на специализированную медицинскую помощь (СМП), остальные 3,43 % услуг - на высокоспециализированную медицинскую помощь (ВСМП).

Тем не менее количество оказываемых услуг ВСМП остается ниже СМП более чем в 30 раз, а затраты на СМП превышают таковые по оказанию ВСМП в 7,5 раз и составляют 88,26% по оказанию СМП, 11,74% - по ВСМП. Однако, оказанные услуги ВСМП занимают меньший удельный вес, чем СМП, но сумма затрат на один случай ВСМП занимает 3,42%, против одного случая СМП, занимающего 0,91 % из всех затрат. Это свидетельствует о выборочном применении и высокой затратности ВСМП случаев по сравнению с СМП. Поэтому данное соотношение ВСМП к СМП обоснованно, поскольку высокие технологии должны применяться в исключительных случаях. Анализ объемов оказания и затрат СМП услуг в разрезе регионов представлены на рисунке 1.

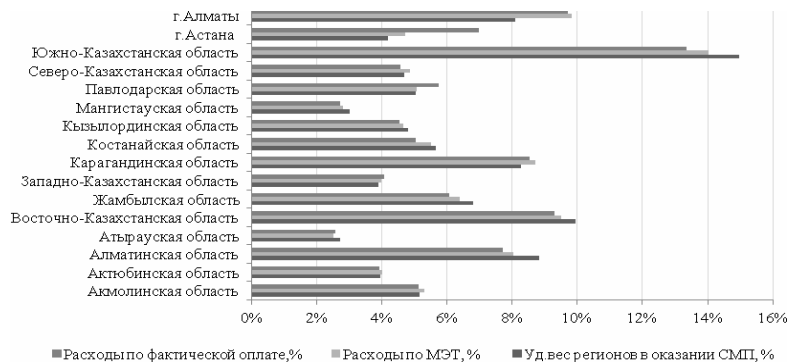


Рисунок 1 – Объем стационарной помощи по оказанию услуг СМП по республике в разрезе регионов, 2010 г.

На рисунке 1 по объему оказанных СМП услуг выделяются такие регионы, как Алматинская (8,8%), Восточно-Казахстанская (9,9%), Карагандинская (8,3%), Южно-казахстанская (15,0%) области и г. Алматы (8,1%), что является обоснованным, поскольку наибольшей плотности населения соответствуют наибольшие показатели стационарной заболеваемости и, соответственно, финансирования. Также, наглядно соответствие фактических затрат суммам, предъявленным в МЭТ практически во всех регионах, кроме г. Астана, где фактические расходы превышают МЭТ на 2,28%, и Павлодарской области, где фактическая оплата выше суммы МЭТ на 0,67%. Скорее всего, это свидетельствует о несоответствии МЭТ потребностям населения в этих регионах или количеству осложнений, потребовавших применения более дорогостоящих препаратов и услуг, что повлекло превышение затрат и выход за пределы сумм медико-экономических тарифов. Анализ объемов оказания и затрат ВСМП услуг в разрезе регионов представлены на рисунке 2.

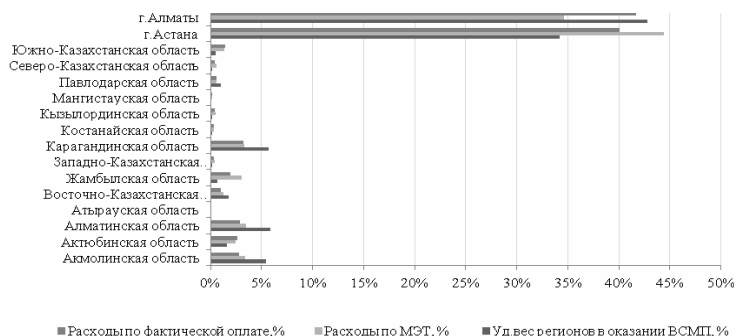


Рисунок 2 – Объем стационарной помощи по оказанию услуг ВСМП по республике в разрезе регионов, 2010 г.

При изучении распределения объема оказанных ВСМП услуг и затрат на них в разрезе регионов заметно, что ВСМП услуги в 2010 году оказывались практически во всех регионах республики, что свидетельствует о принципе доступности медицинской помощи всем слоям населения. Наибольший объем стационарной помощи более 5% зафиксирован в Ақмолинской, Алматинской и Карагандинской областях, а также значительно выделяются города Астана и Алматы как по объемам оказанных ВСМП услуг, так и по затратам на них. Так, в г. Алматы ВСМП услуги были оказаны в 42,8% случаях, при этом сумма МЭТ едва ли достигает 35% показателя, а фактические расходы, соответствующая объему стационарной помощи, на 7% превышают сумму МЭТ. Это может свидетельствовать о высоком спросе применения ВСМП технологий среди населения в г. Алматы.

В г. Астана ситуация с объемом оказанных ВСМП услуг прямо противоположная. Здесь объем оказанной помощи составляет 34,2%, что ниже показателя в г. Алматы, но при этом расходы по МЭТ равны 44,4%, а фактические затраты на 4,3% ниже суммы тарифа. Вероятнее всего, это связано с меньшим количеством, но более дорогостоящих пролеченных случаев по сравнению с г. Алматы. Данные рисунка 2 указывают на значительный вклад двух городов в оказании ВСМП услуг, что подтверждает факт наличия в них научных центров и исследовательских институтов, оказывающих высокоспециализированную медицинскую помощь.

Для анализа статистически значимых различий между суммой МЭТ и фактическими расходами необходимо использовать данные всех затрат по СМП и ВСМП. В работе использовались расчеты, представляющие общие суммы затрат при оказании СМП и ВСМП услуг в регионах республики. Для выявления статистически значимых различий между суммами МЭТ и фактическими расходами можно использовать критерий Стьюдента [5]. В данном случае, для СМП услуг критерий t равен -0,227, число степеней свободы равно 30; P = 0.822, что свидетельствует о том, что различия между фактической оплатой и суммой по МЭТ статистически незначимы. Аналогичные расчеты были проведены с данными ВСМП, где критерий t оказался равен 1,000, число степеней свободы = 30; P = 0.325. Поскольку критерий Стьюдента

меньше 2, то выявляемые различия также являются статистически незначимыми. Для раскрытия одного из принципов МЭТ - «выравнивания» стоимости одинаковых медицинских услуг среди регионов, была условно рассчитана общую среднюю стоимость по МЭТ в разрезе 14 областей и двух городов республики (рис.3).

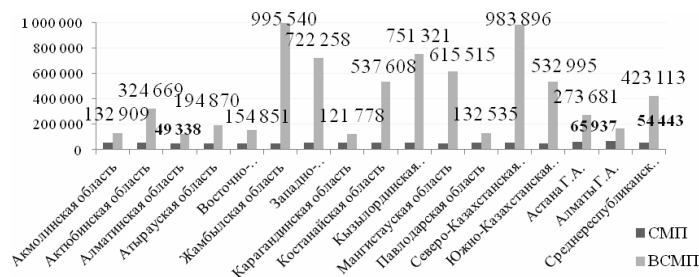


Рисунок 3 – Условная средняя стоимость за пролеченный случай СМП и ВСМП в соответствии с МЭТ в разрезе регионов РК, тыс. тенге

На рисунке 3 заметно, что гипотетически рассчитанная средняя стоимость всех случаев СМП по МЭТ в разрезе регионов варьирует от 49 338 тг. до 65 937 тг., а среднереспубликанское значение равно 54 443 тг. Гипотезу «выравнивания» МЭТ при оказании СМП подтверждает коэффициент вариации (КВ) [6, 7] равный 7,8 %. Это означает, что различия в средней стоимости пролеченных случаев по МЭТ в разрезе регионов незначительны. Следовательно, применение методики финансирования стационарной помощи, основанной на МЭТ, позволила добиться межрегионального выравнивания в распределении финансовых ресурсов, о чем подтверждает КВ, равный 7,8%.

Ситуация с ВСМП иная, здесь заметны значительные различия в средней стоимости по МЭТ между регионами: максимальные или дорогостоящие МЭТ зафиксированы в Жамбылской (995 540 тенге) и Северо – Казахстанской областях (983 896 тенге), при этом среднереспубликанский показатель равен 423 113 тг. В городах Астана и Алматы, напротив, зафиксированы средние стоимости по МЭТ услуг ВСМП ниже среднереспубликанского: 273 681 и 170 311 тенге соответственно. Коэффициент вариации для средней стоимости МЭТ при оказании ВСМП за пролеченный случай с учетом всех регионов и двух столиц равен 71,6%. Это означает, что исследуемые признаки имеют высокую степень неоднородности, поскольку превышают допустимое пороговое значение 33 %.

Возможно, такая высокая неоднородность связана с применением в единичных случаях очень дорогостоящих методов лечения и диагностики, даже при использовании одинаковых медико-экономических протоколов. Поскольку, каждый пролеченный случай ВСМП требует индивидуального подхода к лечению и сопряжен с большими рисками, средняя стоимость по МЭТ также будет различаться. Таким образом, на процесс внедрения МЭТ влияет множество факторов, включающих финансовую значимость всех компонентов медицинской услуги, как коммунально-хозяйственные расходы, питание, амортизация оборудования и т.п.

Но эффективность внедрения тарифов зависит от соблюдения принципов самих МЭТ. Поэтому, в данной работе были сделаны следующие выводы: 1. Принцип доступности медицинских услуг среди регионов и соблюдался, чему свидетельствуют выявленные статистически незначимые различия (критерий Стьюдента по СМП=-0,22, по ВСМП=1,0) между суммами по МЭТ и фактической оплатой за услуги СМП и ВСМП в разрезе регионов. 2. Медико - экономические тарифы «выравнивают» стоимость за одинаковый пакет медицинских услуг СМП по регионам, этому свидетельствует гипотетически рассчитанная средняя стоимость по МЭТ СМП в целом по РК, равная 54 443 тг., и КВ = 7,8%, показывающий, насколько достоверно происходило выравнивание. Это повысило доступность услуг СМП как для районов, так и для областей. 3. Анализ объема оказанных СМП/ВСМП услуг и финансирования, показал, что МЭТ нацелены на конечный результат. Принцип «сколько пролечил, столько получил» на примере МЭТ имеет наглядные результаты, поскольку суммы фактических расходов практически во всех регионах незначительно отличаются от сумм МЭТ.

В заключение следует отметить: результаты данного исследования показывают эффективный процесс внедрения медико-экономических тарифов вследствие соблюдения на местах основных принципов МЭТ, указанных в паспорте ЕНСЗ. При совершенствовании системы управления ресурсами и устранении выявленных недостатков самих тарифов, возможно осуществление самого главного принципа, к которому стремится ЕНСЗ – достижение качества и доступности медицинской помощи всем гражданам Республики Казахстан.

ЛИТЕРАТУРА

1. Akanov A.A., Kamaliev M.A. System of public health services of Republic of Kazakhstan: a current condition, problems, prospects /S.D. Asfendijarov Kazakh National Medical University, Almaty city, Republic of Kazakhstan.
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010, Астана, 2004.

3. Отчет Министерства здравоохранения по итогам 2010 года, г.Астана, 2010.
4. Аналитическая информация по итогам 2010 года РГП «РИАЦ» МЗ РК
5. Кучеренко В.З. Учебное пособие для практических занятий, М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.
6. Сафронов Н.А. // Экономика предприятия: Учебник, М.: "Юристъ", 1998. - 584 с.
7. Степанов В.Г. // Эконометрика // Учебный курс, Московский институт экономики, менеджмента и права, 2010.

УДК 614.881:614.253.2(574)

ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ДО ВНЕДРЕНИЯ ЕДИНОЙ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

*В.В. Койков, Г.Т. Корбаева, А.Б. Абдрахманов, А.К. Альмадиева
Республиканский центр развития здравоохранения, г. Астана*

ТҮЙІН

Мақалада 2009 жылы емделген жағдай бойынша Қазақстан Республикасының тәулік бойы жұмыс істейтін стационарларын қаржыландыру әдісінің талдауы қолданылған. ТМҚКК шеңберінде медициналық көмекті алуға азаматтардың конституциялық құқықтары бұзылған, денсаулық сақтау саласын қаржыландыру бойынша аяқталмаған механизмдер баяндалған.

SUMMARY

In this article presents an analysis of day-night hospital financing method of the Republic Kazakhstan on cases treated in 2009. This article describes the imperfect mechanisms for financing of health sector, under which violated the constitutional rights of citizens to receive medical assistance in the framework of guaranteed volume of free medical care.

В 2006 году Президент Республики Казахстан Н. А. Назарбаев в своем Послании народу Казахстана подчеркнул: «...фундаментом динамично процветающего общества может быть только современная, конкурентоспособная и открытая рыночная экономика...». В февральском Послании народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» за 2007 год Президент ставит конкретную задачу - «адресная социальная поддержка и развитие социальной сферы на рыночных принципах» [1,2]. Резолюция ВОЗ в 2005 году призвала страны развивать их системы финансирования здравоохранения, чтобы обеспечить доступ всех людей к необходимым услугам без риска финансовых потерь, связанного с оплатой за медицинскую помощь. Резолюция определила всеобщий охват населения как: доступ к необходимым медицинским услугам; защита от финансовых рисков; доступность каждому [3,4].

Все страны-участники ВОЗ должны иметь государственный механизм мониторинга и развития качества здравоохранения, включающий способы измерения эффективности лечения, степени удовлетворения потребностей пациентов и стоимостной эффективности. Динамика основных показателей здравоохранения в Республике Казахстан свидетельствует о ежегодном увеличении бюджетных средств, направляемых в сферу здравоохранения. Так, в период с 2001 по 2009 гг. объем финансирования на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) увеличился с 42,2 до 288,1 млрд. тенге, т.е. почти в 7 раз. При этом, расходы здравоохранения в среднем на одного жителя соответственно возросли с 4 109 тенге в 2001 году до 28 965 в 2009 году. Таким образом, общий объем только государственного финансирования отрасли будет составлять более одного миллиарда долларов США (без учета финансовых средств, циркулирующих в фармацевтической отрасли и в сфере частного медицинского предпринимательства).

Однако показатели заболеваемости населения характеризовались ростом или оставались на высоком уровне, несмотря на значительное увеличение бюджетных ассигнований, что указывает на неэффективное управление финансовыми средствами в области здравоохранения [5-7]. Нами проведено исследование особенностей финансирования стационарной помощи в 2009 году в РК до внедрения в стране системы Единого плательщика. На наш взгляд, исследование представляет большой практический и теоретический интерес.

Материалы и методы исследования: Контент – анализ нормативно – правовой базы отрасли здравоохранения, данные базы ТОО «Мединформ».

Результаты и обсуждение: Приоритетным направлением в здравоохранении, как признано мировым сообществом, является профилактика хронических неинфекционных заболеваний, составляющих глобальное бремя травматизма, преждевременной смертности на уровне ПМСП, однако несмотря на это, по данным базы данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» в 2000 году расходы на стационарную помощь в Казахстане составляли 53,6% от общих расходов на здравоохранение (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007год.) [8, с. 48]. Как известно, начиная с 2005 года в соответствии с Бюджетным кодексом РК, бюджеты всех областей формировались на областном уровне, и решения о выделении бюджетных ассигнований принимались областными органами управления здравоохранения. Они отвечали за оперативное

управление, планирование и выделение ресурсов на оказание населению медицинской помощи в рамках ГОБМП, финансирование поставщиков медицинских услуг [8, с. 41].

В 2006 году, 6 октября, вышло Постановление Правительства Республики Казахстан № 965 «Об утверждении Правил возмещения затрат медицинских организаций за счет бюджетных средств и оказания платных услуг в организациях здравоохранения и порядка использования средств от платных услуг, осуществляемых государственными организациями здравоохранения», согласно которому для стационаров была разработана методика финансирования за пролеченный случай по клинико-затратным группам. 29 декабря 2006 года вышел Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 664 «О проведении апробации нового перечня клинико-затратных групп», в котором были утверждены новый перечень клинико-затратных групп и 4 пилотных региона (Актюбинская, Восточно-Казахстанская, Карагандинская области и г. Алматы) для проведения апробации.

Однако, по ряду объективных причин, среди которых несовершенство протоколов диагностики и лечения, отсутствие контроля над распределением затрат на здравоохранение из местных и республиканского бюджетов, отсутствие в стране центров доказательной медицины, внедрение пилотного проекта по КЗГ не нашло своего логического завершения. Медучреждение, не вошедшее в пилотный проект по апробации перечня клинико – затратных групп (КЗГ), должно было получать средний тариф на больного по республике. Причем, утвержденная система тарифообразования предусматривала оплату за усредненный случай, независимо от нозологии, без учета включения затрат на обновление основных средств, не учитывая исход лечения, результаты экспертизы контроля качества.

В этом случае не было детализации и фактически обоснованных тарифов, не было так называемой «прозрачности расходов». При этом, фактически, по-прежнему работала система посметного бюджетирования, основанная на расходах, с платежами, определяемыми и осуществляемыми перспективно. Сумма финансирования стационарной помощи определялась на основе анализа работ стационара за предыдущий период. Оплата поставщиков определялась и осуществлялась перспективно, но основу бюджета составлял прогноз затрат, который базировался на структуре расходов в прошлом [9-15]. Если фактическое число пролеченных больных, при оплате по заявленному бюджету, было больше, чем запланировано, то стационар нес связанные с этим расходы. Соответственно, он сохранял возможную экономию за счет сокращения объема запланированных работ. Например, планировалось 250 хирургических случаев, реально же больница пролечила 200 или 300 случаев.

И в том и в другом случае она получила согласованный объем финансирования за 250 случаев. В первом случае стационар получил экономию, во втором - потерял. Отсюда следует, что реальный объем финансовой ответственности стационара зависел от того, каков будет плановый объем работ. Если удавалось правильно рассчитать и спланировать возможный объем больных, и фактический объем соответствовал бы плановому, стационар ничего не выигрывал и ничего не проигрывал. При этом стационар нес основную часть финансовых рисков за возможное превышение фактических расходов над планируемыми.

Обычно, при сметном бюджетировании правила ограничивают возможность поставщиков переводить средства с одной статьи на другую, и, следовательно, отсутствует стимул или механизм достижения наиболее эффективного распределения расходов. Так как больницы не отвечают за решения по распределению ресурсов, у них даже нет стимула к определению того, какова может быть наиболее эффективная структура расходов. После перечисления бюджета больнице, последняя, практически, не несёт ответственности за количество и качество предоставляемых услуг. Уровень оплаты не связан с результатом деятельности несмотря на то, что бюджеты могут корректироваться в текущем году для отражения изменений в использовании средств.

Все это могло побудить стационары объективно оценивать направления поликлиник, отказываясь от случаев, не требующих госпитализации; во-вторых, создавать стационарозаменяющие формы медицинской помощи (дневные стационары, амбулаторную хирургию и т.д.). В тоже время, медицинская организация не была заинтересована в том, чтобы делать высокотехнологичные манипуляции, стационары старались завязать план по объему стационарной помощи, чтобы повысить объем гарантированного финансирования и снизить свои финансовые риски, и брались только за малозатратные случаи. Одна из причин сложившейся ситуации заключалась в низкой степени самостоятельности государственных организаций здравоохранения; и отсутствие квалифицированных менеджеров также тормозило развитие конкуренции в отрасли [16-18].

В условиях существовавшей децентрализации бюджета здравоохранения до областного уровня, жители районов и городов не могли получить медицинскую помощь вне своего района. Это связано с тем, что действующей тогда системой планирования и реализации бюджетных программ предусматривалось, что финансирование основано на принципе административного прикрепления граждан (то есть территориально). Пациент имел право на ГОБМП в клинике региона, в котором он был прописан, при обращении же в клинику вне прикрепления, пациент вынужден был сам оплачивать расходы (кроме случаев экстренной госпитализации), что приводило к искусственному росту показателя экстренной госпитализации.

Таким образом, оплата стационарной помощи до 2009 года осуществлялась областными и городскими департаментами здравоохранения по индивидуальному финансированию из местных и республиканского бюджетов. Все эти моменты хорошо характеризуют прежнюю систему финансирования как не эффективную и не объективную, демонстрируя следующие основные недостатки: Неравенство граждан в обеспечении

конституционного права на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи; Отсутствие возможности выбора медицинских услуг, свободного выбора врача, медицинской организации; Отсутствие мотивации для открытой конкуренции между поставщиками; Отсутствует механизм географического распределения (выравнивания) ресурсов здравоохранения; Присутствуют теневые платежи; Создаются условия для «уплыwania» национальных средств за рубеж; Нет ориентированности на результат.

Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 г. № 1438 утверждена Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы [19], в которой была заложена задача разработки механизмов эффективности использования средств выделяемых на систему здравоохранения. В 2010 году с целью совершенствования отрасли здравоохранения внедряется Единая национальная система здравоохранения, которая предполагает: – формирование конкурентной среды оказания медицинских услуг; – свободный выбор пациентом врача и медицинской организации; – прозрачность оказываемых медицинских услуг (оплату по фактическим затратам); – ориентацию на конечный результат.

Оплата услуг стационарной помощи будет осуществляться за счет средств республиканского бюджета, в целях чего создан Комитет оплаты медицинских услуг с территориальными подразделениями. Тем самым будет реализован принцип «деньги следуют за пациентом». Все эти новшества позволят поднять уровень качества предоставляемых медицинских услуг и приблизить их к международным стандартам. Таким образом, выявленные основные особенности и недостатки системы финансирования стационарной помощи в 2009 году привели к неравномерному распределению финансовых средств на оказание стационарной помощи в регионах. Это стало проявлением нарушения конституционных прав пациентов на право получения медицинской помощи в рамках ГОБМП [20].

ЛИТЕРАТУРА

1. Назарбаев Н.А. Послание Президента народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире (Часть I)» // «Казахстанская правда». -08.12.2011 г., декабрь-08.- № 394-395 (26785-26786), С. 1-3.
2. Назарбаев Н.А. Послание Президента народу Казахстана « Стратегия «Казахстан-2030» на Новом этапе развития Казахстана 30 важнейших направлений нашей внутренней и внешней политики (Часть II)» // «Казахстанская правда». -08.12.2011 г., декабрь-08.- № 394-395 (26785-26786), С. 1-3.
3. Кишман М. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему покрытию населения// «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья»- 2011.- №1, стр.16.
4. «Финансовый кризис и глобальное здравоохранение» Доклад Консультации высокого уровня, Всемирная организация здравоохранения, Женева, 19 января 2009 года. Информационная записка 2009/1.
5. Akanov A.A., Kamaliev M.A. System of public health services of Republic of Kazakhstan: a current condition, problems, prospects /S.D. Asfendijarov Kazakh National Medical University, Almaty city, Republic of Kazakhstan.
6. Биртанов Е.А. Определение приоритетов бюджетных инвестиций в системе здравоохранения Республики Казахстан /Вестник Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова.– 2010.– № 1.– С. 5-6.
7. Биртанов Е.А., Аканов А.А., Камалиев М.А. В поиске оптимальной модели финансирования здравоохранения /Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. – 2010. – № 1. – С.5-8.
8. Максут Кульжанов, Бернд Речел. Системы здравоохранения: время перемен// «Казахстан. Обзор системы здравоохранения»-2007.- том 9. - №7. - стр. 41 - 48.
9. Аканов А.А., Камалиев М.А. Система здравоохранения Республики Казахстан: современное состояние, проблемы, перспективы.// Электронный научный журнал - Социальные аспекты здоровья населения //10.09.2010 г.
10. Дерновой А.Г. Здравоохранение Казахстана – вчера, сегодня, завтра: материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. Астана, 2007. – С. 3-9.
11. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2009 году//Статистический сборник, Астана.- 2010. – 309 с.
12. Даирбеков О.Д., Захаров И.С., Лаврентьева И.К. Здравоохранение города Алматы в переходный период. Алматы, 1998. - 128 с.
13. Девятко В.Н., Захаров И.С. Сравнительный анализ финансирования учреждений и государственных предприятий, оказывающих гарантированный объем бесплатной медицинской помощи// Бюлл. НИИ им. Н.А. Семашко. 2003. Вып.6. С.117-119.
14. Биртанов Е., Ахметов В., Гаврилов С., Рахимбекова Д., Баймагамбетова М., Иванченко Н., Салов Р. Проблемы стационарной медицинской помощи в Республике Казахстан.– Алматы, 2007.– 150 с.
15. Биртанов Е.А., Балгимбеков Ш.А., Сыбанбаева Л.С. Руководство по внедрению современных принципов управления качеством медицинских услуг на уровне медицинских организаций: Методические рекомендации.– Алматы, 2008.– 44 с.

16. USAID - Система оплаты стационаров по пролеченному случаю: пошаговое руководство для разработки и внедрения в странах с низким и средним уровнями доходов - декабрь 2005 г.- стр.16.
17. Шишкин С.В. 2007. Стратегии трансформации государственных гарантий оказания бесплатно медицинской помощи. "SPERO". 7. С. 27-50.
18. Экономика здравоохранения. Авт. коллектив: Л.С. Засимова, М.Г. Колосницына, И. М. Шейман, С. В. Шишкин и др. — М.: ГУ ВШЭ, 2009.
19. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы.
20. Конституция Республики Казахстан.

УДК 614.2(574) : 94

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ В XIX ВЕКЕ.
(НА МАТЕРИАЛАХ ПО АКМОЛЕ, КАРКАРАЛЫ И АКТОБЕ)**

Ш.Н.Саяхимова, Ж.А.Ергалиева

*Казахский агротехнический университет им. С.Сейфуллина, г. Астана
Республиканский центр развития здравоохранения, г. Астана*

ТҮЙІН

Мақалада XIX ғасырдағы Орта жүздегі сыртқы округтердің ашылғаннан кейінгі Қазақстан Республикасы денсулық сақтау жүйесінің дамуы, Қазақстан жерінде алғашқы ашылған емханалар туралы баяндалған. Сонымен қатар мақалада әдебиет көздері, денсулық сақтау жүйесіндегі қаржыландыру әдістері және халыққа медициналық қызмет көрсету сапасының дейгейі көрсетілген.

SUMMARY

The article describes the history of health care development in Kazakhstan in XIX century after the opening of the outer districts of the Middle (djuz). The history of first hospitals in the territory of Kazakhstan. Sources and methods of financing. The quality of medical services.

История развития медицины началась в XIX веке после открытия внешних округов в Среднем жузе. Главной заботой Российской империи являлось склонение казахского народа к окружной системе. В 1824 г. были образованы внешние округа: Каркаралинский и Кокчетавский, в 1831 г. – Аягузский, в 1832 г. – Акмолинский, в 1833 г. – Баян-Аульский, в 1833 г. – Уч-Булакский, в 1834 г. – Аман-Карагайский, в 1844 г. – Кокпектинский. В такой хронологической последовательности были учреждены новые административные единицы в Среднем жузе, которые просуществовали до реформ 1867-1868 гг. Согласно положениям Устава о сибирских киргизах (казахах) 1822 г. во всех вновь учреждаемых внешних округах надлежало открыть неподвижные больницы для обслуживания бедных и тяжелобольных местных жителей [1].

Уставом предусматривалось, что в каждом округе должны быть построены больничный дом на 150 до 200 человек. На строительство больницы в округах отпускалось по 30 тысяч рублей, а на ежегодное содержание больницы – 500 рублей [2, с.184]. Но программа так и не была полностью выполнена, больничное здание решено строить не на 200 мест, а только на 50 (35 коек для русских и 15 коек для казахов).

В Каркаралах строительство больницы началось в 1826 г. В 1828 году были помещены больные, и в течение первого года на лечении находилось 156 больных, которые провели 4428 койко-дней; из них умерло 8 человек. То есть летальность составила 5,1 %; стоимость одного койко-дня составляла в среднем 60 копеек [2, с. 187]. Но в последующем она выросла. Расчеты на содержание одного больного с 1 августа 1829 года по 1 августа 1830 года в больнице, учрежденной при Каркаралинском внешнем окружном приказе, представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Смета содержания больницы при Каркаралинском внешнем округе [3]

Количество содержащихся больных (человек)	Расходы						Всего	На одного в день
	Для жизненных потреб-	На лекарство	На больничные принадлежности	На стирку белья	На служителей	На отопление		

	ностей							
2288	407 рублей 29 копеек	263 рубля 33 копейки	898 рублей 32 копейки	126 рублей 50 копеек	96 рублей 63 копейки	700 рублей	1792 рубля	0,78 копеек

Из данных расчетов видно, что в 1829-1830 гг. на одного больного в день обошлось на 18 копеек больше, чем в предыдущий год. Из содержания ведомостей больничных расходов следует, что в рацион больничного питания входили: хлеб, мясо, рыба, ячневая крупа, мед, молоко. В каждый округ определялось по два лекаря. В 1824 году на должность окружного лекаря был направлен военный врач из Омского гарнизонного полка Зибберштейн. Вторым лекарем Каркаралинского окружного приказа был Никитин [4]. Квалификация лекарей оставляла желать лучшего. Из-за недостатка врачей в России, особенно в гражданском ведомстве, медицинскую помощь населению оказывали слабоподготовленные фельдшера казачьих отрядов. Безуспешной оказалась попытка организации больницы в Акмолинском округе, хотя в 1832 г. во время открытия Акмолинского приказа, для организации медицинского учреждения, были приобретены постельные принадлежности, инвентарь и продукты на сумму 2154 рубля [5, с.49].

В предписании генерал-губернатора Западной Сибири Вельяминова от 18 мая 1832 г. Омскому областному начальству об открытии Акмолинского округа указано, что на содержание лазарета и прочие не предвиденные расходы выделить 1000 рублей и расходовать по усмотрению полковника Шубина [6, с.18]. Но в 1834 г. Акмолинская больница в связи с открытием военного лазарета была упразднена. Лазарет располагался первоначально в одной из комнат казармы. Позже был выстроен деревянный флигель, состоящий из 4-х комнат. Первым смотрителем был Бурцов, чуть позже его сменил Вавилов [7, с.49]. Из архивных документов известно, что лазарет обслуживал военное население и гражданские чины крепости, местное население продолжало использовать традиционные народные средства медицины [7, с.112].

Зимой 1826 г. всю Сибирь охватила эпидемия гриппа, а осенью возникла новая волна на территории Казахстана. На этот раз она проникла со стороны Китая и Монголии. В ноябре 1826 г. эпидемия поразила казаков Сибирского войска, занимавшихся рыбной ловлей на озере Зайсан, и стала распространяться вниз по Иртышу, и в январе достигла Семипалатинска. В связи с совершенно неудовлетворительным состоянием медицинского обслуживания военнослужащих, находящихся в округах, штаб Сибирского корпуса, по представлению корпусного доктора Маршева, в 1828г. возбудил ходатайство об открытии в Каркаралинском округе военного лазарета. К тому же в декабре 1829 года помещение больницы Каркаралинского приказа полностью сгорело во время пожара.

По ходатайству доктора Маршева в 1830 году последовал указ об учреждении лазаретов на 16 мест. В этом же году лазареты были развернуты временно в помещениях казачьих казарм. В 1831 году первым врачом в Каркаралинском округе был переведенный из Омского госпиталя лекарь Капонеров. В 1832 году для лазарета был приобретен у бывшего командира отряда Карбышева большой дом [5, с.49]. В сентябре 1835 г. штаб Сибирского корпуса отмечал: «Во внешних округах Омской области больные киргизы принимаются иногда для пользования в военные лазареты». В связи с этим предписывалось, «чтобы окружные приказы выдавали служителям лазарета, к получаемому жалованию по 2 рубля 60 копеек из больничной суммы за те месяцы, в которые будут находиться киргизы». Однако некоторые чиновники были против лечения казахов. Поэтому комиссарство предписало в октябре 1835 г. «больных киргиз принимать в лазарет» [2, с.201].

Кроме лечебной практики в обязанности больницы входило оспопрививание населения. «Появление оспы наводит страх на целый аул. Больные оспой, по снабжению их пищей, безжалостно оставляются в степи; киргизы уверяют, что им сия болезнь, вовсе не была известна до тех пор, пока они не вступили в частые сношения со своими соседями» [8, с.70]. Ч.Валиханов писал, что «доктора обязаны прививать оспу, но киргизы боятся их, от оспопрививания убегают или откупаются» [9, с.75]. Сам факт того, что казахи панически боялись оспы и не знали методов и приемов ее лечения, свидетельствует о том, что это заболевание было привнесено в среду казахов извне. Ведь всем известно, что традиционная медицина казахов основывалась на эмпирическом применении различных лекарственных растений и препаратов животного происхождения [2, с. 9].

Отсюда следует, что инфекционными заболеваниями казахи в тот период в основном заражались от русских переселенцев и военных. Управляющего Омской областью полковник С.Б. Броневский отмечал, что «единообразная жизнь и пища, нахождение всегда на свежем и открытом воздухе, предохраняют киргизов от болезней» [8, с. 69]. Анализ годовых медицинских отчетов по округам, выявляет сравнительно низкую смертность среди населения, в подавляющем своем большинстве ведущих кочевой образ жизни. Такие распространившиеся в степи инфекционные заболевания, как коклюш, скарлатина, венерические заболевания были завезены из России и распространены более всего среди славянского населения. В неурожайные годы наблюдался рост числа больных цингой. Среди кочевого населения наиболее распространенным заболеванием являлась чесотка.

Устав 1822 г. провозглашал, что «введение между киргизами прививания предохранительной оспы» составляет важнейшую задачу определяемых во «внешние» округа Омской области врачей. Большую роль в

распространении оспопрививания среди казахского населения Омской области сыграл семипалатинский окружной врач С.Яроцкий. В первый же год им были достигнуты значительные успехи. В марте 1829 г. в 6 аулах Каркаралинского округа появилась оспа. Эпидемия продолжалась около трех месяцев; болезнь была завезена казахами, ездившими на линию за продуктами. Всего переболело 45 человек, 15 из которых умерли от оспенной болезни. Областной оспенный комитет разработал следующие меры: 1. Убеждать казахов делать прививки через мулл, обязав их подавать в окружные приказы сведения о новорожденных. 2. Окружным врачам взять оспенных учеников из числа казахских юношей. 3. Больных оспой казахов помещать в окружные больницы. В декабре 1842 года оспа занесена в окружную гауптвахту, где содержались заключенные казахи. Из 94 заключенных заболели 15 и умерли от оспы 5 человек. Окружным врачом Д.Н. Сукиным был оборудован стационар-изолятор. В связи с этой вспышкой окружному врачу удалось развить оспопрививание, и в 1843 году Каркаралинский округ занял первое место по числу привитых среди всех степных округов [2, с.345].

Весной 1853 года в аулах Кушук-Тобыктинской волости Каркаралинского округа борьбу с эпидемией «тифозной горячки» вел лекарь Н.К.Гольфтер. Тиф заносили переселенцы, арестанты и новобранцы, болезнь распространялась по почтовым трактам, городам и селениям. В начале октября 1853 года впервые зарегистрирована холера в Жалыкбашевской волости Каркаралинского округа. Врач военного лазарета Н.К.Гольфтер выявил, что болезнь занесена из внутренних округов Тобольской губернии. Вследствие большой разобщенности аулов и наступления холодов большого распространения болезнь не получила. Всего переболело в течение месяца 25 человек, из которых умерло 10 [2, с. 392]. В условиях массового распространения инфекционных заболеваний существовала настоятельная необходимость увеличения числа медицинских кадров, решения вопросов их подготовки. В 1854 году в Кокпектах открылось двухгодичное училище для подготовки фельдшеров [11, с. 35].

Таким образом, несмотря на несомненные успехи оспаривания, оно особенно в Акмолинском и Семипалатинском областях, охватывало далеко не всех детей, вследствие чего вспышки оспы продолжались здесь до конца XIX века. Так как в степи быстрыми темпами распространялся сифилис, в 1860 г. областной доктор С.Т.Чучкин представил в совет областного правления, разработанный им проект организации борьбы с сифилисом. Согласно проекту, в целях более полного выявления больных сифилисом, предлагалось проводить медицинские осмотры, в первую очередь в тех аулах, которые расположены вблизи русских поселений, а также казахов, работающих по найму на рудниках, промыслах, заводах. Предполагалось привлечь к борьбе с заразой местных врачей; установить для «баксы» особое поощрение, чтобы они через волостных правителей сообщали окружным врачам обо всех больных.

Предполагалось также обязать всех промышленников, имеющих в степных округах прииски или заводы, открыть при них больницы. Помимо этого все врачи должны тщательно выявлять источник заражения. Лечение выявленных больных, без различия их положения и национальности, доктор Чучкин предлагал производить бесплатно в военных лазаретах. Таким образом, авторы Устава 1822 года прекрасно понимали пагубные последствия переселения в степь европейского населения в части возможного распространения среди казахов инфекционных заболеваний. И они оказались правы. Поэтому в положениях Устава предусматривалось открытие больниц. Но материалы по Каракаралинскому и Акмолинскому округам свидетельствуют о том, что положения Устава 1822 г. не были реализованы. Между тем, распространение инфекционных заболеваний приобретало такие размеры, что становилась угрозой и вынуждала колониальные власти принимать меры к открытию больниц в округах, начать подготовку медицинских кадров [12, с.49].

Ситуация в области здравоохранения мало изменилась и в 60-е годы XIX века, состояние медицинского обслуживания населения оставалось неудовлетворительным до XIX века. Один уездный врач обслуживал 100 тысяч человек на территории в 9 тысяч квадратных верст и всего один раз в год объезжал свой участок [5, с.49]. Согласно «Обзорам Тургайской области» с 1880 по 1886 гг. в Тургайской области, образованной 21 октября 1868 г., в состав которой входил Актюбинский уезд, лечебных заведений гражданского ведомства не было. Медицинское обслуживание населения области находилось в неудовлетворительном состоянии. Врачебная помощь ограничивалась только оказанием случайной помощи при поездках врачей по уездам. Это связано в большей степени с обширностью территорий уездов, разбросанностью и подвижностью коренного населения, ведущего кочевой образ жизни, также недостатком материальных средств. Кроме того, очень низкая заработная плата врачей и неблагоприятные условия службы в этих местах служили причиной того, что эти должности часто оставались вакантными [13, с.67].

В «Тургайской газете» за 14.01.1896 г. сообщается, что в г. Актюбинске открыт амбулаторно-стационарный приемный покой. До его открытия, как отмечает газета, в городе имелись случаи несвоевременного оказания врачебной помощи, трудности по борьбе с эпидемиями [13, с.69]. Таким образом, появление первых медицинских учреждений в Казахстане связано с русской колонизацией казахского края. Не эффективная работа первичной профилактики инфекционных заболеваний связано с тем, что царская администрация не учитывала особенности образа жизни, питания местного населения. Несмотря на это профилактические меры, т.е. вакцинация, принесли свои плоды. Здравоохранение Казахстана в XIX в. строится на бюджетной системе, профилактическая помощь финансировалась государством. В XIX в. заболеваемость в Казахстане, особенно эпидемическая и детская, а также смертность оставались высокими. Сказывались слабые материальные условия жизни простого народа, отсутствие должного количества медицинских работников.

ЛИТЕРАТУРА

1. ЦГА РК. Ф. 338. Оп.1. Д. 2. Л.16.
2. Палкин Б.Н. Очерки истории медицины и здравоохранения Западной Сибири Казахстана в период присоединения к России (1716-1868).– Новосибирск. 1967. 530 с.
3. ЦГА РК. Ф. 338. Оп. 1. Д. 519. ЛЛ. 3- 4.
4. ЦГА РК. Ф. 338. Оп. 1 Д. 442. ЛЛ. 7-8.
5. Агубаев Н.Ж. Вестник науки аграрного университета им. С.Сейфуллина. № 4. - Астана, - 1998. – С. 49.
6. Касымбаев Ж.К., Агубаев Н.Ж. История Акмолы: XIX – нач. XX вв.: исследования, источники, комментарии. Алматы: Жеты-Жаргы, 1998. - 176 с.
7. Алпыспаева Г.А. Акмола, Целиноград, Астана: исторический путь становления и развития: диссер. докт. ист. наук. – Астана. 2009, – 112.с.
8. Броневский С.Б. О казахах Средней Орды. – Астана. – 2007. – 165 с.
9. Валиханов Ч. Сборник соч.: в 5 том. – Алматы. 1985. – Т. 4. – 460 с.
10. ЦГА РК. Ф. 374. Оп. 1. Д. 1657. Л. 34.
11. Алтынбаев К. Кокпекты. – Новосибирск. 2002. – 172 б.
12. Астана. История столицы и края в XVII-XIX вв. Астана. 2006. –290 с.
13. Книжник С. Об истории здравоохранения города Актобе и его области. // Қазақстан мұрағаттары. 2(4). 2007. – С. 67.

УДК 614.253.52:616.379-008.64(574.5)

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ
 ДИАБЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Г.О. Сапарова, К.Т. Курбанова, Г.О. Доланова

Клиническая база МКТУ им. К.А.Яссави, г. Шымкент

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Қазіргі таңда диабеттік қызмет көрсету шұғыл мәселелердің бірі болып есептеледі. Емдік профилактикалық мекемелерде мамандандырылған дәрігерлер жетіспеуде, әсіресе ауылды аймақтарда. Осының барлығы нәтижесінде мүгедектік асқынуларға, өлімге алып келеді, әсіресе жас балаларда, жасөспірімдерде және жұмысқа қабілетті жастағы адамдарда.

SUMMARY

One of the critical problems is the problem of diabetes service provision and the disproportionate level of staffing by qualified medical personnel of medical institutions, especially in rural areas, leading to severe debilitating complications and high mortality from this disease, especially among children, adolescents and people of working age.

Основой совершенствования регионального планирования ресурсов здравоохранения является оптимизация существующей сети ЛПУ с целью обеспечения эффективности функционирования системы в целом. На формирование сети учреждений и кадровое обеспечение диабетологической службы Южно-Казахстанской области оказывают влияние такие факторы, как обширная территория, высокая плотность населения, своеобразные условия расселения жителей, связанные с климато-географическими и социально-экономическими условиями. Главными недостатками существующей сети учреждений здравоохранения являются следующие: различия в обеспечении ресурсами здравоохранения населения (город, село), несоответствие существующей сети ЛПУ потребностям населения в медицинской помощи [1, 2, 3, 4, 5].

В ЮКО проживают более 2 429 100 человек, 63,1% которых проживают в сельской местности. Как видно из таб. 1, жители сельской местности проживают в отдаленных от РБ населенных пунктах, радиус обслуживания свыше 30 км и до 190 км до ближайшей РБ, что снижает доступность первичной медико-санитарной помощи, не говоря о квалифицированной и специализированной диабетологической помощи больным сахарным диабетом.

Таблица - Радиус обслуживания эндокринологической службы ЮКО

№ п/п	Наименование учреждения	До районного центра, и ЦРБ (в км)	Всего населения тыс. человек
1.	Арыс		62,9
2.	Байдибек		53,2

	- СУБ «Актас»	80	
	- СУБ «Алғабас»	23	
	- СУБ «Боралдай»	45	
	- СУБ «Боген»	40	
	- СУБ «Жарықбас»	62	
	- СУБ «Майбулак»	30	
	- СУБ «Шалдар»	30	
3.	Казыгурт		96,7
	- СУБ «Жанабазар»	35	
	- СУБ «Рабат»	52	
	- СУБ «Турбат»	19	
	- СУБ «Семби»	40	
4.	Мактаарал		259,8
	- г.Жетысай ЦРБ		
	- Атакент РБ	15	
	- Мырзакент РБ	20	
	- Асық-Ата РБ	15	
5.	Ордабасы		85,3
	- СУБ «Бадам»	35	
	- СУБ «Торткол»	60	
4.	Отырар		55,7
	- СУБ «Кожатогай»	35	
	- СУБ «Шилик»	35	
	- СУБ «Маякум»	70	
	- СУБ «Коксарай»	35	
	- СУБ «Темир»	30	
	- СУБ «Балтакол»	90	
	- СУБ «Аккум»	70	
5.	Сайрам		236,9
	- СУБ «Карабулак»	16	
	- СУБ «Сайрам»	16	
	- СУБ «Карамурт»	16	
	-СУБ «Кайнарбулак»	25	
6.	Созак		50,4
	- СУБ «Жуантобе»	160	
	- СУБ «Куаныш»	80	
	- СУБ «Кумкент»	25	
	- СУБ «Жуантобе»	25	
	- СУБ «Каратау»	100	
	- СУБ «Карагур»	110	
	- СУБ «Шу»	190	
7.	Сарыағаш		232,4
	- СУБ «Капланбек»	8	
	- СУБ «Дербисек»	40	
	-СУБ «Жибек-Жолы»	20	
	- СУБ «Дарбаза»	18	
	- СУБ «Сырдарья»	70	
	РБ «Келес»	130	
	- СУБ «Актобе»	70	
	- СУБ «Бирлик»	100	
8.	Толеби		108,9
	- Коксаек ЦРБ		
	- г.Ленгер	20	
9.	Тюлькубас с.Т.Рыскулов		91,6
	-СУБ «Састобе»	30	
10.	Шардара		71,7
	- СУБ «Казахстан»	65	
	- СУБ «Берекели»	35	

11.	Кентау		82,4
	- СУБ «Ащысай»	60	
	- СУБ «Карнак»	15	
12.	Туркестан		184,4
	- СУБ «ст.Икан»	40	
	- СУБ «Чернак»		

На современном этапе развития здравоохранения повышение качества медицинской помощи обуславливается характером специализации. Однако, только 62,5% больных сахарным диабетом госпитализируются в профильные учреждения. В условиях сельской местности основная доля больных сахарным диабетом получает стационарное лечение в терапевтических отделениях центральных районных больниц (78,6%); другие - на базе участковых (9,4%) и областной (12%) больниц [6, 7, 8]. Кочный фонд для эндокринологических больных в ОЭД составляет 120 коек, в сельских местностях 15 коек. Учитывая, что население ЮКО в 2010 году было 2 429 100 человек, необходимое число должно составлять 410 коек. Показатель обеспеченности кочным фондом составляет 23,6 на 10 тыс. населения (РК 70,8), т.е. в 3 раза меньше республиканского показателя. Результаты произведенных расчетов свидетельствуют, что потребность населения региона в специализированном кочном фонде удовлетворена не полностью.

С учетом поправочных коэффициентов, учитывающих особенности медико-демографического состава населения и его уровень заболеваемости для территории Южно-Казахстанской области рассчитан норматив обеспечения больных эндокринологического профиля специализированным кочным фондом (0,16 на 1000 населения). Кадровое обеспечение врачами-диабетологами является одним из основных индикаторов, характеризующих качество и доступность населению диабетологической помощи. В настоящее время в учреждениях здравоохранения Южно-Казахстанской области имеется 81 должности врача-эндокринолога (35 - врачей-эндокринологов в ОЭД, 37 - врачей-эндокринологов в сельских местностях, 9 - врачей-эндокринологов в поликлиниках города Шымкент).

Обеспеченность населения специалистами данного профиля составляет 0,5 на 10 000 населения. При этом наблюдаются выраженные диспропорции в обеспеченности врачами-эндокринологами городских и сельских жителей, различия показателей которых составляют соответственно 0,5 и 0,1 (на 10 000 населения), т.е. в 5 раз. Ухудшает качество медпомощи и снижает эффективность затрат государства нехватка эндокринологов, особенно в сельской местности. Стало практикой совмещение функций терапевта и эндокринолога во многих районных и городских клиниках. Не хватает кадров как в первичном медицинском звене, там, где идет раннее выявление болезни, так и врачей-эндокринологов. Мало и медицинских сестер этого направления, нередко врачи ведут прием без их помощи, выполняя не свои функции в ущерб врачеванию. Поэтому остается высокой смертность и инвалидизация от этой болезни, особенно среди людей трудоспособного возраста.

Аналитическая оценка объемов амбулаторно-поликлинической помощи больным диабетологического профиля в учреждениях здравоохранения Южно-Казахстанской области свидетельствует, что «коэффициент дисбаланса» фактического (513 194) числа посещений врачей диабетологов (с учетом фактического объема посещений в районные, городские и областные учреждения здравоохранения) и нормативного (111 226) числа посещений (исходя из нормативов обеспеченности специалистами) составляет +4,6. При этом нормативное (расчетное) число амбулаторно-поликлинических посещений, произведенное с учетом уровня заболеваемости и демографической структуры населения, достигает отметки 571 787 посещений в год.

Обучение больных сахарным диабетом основам самоконтроля является обязательным и производится путем организации специализированных школ при государственных медицинских учреждениях (из расчета 1 школа на 50 000 человек населения в городах и в каждом медицинском учреждении районного значения), занятия в которых проводятся врачом или медсестрой, прошедшими подготовку по специализации «методист школы диабета». На данный период в РК формально работают школы диабета в поликлиниках и всего один на всю страну эндокринологический диспансер, расположенный в Шымкенте (В Узбекистане, например, в каждой области работают диабетические диспансеры). Нет также центров по реабилитации пациентов с сахарным диабетом, центров диабетической стопы, центров по обучению навыкам жизни с этой болезнью.

Таким образом, одной из острых проблем диабетологической службы является проблема непропорционального уровня обеспеченности и укомплектованности квалифицированным медицинским персоналом лечебно-профилактических учреждений, особенно расположенных в сельской местности, что приводит к тяжелым инвалидизирующим осложнениям и высокой смертностью от этой болезни, особенно среди детского, подросткового и людей трудоспособного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Громнацкий Н.И., Диабетология. // М.: ВУНМЦ, 2005 г. С. 44-98.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В. // Сахарный диабет. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2003 г. С. 294.
3. Дедов И.И., Шестакова М.В. // Диабетическая нефропатия. М.: Эксмо, 2004 г.
4. Жданова О. И. //Сахарный диабет без иллюзий и осложнений СПб: БХВ – Петербург, 2005 г. С. 105.

5. Зефирова Г.С. // Сахарный диабет. Санкт-Петербург: Питер Пресс, 1996 г. С. 44-131.
6. Казьмин В.Д. // Сахарный диабет: Как избежать осложнений и продлить жизнь. Ростов - на - Дону: Феникс, 2000 г. С. 36-50.
7. Остапова В. В. // Сахарный диабет. М.: Медицина, 1994 г. С. 23.
8. Петри А., Сэбин К. // Наглядная статистика в медицине. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003 г. С.101.

УДК 616.379-008.64-082

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Г.О. Сапарова, К.Т. Курбанова, Г.О. Доланова

Клиническая база МКТУ им. К.А.Яссави, г. Шымкент

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Мамандандырылған көмекті жүйелеу тиімділігін жоғарылату және жетілдіру, осы ауруды және оның асқынуларын емдеуде, мемлекет пен қоғамның көп қаржы жұмсауы, халық арасында осы ауруға байланысты мүгедегтік пен жұмысқа жарамсыздық деңгейінің жоғарылауы қант диабеті мәселесінің өзектілігін сипаттайды.

SUMMARY

Issue of the day is determined by the medical and social significance of diabetes, characterized by increasing levels of employment losses and economic damage due to disease, disability and mortality, costs of state and society, aimed at treatment of the disease and its complications, requiring better and more effective system of specialized skilled care.

Интерес к влиянию неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье детей и подростков проявляют многие международные общественные и правительственные организации и система здравоохранения. Актуальность исследования обусловлена всевозрастающим уровнем распространенности среди детей и подростков социально-значимых заболеваний. Среди них особое место занимает сахарный диабет и его многочисленные осложнения. Социальная значимость определяется тем, что эти патологии приводят к ранней инвалидизации и смертности, связанные с сосудистыми осложнениями диабета [1, 2]. СД одна из актуальных проблем современности.

Широкая распространенность, ранняя инвалидизация и высокая смертность выделили сахарный диабет в качестве приоритетов национальных систем здравоохранения подавляющего большинства стран мира. Согласно последним данным исследовательской группы ВОЗ по СД, при имеющейся тенденции к постоянному увеличению, число больных этим хроническим заболеванием во всем мире составляет более 100 миллиона. Большая социальная значимость СД состоит в том, что он приводит к ранней инвалидизации или летальности, которые обусловлены развитием поздних сосудистых осложнений, включая микроангиопатии, нефроангиопатии, ретинопатии, инфаркт миокарда, ИБС, инсульт, ангиопатии нижних конечностей, нейропатии и смешанных форм этих осложнений в виде гангрены нижних конечностей и диабетической стопы. В настоящее время СД является ведущей причиной слепоты, нетравматической ампутации нижних конечностей вследствие гангрены.

Инфаркт миокарда и инсульты у больных сахарным диабетом наблюдаются в несколько раз чаще, чем в общей популяций. 35-40% всех случаев смертности от уремии приходится на долю больных с сахарным диабетом. Хроническое течение заболевания, частота осложнений и инвалидизация требуют постоянного диспансерного наблюдения за больными диабетом, включающего не только контроль за показателями обмена веществ (гликемий, глюкозурий, титонемий, липидемий и др.), но и за состоянием сосудистой системы, в том числе за микроциркуляцией глаза и почек [3, 4, 5, 6, 7]. Истинная причина СД до сих пор неизвестна. Сложность проблемы этиологии состоит в том, что изначальные причины заложены в прошедших жизненных этапах больного; медико-социальной значимостью, экономическими затратами, которое несет общество. Все сказанное определяет актуальность сахарного диабета и его распространенность. Эпидемиологические исследования СД под руководством академика Мидлина, начались 1978 году в рамках проблемы «Эпидемиология СД в СССР», утвержденной президентом академии наук СССР и завершились к 1992 году.

За этот период была изучена эпидемиологическая ситуация по СД среди населения Алматинской, Южно-Казахстанской и Восточно-Казахстанской области Республики Казахстан. Всего было исследовано 15 000 человек в возрасте от 14 до 60 лет. Установлено, что частота СД составила 1,8%, а к группе риска отнесены более 60% респондентов. Исследование проводилось по критериям ВОЗ и отвечало всем требованиям международных стандартов. Были проведены выборочные эпидемиологические исследования среди сельского и городского населения. Уже первые эпидемиологические исследования показали их научную и практическую значимость, поскольку было установлено что различные этнические и социальные группы населения подвержены СД в разной степени. Появилась возможность учитывать данные эпидемиологического

исследования при планировании лечебно-профилактического исследования, оказании специализированной медицинской помощи и определении необходимого объема лечебной помощи и лекарственных средств [8, 9, 10, 11, 12].

Большие успехи в области фундаментальной диабетологии и иммунологии в последние годы дают все основания считать, что эффективные средства для предупреждения и лечения сахарного диабета 1-го типа особенно на ранних стадиях его возникновения, появятся уже в настоящем столетии. Сахарный диабет сегодня - одна из ведущих медико-социальных проблем. Миллионы людей во всех странах мира страдают этим заболеванием. Несмотря на интенсивные исследования, сахарный диабет остается хроническим заболеванием, требующим постоянного контроля с целью предупреждения осложнений и преждевременной инвалидизации. Поэтому обучение пациентов сахарным диабетом методам самоконтроля, управлению своей болезнью в тесной кооперации с лечащим врачом имеет большое значение. Только в сочетании с диетой, физической активностью и обучением, препараты могут привести к компенсации диабета и предупреждению его поздних осложнений. Современный образ жизни принес свои отрицательные плоды. Чем больше комфорта в окружающем мире, тем меньше естественная физическая активность.

Снижение интенсивности естественной физической нагрузки привело к появлению "болезней цивилизации" - стенокардия, язвенная болезнь, атеросклероз, ожирение, и т.д. В одном ряду с этими болезнями стоит и сахарный диабет. Количество пациентов с сахарным диабетом наиболее развито в промышленно-развитых странах, т.е. существует прямая связь между возникновением сахарного диабета и снижением уровня физической активности. Сахарный диабет представляет собой одну из глобальных проблем современности. Он стоит на тринадцатом месте в рейтинге самых распространенных причин смерти после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и стойко держит первое место среди причин развития слепоты и почечной недостаточности. Занимая 60-70% в структуре эндокринных заболеваний, сахарный диабет является самой распространенной эндокринной патологией. По данным эпидемиологических исследований ежегодный прирост составляет 5-9% от общего числа заболевших, причем каждые 15 лет это число удваивается.

Согласно последним данным, в различных регионах нашей страны распространенность сахарного диабета в популяции составляет 2-5%, а нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ) - примерно 8-10%. Значительное преобладание лиц с НТГ и низкая эффективность профилактических мероприятий, к сожалению, и в дальнейшем гарантируют рост заболеваемости сахарным диабетом среди населения. С ростом заболеваемости во всем мире увеличиваются и государственные затраты, связанные с обследованием, лечением и реабилитацией больных сахарным диабетом, имеющих сердечно-сосудистые, почечные, офтальмологические, неврологические и другие нарушения, а также с регулярным обеспечением больных сахароснижающими препаратами, шприцами, диагностическими средствами. Очевидно, что как моральный, так и материальный ущерб, причиняемый сахарным диабетом обществу, являются довольно значительными. Необходимость постоянного самоконтроля, соблюдения строгих диетических и режимных ограничений, трудность адаптации больного в обществе позволяют выделить сахарный диабет как важную медико-социальную проблему, решение которой требует мобилизации усилий не только органов здравоохранения, но и других заинтересованных государственных и общественных организаций. Выраженные негативные сдвиги в состоянии здоровья детей подросткового возраста в настоящее время уже привели к серьезным медико-социальным последствиям – ухудшению репродуктивного здоровья, ограничению возможности получения профессионального образования, трудоустройства, уменьшению числа юношей, годных к военной службе, что не могло не сказаться на демографической ситуации, трудовом и военном потенциале государства.

Острота проблем, связанных с формированием здоровья детей на подростковом этапе развития, обусловлена и тем, что подростковый возраст является критическим, как с медицинских, так и с психологических позиций. Формирование здоровья ребёнка в этом возрасте происходит под воздействием активной физиологической перестройки организма и интенсивной социализации личности. В период наиболее выраженного роста и развития организм крайне чувствителен к воздействию социальных факторов. При этом чрезвычайно быстрые и интенсивные перемены последних лет в государстве и обществе определили формирование у современных подростков стереотипов поведения, не ориентированных на сохранение и укрепление здоровья. Борьба с сахарным диабетом и его осложнениями зависит не только от согласованной работы всех звеньев специализированной медицинской службы, но и от самих больных, без участия которых не могут быть достигнуты целевые задачи по компенсации углеводного обмена при сахарном диабете, а его нарушение вызывает развитие сосудистых осложнений.

Сахарный диабет 1 типа (СД 1) является важной медико-социальной проблемой современной педиатрии, что обусловлено увеличением его распространенности среди детей и подростков в последние годы и ранним появлением инвалидизирующих осложнений. Одним из наиболее частых, но наименее изученных осложнений сахарного диабета в детском возрасте является диабетическая периферическая полинейропатия (ДПН) - дистальное симметричное поражение нервных волокон, преимущественно в нижних конечностях, характеризующееся развитием атрофии, дегенерации и демиелинизации аксонов. Частота ДПН у детей и подростков с СД 1, по данным различных авторов, колеблется от 5% до 90%, при этом имеющая место преимущественно низкая выявляемость этого осложнения связана с трудностями его диагностики вследствие преобладания в детском и подростковом возрасте нетяжелых, в том числе бессимптомных (субклинических) форм, и отсутствием должной настороженности в отношении развития периферической полинейропатии при СД 1 в педиатрической практике [13, 14].

Решение проблемы требует учёта различий между регионами, включая изучение особенностей в предрасположенности к заболеванию и факторов, способствующих степени доступности медицинской помощи и совершенствования её организации. В настоящее время акцент делается на экономическом аспекте медицинской помощи. В этой связи возникает необходимость в статистической и экономической информации для принятия решений в пользу той или иной формы медицинского обслуживания, управления финансовыми потоками, идущими на медицинские программы, как специализированного назначения, так и между различными направлениями медицинской помощи.

Эпидемиологические исследования, проведенные во многих странах мира, свидетельствуют об увеличении заболеваемости сахарным диабетом 1 типа среди лиц молодого возраста за последнее десятилетие. Большая социальная значимость сахарного диабета заключается в том, что длительная декомпенсация нарушенного углеводного обмена приводит к развитию таких осложнений, как ретинопатия, нейропатия и нефропатия, являющихся причиной ранней инвалидизации. По данным разных авторов, от 30 до 90% больных сахарным диабетом 1 типа, заболевших в молодом возрасте, имеют поздние осложнения уже через 5 – 10 лет от начала заболевания. На фоне сложной и нестабильной социально-экономической ситуации, характерной для развития страны в последнее десятилетие, сформировались устойчивые негативные тенденции динамики состояния здоровья детей всех возрастных групп. Ухудшение состояния здоровья наиболее выражено среди детей подросткового возраста от 10 до 17 лет включительно. За последние годы значительно увеличилась частота тяжелых форм патологии, что способствует росту числа детей-инвалидов подросткового возраста. Все это значительно увеличивает экономические и социальные потери общества.

Сахарный диабет – это синдром хронической гипергликемии, развивающейся в результате воздействия генетических и экзогенных факторов, обусловленный абсолютным и относительным дефицитом инсулина в организме и характеризуется нарушением вследствие этого всех видов обмена веществ, в первую очередь углеводов. С целью профилактики сахарного диабета, большое значение придают физической активности, оказывающее многостороннее оздоравливающее действие за счет повышения функциональной активности различных органов и систем. Профилактика сахарного диабета на национальном уровне требует совместных усилий многих общественных институтов, а не только здравоохранения. Однако органы здравоохранения играют ведущую роль в повышении общественной осведомленности о сахарном диабете. В связи с гетерогенностью СД необходимо дифференцированные подходы к первичной профилактике, но эти вопросы нуждаются в дальнейших исследованиях.

Помимо первичной профилактики осложнений сахарного диабета путем оптимизации контроля его течения, следует также проводить вторичную профилактику. В настоящее время она возможна только при достаточно ранней диагностике осложнений. Примером эффективного современного подхода могут служить профилактика прогрессии почечной патологии при раннем вмешательстве или профилактика развития язв стопы и сепсиса благодаря консультативной помощи больным. Не вызывает сомнения, что обследование, направленное на раннее выявление осложнений и факторов риска – важнейший аспект лечения диабета; его нужно проводить ежегодно. Обследование должно быть достаточно полным и в идеале проводиться вне зависимости от посещений врача [15, 16, 17].

Сахарный диабет 1 типа (СД 1) преобладает у больных детского и юношеского возраста. В течение долгого времени назывался юношеским, ювенильным диабетом. На сегодняшний день следует отметить не только «возмужание» СД 1, т.е. выявление его уже в зрелом возрасте, но и быстрое увеличение количества детей, у которых диагностируется СД 1 на 1-м году жизни, а то и сразу после рождения [18]. СД 1 является одной из важнейших медико-социальных проблем сегодняшнего дня. По данным исследовательской группы ВОЗ СД 1 страдает один из каждых 500 детей и один из каждых 200 подростков. Продолжительность жизни детей, страдающих СД 1, на 25-30 лет короче среднестатистической, СД 1 приводит к инвалидизации больных и летальному исходу в молодом возрасте. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости СД 1 у детей. СД 1 является аутоиммунным заболеванием, на развитие которого оказывают влияние эндо- и экзокринные факторы.

Генетический фактор не вызывает сомнений. Происходят постоянные исследования экзогенных факторов, играющих значительную роль в росте заболеваемости СД 1 у детей. Первый пик заболеваемости приходится на 4-7 лет, что неудивительно: малыш пошел в садик или школу, столкнулся с незнакомыми вирусами и начал вырабатывать к ним иммунитет. В такой момент защитная система организма напряжена до предела и при неблагоприятном стечении обстоятельств может направить удары своей артиллерии - специфических антител - против собственного организма, запустив механизм диабета. В раннем детском возрасте мальчики заболевают диабетом чаще девочек, а после 3х лет наблюдается обратная закономерность.

В группе риска - дети, весившие при рождении более 4,5кг, страдающие ожирением или другими эндокринными расстройствами, имеющие родителей или ближайших родственников, больных диабетом, а также однояйцовые близнецы, если один из них страдает этим заболеванием. Эксперты комитета ВОЗ по сахарному диабету предсказывают, что к 2010 году жертвами заболевания станут 230 миллионов жителей Земли, причем 10 миллионов из них - дети. Эти неутешительные расчеты заставили ученых пересмотреть свое отношение к диабету. Многие специалисты теперь считают его не столько болезнью, сколько особенностью обмена веществ, который диктует определенный образ жизни: ограничения в питании, постоянный контроль за уровнем углеводов в крови, ежедневные инъекции инсулина. Сахарный диабет (СД) оказывает

негативное воздействие на репродуктивную систему женщины посредством различных патогенетических механизмов. Развившийся в детском возрасте СД, нередко становится причиной как первичной, так и вторичной аменореи. В "доинсулиновый период" у девушек, страдающих СД I типа, менструации были редкостью, а гипогонадизм и первичное бесплодие наблюдались у 90%. Среди основных нарушений менструального цикла (МЦ) олигоменорея и аменорея встречаются у больных СД в три раза чаще, чем у здоровых девушек и женщин. При этом у 77% больных СД I типа выявляются поликистозные изменения в яичниках, а индекс массы тела существенно превышает таковой у аналогичных пациенток с регулярным МЦ. Всего 11 % женщин с СД I типа не имеют какой-либо гинекологической патологии и указывают на своевременное начало менархе.

В структуре осложнений СД I типа преобладают диабетическая ретинопатия и задержка физического развития, реже встречается диабетическая нефропатия и полинейропатия. Причем эта тенденция не зависит от места жительства ребенка. Рост заболеваемости сахарным диабетом I типа и развитие осложнений обусловлено неблагоприятным влиянием факторов внешней среды, сниженным уровнем мотивации к проведению самоконтроля, атерогенным сдвигом в липидном обмене, изменениями в иммунном статусе. Установлено, что предрасположенность к болезни связана с группой определенных генов. Получив такие гены от одного из родителей, ребенок приобретает реальный шанс заболеть диабетом.

В семье, где отец с детства страдает юношеским диабетом, вероятность развития заболевания у сына или дочери составляет около 5-10%. Если диабетом такого типа больна мать, риск наполовину меньше: 2-2.5%, брат или сестра - 5%. Когда больны двое детей, то опасность заболеть диабетом для третьего ребенка возрастает до 10%. Ученые из Канады и Финляндии совершенно независимо друг от друга обнаружили сенсационный факт: коровье молоко, которое младенец получает в первые 2 года жизни, может стать провоцирующим фактором болезни - вызвать юношеский диабет у детей с генетической предрасположенностью к нему. Мальшей из группы риска мамы должны кормить грудью до 2-х лет, а для приготовления каш использовать вместо коровьего молока соевые смеси [19, 20].

Анализ заболеваемости СД I по странам мира выявил её снижение с севера на юг, так называемый широтный градиент. Наибольшая частота СД I отмечается в странах Скандинавии (40 на 100 тыс. у лиц в возрасте до 14 лет), наименьшая – в Средиземноморье (5-10 на 100 тыс. детского населения), ещё ниже – в Гонконге и в Китае (0,51 на 100 тыс. детского населения) [21]. Большинство случаев выявления СД I приходится на холодное время года (зима – весна), минимальное – летом. Данные многих авторов указывают на значительные колебания частоты СД I в зависимости от этнического происхождения. В докладах Научного комитета по изучению влияния ядерного излучения на Генеральной ассамблее ООН, происходившей в апреле 2001 года в Вене, а также на конференциях по проблемам последствий на Чернобыльской АЭС, было зафиксировано мнение многих специалистов, что радиационный фактор оставил глубокий след как на генетическом уровне, так и в аспекте аутоиммунной реакции человеческого организма [22, 23].

Роль вирусов в усугублении аутоиммунной реакции у лиц с генетической предрасположенностью к СД I не вызывает сомнения, поему связь манифестации СД I с вирусными инфекциями, в том числе с эпидемическими вспышками общепризнанна. Исследования, опубликованные в 1998-2004г.г. позволяют изменить наше отношение к возможности профилактики сахарного диабета I типа. Если еще "вчера" мы считали, что реальной профилактики ИЗД нет, то сегодня на вопрос о возможности проведения такой профилактики можно ответить утвердительно. Первичная профилактика диабета заключается в запрещении использования коровьего молока и его компонентов у новорожденных и у детей раннего возраста. При обнаружении в сыворотке крови у детей с факторами риска антител к антигенам островка поджелудочной железы еще при отсутствии клинических признаков диабета, следует назначать введение малых доз инсулина, которые замедляют и останавливают иммунные механизмы развития диабета.

Установлено также положительное влияние в таких случаях никотинамида и других средств, влияющих на иммунную систему организма. Хотя перечисленные исследования проводились на сравнительно небольших группах детей, но обнадеживающие результаты позволяют надеяться на возможность осуществления реальной профилактики. В отношении профилактики ИНЗД, на долю которого, как известно, приходится 75-80 % всех случаев сахарного диабета, имеются свои особенности. Несмотря на то, что наследственность при этом типе диабета проявляется в большей степени, чем при сахарном диабете I типа, основным внешним фактором, способствующим его развитию, является переизбыток энергии в организм. Поэтому в семьях больных сахарным диабетом II типа необходимо в первую очередь проводить работу, направленную на борьбу с переизбытком энергии, с чрезмерным употреблением легкоусвояемых углеводов (сахар, мед, конфеты и т.д.). Родители должны знать, что полнота их детей не является признаком здоровья, а наоборот, способствует развитию ожирения и сахарного диабета, поэтому профилактика ожирения должна начинаться с детского возраста.

Главная угроза, которую таит в себе диабет, - снижение продолжительности и качества жизни. Продолжительность жизни людей с диабетом, даже в развитых странах, значительно меньше обычной. Люди с диабетом не только меньше живут, но чаще становятся инвалидами, в том числе, по причине психических расстройств и депрессии. Это усиленное болезненное состояние влечет за собой повышение стоимости и длительности лечения хронических осложнений в стационаре. Несмотря на увеличивающуюся важность диабета в стране, на сегодня отмечаются пробелы в знаниях об экономике диабета, и отсутствует точная информация относительно финансового бремени заболевания и затрат на диабетическую помощь. Недостаток опыта работы в экономике здравоохранения и стандартизированных, приемлемых правил определения затрат на медицинскую помощь усиливает эти трудности. Повышение осведомленности врачей о диабете, как главной проблеме здравоохранения современности, должно вызвать значительный интерес к оценке затрат на диабетическую помощь и необходимо предпринять попытки их оценить [24, 25, 26].

Таким образом, актуальность проблемы определяется медико-социальной значимостью сахарного диабета, характеризующуюся возрастающими уровнями трудовых потерь и экономического ущерба вследствие заболеваемости, инвалидности и смертности населения, расходов государства и общества, направленных на лечение заболевания и его осложнений, требующих совершенствования и повышения эффективности системы специализированной квалифицированной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камарницкая Н.Т. Социальная гигиена, организация здравоохранения. История медицины. Киев, 2003, N16, С.87-92.
2. Эрштейн Н.В. Общие медицинские проблемы сахарного диабета. Таллин, 1999, 203с.
3. Султанов Б.А. Распространенность сахарного диабета в промышленных городах Республики Узбекистан // здравоохранение Узбекистана, 1989, N 11, С. 41-42.
4. Обусцев С.А., Хочеров Д.Г., Ахмедханов А.А. Эпидемиологические аспекты СД в Дагестане // Проблемы эндокринологии. 1993, N 1, С. 21-24.
5. Ахмадулова Д.А., Федорова Л.П. Об эпидемиологии и раннем выявлении СД в Киргизский СССР // Тезисы доклада второго всесоюзного съезда эндокринологов. Ленинград, 1980, 7с.
6. Бурлак С.И. Распространенность СД среди населения Камчатки // Проблемы эндокринологии. 1982, N 5, С. 17-22.
7. Дроздова Е.А. Эпидемиология сахарного диабета сегодня и в будущем // Матер. IV Региональной научно-практической конференции «Молодежь XXI века - шаг в будущее». Благовещенск, 2003, 212с.
8. Дроздова Е.А., Манаков Л.Г., Колодина И.А. Информационно-аналитическая система эпидемиологического мониторинга в диабетологии // Матер. Научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения внутренних болезней». Благовещенск, 2004, С. 11-12.
9. Дроздова Е.А. Медико-социальные аспекты стойкой утраты трудоспособности больных сахарным диабетом // Матер. Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы эндокринологии». Благовещенск, 2005, С. 18-23.
10. Казьмин В.Д. Сахарный диабет: Как избежать осложнений и продлить жизнь // Ростов - на - Дону. Феникс, 2000, С. 132-145.
11. Хайдарова Ф.А. Клинико-эпидемиологические аспекты поздних осложнений СД // Авторская диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Ташкент, 1998, 24с.
12. Миндлин Л.С., Утелинов А.Б. Медицинская помощь больным СД в условиях поликлиники // Советское здравоохранение. Москва, 1990, N 3, С. 31-36.
13. Чазова И.Е., Левича В.Б., Беренков Ю.Н. Социально-гигиенические проблемы СД и подходы к ее первичной профилактике // 2004, N 3, С. 66-73.
14. Тукалевская Н.Н. Бремя диабета // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. 2002, N 3 С. 83-97.
15. Бриндак О.И., Черных В.П., Черных В.Ф., Бездетко А.А., Сахарный диабет // Х.: Прапор. 1994, С. 128.
16. Болезни органов эндокринной системы. Руководство под редакцией Академика И.И. Дедова. // Москва. Медицина, 2000, 144с.
17. Дедов И.И. Сахарный диабет: время радикальных решений // Фармацевтический вестник, N 39, 2002, 45с.
18. Мирошникова Ю.В. Предотвратимые потери здоровья населения при сахарном диабете // Сб. Новые технологии в современном здравоохранении. Сборник научных трудов, Том 2, М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2007, С. 242-244.
19. Зак К.П., Малиновская Т.Н., Тронько Н.Д. Иммуитет у детей, больных с сахарным диабетом // Киев, Книга плюс, 2002, 90с.
20. Баранов А.А., Русова Т.В., Жданова Л.А. Сахарный диабет // Санкт-Петербург. Питер Пресс, 1996, 67с.
21. Щеплягина Л.А., Баранов А.А., Шубочкина Е.И., Ильин А.Г. Сахарный диабет: Как избежать осложнений и продлить жизнь // Ростов - на - Дону. Феникс, 2000, С. 78-95.
22. Ляхович А.В., Маркова И.Ю., Шубочкина Е.И., Вишневская Е.Л. Сахарный диабет без осложнений. // Санкт-Петербург: БХВ – Петербург, С. 89-78.
23. Петеркова В.А., Дедов И.И. Медико-социальные аспекты профилактики сахарного диабета 1 типа // Киев, Книга плюс, 2007, №2, 321с.
24. Сивоус Г.И., Бурса Т.Р., Комкова М.В., Морозова Н.В. Профилактика сахарного диабета у детей и подростков // Москва, 2005, С. 42-67.
25. Дедов И.И. и соавт., 2002; Щербачева Л.И. и соавт., 2004; Diabetes Epidemiology Research International Group, 1999).
26. Дедов И.И., Касаткина Э.П., Danne T. et al, 1997; Porta M. et al, 2001. Сахарный диабет // М.: Бином, 89с.

УДК 616.7-001.5-085

**К ВОПРОСУ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКИ ТАНАТОГЕНЕЗА И МЕХАНИЗМА
ОБРАЗОВАНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ, СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО
АППАРАТА ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ**

К.П. Таитемиров

ЮКФ РГКП «ЦСМ» МЗ РК, г. Шымкент

ТҮЙІН

Бұл мақалада Оңтүстік Қазақстан сот медицина сараптамасының 2005-2010 жыл аралығында жол-көлік апатынан қосалқы аяқ-қанқа сүйектерінің сынуынан өлімге әкеліп соққан жарақаттардың өлу танатогенезы, салыну механизмі көрсетілген оның әлеуметтік қоғамдық маңызы сараланған.

SUMMARY

In this article are explained socially-public sense of the mechanism of formation of thanatogenesis of lethal outcome at fractures of a locomatorium as a result of road and transport incidents are described in this article. These are results of the medical examination of history obiseases in the Southern Kazakhstan during 2005-2010.

В настоящее время травмы являются одной их трех основных причин смерти населения Республики Казахстан. К сожалению, смертность от травм – это удел лиц молодого и среднего возраста и гибель молодого 20-летнего человека с учетом его трудового потенциала и возможности воспроизводства населения не соответствует смерти 85-летнего. Например, гибель 20-летней женщины в автокатастрофе приравнивается к смерти 50 человек, если средняя продолжительность жизни в стране равняется 70 годам, к сожалению, за шесть месяцев 2011 года на дорогах Республики Казахстан умерли в условиях дорожно-транспортных происшествий 994 человека.

Нами подробно изучены истории болезни и протоколы вскрытия умерших от сочетанных множественных травм в течение 2005-2010 годов (всего 148 человек) в Южно-Казахстанском филиале «Центра судебной медицины» МЗ РК. В основном это были лица трудоспособного возраста: 72,6% были моложе 60 лет, 27,4% старше 60 лет. Распределение по срокам летальных исходов была следующим: 35,3% умерли в течении 1-х суток, из них 20,9% в течении 3-х часов с момента поступления в больницу скорой медицинской помощи города Шымкента, в срок от 1-го до 3-х суток 12,1%, от 4-х до 7-ми суток – 21,6%, свыше 7-и суток – 31,0%. При этом обращает на себя внимание увеличение числа реанимационных долгожителей последние годы, что является результатом совершенствования интенсивной терапии, прежде всего за счет использования современной дыхательной аппаратуры и антибиотиков IV-У поколений.

Распределение по доминирующему повреждений было следующим: сочетанная черепно-мозговая травма 48 (32,4%); сочетанная спинно-мозговая травма 5 (3,4%); сочетанная травма груди 29 (19%); сочетанная травма двух и более полостей 40 (27%). Как видно, из этих данных среди умерших отмечается увеличения в 2 раза сочетанных черепно-мозговых травм и более чем сочетанных травм груди. Повреждение внутренних органов наблюдались у 102 (76,4%) пострадавших распределение которых представлено в таблице №1.

Таблица 1 – Повреждения внутренних органов.

Виды повреждений	Число повреждений	
	abc	%
Гемо и пневмоторакс	87	58,7
повреждение головного мозга	61	41,1
Повреждение органов живота	65	43,9
Забрюшинная гематома	34	23,0
Травма мочевыводящих путей	6	4
Травма спинного мозга	5	3,4
Прочие	14	

Наиболее частыми повреждениями были гемо- и пневмоторакс /соответственно 52 и 35 человек/. Источниками образования гемоторакса в подавляющем большинстве случаев были межреберные артерии, пересеченные отломками ребер при их множественных переломах. Пневмоторакс возникал также при ранений легочной артерии острыми отломками. Повреждения костей скелета наблюдались практически у всех пострадавших указанное ниже таблицы №2.

Таблица 2 – Повреждения костей скелета у пострадавших.

Виды повреждений	Число повреждений	
	abc	%

Переломы ребер	103	69,6
Перелом костей голени и стопы	64	46,2
Перелом костей таза	62	41,9
Переломы свода и основания черепа, лицевых костей	60	40,6
Переломы позвоночника	38	25,7
Переломы бедра	19	12,8
Переломы предплечья	16	10,8
Переломы плеча	9	6,1
Множественные переломы нижней и верхних конечностей	7	
Отрывы конечностей	3	2,1
Прочие	48	32,4

В подавляющем большинстве случаев переломы были множественными, у половины из них двухсторонними, 10% по 2 и более линиями с формированием флюктуирующего реберного клапана. Переломы костей голени, стоп и бедер были основными среди переломов длинных костей, причем они имели сложную многооскольчатый характер с обширными повреждениями мягких тканей. Проявлениями высокоэнергетического воздействия было большое число переломов костей таза, из которых захватывали передние и задние полукольца таза с ротационной и вертикальной нестабильностью. Кости черепа и лица являются наиболее ранимыми при автомобильных травмах, поэтому летальность при них составляло 40,6%. Нами прослежены причины смерти в раннем периоде травматической болезни от множественных сочетанных травм.

Таблица 3 - Сроки и причины летальных исходов.

Причина летальных исходов	Сроки летальных исходов			
	0-24 сут	1-3 сут	4-7 сут	Свыше 7 сут
Шок и острая кровопотеря	44	8	1	
Отек и дислокация головного мозга	8	9	6	
ТЭЛА			1	7
Пневмония			16	27
Гнойная пневмония			6	9
Гнойная интоксикация				1
Перитонит				1
Жировая эмболия		1	2	1
Прочие		1	2	1

Непосредственными причинами смерти в раннем периоде были тяжелые множественные повреждения костей мягких тканей и внутренних органов, которые вызвали острую кровопотерю и шок 53 (35,8%) пострадавших, отек и дислокация у 23 (15,6%). Если пострадавшие переживали острый период, то в сроке свыше 3-х суток на первый план в качестве непосредственных причин смерти выходили гнойные осложнения и эмболии. Роль повреждений опорно-двигательного аппарата в танатогенезе сочетанных травм достаточно высока. Из 148 умерших переломы костей таза, позвоночника и крупных сегментов опорно-двигательного аппарата были у 64 пострадавших от дорожно-транспортного происшествия. Они значительно увеличивали общую кровопотерю у пострадавших с сочетанной травмой и способствовали летальному исходу.

В танатогенезе пациентов умерших в интервале 2-24 часа, основную роль играли тяжелые переломы таза, множественные переломы крупных сегментов конечностей. Ошибки диагностики были обнаружены на секции 43% пациентов. Чем меньше был срок жизни пациента, тем больше было ошибок, поскольку времени для сложных обследований не хватило. Из секционных находок на первом месте стоят переломы ребер, когда их число оказывались больше, чем по данным прижизненной рентгенографии, затем идут переломы тел и остистых отростков позвонков, которые в большинстве случаев невидны при обзорных рентгенограммах в передней и задней проекции, далее изолированные переломы костей таза.

Изученных нами секциях 148 наблюдениях по механизму повреждений на первом месте стоят сочетанные травмы - ДТП, наезды на пешеходов, травмы в салоне автомобиля, опрокидывания транспортного средства. Механизм повреждений при автомобильных травмах достаточно разнообразный. Основным фактором определяющим тяжесть травмы является скорость автомобиля. При скорости менее 24км/час как правило не бывает травмы со смертельным исходом, за исключением тех случаев, когда автомобиль переезжает туловище человека (данные представлены в таблице №4).

Таблица 4- Частота различных видов ДТП

ВИД ДТП	Частота %
Наезд на пешехода	32,7
2. Внутриавтомобильные травмы	63,6
Столкновение	32,3
Опрокидывание	12,1
Наезд на препятствие	19,2
3. Прочие	3,7

Множественность повреждений при автотравмах обусловлено высокой энергией скоростью, массой автомобиля и многофазностью (по А.А. Салохину) наносимых повреждений. При наезде автотранспорта на пешехода последний получает переломы нижних конечностей и таза, затем отбрасывают на капот и лобовое стекло, в результате получают повреждения черепа и грудной клетки. В следующую фазу пострадавший падает с автомобиля, так как водитель резко замедляет движение, а пострадавший продолжает движение по инерции. При этом пострадавший ударяется с большой силой об тупой предмет (дорожное покрытие и т.д.).

К повреждениям «нижней» половины тела добавляются переломы верхних конечностей, травмы черепа, грудной клетки, брюшной полости. Полученные в первой фазе повреждения усиливаются при ударе боковой частью автотранспорта, пешехода отбрасывает в сторону и он получает травмы нижней конечности, головного мозга, грудной клетки. Для внутри автомобильных травм характерны сочетания черепно-мозговой и челюстно-лицевой травмы, в следствии удара головой и лицом в приборную панель автомобиля. Переломы нижних конечностей часто отличаются с особой тяжестью с разрушением на большом протяжении. Причиной этого является сильный удар одновременно со скручиванием и сдвигом конечности пассажира и водителя. В связи с особой тяжестью автотранспортных травм и их характерным механизмом на протяжении 50 лет постоянно совершенствуются меры пассивной и активной безопасности автомобиля. Пассивным мерам относятся конструкторские усовершенствования по укреплению корпуса автомобиля, создание должной обтекаемости кузова автомобиля. Активная безопасность автомобиля осуществляется при помощи ремней безопасности, подголовников и воздушных мешков.

Ремни безопасности снижают частоту тяжелых травм на 20-30%. Они фиксируют туловище водителя и пассажиров, благодаря чему снижается количество черепно-мозговых и челюстно-лицевых травм, исключает травму рулевой колонкой. Высокие подголовники оберегают шейный отдел позвоночника, препятствуют его переразгибанию в момент удара сзади. Таким образом, сочетанные и множественные травмы опорно-двигательного аппарата при автомобильных травмах являются одними из основных факторов депопуляции населения Республики Казахстан. Анализ и изучение вида и механизма образований сочетанных множественных травм и улучшение качества первично-медико-санитарной, специализированной помощи при них существенно снизили бы потери населения, главным образом молодого трудоспособного и репродуктивного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.А. Салохин. Судебно-медицинская экспертиза в случаях автомобильной травмы. Москва 1968.
2. Механизм повреждений некоторых внутренних органов человека при травме внутри автомобиля. Карагубенов К.Д. 1980г.
3. Моисеев В.М. Механизм образования повреждений автотранспортом при различных условиях происшествия. Харьков.
4. Летальность у больных политравмой. Ленинград 1981 год.

УДК 613.6.02 (574.5)

ОБ ОПЫТЕ ОЦЕНКИ УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

К.М.Маширова

Республиканское государственное казенное предприятие, г. Шымкент

«Южно-Казахстанский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы», г. Шымкент

ТҮЙІН

Оңтүстік Қазақстан облысының табиғатының, географиялық орналасуының және экономикалық ерекшеліктеріне байланысты жолаушылар және жүк тасымалының негізгі бөлігі темір жол көлігімен тасымалданады. Осы тасымалды қамтамасыз етуде темір жол көлігі локомотив бригадаларының атқаратын

қызметі зор. Мақалада темір жол көлігінің жұмысшыларына әсер ететін қоршаған ортаның факторларын зерттеу және гигиеналық бағалау материалдары көрсетілген.

SUMMARY

In connection with geographical and economic features in the South-Kazakhstan area the basic stream of cargoes and passengers is transported by railway transportation. Workers of locomotive brigades play a leading role in maintenance of rail transportation. The materials about studying and hygienic estimation of factors of the industrial environment, influencing on workers of a railway transportation is described in this article.

Введение. Железнодорожный транспорт является одним из самых главных отраслей экономики. Учитывая географическое расположение республики, 58,6% грузов перевозится железнодорожным транспортом. Эксплуатационная длина железнодорожных путей общего пользования составляет 15016 километров. В 2010 году грузооборот железнодорожного транспорта общего пользования составил 213,2 млрд.тонн/километров, а пассажирооборот железнодорожного транспорта – 16,1 млрд.пассажир/километров. [1]. В системе железнодорожного транспорта машинисты и помощники машинистов поездных локомотивных бригад являются одним из основных профессий. Парк локомотивов железнодорожного транспорта составляет 1681 единиц.

Условия труда машинистов и помощников машинистов сопряжены с воздействием факторов окружающей среды, связанные с особенностями железнодорожного транспорта, таких как шум, вибрация, электромагнитные и электростатические поля, температура, относительная влажность и скорость движения воздуха, а также пары, газы, пыль и аэрозоль воздуха рабочей зоны, нервно-эмоциональное напряжение и ряд других факторов. Следствием действия неблагоприятных факторов являются поражения верхних конечностей по типу вегето-сенсорного полиневрита, поражение позвоночника в виде остеохондроза, нарушения вестибулярного аппарата, поражения центральной нервной, сердечно-сосудистой системы, возникновение кохлеарного неврита. [2].

Целью данного исследования является гигиеническая оценка условия труда локомотивных бригад железнодорожного транспорта.

Материал и методы. Шымкентское отделение перевозок АО «Республиканское государственное предприятия «Қазақстан темір жолы» расположено на территории Южно-Казахстанской области и граничит с Республикой Узбекистан (пограничная станция Сарыагаш), а также с Джамбульской (станция Тюлькубас) и Кызыл-ординской (станция Туркестан) областями. Протяженность железнодорожных путей составляет 552 км. На основании объема перевозок изучение и гигиеническая оценка условия труда локомотивных бригад железнодорожного транспорта проводились в локомотивных депо Шымкент, Арысь и Туркестан. Для обеспечения репрезентативности показателей определена выборка количества локомотивных бригад не менее 100 человек. С целью изучения и оценки условия труда были использованы материалы аттестации рабочих мест машинистов и помощников машинистов по условиям труда. [3].

Кроме того, проведена оценка тяжести и напряженности условия труда с применением методик, описанных в руководстве по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса Р 2.2.2006–05 [4]. Для проведения замеров физических факторов были использованы измерительные приборы: ШИ-01В, ЭМП ВЕ-метр, метеометр 200С, УГ-2, ГХ-4, спектрофотометр РД-303, аспиратор 822. Все измерительные приборы зарегистрированы в реестре средств измерения и поверены. Замеры осуществлены при проведении плановых санитарно-гигиенических обследований локомотивных депо Шымкентского отделения перевозок в 2009 и 2010 годах. Сравнительная оценка фактических значений физических факторов на рабочих местах машинистов осуществлена по материалам аттестации рабочих мест за 2005-2010 годы..

Результаты и обсуждение. По результатам хронометража установлено, что основную часть рабочего времени (80-90%) машинисты проводят в кабине локомотива, при его эксплуатации на машинистов воздействуют множественные неблагоприятные факторы окружающей среды. Исследования метеорологических факторов на рабочих местах машинистов при техническом обслуживании и при движении локомотивов показали, что в холодный и весенне-осенний период года не превышают нормативных показателей, но с учетом климатических особенностей Южно-Казахстанской области, в летний период года показатели температуры, относительной влажности и подвижности воздуха превышали предельно-допустимые значения (23%).

Исследования акустической обстановки на рабочих местах машинистов при движении локомотивов показали, что эквивалентные уровни звукового давления на рабочих местах в октавных полосах частот достигал 75 дБА, не превышая ПДУ, нормированные ГОСТом 12.1.003 – 83 «Шум общие требования безопасности». Шум, являясь информационной помехой для высшей нервной деятельности, оказывает неблагоприятное влияние на протекание нервных процессов, способствует развитию утомления и снижает работоспособность организма. Среди многочисленных проявлений неблагоприятного воздействия шума на организм часто отмечается снижение разборчивости речи, неприятные ощущения, развитие утомления и снижение производительности труда, появление шумовой патологии. Среди многообразных проявлений шумовой патологии ведущим клиническим признаком является медленно прогрессирующее снижение слуха по

типу нейросенсорной тугоухости. Развитие профессиональной тугоухости возможно у работающих в условиях труда класса 3.1.

Измерения уровня вибрации производилось на сиденьях, на панели управления и на полу кабины локомотивов в октавных полосах частот. Гигиенические исследования показали, что уровни виброскорости не превышают показателей, нормируемых ГОСТом 12.1.012 – 90 «Вибрация. Общие требования безопасности». По спектру вибрации среднечастотная максимум энергии приходится на частоты 16, 31,5, 63 Гц. Отмечаются большие различия значения амплитуды, виброскорости, виброускорения в зависимости от скорости движения локомотивов, состояния железнодорожного полотна. На изношенных участках железнодорожных путей выявлены превышения предельно допустимых уровней указанных показатели общей вибрации.

Длительное воздействие вибрации, сочетающееся с комплексом неблагоприятных факторов производственной среды, приводит к стойким патологическим нарушениям в организме работающих и развитию вибрационной болезни. Результаты исследований запылённости на рабочем месте машинистов при выполнении различных технологических операций представлены в табл.1. Как видно с данных таблицы, значительные превышения концентраций в воздухе рабочей зоны МТ отмечаются при выполнении отдельных производственных операций.

Таблица - Результаты исследования содержания пыли и окиси углерода в воздухе рабочей зоны машинистов/помощников машинистов в Южно-Казахстанской области за 2009-2010гг

№ п/п	Выполняемые технологические операции	Содержание пыли, г/м ³	Содержание окиси углерода, мг/м ³
	ПДК	6,0	20,0
1	Маневровые работы	3,1	2,0
2	Производственно-восстановительные работы	3,2	8,0
3	Перевозка груженых вагонов	14,7	4,2
4	Перевозка пустых вагонов	5,0	3,7

Шымкентский участок железнодорожных путей полностью электрифицирован, движение поездов обеспечиваются электровозами типа ВЛ-80Э, питающиеся электроэнергией от контактной сети напряжением 27,5 киловольт. Электромагнитные и электростатические поля контактной сети высокого напряжения и от электрического оборудования электровозов воздействуют на машинистов не только при движении поездов, но и во время стоянок, маневровых работ. Измеренная напряженность электрического поля по электрической и магнитной составляющей не превышают предельно допустимых уровней, регламентированных ГОСТом 12.1.006–84 и СанПиН 1.01.004–01г.

Общая оценка условия труда на рабочих местах машинистов по определению класса и степени вредности проведена в соответствии с требованиями Руководства [4]. При оценке условия труда на рабочих местах машинистов по определению класса и степени вредности установлено, что, согласно гигиенической классификации труда, труд машинистов относится, по энергетическим затратам, к средней тяжести (1-я категория по фактору «рабочая поза»), по напряженности – к напряженной (по фактору «эмоциональное и интеллектуальное напряжение»).

Выводы: 1. Изученные уровни шума на рабочих местах машинистов/помощников машинистов при выполнении различных технологических операций в октавных полосах частот (эквивалентный уровень звука достигал 75 дБА) не превышали ПДУ. 2. Уровни вибрации на рабочих местах машинистов/помощников машинистов во время управления локомотивом не превышают нормируемые показатели. По спектру вибрации среднечастотная максимум энергии приходится на частоты 16, 31,5, 63 Гц. 3. Значительные превышения концентраций производственной пыли в воздухе рабочей зоны машинистов/помощников машинистов определяются при выполнении отдельных производственных операций, содержание пыли при которых превышает значения ПДК в 23 раза. 4. Содержание в воздухе рабочей зоны окиси углерода на основных рабочих местах машинистов/помощников машинистов не превышает ПДК. 5. Среди изученных факторов производственной среды и трудового процесса у машинистов/помощников машинистов ведущим в возникновении профессионального заболевания является производственная пыль преимущественно фиброгенного действия. Профессиональная заболеваемость среди машинистов/помощников машинистов имеет четкую производственную зависимость. 6. Наиболее часто (в 69,27% случаев) среди машинистов/помощников машинистов регистрировались хронические пылевые бронхиты (ХПБ), с сопутствующими болезнями (дыхательная недостаточность, эмфизема лёгких).

ЛИТЕРАТУРА

1. «Предварительные данные за 2010 год» Статистический сборник / Астана, Агентство Республики Казахстан по статистике – 2011. www.stat.gov.kz .
2. Кудрин В.А., Прохоров А.А. Охрана здоровья работников локомотивных бригад и обеспечение безопасности движения поездов на железных дорогах: Руководство. М., 2000.
3. Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 23 августа 2007 года №203-п «Об утверждении Правил проведения обязательной периодической аттестации производственных объектов по условиям труда».
4. «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда», Р 2.2.2006 – 05, Москва – 2005.

УДК616.12-008.331.4:556

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

*Л.З.Исаева**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Артериальды гипотензия жыныстың белгілеріне қарай, қыз балаларда жиі кездесті. Скринингтік тексеріп қарау арқылы 1517 балалар қаралды. Оңтүстік Қазақстан облысында мектеп оқушылары арасында жүргізілген тексерулер артериальды гипотензия ерте жастағы балалар мен пубертаты жастағы балаларда өте жиі, ал 10-11 жаста сирек кездесетінін көрсетеді.

SUMMARY

The school boys and girls at the age of 6 - 17 years were the objects of the research (In total 1517). Among the surveyed schoolboys of the Southern - Kazakhstan area children of Arterial hypotension (Ah) was observed were at often children of younger age group at 10 -11 years old less grew of teenagers.

Артериальная гипотензия (Аг) у детей и подростков - хроническое патологическое состояние с длительным и прогрессирующим течением. Она развивается не сразу, формируясь вначале как синдром нейроциркуляторной дистонии по гипотоническому типу в детском возрасте. В дальнейшем патологическое состояние стабилизируется, прогрессирует, дает гипотонические кризы и далее становится фактором риска гипертонической болезни, ишемических состояний головного мозга и ишемической болезни сердца у взрослых [1,2]. Доказано, что профилактика и лечение ее могут быть наиболее успешными в начальных стадиях заболевания, т.е. в детстве [3]. В этой связи изучение формирования артериальной гипотензии у детей и подростков приобретает большую научную и практическую значимость.

Цель исследования - изучить распространенность Аг у детей школьного возраста Арысского нообиогеоценоза, провести сравнительную оценку артериальной гипотензии среди школьников в зависимости от возраста и половой принадлежности.

Материалы и методы. Субъектами исследования явились учащиеся школ базовых населенных пунктов в возрасте от 6 до 17 лет. Обследованных 1115 школьников – жителей 1-го географического региона (ГР-1) «Речного Бадамского нообиогеоценоза», мы распределили в две группы. 1-ю группу, жителей г.Шымкента, условно назвали группой контроля -1 (383 ученика). 2-ю группу, школьников села Кызыл-Жар и станции Бадам, назвали основной группой (732 школьника). В среднем течении реки Бадам (притока реки Арысь), на её водосборной территории, расположен г.Шымкент, а ниже по течению реки - его пригородное с.Кызыл-Жар.

По ходу стока реки, на водосборной территории реки находится железно-дорожная станция Бадам. Во второй географический регион (ГР-2), или «Речной Арыс-Туркестанский нообиогеоценоз» вошли жители базовых сел: Карашик, Кунтыин, колхоз Победа. Их мы объединили в 3-ю группу: группа контроля – 2 (402 школьника). На водосборной территории стока Арыс-Туркестанского канала расположены базовые села: Карашик, Кунтыин, колхоз Победа. Всего обследовано 1517 человек, мальчиков – 48,7% и девочек 51,3% - школьники города Шымкента и Южно-Казахстанской области.

Результаты и обсуждение. В таблице 1 представлены данные по распространенности Аг по половому признаку среди обследованных школьников. Аг была выявлена у $3,98 \pm 1,3$ мальчиков и у $4,07 \pm 1,8\%$ девочек. Достоверная разница распределения Аг по половому признаку отмечалась у 6-ти летних детей по ГР-2, где было выявлено девочек - $66,7 \pm 3,3$, а мальчиков $50,0 \pm 3,6\%$ случаев. По ГР-1 достоверно больше среди девочек 7-9 лет Аг встречалась чаще, чем у мальчиков ($56,3 \pm 2,1$ против $46,8 \pm 2,2\%$ случаев). Но в пубертатный период количество мальчиков ($41,2 \pm 2,2\%$ случаев), страдающих Аг встречалось достоверно больше, чем девочек ($31,9 \pm 2,0\%$) ($p < 0,05$). В среднем по изучаемым регионам каждой возрастных категорий значительной разницы не отмечалось, $p > 0,05$.

Таблица 1 - Распространенность Аг среди обследованных школьников Южно-Казахстанской области по поло-возрастным группам

Возраст	Регионы изучения	Мальчики			Девочки		
		n	Выявлено Аг		n	Выявлено Аг	
			Абс.	М±m,%		Абс.	М±m,%
1	2	3	4	5	6	7	8
6 лет	ГР-1	20	12	60,0±2,1	42	26	60,8±2,1
	ГР-2	2	1	50,0±3,6#	3	2	66,7±3,3
	Всего	22	13	59,1±1,8	45	28	61,3±1,7
7-9 лет	ГР-1	228	107	46,8±2,2#	223	126	56,3±2,1*
	ГР-2	23	9	40,9±3,5	34	9	27,3±3,1
	Всего	251	116	46,3±1,9	257	135	52,4±1,8
10-12 лет	ГР-1	167	55	32,9±2,1	176	62	35,3±2,0*
	ГР-2	34	15	44,1±3,5	37	19	50,0±3,4
	Всего	201	70	34,8±1,8	213	81	37,9±1,7
13 и > лет	ГР-1	123	51	41,2±2,2#	123	39	31,9±2,0
	ГР-2	140	44	31,1±3,3	142	35	24,8±2,9
	Всего	263	95	36,1±1,8#	265	74	28,1±1,6
Итого	ГР-1	538	225	41,7±1,3*	564	253	44,8±2,1*
	ГР-2	199	69	34,7±1,2	216	65	30,1±3,1
	Всего	737	294	39,8±1,3	780	318	40,8±1,8

Примечания: n – число обследованных детей;
 ГР-1 -первый географический регион включает обследованных детей в школах: г.Шымкента, села Кызыл-Жар, ж.-д. станции Бадам;
 ГР-2 –второй географический регион включает обследованных детей в школах Туркестанского района (селах: Карашик, Кунтиын и колхоз Победа);
 уровень достоверной значимости отличий между регионами по возрасту - *- p<0,05;
 уровень достоверной значимости отличий по поло-возрастным признакам - #- p<0,05

Частота распространенности артериальной гипотензии среди обследованных школьников Южно-Казахстанской области составила, в среднем - 4,0% случаев на 1000, превышая средние данные по республике (3,3% случаев, по данным Кожанова В.В., 1992). По базовым населенным пунктам Аг была значительной в пригородном селе Кызыл Жар, чем в г.Шымкенте (соответственно - 4,34±0,19 против 3,73±0,25 и 3,23±0,23% сл.; p<0,05). В возрастном аспекте среди всех обследованных школьников Южно-Казахстанской области Аг чаще наблюдалась среди детей младшей возрастной группы, урежалась к 10-11 годам и вновь возрастала в пубертатном возрасте.

Выводы. В целом среди обследованных школьников Аг несколько чаще встречалась у девочек. В возрастном аспекте среди всех обследованных школьников Южно-Казахстанской области Аг чаще наблюдалась среди детей младшей возрастной группы, урежалась к 10-11 годам и вновь возрастала в пубертатном возрасте. Это, возможно, объясняется характерными для этих возрастных групп переменами образа жизни детей (нагрузки в связи с поступлением в школу или ее окончанием). Кроме того, период полового созревания рассматривают как провоцирующий и предрасполагающий фактор к развитию данной патологии [4]. Частота Аг в половом аспекте колебалась в различные возрастные периоды в ту или иную сторону.

ЛИТЕРАТУРА

1. F. Ebinger, M. Kruse, U. Just, D. Rating Cardiorespiratory regulation in migraine. Results in children and adolescents and review of the literature// Cephalalgia.- 2006. – March. - Vol. 26. - Issue 3. – P. 295.
2. Новичкова Н.И., Соболевская О.В., Соколовская Л.В. Актуальные проблемы охраны здоровья детей и подростков с позиций формирования трудового долголетия кадровых рабочих // Вестник Росс. Академии медицинских наук.- Москва.- 2005. - №3. – С.46-47.
3. Леонтьева И.В. Артериальная гипотония: лекция для врачей // Росс. Вестник перинатологии и педиатрии (Приложение).- 2002.- С.62-65.
4. Ольбинская Л.И., Морозова Т.Е., Ладонкина Е.В. Особенности циркадных ритмов артериального давления у подростков // Росс. Педиатрический журнал.- 2005. - №2. – С.39-42.

УДК 616-085.275-053.71 : 615.214.3

РЕАБИЛИТАЦИЯ- СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ В ПРОГРАММЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ*А. С. Сайдуллаева**Областной наркологический диспансер, г. Шымкент***ТҮЙІН**

Мына берілген мәліметте реабилиталогияның түсінігі беріліп, реабилиталогиядағы негізгі іс барысы мен мәселелері айтылған.

SUMMARY

The concept about rehabilitation and the problem this in rehabilytation are revealed in this article.

Общемировое число наркопотребителей составляет по разным источникам от 170 млн до 250 млн.чел. Другими словами , это 3% населения в целом , или 4,7 % населения в возрасте 15-64 лет [3]. Весьма пристальное внимание специалистов к проблеме наркологических заболеваний обусловлено тем, что любая форма наркотической зависимости сопровождается выраженными медицинскими последствиями, сопутствующей соматической патологией, нарушениями эмоциональной, интеллектуально-мнестической и морально-этической сфер, психопатизацией личности, агрессивным и суицидальным поведением) и явлениями социальной дезадаптации (такими как безработица, внутрисемейные конфликты, разводы противозаконные деяния) [1.2.4.5.7.]. Учитывая вышеизложенное, мы понимаем, что именно медицине отводится основная роль в борьбе с данным недугом. В целом по стране наметилась тенденция к стабилизации показателей по наркопотреблению. Количество учетных наркозависимых в Казахстане по сравнению с 2009 годом, в прошлом 2010 году отмечено снижение общего числа зарегистрированных наркопотребителей на 8% – с 54 тысяч до 49 тысяч 800 человек. В том числе число наркопотребителей женщин сократилось на 7%, несовершеннолетних – на 20%

Распространенность наркозависимости в Казахстане по данным Республиканского научно- практического центра и медико-социальной реабилитации выглядит следующим образом: 1,7%-зависимые от наркотиков,11,3%-группа риска, 27,0% - пассивноустойчивые, 60,0-активноустойчивые(год!). Наркозависимые нуждаются в постоянном лечении и психосоциальной коррекции. К сожалению, рынок услуг по оказанию наркологической помощи часто ограничен купированием клинических проявлений абстинентного синдрома медикаментозными методами без дальнейшего психопрофилактического и психотерапевтического сопровождения , на этом фоне низкая эффективность проводимых мероприятий формирует в отдаленной перспективе недоверие к психиатрам –наркологам и ко всему медицинскому сообществу.

Весьма важным фактором является малоизученность психологических, психопатологических, клинико-динамических особенностей наркоманий в различные сроки ремиссии. Статистические данные о продолжительности периода ремиссии при наркоманиях колеблются в широких пределах. Согласно данным мировой статистики, ремиссии длительностью не менее года при наркоманиях не превышают 10%. Продолжительность терапевтических ремиссий составляют в среднем 5,8%. [10]. Отмечено множество факторов, влияющих на формирование этапа ремиссии. К таковым относятся личностные особенности больного в преморбиде, возраст начала формирования зависимости , длительность и тяжесть заболевания , установка больного на лечение и дальнейший отказ от наркотиков, полная критика к заболеванию, положительное влияние микросоциального окружения, наличие в анамнезе «спонтанных и терапевтических ремиссий, продолжительность непрерывного терапевтического воздействия. [6,8].

Для достижения более высокой эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий в наркологии создано новое научное направление- реабилитология в наркологии. Практическим воплощением реабилитологии является реабилитация наркологических больных Под реабилитацией в наркологии понимается как максимально возможное восстановление физического, психического и духовного состояния больных, так и коррекция или формирование их нормативных личностных и социальных качеств, способности полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ, вызывающих болезненную зависимость. Система реабилитации последовательно использует восстановительный потенциал реабилитационной среды, реабилитационных программ и технологий в их взаимодействии и в соответствии с поставленной целью и задачами.

Реабилитация в наркологии - это единая система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, трудовых, социально-правовых мер, направленных на личностную реадaptацию и ресоциализацию больных, реинтеграцию их в общество при решении задач и отказа от употребления веществ, вызывающих зависимость. В областном наркологическом диспансере города Шымкента реабилитационная программа реализуется как в общих наркологических отделениях, так и в специализированном. Областной наркологический диспансер рассчитан на 210 круглосуточных коек, 20 коек дневного стационара, 20 коек ЦВАД. В составе стационарного отделения функционируют 30 коек для реабилитации. Отделение полностью укомплектовано штатами психиатров-наркологов,

психотерапевтами, неврологом, психологом и социальным работником. За 2010 год прошли лечение 2546 из них в реабилитационном отделении 199, в дневном 250 больных.

При этом основные функции по реабилитации возложены именно на специализированное отделение, перед которым, кроме оказания лечебно - диагностической помощи и проведения традиционной медикаментозной терапии, поставлена задача: Оказание психотерапевтической, реабилитационной и социально-психологической помощи больным с зависимостью от психоактивных веществ и связанных с ним проблемами. Только за 2010г. в отделении было проведено: тренингов-1846, психологических консультаций-1408, семейных психотерапий-132, тестирований – 624.

При анализе психотерапевтической составляющей реабилитационной программы следует отметить, что значительную долю стали занимать индивидуальное психологическое консультирование и индивидуальная психотерапия больных, более разнообразными в отношении используемых техник стали групповые методы работы с больными, более плотным стал график проведения образовательных занятий с больными. Перманентной проблемой в полноценном решении задач по медицинской и социальной реабилитации в больнице является недостаточность специалистов по социальной работе. Сама программа реабилитационной помощи больным алкоголизмом и наркоманиями непрерывно эволюционирует и развивается в соответствии с изменяющимися объективными и субъективными факторами, определяя динамику структуры и объема психотерапевтической и реабилитационной стратегии.

Главным критерием эффективности системы медико-психологической реабилитации является критерий социальный - срок возвращения пациента в нормативный социум, высокий уровень терапевтической ремиссии, и в итоге - повышение качества жизни. Таким образом как свидетельствуют результаты нашего наблюдения, для повышения эффективности реабилитационных мероприятий необходимо совершенствование уровня подготовленности медицинских психологов, непосредственно работающих в общих стационарных отделениях, а также расширение штата психотерапевтов для стационара, на первом этапе лечения. Кроме того, вероятно необходимо более тщательное проведение предварительной психологической диагностики для определения уровня мотивированности пациента в реабилитации в специализированном отделении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология –М. Медицина, 1987-336 с.
2. Благов Л.Н., Опиоидная зависимость: Клинико - психопатологический аспект - М. Гениус, 2005-316.с.
3. Всемирный доклад о наркотиках2004.Т/Анализ. Управление по наркотикам и преступности ООН.-2004-с.2.
4. Гавенко В.Л.Самардакова, Г.А.Кожина, А.М. Коростий , В.И.Демина О.О. «Наркология»: Учебное пособие.- Ростов –на-Дону: Шеникс, 2003.-215с.
5. Гришина А.И. Панова Т.Н, Великанова Л.П. Диагностика и лечение при поражении сердечно-сосудистой системы при опийной наркомании: Методическое пособие. - Астрахань, 2005.-62с.
6. Дифференцированные подходы к терапии опиатной зависимости: профилактика рецидивов: Пособие для врачей.-М.2004-23с.
7. Избранные вопросы наркологии: Учебное пособие /Л.П.Великанова, А.П.Мясников, ЛВ Каверина, М.А Чернова, Р.В Бисалиев- Астрахань, 2005-364.
8. Киткина Т.А. Терапевтические ремиссии у больных опийной наркоманией: Автореф.М. 1993-24с.
9. Павловская Н.И. Распространенность инфекций, передающихся половым путем, и их связь с аддиктивным поведением// Вопросы наркологии-2003-№4-с.63-73.
10. Шабанов П.Д. Наркология : практическое руководство для врачей М:Геатор –Мед,2003-560с.

УДК 616.895.8:615.214

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СПЕКТРА И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ДЕЙСТВИЯ, ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ РИСПОЛЕПТА- -КОНСТА И ГАЛОПЕРИДОЛ ДЕКАНАТА

М. Ж. Мырзахметова, С. О. Оспанова, Н. С. Жылкыбаев, С. Т. Кетебаева, Ш. У. Шайлауов
 ЮКГФА, г. Шымкент
 ЦРП Тулкубаского района ЮКО,
 ЦРП Сарыагашского района ЮКО,
 ЦРП Шардарьинского района
 ЦГКБ г. Кентау ЮКО

ТҮЙІН

Осы мақалада 65 науқасқа, шизофрения емінде Рисполепт-Конста мен Галоперидол деканоат жағымды және жағымсыз әсерлері салыстырылған.

SUMMARY

The comparative results of application of Rispolept Consta and Haloperidol decanoate in the treatment of schizophrenia, involving 65 patients, are presented in this article. Their efficacy and safety are also shown.

Сегодня вряд ли можно сомневаться в полезности применения нейролептических препаратов продолжительного действия. Их внедрение в практику было поворотным пунктом в терапии хронических шизофрений и в профилактике рецидива шизофрении. Эти препараты обеспечивают равномерный антипсихотический эффект при лечении хронических психозов. В настоящее время при исследовании новых нейролептических препаратов прежде всего желательно выявить побочные действия и возможности их предупреждения, при их внедрении первый наш вопрос заключается в том, что имеют ли они преимущества по сравнению с прежде применявшимися средствами (4). Современная психофармакология достигла больших успехов в лечении острых психотических состояний.

Существуют многочисленные методы интенсивной терапии и высокоэффективные в подобных случаях препараты. Вместе с тем менее разработанной является проблема поддерживающей терапии психических больных в период ремиссии и профилактики рецидивов при эндогенных психозах и, в частности, при шизофрении. Сохраняющиеся в ряде случаев в периоде ремиссии редуцированные параноальные, параноидные, галлюцинаторные расстройства, стертые аффективные нарушения отличаются заметной резистентностью, требуют постоянной, а в ряде случаев и массивной психотерапии, активного применения комплекса социореабилитационных мероприятий (7).

Задачи возвращения к труду, учебе, общественной деятельности, снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности, предотвращения хронификации болезни, а также невозможность использования для этих целей высоких доз обычно применяемых психотропных средств из-за возможных осложнений, требуют наличия большого арсенала лекарственных препаратов, не обладающих выраженными побочными явлениями и удобных для длительной, многолетней поддерживающей терапии. Долгосрочное фармакологическое лечение является основополагающим при шизофрении. Многочисленные контролируемые опыты продемонстрировали ценность непрерывного антипсихотического лечения в профилактике рецидивов на всех стадиях заболевания.

Даже после одного эпизода уже ясно, что отсутствие фармакотерапии сопровождается значительно более частыми рецидивами по сравнению с продолженным лечением. Несмотря на огромное количество данных, демонстрирующих важность непрерывного медикаментозного лечения в профилактике рецидивов и серьезные и разнообразные последствия рецидивов (госпитализация, бремя для семьи, повышенный риск агрессивности или риск нанесения себе повреждений и т.д.), клинические усилия по обеспечению соответствующей и эффективной стратегии профилактики рецидивов часто далеки от оптимальных. К сожалению, во многих системах ухода, намного больше внимания и ресурсов уделяются лечению обострений и внутрибольничному лечению, чем стратегиям, направленным на долгосрочное, социально направленное управление заболеванием.

Существует несколько критических компонентов в эффективном ведении заболевания. Во-первых, должна быть системность ухода для облегчения и непрерывности ухода и оптимальное сочетание медикаментозного и психологического вмешательства. Во-вторых, команда клинических врачей должна четко основываться на подтвержденной фактами медицинской практике, а также существующих данных и руководящих указаниях для клинической практики. В-третьих, команда клинических врачей должна быть способна предоставить необходимое психологическое обучение, транслируя имеющуюся информацию в понятные и значимые для личности рекомендации пациентам и его близким. Оптимальное использование длительно действующих инъекционных антипсихотических препаратов является примером потенциально полезной стратегии, которая часто не используется из-за того, что один или более выше описанных компонентов отсутствует или неадекватно применяется (5).

Наличие длительно действующих атипичных антипсихотических препаратов поддержит очень ценную стратегию для лечения шизофрении. Инъекционная длительно действующая формула рисперидона (Рисполепт Конста) прошла обширное клиническое тестирование. Учитывая химическую структуру рисперидона (и других атипичных или антипсихотических препаратов нового поколения), невозможно превратить в эфир молекулы препарата для создания деканоата, как это делается в случае с традиционными препаратами галоперидолом и флюфеназином. «Микросферная» технология дала возможность разрабатывать длительно действующую формулу рисперидона, которая удерживает стабильный уровень в крови, по крайней мере, на 2 недели.

Этот новый подход включает инкапсулирование рисперидона в лактильный гдиколидный полимер (обычный разлагаемый микроорганизмами полимер, используемый в швах, костных пластинах, препаратах пролонгированного действия). Каждая микросфера в размере составляет примерно одну десятую миллиметра, приблизительно равную ширине человеческого волоса. Микросферы в момент инъекции комбинируются с соленым раствором и вводятся внутримышечно. Так как раствор солевой (а не масляный, что обычно используется при формах деканата), менее вероятно вызвать дискомфорт или раздражение в месте введения. Полимер постепенно разлагается течением времени и активный рисперидон выделяется вместе с молочной кислотой, гликолевой кислотой и H₂O (6). Как правило, начальная доза длительно действующего рисперидона должна быть 25 мг каждые 2 недели (3). Надлежащая клиническая практика должна лечить пациентов с помощью наименьшей дозы лекарственного препарата (4).

Что касается деканоата галоперидола, речь идет о варианте хорошо известного антипсихотического препарата продолжительного действия. Этерифицированный деканоат галоперидола обеспечивает равномер-

ный уровень в крови и эффект продолжается 4—5 недель. Дозировка рекомендуется по следующим: 20 кратная суточной оральной дозы галоперидола назначается на месяц. Если больной не получил галоперидола до этого, то примененный препарат перечисляется на единицы галоперидола (мг/день) и в начале больной получит 20-кратную дозу на месяц. С точки зрения побочных явлений препарат совпадает с галоперидолом (1).

В течение 2006 - 2008 гг. в клинике шизофрении среднего возраста проводилось лечение препаратом рисполепт-конста.. Курс лечения рисполепт-конста составил 15 месяцев. Всего лечилось 46 больных (20 женщин и 26 мужчин). Полностью прошли курс 32 больных. Длительность лечения у этих больных варьировала в зависимости от срока начала терапии и распределялось таким образом: 18 больных лечились рисполепт-конста 12 месяцев, 10 больных — в течение 13 месяцев, 12 больных - 14 месяцев и 6 больных - 15 месяцев. 14 больных (12 женщин и 2 мужчин) на разных этапах исследования выбыли из когорты: в 4 случаях по причине переезда в другие города (после 4—5 месячного курса лечения), в 6 случаях в связи с отказом от антипсихотической терапии при наступлении стабилизации состояния (после 8—10 месячного курса лечения). Только в двух случаях лечение было прекращено из-за развития нейролептического синдрома. В 2 случаях причины неявки больных на амбулаторный прием остались не известными (после 4-10 месячного курса лечения) (2).

Сопоставление динамики клинической картины при лечении рисполепт - констой проводилось с особенностями изменений у больных контрольной группы, лечившихся Галоперидол деконоатом (30 чел.), не отличавшихся по клинической картине и приведенным выше особенностям (возрасту, длительности болезни и др. (5). Для исследования отбирались больные со следующими клиническими формами течения шизофрении: юношеская параноидная шизофрения - 6 больных, непрерывно текущая малопрогрессирующая (вялотекущая) шизофрения - 4 больных, шубообразная шизофрения - 36 больных. По синдромальной картине все случаи распределялись следующим образом: 1. Неврозоподобные состояния с преобладанием навязчивостей - 2 больных. 2. Сверхценные и параноидальные расстройства (бредовые идеи дисморфобического и ипохондрического содержания, идеи отношения) - 2 больных. 3. Аффективно-бредовые состояния - 16 больных. Галлюцинаторно-бредовые расстройства с негативной симптоматикой легкой и средней степени выраженности - 8 больных. Полиморфные галлюцинаторно-параноидные состояния в сочетании с выраженной негативной симптоматикой - 12 больных.

Длительность болезни к началу исследования варьировала от 1 года до 20 лет. 34 больных до назначения рисполепт-конста стационарировались в психиатрический диспансер, в ряде случаев часто (в среднем до 2—3 раз в год). 12 больных были стационарированы в психиатрическую больницу впервые. На первом этапе исследования до начала лечения рисполепт-конста все больные в стационарных условиях находились на терапии обычным рисполептом в дозе от 4 мг до 10 мг в сутки, в результате которого у них отмечалась определенная редукция продуктивных и негативных расстройств. Терапия рисполептом-конста начиналась всем больным в период становления ремиссии за месяц до выписки.

Как правило, лечение пролонгированным препаратом начиналось с разных дозировок в зависимости от длительности, тяжести и степени редуцированности имеющихся расстройств. Максимальные поддерживающие дозы не превышали 50 мг, минимальные — 25 мг. Интервалы между инъекциями рисполепта-конста 1 раз в 2 недели. После выписки из стационара все больные образованной когорты продолжали лечение рисполепт-констой амбулаторно. Ряд больных в связи с наличием клинических показаний получали помимо рисполепт-конста препараты снотворного действия и антидепрессанты. Терапевтический эффект обнаруживался уже непосредственно после третьей инъекции, но был нестойким.

Больные становились активнее, живее, субъективно отмечали веселость, легкость, уверенность в себе, исчезали побочные эффекты предшествовавшей нейролептической терапии. У части больных, однако, имело место эйфоризирующее действие, появлялось чувство беззаботности, бездумности. Это эйфоризирующее действие длилось только первые 7-10 дней после введения пролонга и затем обходило. Результаты дальнейшего применения рисполепта-консты были различными у разных больных. Все больные по особенностям клинической картины и течению болезни были распределены на три группы. В первую группу вошли пациенты, страдающие шубообразной шизофренией, приступы которой характеризовались бредовыми идеями ревности, преследования, синдромом Кандинского-Клерамбо, часто фантастического содержания на фоне аффективных расстройств.

У этих больных удавалось сохранить на всем протяжении лечения рисполепт-констой (до 18 месяцев) состояние глубокой ремиссии с исчезновением продуктивной симптоматики и наличием полной критики к имевшимся болезненным расстройствам. В подавляющем большинстве случаев эффект терапии у больных данной группы оценивался как значительное улучшение. Исключение составили 2 пациента (женщины), которые были повторно стационарированы на фоне проводимого курса лечения. Однако, клиническая картина обострений заболевания на этот раз у них исчерпывалась депрессивными проявлениями, причем ситуационно спровоцированными. Вторую группу составили пациенты, заболевшие в юношеском возрасте, ранее не получавшие психотропной терапии, большинство из них впервые госпитализировались в психиатрический стационар. Это были больные шубообразной и вялотекущей параноидальной шизофренией

В клинической картине имевшихся у них расстройств преобладал сензитивный бред отношения, бредовые идеи дисморфобического ипохондрического содержания, бредоподобное фантазирование. Периоды ремиссий характеризовались наличием резидуальных сверхценных и обсессивных расстройств, имевших тенденцию к расширению и быстрой трансформации в бредовые, что создавало значительные

трудности для амбулаторной терапии. Последние часто усугублялись уклонением больных от регулярного приема лекарств. Пациенты второй группы после перевода их на лечение rispипепт-констой становились заметно веселее, активнее, энергичнее. Сами больные уже после второй инъекции отмечали, что пролонгированный rispипепт не вызывает у них общей подавленности, угрюмости, мрачности.

У двух из них наблюдалось на этом этапе появление критики к перенесенному ранее психозу, более глубокая, по сравнению с предыдущей терапией, редукция резидуальной дисморфофобических и сверхценных идей. При этой следует отметить, что никто из пациентов не испытывал каких-либо затруднений при интеллектуальной работе. Повторных стационарирований на фоне проводимого курса лечения в данной группе не было. В третью группу вошли пациенты, страдающие рано начавшейся параноидной шизофренией с преобладанием бредовых и галлюцинаторно-параноидных расстройств с длительностью заболевания свыше 15 лет, а также часть больных шубообразной шизофренией, имеющих однако, тенденцию к непрерывному течению. Ремиссии у больных данной группы были неполными, неглубокими, с остаточной продуктивной симптоматикой, с сохранением явлений вербального псевдогаллюциноза, бреда преследования, воздействия, а также значительными изменениями личности (аутизм, эмоционально-волевое обеднение, снижение психической активности, вялость, аспонтанность) Больные данной группы в преобладающем большинстве не работали, не имели своих детей, находились на попечении родственников.

Из-за повторных обострений галлюцинаторно-бредовой и бредовой симптоматики больные ежегодно, а иногда и чаще (в осеннее и весеннее время) стационарировались в больницу. На фоне лечения rispипепт-констой у больных третьей группы наблюдалась более глубокая, по сравнению с предшествовавшей поддерживающей терапией, редукция имевшихся у них расстройств. Больные отмечали, что „голоса" меньше их беспокоят, им удается „отвлечься", „не обращать внимание" или даже говорили о полном исчезновении слуховых галлюцинаций, отмечали уменьшение страха, тревоги, некоторые из больных переставали замечать за собой «слежку».

В беседе они становились доступными, проявляли интерес к чтению, трудовой деятельности, удерживались на неквалифицированной работе. Родственники пациентов отмечали, что последние стали более активными, общительными, энергичными, охотнее помогали в домашних делах. Ни в одном из наблюдаемых случаев не потребовалась повторная госпитализация в стационар на протяжении всего периода наблюдения. Эффект лечения у больных второй и третьей группы оценивался как улучшение (8). В процессе проводимого лечения rispипепт-констой под контролем были и побочные явления. Переносимость внутримышечной инъекции была хорошей: не отмечалось местного раздражающего или воспалительного действия.

Однако у 24 больных имели место побочные нейролептические явления (см. табл. 1.), которые были в подавляющем большинстве легкими и купировались незначительным увеличением дозы корректора — циклодола (от 6 мг до 10 мг в сутки). И только у двух больных побочные явления выражались развернутым паркинсоническим синдромом, который не удавалось достаточно полно купировать и больные были сняты с лечения. К числу побочных действий возможно было отнесение и вышеописанного эйфорического эффекта в начале курса лечения rispипепт-констой (10).

Таблица 1 - Побочные явления и степень их выраженности у больных на лечении rispипепт-констой

Побочные явления	Количество больных
Тремор, скованность, мышечное напряжение	11
акатизия	4

Мы дополнили наши несистематические наблюдения по деканоату галоперидола исследованием 19 шизофреников. Мы преследовали цель изучать прежде всего побочные действия деканоата галоперидола. В исследование привлекли больных 18—60-летнего возраста, которые не страдали соматическими заболеваниями, служащими причинами исключения из исследования, не были сильно курящими, алкоголиками или наркоманов по применению лекарственных препаратов. Критериями исследования были, чтобы знали хроническое течение заболевания и необходимость поддерживающей нейролептической терапии и больной согласился с лечением деканоатом галоперидола.

Зная экстрапирамидальные действия препарата, не включили в группу исследования больных, в истории болезни которых были указания на плохую переносимость галоперидола или препаратов большой мощности. Конечно, такой выбор ограничивает количество выявляемых экстрапирамидальных побочных явлений, т.е., может показать препарат в этом отношении более выгодным по сравнению с группой больных, не избранных по таким аспектам. Предварительно установили оптимальную поддерживающую дозу, т.е. 50—150 мг/месяц; при применении больше этой дозы требуется постоянный контроль, среди побочных явлений чаще отмечается сонливость (особенно в начале лечения), что вызывает трудности в амбулаторном лечении. В двух случаях наблюдали позднюю дискинезию — эта частота не превосходит частоту поздних дискинезий, обнаруживаемых в ходе лечения другим препаратом подобного характера.

В одном случае, у молодого больного возник весьма тяжелый экстрапирамидальный синдром; он мог подниматься из постели только с постоянной помощью, не мог глотать, переходно требовал инфузий, в течение нескольких суток нужно было проводить парентеральное антипаркинсоновое лечение. Этот больной

получил 200 мг деканоата галоперидола. Указанное наблюдение обращает внимание на то, что такую большую начальную дозу применить можно в крайнем случае в стационарных условиях. Следует отметить, что у 10 пациентов отмечали прибавление в весе. Антихолинергические и вегетативные побочные явления обнаруживали чаще ожидаемого: сухость во рту – слюнотечение, гипотонию, чувство головокружения, ухудшение остроты зрения. Головную боль 5-ти пациентов объяснить не можем. У трех больных акатизия сопровождалась состоянием возбуждения, беспокойством (1).

В целом при оценке эффективности лечения rispипепт-констой 46 больных изучаемой когорты выявилось значительное улучшение у 16 больных шубообразной шизофренией, улучшение — у больных юношеской параноидной, у 4 больных вялотекущей параноидной шизофренией и 20 больных шубообразной шизофренией. Оценивалась эффективность лечения и в зависимости от синдр мальных расстройств: у 14 больных с аффективно-бредовыми состояниями и у 2 больных со сверхценными паранояльными расстройствами имело место значительное улучшение: улучшение отмечено у больных с неврозоподобными состояниями, у 6 больных со сверхценными паранояльными расстройствами, у 2 больных с аффективно-бредовыми состояниями, у 8 больных с галлюцинаторно-бредовыми расстройствами и у 12 больных с полиморфными галлюцинаторно- параноидными состояниями, сочетающимися с выраженной негативной симптоматикой (7).

В группе больных, получавших rispипепт конста в течение 15 месяцев, за период терапии произошла следующая динамика показателей психопатологических шкал: средний балл суммарного рейтинга шкалы PANSS при поступлении составлял $M(x)85,7$, а через 10 месяцев - $M(x)58,2$, снизившись на 32,1%. При этом средние показатели суммы баллов позитивных симптомов составили в начале лечения $M(x)18,4$, а через 10 месяцев $M(x) 11,9$, снизившись на 35,4%. Средний показатель суммы баллов негативных симптомов в начале лечения составлял $M(x)22,0$, а через 10 месяцев - $M(x)16,6$, снизившись на 24,5%. Соответственно средний показатель суммы баллов общих симптомов изменился с $M(x)45,3$ до $M(x) 29,7$, снизившись на 34,7%. В группе больных, получавших галоперидол деконат динамика показателей психопатологических шкал выглядела следующим образом: средний показатель общего балла шкалы PANSS в начале терапии составлял $M(x) 88,7$, через 10 месяцев - $M(x) 67,8$, снизившись на 20,9%. Динамика показателей субшкалы PANSS в данной группе была такова: средний показатель суммы баллов позитивных симптомов в начале лечения составлял $M(x)21,0$, а через 10 месяцев $M(x)19,3$, снизившись на 1,7%, средний показатель негативных симптомов - $M(x) 21,0$, через 10 месяцев - $M(x) 20,6$, снизившись на 0,4%. Соответственно средний показатель суммы баллов общих симптомов составлял $M(x) 46,9$ в начале лечения и достиг $M(x) 39,8$ через 10 месяцев, снизившись на 7,1%.

Средние показатели шкалы PANSS как в начале лечения, так и после 10 месячного курса лечения rispипептом имели статистически достоверные различия по сравнению группе пациентов принимавших галоперидол деканоат. Таким образом, как показало исследование, Деканоат галоперидола является мощным нейролептическим препаратом приблизительно месячного действия. Показания: поддерживающая нейролептическая терапия шизофрений, продолжительность эффекта делает его дополнительным средством в арсенале средств продолжительного действия, благодаря его спектру действия обогащает выбор. Выбор препарата ограничен частыми побочными проявлениями и отсутствием в терапевтическом спектре воздействия на негативную симптоматику. (1).

Риспипепт-конста является весьма эффективным средством поддерживающей терапии препятствующим возникновению рецидивов бредовых и галлюцинаторно-бредовых расстройств и способствующим становлению более глубоких и стойких ремиссий. длительно действующая инъеклируемая форма rispиперидона является безопасной, хорошо переносимой и, по меньшей мере, такой же эффективной, как оральная rispиперидон. Хотя потребности в дозировании будут наиболее вероятно различаться у разных людей, кажется, что для большинства пациентов дозы 25-50 мг каждые две недели наиболее вероятно являются оптимальными (7). Его неоспоримыми преимуществами для амбулаторной терапии являются: 1) малая степень выраженности побочных экстрапирамидных явлений, легко купирующихся; 2) заметный активизирующий эффект, воздействие на негативную симптоматику, способствующей лучшей ресоциализации больных; возможность введения препарата один раз в две недели, что особенно важно для пациентов, уклоняющихся от регулярного приема лекарств.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.В.Калинин, Г.Ю.Сулимов. Купирование острой психотической симптоматики у больных шизофренией атипичным нейролептиком rispипепт: сравнение с классическими нейролептиками.
2. В.Вольфганг Флейшхакер, Доктор медицины; Мария А. Эль, Доктор медицины и Мартина Хаммер, Доктор медицины. «Факторы, влияющие на соблюдение режима приёма лекарств у пациентов, страдающих шизофренией».
3. Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува, А. В. Беляков, Е. Я. Моисеенко Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР. «Место галоперидола-деканоата в современной психофармакотерапии больных шизофренией».
4. Д-р Иштван Битер. «Галоперидол деканоат: нейролептический препарат месячного действия».
5. Джон М. Кейн, Доктор Медицины. «Стратегия по улучшению соответствия при лечении шизофрении, используя длительно действующие формы антипсихотических препаратов: клинические исследования».

6. Ережепов Н.Б., Борисов С.П., Танабаева Г.К., Барко Э.Х., Абдуллаев Е.А., Кахарова Г.И., Айдарова А.Р. «Опыт применения препарата Рисполепт Конста в психоневрологическом диспансере Южно-Казахстанской области».
7. И. И. Озерова, Г. И. Копепко. «Место галоперидола-деcanoата в поддерживающей терапии и профилактике рецидивов шизофрении».
8. М. В. Иванов, Г. Э. Мазо, Р. Я. Бовин, Д. Н. Костерин. «Применение атипичного антипсихотика рисполепт стационарной и амбулаторной терапии больных шизофренией».
9. Нина Р. Шулер, Доктор философии. «Рецидив и повторная госпитализация: Сравнение пероральных и инъектируемых нейролептиков пролонгированного действия».
10. Н. Б. Лутова, В. Д. Вид. «Кратность приема дозы рисполепта и лекарственный комплаенс больных».
11. Стефен Р. Мардер, Доктор медицины; Роберт Конли, Доктор медицины; Ларри Эршефский, Доктор фармацевтики, В.С.Р.Р., Р.С.С.Р.; Джон М.Кейн, Доктор медицины и Мартин С.Тёрнер, Бакалавр медицины, Бакалавр естественных наук. «Стратегии дозирования и перехода для длительно действующего рисперидона».
12. Стефен Р. Мардер, Доктор медицины. «Обзор неполного соблюдения режима приёма лекарств».
13. Санкт-Петербургский государственный университет, Городская психиатрическая больница N№1 им. П.П. Кашенко, Санкт-Петербург. «Механизм действия атипичных нейролептиков».
14. J.E.Hovens и соавт. «Конста: новые данные о пролонгированном атипичном антипсихотическом препарате».

УДК 616.831-009.11-053.2

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ И ПРОФИЛАКТИКА ДЦП

Б.Ж. Молдалина

Реабилитационный центр «Мейирим», г. Шымкент

ТҮЙІН

Бала ми салының ерте диагностикасы, табысты алдын алу жоспарының кепілдігі. Бала ми салы - себеп, белгі, клиникалық әсер етулер, тексерудің факторлары. Бап бала дәрігерлеріне бағытталған, кәсіби сақтық және бала ми салының профилактикасы үшін.

SUMMARY

Early diagnosis of the cerebral paralysis lead to successful prevention of this disease. Cerebral paralysis is the results of the prenatal, perinatal and posunotal factors.

Детский церебральный паралич (ДЦП) вызывается повреждением определенных зон мозга, которые развиваются. Это повреждение может состояться на ранних этапах беременности, когда мозг только начинает формироваться, в процессе родов, когда ребенок проходит через родовые пути или после рождения, в первые годы своей жизни. Во многих случаях точную причину детского церебрального паралича установить не удастся. До недавнего времени считалось, что проблемы во время родов, преимущественно кислородная недостаточность, является одной из основных причин развития детского церебрального паралича. Теперь известно, что менее 10% случаев детский церебральный паралич вызваны факторами, действующими во время родов (перинатально). Считается, что по крайней мере 70-80% случаев детского церебрального паралича начинается еще до рождения ребенка (пренатально). Иногда заболевание начинается после рождения (постнатально).

Велика вероятность того, что много случаев детского церебрального паралича является результатом объединения пренатальных, перинатальных и постнатальных факторов. Факторы риска детского церебрального паралича включают: 1.Инфекционные заболевания, судорожные состояния, патологию щитовидной железы, вредные привычки и прочие медицинские проблемы матери. 2.Врожденные дефекты, в особенности головного и спинного мозга, головы, лица, легких и нарушение обмена веществ. 3.Несовместимость по резус фактору, по группе крови между матерью и плодом, которая может вызвать повреждения мозга у плода. (К счастью, сейчас это состояние почти всегда своевременно диагностируется и лечится у женщин, которые получают надлежащую дородовую медпомощь). 4.Определенные наследственные и генетические факторы. 5.Осложнения во время родов. 6.Преждевременные роды. 7.Низкая масса при рождении (в особенности при весе ребенка меньше килограмма при рождении). 8.Выраженная желтушность после рождения. 9.Множественные плоды (двойня, тройня). 10.Недостаточность снабжения кислородом (гипоксия) мозга в период беременности, во время или после рождения ребенка. 11.Повреждения мозга в раннем возрасте (напр., менингит) травма мозга, гипоксия или мозговое кровоотечение.

Проявления детского церебрального паралича преимущественно мало заметны в раннем детстве, но становятся более очевидными при созревании нервной системы ребенка. Ранние признаки развития детского церебрального паралича включают: задержку достижения таких вех развития как контроль головы, переворачивание, достижение предметов рукой, сидение без поддержки, ползание или ходьба, удерживание «детских» или «безусловных» рефлексов, которые в норме исчезают через 3-6 месяцев после рождения, преобладающее использование одной руки (праворукость или леворукость) к возрасту 18 месяцев. Это указывает на слабость или патологический мышечный тонус одной стороны, и может быть одним из ранних признаков детского церебрального паралича.

Клинические проявления и проблемы, связанные с детским церебральным параличом могут колебаться от очень незначительных к очень выраженным. Тяжесть проявлений связана с массивностью повреждения мозга. Эти проявления могут быть очень незначительными, заметными лишь для профессионалов медиков, или могут быть явными и очевидными для родителей и других окружающих людей. Патологический мышечный тонус. Мышцы могут быть очень тугими (спастичными) или чрезмерно расслабленными (гипотоническими). Из-за повышения тонуса конечности могут находиться в непривычном и невыгодном положении. Например, спастичные мышцы ног могут привести к перекрещению ног, Напоминающее ножницы. Патологические движения: Движения могут быть непривычно резкими, внезапными или медленными и червеобразными.

Они могут быть неконтролируемыми или бесцельными. Скелетные деформации: Больные на детский церебральный паралич часто имеют укорочение конечности на пораженной стороне. Если это не скорректировать хирургическим образом или с помощью определенного устройства, это может вызвать перекос таза и формирования сколиоза (искривления позвоночника). Контрактуры суставов: У пациентов с детским церебральным параличом часто движения в суставах становятся тугими, с ограниченной амплитудой движений. Это вызывается неравномерным давлением (усилием) на сустав разных мышечных групп за счет изменения их тонуса и силы. Задержка умственного развития: Некоторые, хотя далеко не все дети с детским церебральным параличом имеют задержку умственного развития. Преимущественно, чем более выраженная умственная задержка, тем высший общий уровень инвалидности ребенка.

Судороги: Третья часть детей с детским церебральным параличом имеют судороги. Судороги могут начинаться в раннем возрасте или через несколько лет после повреждения мозга, которое послужило причиной церебрального паралича. Физические проявления судорог могут быть частично замаскированными патологическими произвольными движениями. Проблемы с речью: Речь частично зависит от движений языка, губ и горла. Некоторые дети с церебральными параличами не могут нормально управлять этими мышцами и таким образом не могут нормально разговаривать. Проблемы с глотанием: Глотание является очень сложной функцией, которая требует точного взаимодействия многих групп мышц. Пациенты с детским церебральным параличом, которые не могут достаточно контролировать работу этих мышц имеют проблемы с сосанием, с приемом пищи и жидкости, контролем выделения слюны. У них часто развивается слюнотечение. Это может сопровождаться риском аспирации - вдыхания в легкие пищи или жидкости через рот или нос. Это может обусловить развитие инфекции или даже удушья ребенка.

Потеря слуха: Частичная потеря слуха не является редкой при церебральных параличах. Ребенок может не откликаться на звуки или иметь задержку развития речи. Нарушения зрения: Три четверти детей с церебральными параличами имеют косоглазие (страбизм), то есть отклонения наружу или вглубь одного глаза. Это вызвано слабостью мышц, контролирующих движения глаз. Эти люди часто страдают близорукостью. Если косоглазие своевременно не скорректировать, оно с течением времени может послужить причиной серьезных проблем со зрением. Проблемы с зубами: Люди с церебральными параличами чаще имеют кариес. Это вызвано врожденными недостатками зубной эмали, а также трудностью с чисткой зубов. Проблемы с контролем испражнения и мочеиспускания. Они обусловлены недостаточностью контроля над работой соответствующих групп мышц.

Если ребенок родился недоношенным, с низкой массой тела, или перенес определенные осложнения во время беременности или родов за ним необходимо внимательно следить родителям и врачам для выявления признаков формирования церебральных параличей. Ниже указанные симптомы служат достаточным поводом чтобы обратить внимание на ребенка У ребенка возникают судороги Движения ребенка выглядят необычно неуклюжими, толчкообразными не координированными, или медленными и червеобразными Мышцы ребенка выглядят чрезмерно напряженными, или, наоборот расслабленными и мягкими; Ребенок не мигает глазами в ответ на громкий звук в возрасте одного месяца; Ребенок не поворачивает свою голову в направлении звука в возрасте 4 месяцев; Ребенок не достигает рукой за игрушкой в возрасте 4 месяцев; Ребенок не сидит без поддержки в возрасте 7 месяцев; Ребенок не говорит слов в возрасте 12 месяцев; Ребенок имеет явную правую или леворукость в возрасте до 12 лет; У ребенка имеется косоглазие (страбизм - один глаз направленное вглубь, или наружу);

Ребенок не ходит, или ходит с тугой или ненормальной походкой, как например походка на пальцах. Это лишь некоторые из наиболее очевидных симптомов которые могут указывать на развитие детского церебрального паралича. Необходимо провести обследование относительно всех проблем, которые могут быть вызваны недостаточным контролем над работой мышц и движениями. Нет медицинских исследований, которые могли бы подтвердить диагноз церебрального паралича. Диагноз выставляется на основе разносторонней информации полученной врачами или другими консультантами. Эта информация включает детальное расспрашивание родителей обращая внимание на все важные моменты истории жизни отца и матери и их семьи. Особое внимание обращается на ход беременности и родов и состояние здоровья матери в настоящее время.

Лабораторные исследования: Разные исследования крови и мочи могут быть предназначены, если врач заподозривает что нарушения у ребенка могут быть вызваны разными химическими, гормональными или метаболическими факторами. Для исключения генетических синдромов может быть проведенный анализ хромосом включая кариотидный анализ и специфические исследования ДНК. Визуальные исследования дают информацию о структурах которые находятся внутри тела человека. При изучении головного и спинного мозга эти исследования часто называются нейровизуализацией. Проведения этих тестов не всегда является

необходимым, но в многих случаях они могут помочь определить причину детского церебрального паралича и распространение поражения мозга. Их необходимо проводить как можно раньше, чтобы при потребности немедленно начать соответствующее лечение. Ультразвуковое исследование мозга.. Ультразвуковое исследование часто применяется в новорожденных, которые не могут переносить более жесткие исследования, такое как компьютерная томография или магнитно - резонансная томография.

Таким образом, учитывая выше сказанное: раннее постановка беременных на учет, профилактика внутриутробных инфекций, правильное ведение родов, внимательное наблюдение родителей к развитию малыша в первые месяцы жизни, профилактические осмотры у узких специалистов , правильное ведение детей педиатрами на участках, настороженность в отношении недоношенных детей, своевременное и полное обследование детей; все это может на ранних этапах сыграть роль в профилактике ДЦП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашнев. Ю. И. Перинатальная неврология. Практическое руководство. Москва. 2005г.
2. Галактионова И. Р. Отдаленные последствия перинатального поражения нервной системы. Автореферат дисс. канд. мед. наук. 1998. - 11с.
3. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных. Бином. Москва. 2005г.
4. Детские церебральные параличи. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Киев. Здоровье.1988г.

УДК 616.34-009.11-07-08:618.2

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЗАПОРА У БЕРЕМЕННЫХ

Г.Ж. Жангалиева

Областной реабилитационный центр «Материнство и детство», г. Тараз

Запор — нарушение пассажа по толстой кишке, характеризующееся частотой стула менее 3 раз в неделю и сопровождающееся хотя бы одним из следующих признаков: чувство неполного опорожнения кишечника; небольшое количество и плотная консистенция кала; натуживание не менее четверти времени дефекации. Запор представляет собой весьма актуальную проблему, по данным отдельных исследований, им страдает от 10 до 50% населения развитых стран. Он является одной из наиболее частых жалоб во время беременности. По мнению одних авторов, распространенность запора в период беременности составляет 11 – 38 % по данным других авторов – 60%. Следует отметить, что по оценке самих пациенток распространенность запоров выше, чем по оценкам специалистов.

Высокая частота запора у беременных обусловлена рядом причин. Во время беременности увеличивается количество прогестерона, который оказывает ингибирующее действие на гладкую мускулатуру кишечника, что приводит к развитию гипотонической дискинезии, сегментарного спазма кишки, торможению моторики желудочно-кишечного тракта. Происходит нарушение пространственных взаимоотношений между органами брюшной полости, повышение внутрибрюшного давления, сдавление кишечника увеличенной маткой по мере развития беременности. Часто встречающаяся при беременности патология аноректальной области (анальная трещина, геморрой) также усугубляет возникшую проблему.

Предрасполагающими факторами могут служить снижение физической активности предписание постельного режима при угрозе прерывания беременности. Кроме того, вызывать или усиливать имеющийся запор может ряд лекарственных средств, применяемых во время беременности: дротаверин, папаверин, гексопреналин, блокаторы кальциевых каналов, препараты железа, алюминий и кальцийсодержащие антациды. Лечение запора у беременных следует начинать с немедикаментозных методов. В первую очередь рекомендуется изменение диеты, добавление в рацион пищевых волокон в виде отрубей или пшеницы, увеличение потребления жидкости (не менее 1,5-2 л в сутки), а также увеличение двигательной активности.

Эффективность при запоре диеты с высоким содержанием клетчатки и добавления в рацион пищевых волокон в виде отрубей была продемонстрирована в ряде исследований, однако, по мнению экспертов, эти мероприятия не следует использовать в тяжелых случаях, так как они могут усугубить такие симптомы, как метеоризм и спазмы. В случае неэффективности немедикаментозных методов назначают слабительные препараты. При выборе лекарственных средств беременным прежде всего необходимо учитывать их безопасность для плода. В популяционных исследованиях типа случай-контроль ассоциации между врожденными пороками развития плода и хроническим запором, а также слабительными средствами, применяемыми для его лечения, не выявлено. Однако применение слабительных средств во время беременности сопряжено с риском других осложнений (таблица 1).

Таблица 1 - Преимущества и недостатки слабительных средств

Препараты	Недостатки	Преимущества
-----------	------------	--------------

Осмотические слабительные		
лактолоза (дюфалак)	Возможен незначительный транзиторный метеоризм в начале лечения	Обладает слабительного и пребиотика. Незначительная абсорбция (3%), не метаболизируется, выводится почками. В исследованиях не выявлено тератогенного эффекта у животных. Возможно длительное применение
макролог (полиэтиленгликоль)	Изучен при беременности хуже, чем лактулоза	Незначительная абсорбция (1-4%) не метаболизируется, выводится почками, эффект не зависит от состояния микрофлоры толстой кишки. В исследованиях не выявлено тератогенного эффекта у животных. Возможно длительное применение
солевые осмотические слабительные	Риск гипермагниемии, гиперфосфатемии и обезвоживания	Быстрое наступление эффекта
Средства, увеличивающие объем кишечного содержимого (пищевые волокна, гидрофильные коллоиды)	Требует приема большого количества жидкости, что может нарушить водный баланс и привести к развитию отеков. Медленно развивающийся эффект (48-72 ч.). У некоторых больных с выраженной гипотонией кишечника эти препараты неэффективны. В тяжелых случаях могут усугубить метеоризм и спазмы	Возможно длительное применение при нормальной моторике кишечника и соблюдении питьевого режима
Стимулирующие слабительные (бисакодил, пикосульфат натрия, препараты сенны)	Могут стимулировать сократительную активность миометрия. Возможно развитие секреторной диареи, что может приводить к электролитным нарушениям. При длительном применении возможно развитие толерантности вследствие дегенеративных изменений энтеральной нервной системы	Быстрое наступление эффекта
Размягчающие слабительные средства (вазелиновое масло и другие минеральные масла)	Могут депонироваться в стенке кишечника, что приводит к нарушению всасывания жирорастворимых витаминов и кровотечению у новорожденных	Размягчают кишечное содержимое
Касторовое масло	Стимулирует родовую деятельность, применение было ассоциировано с разрывом матки	Сильный слабительный эффект

Например, касторовое масло является абсолютно противопоказанным при беременности, так как стимулирует родовую деятельность и его применение было ассоциировано с разрывом матки. Применения вазелинового и других минеральных масел также следует избегать, поскольку они могут ухудшать всасывание жирорастворимых витаминов и как следствие приводить к развитию коагулопатии и кровотечения у новорожденных. Стимулирующие слабительные (препараты сенны и бисакодила) могут повышать тонус и сократительную активность миометрия, поэтому во время беременности допустимо только их кратковременное применение. Не рекомендуется длительное применение солевых осмотических слабительных, например магния цитрата и натрия фосфата, так как возможно развитие гипермагниемии, гиперфосфатемии и обезвоживания. Сравнительных клинических исследований по изучению эффективности и безопасности слабительных средств разных групп у беременных проводилось мало.

Согласно его результатам, слабительные средства, оказывающие стимулирующее действие на моторику кишечника, более эффективны, чем препараты, увеличивающие объем кишечного содержимого, однако дают больше побочных эффектов. Американская гастроэнтерологическая ассоциация рекомендует для лечения запоров у беременных осмотические слабительные. К препаратам выбора при хроническом запоре в период гестации относятся полиэтиленгликоль и лактулоза. Возможно применение препарата с размягчающим действием на каловые массы докюзата натрия в низких дозах. Лактулоза является одним из наиболее безопасных и хорошо изученных слабительных препаратов у беременных. Она обладает свойствами слабительного средства и пребиотика.

Молекула лактулозы не разрушается ферментами тонкой кишки, в неизменном виде доходит до толстой кишки, где подвергается гидролизу с образованием молочной кислоты (в основном) и частично муравьиной и уксусной кислот. В результате происходит снижение внутрикишечного рН, повышается осмотическое давление в кишечнике, происходит разжижение и увеличение объема каловых масс и активизация перистальтики кишечника. Препарат способствует росту *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus bifidus* в кишечнике, при этом подавляет рост аммонийных микроорганизмов, особенно *Escherichia coli*, под воздействием препарата происходит уменьшение размножения *Candida albicans* и сальмонелл. Кислая среда кишечника уменьшает ионизацию и абсорбцию аммиака, аминов и других токсичных азотсодержащих соединений в проксимальном отделе толстой кишки.

Абсорбция препарата низкая, выводится почками (3%). Лактулоза не оказывает раздражающего действия на слизистую оболочку, дает мягкий и физиологичный эффект, что позволяет назначать ее даже при угрозе выкидыша или преждевременных родов. В клинических исследованиях доказано, что лактулоза не проникает через фетоплацентарный барьер, не оказывает тератогенного и токсического действия и отрицательного влияния на тонус миометрия. Действие лактулозы наступает через 24-48 ч после введения (отсроченность эффекта обусловлена прохождением препарата через желудочно-кишечного тракт). В начале лечения возможен незначительный транзиторный метеоризм, который исчезает самостоятельно на 2-3-й день лечения или купируется изменением дозы. Эффективность препарата при запорах различного происхождения у детей и взрослых была доказана в многочисленных клинических исследованиях в сравнении как с плацебо, так и с активными лекарственными средствами. Наряду с эффективностью в этих исследованиях была продемонстрирована и высокая безопасность лактулозы, позволяющая использовать ее у наиболее уязвимых категорий пациентов, включая беременных и кормящих грудью женщин.

Хорошие результаты были получены в отделении патологии беременных областного реабилитационного центра «материнство и детство», где под наблюдением находилось 240 беременных, страдающих запорами. В результате курса лечения у 230 (96,1%) беременных нормализовался стул, появилось чувство полного опорожнения кишечника. И только у 7 (2,9%) – эффект отсутствовал. Ни в одном случае не наблюдалось появления или усугубления клинических признаков угрозы прерывания беременности или ухудшения общего самочувствия. Таким образом, имеющиеся в настоящее время данные об эффективности и безопасности лактулозы (дюфалак) позволяют рекомендовать ее в качестве препарата выбора для лечения хронических запоров у беременных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Подзолкова Н.М., Назарова С.В. Клиническое значение запоров в развитии осложнений беременности и послеродового периода // *Consilium medicum*.-2010.-№6.-С.50-54.
2. Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии: Руководство для практических врачей. – 2-е изд., испр. и доп. В 2 т. – т. 1. Акушерство, неонатология / Под общ. ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – М.: Литтерра, 2010.
3. Сокур Т.Н., Дубровина Н.В. Применение препарата Нормазе у беременных с запорами // *Трудный пациент*. – 2009. - №1 – 2, - С.38-41.
4. Шульпекова Ю.О. Запор: дифференциальный диагноз и лечение. // *Справочник поликлинического врача*.-2006.-Т.4, №8. – С. 3 – 9.
5. Acs1 N., Banhidy F., Puho E.N, Czeizel A.E. No association between severe constipation with related drug treatment in pregnant women and congenital abnormalities in their offspring: A population-based case-control study//*Congenital Anomalies*. – 2010. – Vol. 50. – P.15-20.
6. Acs1 N., Banhidy F., Puho E.N, Czeizel A.E. Senna treatment in pregnant women and congenital abnormalities in their offspring a population-based case-control study // *Reprod. Toxicol*. – 2009. – Vol. 28, № 1. – P. 100-104.
7. Figueroa R. Uterine rupture associated with castor oil ingestion // *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med*. – 2003. - № 13. – P. 133-134.
8. Muller M., Jaquenoud E. Treatment of constipation in pregnant women. A multicenter study in a gynecological practice // *Schweiz. Med. Wochenschr*. – 1995. V. 125, №36. – P. 1689-1693.
9. Ponce J., Martinez B., Fernandez A. et. al. Constipation during pregnancy: a longitudinal survey based on self-reported symptoms and the Rome II criteria // *Eur. J. Gastroenterol Hepatol*. - 2008.-Vol. 20, № 1 – P. 56-61.

УДК 618.19-002

МАСТОПАТИЯ

Г.У. Асанбаева

*Казахстан, Жамбылская область, г. Тараз
Городская поликлиника №8, г. Тараз*

ТҮЙІН

Қорытындылай келе, әйелдің жыныс жолдары аурулары, емшек аурулары мен қалқанша без ауруларының бір – біріне қатысы бар. Сондықтан гинеколог дәрігер емшек ауруымен қалқанша без ауруларын анықтай білі керек. Емшектің дифздық аурулары консервативтік жолмен емдеуге болады. Соның ішінде гормондық ем қолданылады.

SUMMARY

The presented data received at complex inspection of women addressed to the gynecologist, testify to high frequency combined pathologies reproductive and thyroid systems. This data allows to consider potogonez hyperplastic processes dairy, thyroid glands and genitals uniform. Hence, the doctor-gynecologist in some measure should know not only a gynencologic pathology, but also be able to reveal pathological processes of dairy and thyroid glands. Good-quality not dominant mammary gland processes can be exposed to conservative treatment including harmono therapy.

Молочная железа по своему функциональному предназначению относится к репродуктивной системе и имеет сложную гормональную регуляцию. Возникновение патологических процессов в молочной железе вне беременности и родов зачастую обусловлено гормональными нарушениями и имеет связь с гинекологической патологией. К гинекологам часто обращаются женщины не только с жалобами на нарушение со стороны половых органов, но и на боли, наличие уплотнений в молочной железе. Дисгормональные гиперплазии молочной железы, иначе именуемые мастопатией, фиброзно-кистозной болезнью, обусловлены, главным образом, изменением баланса эстрогенов и прогестерона, в результате которого, развивается относительная гиперэстрогения. Гиперэстрогения приводит к пролиферации эпителия альвеол, протоков, усилению активности фибробластов, пролиферации соединительной ткани.

Кроме того, у пациенток с доброкачественными гиперплазиями молочных желез выявляются нарушения функций щитовидной железы и другие заболевания. По данным Н.Н. Мезиновой (2001г.) за последние 30 лет, среди женщин с доброкачественными гиперплазиями молочной железы вдвое увеличилось число гинекологических больных, женщин с нарушенной репродуктивной функцией, эндемическим зобом. Если локализованные формы дисгормональных процессов молочной железы требуют хирургического вмешательства, то, по мнению большинства исследователей, женщинам с установленным диагнозом диффузной мастопатией необходимо проводить консервативное лечение. Учитывая значительную частоту сочетания гинекологической патологии с дисгормональными гиперплазиями молочной железы, лечение указанной категории женщин должно находится в компетенции гинекологов.

Классификация. Патологические процессы в молочной железе вне беременности могут носить доброкачественный и злокачественный характер. Доброкачественные заболевания молочной железы встречаются наиболее часто и включают различные по клиническим и морфологическим признакам процессы. Среди доброкачественных процессов мастопатия, иначе - дисгормональная пролиферация или фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ) – заслуживает особого внимания. По определению ВОЗ-мастопатия характеризуется нарушением соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы.

Клинико-рентгенологическая классификация выделяет диффузные и узловые формы мастопатии, которые можно определить на маммограммах, а также при ультразвуковом сканировании и морфологическом исследовании. Классификация выделяет различные формы ФКБ: Диффузная ФКБ: с преобладанием железистого компонента (аденоз), с преобладанием фиброзного компонента, с преобладанием кистозного компонента, смешанная форма.

Узловая ФКБ. Как диффузные, так и узловые формы мастопатии могут быть непролиферативными и пролиферативными. К узловой форме мастопатии ряд авторов относят фиброаденому, папиллому. Эти образования относятся к доброкачественным опухолям. К злокачественным заболеваниям молочной железы относятся рак и саркома.

Клиника. Клинически многие патологические процессы молочной железы протекают бессимптомно. Характерным клиническим симптомом мастопатии являются боли, выделения из соска. Некоторые пациентки сами выявляют наличие «опухоли», затвердение в железе. По характеру болевого симптома, пальпаторным находкам различают три клинические фазы развития мастопатии. Первая фаза - когда боли возникают за неделю до месячных, в это же время наблюдается нагрубание молочных желез. При пальпации патологические изменения в молочной железе не определяются. После месячных все симптомы исчезают. Такая симптоматика наблюдается у молодых женщин – 20 – 30 лет. Вторая фаза развития мастопатии характеризуется постоянными болями, усиливающимися перед менструацией. При пальпации определяются болезненные уплотнения. Указанная симптоматика характерна для женщин более старшего возраста 30-40 лет.

В третьей фазе мастопатией менее выражен болевой симптом. При пальпации определяется множество кистозных участков. Часто из сосков выделяется секрет. Возраст пациенток в этой фазе 40-45 и более лет.

Следовательно, при мастопатии чаще всего женщины жалуются на выделения из сосков, наличие образования, уплотнения в железе. Но, нередко несмотря на наличие патологического процесса в молочной железе, вплоть до рака, клинические симптомы отсутствуют. Поэтому, у каждой пациентки, обратившейся к гинекологу, следует провести не только гинекологическое исследование, но и осмотр, пальпацию молочных желез.

Диагностика. Диагностика патологических процессов молочных желез начинается с изучения анамнеза и выделения факторов риска. Фактором риска развития патологических процессов молочной железы относится: рак молочной железы у ближайших родственниц (мать, сестра); поздняя менопауза – старше 52 лет; раннее начало месячных – до 12 лет; первые роды в возрасте старше 30 лет; отсутствие родов, лактации; осложненный акушерский, гинекологический анамнез; ожирение; средний пожилой возраст; перенесенные операции по поводу рака эндометрия и молочной железы. После сбора анамнеза, выделения факторов риска следует приступить к осмотру молочных желез. Необходимо обратить внимание на наличие: асимметрии величины и формы, срезанность контуров; участков втяжения кожи и соска; изменение кожных покровов – отечность, гиперемия, лимонная корка; мокнутия, шелушения, кровянистых выделений из сосков. Вышеперечисленные симптомы позволяют заподозрить возможность злокачественной опухоли. При доброкачественных процессах таких симптомов не наблюдается.

Ведущим методом диагностики патологических процессов молочной железы является маммография. ВОЗ (1984) рекомендует проводить маммографию с 35 лет один раз в два года, после 50 лет один раз в год. По показаниям – независимо от возраста. К дополнительным методам исследования молочных желез относятся также ультразвуковое сканирование, пункционная биопсия с цитологическим исследованием пунктата. Ультразвуковую диагностику молочных желез следует проводить женщинам до 35 лет в первую фазу цикла. В последнее время используют тонкоигольную аспирационную биопсию под контролем ультразвука, что позволяет прицельно пунктировать кистозные образования от 0,5 до 3см в диаметре. Сочетание УЗИ и маммографии увеличивает диагностические возможности.

Принципы консервативного лечения доброкачественного заболевания молочной железы. После обследования молочных желез всех пациенток разделить на три группы. 1 – мастопатия диффузная, 2 – мастопатия узловая, 3 - подозрение на рак. Женщины, относящиеся к двум последним группам, должны быть направлены на консультацию к онкологу. Диффузная мастопатия может подвергаться консервативному лечению. Развитие мастопатии, как правило, происходит на фоне гормонообусловленных заболеваний гениталий, хронических воспалительных процессов половых органов, заболеваний щитовидной железы. У каждой пациентки с диффузной мастопатией следует выявить основную причину, на фоне которой развилось заболевание. Лечение начинают с воздействия на основную причину.

Общепринятого алгоритма лечения диффузной мастопатии нет. В каждом случае необходим индивидуальный подход. Рекомендуется назначать лечение с коррекции диеты и назначения седативных средств. Ограничения употребления продуктов с высоким содержанием жиров, метилксантинов (крепкого кофе, чая, какао, шоколада). В йоддефицитных районах, к которым относятся почти все области Казахстана, следует отдавать предпочтение продуктам, содержащим йод. В комплексе лечения широко используются витамины – А, Е, С, и группы В. В последнее время широко используют для лечения мастопатии энзимы – вобэнзим, флогэнзим. Они оказывают противовоспалительное иммуномодулирующее действие, улучшает реологические свойства крови, микроциркуляцию. Показано использование гормональных средств и фитопрепаратов, которые обладают способностью связываться с гормональными рецепторами. Из фитотерапевтических средств широкое применение получил мастодинон, который способен снижать уровень пролактина.

К гормональным препаратам относятся бромкриптин (парлодел) и достинекс. Бромкриптин применяется в дозе 1/2 - 1 таблетку в день в течение 3-6 месяцев, достинекс 1/2 таблетки – 2 раза в неделю. Прием этих препаратов проводится под контролем уровня пролактина крови. При наличии мастопатии в сочетании с гинекологической патологией как миома, эндометриоз, рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия, препаратами выбора являются гестагены. Широкое применение получил дюфастон. Препаратом местного действия является прожестожель. Местное назначение геля способствует снижению пролиферации эпителиальных клеток молочной железы за счет его антиэстрогенного действия. Ввиду того, что большинство пациенток с диффузной мастопатией находятся в репродуктивном возрасте, особое внимание заслуживает о возможности использования гормональных контрацептивных средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурдина Л.М., Сухих Г.Т. Применение системной энзимопатии в лечении фиброзно-кистозной болезни. Маммология. 1998г.
2. Бурдина Л.М., Бурдина И.И. Мастодинон и его роль в лечении доброкачественных заболеваний молочных желез. Маммология 1998г.
3. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Мастопатия в книге Неоперативная гинекология, М.2001г.
4. Мезинова Н.Н. Методическая рекомендация. Патология молочных желез у гинекологических больных в зоне зубной эндемии. Астана – 2007.

УДК 617.711-003.625.7-002-07-08

ХРОНИЧЕСКИЕ, АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ КОНЬЮНКТИВИТЫ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ*Л.А. Гончар**Городская поликлиника №2, г.Тараз.***ТҮЙІН**

Мақалада аллергиялық конъюнктивиттің негізгі түрлері мен емдеу тәсілері баяндалған

SUMMARY

The article describes the main types and treatment of allergic conjunctivitis.

Аллергический конъюнктивит — это необычная воспалительная реакция слизистой глаза конъюнктивы на обычные воздействия, которые не вызывают реакций у большинства людей. Конъюнктивит возникает при повышенной, генетически заложенной чувствительности организма к тому или иному веществу. Аллергический конъюнктивит нередко сочетается с аллергическим ринитом, бронхиальной астмой, дерматитом. Аллергический конъюнктивит может начинаться в острой форме нестерпимым зудом век, жжением под веками, светобоязнью, слезотечением с выраженным отеком и гиперемией конъюнктивы. Но чаще он протекает хронически, доставляя в течение многих лет беспокойство больным.

При этом наблюдается умеренное жжение век, незначительное отделяемое, периодически зуд век. Нередко многочисленные упорные жалобы на неприятные ощущения сочетаются с незначительной клинической картиной, что вводит в заблуждение врачей и затрудняет диагностику. Аллергические конъюнктивиты относятся к числу широко распространенных заболеваний, отражая общую распространенность аллергии. Считается, что примерно каждый четвертый-пятый человек имеет те или иные проявления аллергии. Аллергические заболевания являются частой причиной потери учебного и рабочего времени. Отмечено, что у городских жителей аллергия наблюдается в три раза чаще, чем у сельских; в детском возрасте аллергия встречается в три раза чаще среди мальчиков, женщины страдают аллергией в два раза чаще, чем мужчины.

В зависимости от вызывающих конъюнктивит аллергенов его симптомы могут носить сезонный характер или же быть круглогодичными. Сезонный аллергический конъюнктивит чаще всего обусловлен чувствительностью пациента к пыльце трав, деревьев, сорняков или же к плесневым грибам. Домашняя пыль, перхоть животных, средства бытовой химии, косметические и парфюмерные изделия, контактные линзы, лекарственные препараты являются частыми причинами круглогодичных конъюнктивитов. Аллергические конъюнктивиты хронические, с периодами обострения, могут возникать на продукты питания, в особенности с консервантами и другими химическими добавками.

Диагностика. В некоторых случаях типичная картина заболевания или четкая связь его с воздействиями внешнего аллергенного фактора не оставляет сомнения в диагнозе. Важнейшее место в диагностике занимает аллергологический анамнез и кожные аллергические пробы. Эти пробы наиболее доступны и в то же время достаточно достоверны. К недостаткам кожных проб следует отнести то, что их проводят не в остром периоде заболевания, а через 7-10 дней после острой аллергической реакции. Широко применяются лабораторные методы аллергодиагностики. В числе преимуществ — их высокая специфичность и возможность использования в остром периоде заболеваний. Рассмотрим особенности основных клинических форм и тактику лечения. Сезонные поллинозные конъюнктивиты вызываются пыльцой в период цветения трав, злаковых, деревьев. Острый поллинозный конъюнктивит начинается нестерпимым зудом век, жжением глаз, светобоязнью, слезотечением. Избежать контакта с аллергенами практически невозможно, поэтому главное место занимают активная терапия и профилактика каплями или специфическая терапия. При острых конъюнктивитах инстилляцией глазных капель, алергодил дает быстрый эффект. Уже через 5-15 минут улучшается состояние больного, уменьшается раздражение глаз. . В тяжелых случаях применяют антигистаминные препараты внутрь.

При поллинозных подострых и хронических конъюнктивитах применяют кромогексал или аломид, которые закапывают три-четыре раза в сутки. С профилактической целью начинают закапывать кромогексал или аломид два раза в день за неделю до предполагаемого контакта. Хронический аллергический конъюнктивит. Как показывает наш опыт, аллергические конъюнктивиты, в том числе и поллинозные, более часто протекают не остро, а хронически, при этом наблюдается умеренное жжение глаз, незначительное отделяемое, периодически зуд век. Причем нередко многочисленные жалобы на неприятное ощущение сочетаются с незначительными клиническими проявлениями. Среди причин стойких хронических аллергических конъюнктивитов могут быть: повышенная чувствительность к пыльце, пищевым продуктам, средствам бытовой химии, домашней пыли, перхоти животных, к сухим кормам для рыб, к лекарственным препаратам. Глазные капли кромогексал или аломид применяют два-три раза в сутки (эффективность достигает 96,6%). .

Лекарственный аллергический конъюнктивит. Составляет более 30% всей глазной аллергии, и возникают при местном применении лекарств, но могут быть вызваны и системным введением препаратов. Вместе с тем глазные капли и мази могут вызвать поражение не только конъюнктивы, но и роговицы, кожи век,

а также общую аллергическую реакцию. Причем аллергическая реакция может развиваться и на консервант глазных капель. Вот почему многие фирмы выпускают глазные капли в малых емкостях 0,5-1 мл без консерванта. Аллергические реакции, вызываемые лекарствами, по скорости развития обычно делятся на три группы: острый конъюнктивит — возникает в течение первого часа после введения препарата, подострый конъюнктивит - в течение суток, хронический затяжной конъюнктивит - в течение недель и месяцев. Последний развивается при длительном местном применении лекарств и встречается наиболее часто (90%). Главным является немедленная отмена провоцирующего лекарства.

При остром конъюнктивите необходимо на несколько дней назначить антигистаминный препарат внутрь (кларитин один раз в сутки) и местно антигистаминные глазные капли — аллергодил два-три раза в сутки. При подостром и хроническом конъюнктивите применяют аломид или кромогексал два раза в сутки, длительно. Их можно использовать и с профилактической целью при риске возникновения лекарственной аллергии. Весенний кератоконъюнктивит. Обычно поражает детей в возрасте 3-7 лет, чаще мальчиков, имеет двустороннее, преимущественно хроническое, изнуряющее течение. Наиболее характерным клиническим признаком являются сосочковые разрастания на конъюнктиве хряща верхнего века (конъюнктивальная форма). Они мелкие, уплощенные, но могут быть крупными, деформирующими веко.

Реже сосочковые разрастания обнаруживаются вдоль лимба (лимбальная форма). Иногда встречается смешанная форма. Симптомы нарастают весной и стихают осенью. Глазные капли кромогексал или аломид дают выраженный эффект, целесообразно сочетать их с инстилляцию дексаметазона (максидекс). При роговичных поражениях (эпителиопатия, эрозии, точечные инфильтраты, кератит) следует назначать аломид, инстилляцию два-три раза в день. При острых явлениях можно применять глазные капли аллергодил (два раза в сутки), сочетая их с каплями максидекс (два раза в сутки). Дополнительное системное лечение может включать антигистаминные препараты внутрь или инъекции гистоглобулина (на курс 6-10 инъекций). Конъюнктивит при ношении контактных линз. Считается, что большинство пациентов, носящих контактные линзы, сталкиваются с аллергической реакцией конъюнктивы: раздражение глаз, светобоязнь, слезотечение, жжение под веками, зуд, дискомфорт при вставлении линзы.

При осмотре можно обнаружить мелкие фолликулы, мелкие или крупные сосочки на конъюнктиве верхних век, гиперемия слизистой, отек роговицы, точечные эрозии роговицы. Лечение требует немедленного отказа от ношения контактных линз. Инстиляция глазных капель кромогексал или аломид два раза в сутки. При острой реакции назначают аллергодил два раза в сутки. Аллергическая реакция при инфекционных конъюнктивитах и кератоконъюнктивитах. Многолетний опыт отдела Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца показал, что аллергия играет важную роль в клинической картине многих заболеваний глаз инфекционной природы: вирусных (аденовирусный конъюнктивит, герпетический кератит), бактериальных (острый конъюнктивит), хламидийных, грибковых, паразитарных.

Можно считать доказанным, что аллергическая реакция также лежит в основе клиники многих хронических инфекционных заболеваний глаз. Аллергическую реакцию при инфекционной болезни глаз можно рассматривать как проявление глазной инфекции или как реакцию тканей глаза на токсико-аллергические воздействия лекарственных средств при длительной терапии (антибиотики, противовирусные препараты, анестетики и др.). Признаком аллергической реакции является выраженное раздражение глаза, сопровождающееся отеком и зудом век, слезотечением, отеком и гиперемией конъюнктивы: позднее развивается сосочковая гипертрофия конъюнктивы и краевой эпителиальный кератит. Такой подход к пониманию патогенеза инфекционных заболеваний глаз открывает новые возможности для построения эффективной терапии, предусматривающей дополнительное своевременное включение антиаллергических глазных средств. В остром периоде инфекционного конъюнктивита (хламидийного, аденовирусного, бактериального) к специфической противомикробной терапии добавляют глазные капли аллергодил два-три раза в сутки. При подостром или хроническом течении кератоконъюнктивита для противоаллергического эффекта назначают кромогексал или аломид два раза в сутки. Следует обратить внимание: 1-аллергические конъюнктивиты отражают общее распространение аллергических заболеваний. 2-в зависимости от аллергенов симптомы могут быть сезонными и круглогодичными. 3-лечение базируется на 3-х принципах: устранение аллергенов, иммунотерапия, лекарственная терапия. 4-глазные капли применяются двух групп: антигистаминные и стабилизаторы тучных клеток. Таким образом, в статье описаны основные виды и лечение аллергических конъюнктивитов, частота их распространенности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров А. Е. Клиническая офтальмология// Москва, НИИ глазных болезней. 2000.
2. Майчук Ю Ф. Аллергические заболевания глаз. М.: -Медицина. 2003.

УДК 616.89-008.441.33-053.71

ЛЕЧЕБНО- РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС В ЛЕЧЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ*Н.Е. Столярова**Областной наркологический диспансер, г.Шымкент***ТҮЙІН**

Соңғы онжылдықта есірткіні қолданудың күрт өсуі байқалады. Кәмелетке толмағандарды оңалту – бұл медициналық, психологиялық, тәрбие, білім, еңбек, әлеуметтік құқықтық шаралардың бірегей жүйесі, мақалада аурулардың тұлғалық және әлеуметтік статусын қалпына келтіруге көңіл бөлінген.

SUMMARY

In article the purposes and problems of rehabilitation of the minors abusing psychoactive substances are given. Rehabilitation is considered as uniform medical-rehabilitation process.

На протяжении последнего десятилетия отмечается резкий рост злоупотребления наркотиками, при этом большинство потребителей наркотиков и больных наркоманиями составляют подростки и молодежь. С распространением их увеличивается вероятность столкновения детей 7-12 лет и подростков с наркотическими веществами, а последствия употребления наркотиков в раннем возрасте оказываются более серьезными. Это вызывает необходимость не только усиление мер, направленных на предупреждение употребления психоактивных веществ, но и разработки дифференцированных программ реабилитации для несовершеннолетних. При раннем столкновении несовершеннолетних с психоактивными веществами у них катастрофически быстро формируется установка на дальнейшую наркотизацию и одновременно останавливается личностный рост, разрушаются ценностные ориентации, нарушаются семейные отношения. У подростков и молодежи разрываются и деформируются связи с их ближайшим позитивным социальным окружением и появляется угроза оказаться в социальной изоляции.

Болезнь практически прекращает социальный прогресс пациента, уровень его образования низок, затрудняется профессиональная ориентация и овладения специальностью. Перечисленные социальные и психологические проблемы показывают, что чисто медицинский подход и ограниченные лечебные мероприятия принципиально не в состоянии обеспечить практическое выздоровление несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами и зависимых от них, и их успешную интеграцию или реинтеграцию в общество. Это конечная цель достижима, если период собственного отказа от наркотика и активного лечения дополняется длительным реабилитационным периодом, благодаря которому восстанавливается способность полноценно функционировать в обществе. [1].

Реабилитация в наркологии – это единая система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, трудовых, социально-правовых мер, направленных на личностную реадaptацию, их ресоциализацию больных, реинтеграцию их в общество при решении задач и отказа от употребления веществ, вызывающих зависимость. Цель реабилитации-восстановление нормативного личностного и социального статуса на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала. Задача реабилитации определяется необходимостью достижения ее конечной цели с учетом важнейших аспектов жизненной ситуации больного - медицинского личностного, социального - путем ее активной направленной реорганизации.

Одним из важнейших условий эффективной терапии и реабилитации больных употребляющих психоактивные вещества является включение их в терапевтическую среду. Прежде всего следует подчеркнуть, что терапевтическая среда, о которой идет речь, является психологически и социально поддерживающей средой, необходимым элементом и психосоциальным условием интернализации норм здоровой среды, фокусирующей не на болезни а на восстановлении. [2]. Несовершеннолетние по сравнению с взрослыми менее способны к участию в традиционных терапевтических группах. Основная форма групповых занятий игровая, независимо от их содержательного наполнения конкретными психотерапевтическими методиками. [1]. Обязательным компонентом реабилитационной программы является образовательно - информационное обеспечение, необходимая для больных информация, обеспечивающая их самопонимание, понимание сущности и механизмов болезни, знание путей их преодоления, подходов к разрешению проблемных ситуаций и т. д.[3].

Перед проведением реабилитационной программы предшествует ряд мероприятий, основная цель которых в консультирование и мотивационные воздействия. Консультативную помощь несовершеннолетние могут получить в самых различных структурах. К ним относятся: специальные консультативные пункты: телефоны доверия: комиссии по делам; несовершеннолетних; образовательные учреждения; образовательные учреждения; медицинские учреждения (как специализирующиеся, так и не специализирующиеся в оказании помощи несовершеннолетним, злоупотребляющим ПАВ. При этом особое значение имеет организация консультативной помощи и проведение мотивирующих воздействий в учреждениях оказывающих наркологическую помощь, психиатрическую помощь, помощь при отравлениях, инфекционных заболеваниях печени); учреждения социальной помощи; средства массовой информации.

С целью своевременного оказания консультативной помощи при лечебно-профилактических учреждениях, по инициативе областного наркологического диспансера г. Шымкента, были организованы

медико-психологические кабинеты. В 89 школах города организованы наркопосты, за которыми закреплены врачи-наркологи, в их функции входит не только консультирование, но и профилактический осмотр учащихся, широкомасштабная диагностика и формирование групп повышенного риска по профилю употребления и зависимости от алкоголя и (или) других ПАВ в организованных группах детей т.е. в школах, эффективную коррекцию высоких рисков вовлечения в зависимость от алкоголя и (или) других ПАВ, активное выявление признаков употребления и вовлечения в зависимость от алкоголя и (или) других ПАВ среди детей, мотивация выявленного контингента на участие в программах наркологической помощи с учетом диапазона приемлемости.

Врач-нарколог подростковой службы областного наркологического диспансера входит в состав комиссии по защите прав несовершеннолетних. За 2010 год было проведено 12 заседаний, рассмотрено 90 дел, по результатам заседания комиссии 7 подростков направлены в специальную школу-интернат г.Кентау, 27 - в оздоровительные центры, 7 - в дома ребенка. Работа с несовершеннолетними ведется совместно с управлением образования и департаментом внутренних дел, управлением по защите прав ребенка ЮКО. Работа врачей – наркологов тесно связана с Центром адаптации несовершеннолетних и Центром социальной реабилитации детей и подростков. В составе областного наркологического диспансера детское отделение на 30 коек. На ряду с врачами – наркологами в штате отделения детский психолог и социальный работник.

Психологи и социальный работник в ходе лечебно-реабилитационного процесса активизируют соответствующие сферы личности, побуждают к ответственному поведению и мотивируют к дальнейшему прохождению реабилитационной программы. При анализе психотерапевтической составляющей реабилитационной программы следует отметить, что значительную долю стали занимать индивидуальное психологическое консультирование и индивидуальная психотерапия больных, более разнообразными в отношении используемых техник стали групповые методы работы с больными, более плотным стал график проведения образовательных занятий с больными. Данное отделение осуществляет профилактическую работу среди детей по предупреждению наркологических заболеваний и оказывает специализированную медицинскую помощь больным детям, употребляющим с вредными последствиями алкоголь и другие ПАВ и с зависимостью от алкоголя и других ПАВ в соответствии со стандартами оказания наркологической помощи, утверждаемыми уполномоченным органом в области здравоохранения.

Существуют следующие актуальные проблемы при прохождении лечебно-реабилитационной программы. Проблемы возникают с родителями детей и подростков, которые в силу менталитета не оказывают поддержки для прохождения несовершеннолетним полной лечебно-реабилитационной программы. Бывают факты, что родители стараются скрыть факт наркологического расстройства из-за того, что подросток, страдающий этим заболеванием со всех сторон (школа, полиция) подвергается осуждению, репрессии, что является дополнительной психологической травмой для ребенка. Проблема также в том, что работа стихийно, отсутствует слаженность, последовательность в работе со школьными психологами, валеологами, инспекторами по делам несовершеннолетних и врачами-наркологами, и не учитывается реальная ситуация по развитию зависимостей от ПАВ. В заключение хочется подчеркнуть, что основной показатель всей лечебно-реабилитационной программы – возврат детей и подростков в общество и возобновление функционирования в здоровом окружении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А., Дудко Т.Н., Тростанецкая Г.Н. ст. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами, Наркология. №1. стр 43-46, 2002г.
2. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. т.3 Реабилитация зависимости. г.Павлодар.
3. Цетлин М.Г, Пелипас В. Е Реабилитация наркологических больных концепция, программа. М.: - Анахарсис. 2001. с. 5-7.

УДК 615.627(574.5)

САНИТАРНО - КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ОЗДОРОВЛЕНИЕ В АКУШЕРСКО - ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ САРЫАГАШСКИХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД ЗА 2009 ГОД

А.А. Мельдеева

Лечебно-оздоровительный комплекс «Сарыагаш», г. Сарыагаш, ЮКО

ТҮЙІН

Мақалада аурудың асқынған кезіндегі емес кезеңіндегі акушерлік және гинекологиялық патологиялы әйелдерді емдеу және сауықтыру мақсатында санитарлық – курорттық емнің тиімділігіне көңіл бөлінген. Сарыағаш сумерының бірден – бір ерекшелігі – натрий гидрокарбонатында, жай минералданған, жоғары температуралы (48-54° С) және жай сілтілі (РН 8,3) суда, ол километрден көп терендіктен салынады.

SUMMARY

The indexes of general and gynecopathy of women are in an alarm position in Kazakhstan, especially among the reproductive aged women. The index of women health is low. The main problem of Kazakhstan society is infertility of women. The consequences of all gynecopathy of women are disorders of reproductive organs of women.

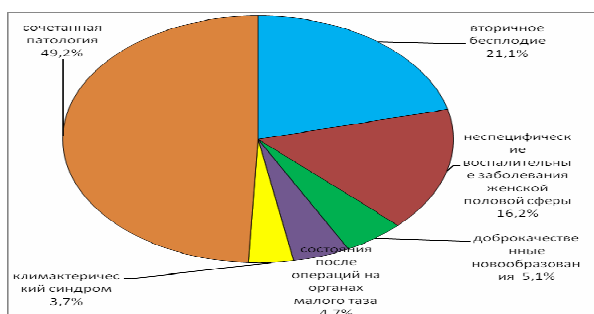
Введение. Показатели общей и гинекологической заболеваемости женщин в Казахстане остаются на тревожном уровне, особенно среди женщин фертильного (репродуктивного) возраста. Индекс здоровья женщин фертильного возраста остается низким и составляет в среднем по Казахстану 30,8 процента. Основным следствием всех гинекологических заболеваний можно считать нарушение репродуктивной способности организма женщины. Громадной проблемой казахстанского общества остается бесплодие женщин. По данным ученых, частота женского бесплодия в Казахстане составила 56 процентов от общего числа гинекологических заболеваний, а бесплодный брак встречается уже в 12 процентах случаев.

Особенностью гинекологической заболеваемости является их полиэтиологичность, комбинированность и смешанность с патологией других органов и систем, что в свою очередь требует комплексного, комбинированного и по-этапного лечения. В сети акушерско-гинекологической службы здравоохранения отдельное место занимает система санаторно-курортного лечения и оздоровления женщин. Основными показаниями для санаторно-курортного лечения являются именно вторичное бесплодие различного генеза (44% пациентов), воспалительные заболевания неспецифической этиологии и их осложнения (42% пациентов) и замыкают основные показания дисгормональные заболевания (14% пациентов) женской половой сферы.

Основная часть. В Южно-Казахстанской области зона Сарыагашских минеральных вод является основным бальнеологическим курортом для успешного лечения и эффективного оздоровления женщин региона и всей страны. Уникальностью Сарыагашского месторождения минеральных вод, имеющих в своем составе гидрокарбонат натрия, кремниевую, нафтеновую кислоту, слабо минерализованные (0,7- 0,9 г/л), высоко температурные (48- 51° С) и слабощелочные (рН 8,3) воды, добываемых с глубины более одного километра, являются их физико-химические свойства, позволяющие применять их в разных лечебно-оздоровительных процедурах: дозированное питье, различные орошения, разновидности лечебных душей, ванны и купания в минеральной воде и их рациональное сочетание с грязелечением рапой из озер Коскак и Терескен, различными видами физиотерапии и массажа, диетотерапией и ландшафт-терапией.

При первичном обращении пациенток производится уточнение имеющейся гинекологической и сопутствующей патологий. Сопутствующая патология представлена в основном воспалительными заболеваниями мочевыделительных органов 67%, анемией 58%, заболеваниями органов пищеварения 42% и дисгормональными синдромами 36%. Затем, в течение 2-3 дней, производился подбор необходимых процедур и происходит адаптация организма пациенток к факторам воздействия курорта – климату, лечебно-оздоровительному распорядку дня, процедурам, контингенту отдыхающих и медицинскому персоналу.

Диаграмма 1 - Структура установленной гинекологической патологии за 2009 год.



Применяемые факторы курортологического лечения и оздоровления. Бальнеологические процедуры минеральной водой для гинекологических пациенток включали в себя: питье минеральных вод для 100% пациенток; гинекологические орошения для 87% пациенток; полные обертывания для 21% пациенток; локальные аппликации для 37% пациенток; гинекологические минеральные тампоны для 42% пациенток. Метод грязелечения основан на применении физико-химических свойств грязи: коллоидальность, вязкость, пластичность, солевой состав, содержание сероводорода, показателем антибактериальной активности грязи служит содержание в ней микробов - антагонистов, продуцирующих в грязи антибактериальные вещества. В состав рапы входят минерально-органические вещества, это иловая, высокоминерализованная (280-340 г/л), среднесульфидная (6,15) хлорномагниево-натриевая грязь, которая используется в виде ванн, обертываний, тампонов, аппликаций и гальвано-грязевой терапии.

При этом особое значение имеют гинекологический массаж (43% пациенток) и очистительные процедуры (микроклизмы – 31% пациенток, дюбаж - 39% пациенток) с использованием минеральной воды и грязей. Минеральные воды и грязи включались в состав физиотерапевтических процедур (гальвано-, магнито-

и лазеротерапия, электрофорез, ультразвук, ингаляции и др.) и сочетались с гидротерапией (купания, ванны, души и джакузи). Для лечения основного и сопутствующих заболеваний назначались: медикаментозная терапия, соответствующая диета, фитотерапия с целью коррекции основных функций организма при постоянном врачебном контроле на протяжении всего пребывания на курорте. По желанию пациентов проводились иглотерапия, Су-ждок, рациональная психотерапия и ЛФК. Наряду с лечебно-оздоровительными мероприятиями предлагался широкий спектр активных форм отдыха – от пеших прогулок и физкультурных упражнений до тренажеров и походов. Мною приняты 1004 пациентки - женщины по гинекологическим нозологиям, назначено и произведено 10041 различных лечебно-оздоровительных процедур, в том числе лично мною выполнено 3465 процедур.

Результаты. Итоги лечения определялись как субъективными оценками пациенток, так и данными объективного осмотра, лабораторными исследованиями и дополнительными обследованиями пациенток в сравнении на момент начала лечения и по итогам его окончания: значительное улучшение отмечено - 35% пациенток; купирование основных патологических признаков наступило - 51% пациенток; отсутствие эффекта или ухудшения состояния пациенток имелось у 13% пациенток, что было связано с обострениями сопутствующих заболеваний других органов и систем организма. Общая эффективность проведенных лечебно-оздоровительных мероприятий отмечена у почти 87% пациенток. Именно индивидуальный подход к выбору процедур, их рациональное сочетание и чередование с учетом общей и гинекологической патологии позволили получить представленные результаты. Имеются факты обретения женщинами – нашими пациентками долгожданного счастья материнства.

Клинический пример: Гражданке Б.Г., 1971г.р., врачи на участке поставили диагноз: хронический сальпингоофорит, эндоцервицит, вторичная непроходимость маточных труб. Акушерский анамнез: беременность и роды - одна, в 1989г. родила сына, страдает бесплодием с 1990 года (то есть на протяжении 20 лет). Находилась на санаторно-курортном лечении в санатории «Сары-Агаш» с 20 сентября по 9 октября 2010 года. Назначено и произведено лечение: гинекологическое орошение, грязевые аппликации в виде брюк, минеральные ванны, магнито-кванто-лазеро-терапия, интравагинальная тампонада с лекарствами (противовоспалительные, антибактериальные, противогрибковые). По окончании сан.-кур. лечения была назначена гормонозаместительная терапия под контролем участкового врача-гинеколога. Беременность наступила в феврале 2011 года. Ожидаемый срок родов 10.10.2011года. По данным УЗИ ожидается девочка.

Выводы. Полученные результаты указывают на возможность и необходимость назначения санаторно-курортного лечения в лечебных и оздоровительных целях женщинам с акушерской и гинекологической патологией вне острой стадии, в послеоперационном периоде и по поводу бесплодия воспалительной и дисгормональной этиологии как эффективного метода общего и комплексного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вдовкин А.А. Лечение и реабилитация гинекологических заболеваний в санатории Сергиевские Минеральные Воды. Пятигорск. 2008г.
2. Л.М.Клячкин, А.М. Щегольков. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов. Москва, Медицина, 2000 г.
3. М. Рязкова, И. Кирова. Физикална терапия. София, 2002 г.
4. Материалы международного форума "Актуальные аспекты акушерства, гинекологии и перинатологии", г.Алматы, 16-18 июня 2008 года.
5. Материалы журнала «Акушерство и гинекология», 2009-2010 годы, г.Москва.
6. Мельдеева А.А., Молдабеков С.Б. Курорт – и отдых, и лечение. Аман бол, №11-12(38), С.14, г.Шымкент.
7. Мельдеева А.А., Молдабеков С.Б. А тут вам и курорт. Аман бол, №11-12(38), С.14, г.Шымкент.

УДК 378.147:547

МЕТОДИКА ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ В МАЛЫХ ГРУППАХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОБУЧАЮЩИХ ТЕСТОВ

*А. К. Патсаев, Л. А. Дильдабекова, Х. Б.Алиханова, Ш. С. Шыназбекова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Кіші топтардағы жұмысты сабақ барысында қолдану, студенттердің білімін, өзінше ойлау қабілетін арттыруда және де тақырып сұрақтарын толық меңгеруге көптен көп үлес қосады. Сонымен қатар оқытушы мен оқушылар арасындағы қызметтеріне үлкен әсер етеді.

SUMMARY

Using the method work in a small group stimulates the cognitive activity of students and creates a reliable basis for deep and stable acquirement of learned material by them. Essentially it changes the role and function of teacher and learners, having significantly influence to all components of academic teaching process.

В современный период необходимо использовать такие методы обучения, которые активизируют мыслительную деятельность студента, стимулируют его на процесс получения знаний, раскрывают его внутренний потенциал. Одним из таких методов обучения является «методика работы в малых группах с использованием обучающих тестов». Обучение – процесс двухсторонний, и поэтому его качество зависит как от дидактического совершенства работы преподавателей, так и от отношения студентов к проводимым занятиям, от уровня их познавательной активности. Только это сочетание высокой научной содержательности и методического мастерства преподавателя с умелым стимулированием познавательной деятельности студентов создает надежную основу для глубокого и прочного овладения ими изучаемого материала.

Стимулирование познавательной активности студентов предполагает постоянное видоизменение традиционных учебных занятий, на которых только дают информацию, и замещение их теми методами, которые вынуждают студента самого искать источники необходимой информации, анализировать их и принимать самостоятельные решения в рамках выдвигаемых учебных задач. В целях активизации познавательной деятельности и улучшения качества самостоятельной работы на кафедре фармакогнозии и химии ЮКГФА в течении нескольких лет разрабатываются и совершенствуются формы и методы обучения: коллективный способ обучения (методика Ривина «Пара сменного состава») [1]; работа в малых группах [2]; обучающее тестирование [3].

Совершенно необычный подход к методам обучения находим в работе В.К. Дьяченко «Новая дидактика». Автор исходит из того, что процесс обучения представляет собой «общение теми, кто имеет знание и опыт, и теми, кто их приобретает» [4]. К проблеме методов обучения автор подходит через анализ структур общения между людьми и форм организации процесса обучения. Непосредственно общение осуществляется главным образом через устную речь. На кафедре фармакогнозии и химии ЮКГФА обучение студентов фармацевтических факультетов по курсам «Неорганическая химия» «Аналитическая химия» «Органическая химия» проводится с применением элементов технологии коллективных способов обучения (КСО) «Работы в малых группах», «Общение в парах сменного состава».

При парной организационной форме учебного процесса (методика Ривина «Пара сменного состава») возникают свои трудности (если оба студента слабоуспевающие, безответственные), а также парная работа приемлема при малом количестве студентов в группе. В основном учебные группы состоят из 10-12 студентов, при этом пары должны встречаться не менее 6 раз, а это мало возможно при временных ограничениях установленной при кредитной системе обучения. При организации малых групп большую значимость приобретает мотивация самостоятельной учебной деятельности студентов, так как преподавателю необходимо не только сформировать группы и дать им задание, а также необходимо добиться того, чтобы студент сам захотел приобретать знания.

При организации работы в малых группах задача преподавателя не сводится к передаче знаний, а приобретает совершенно иное значение. Он становится организатором самостоятельной познавательной, исследовательской, творческой деятельности студентов. Подготовка к занятию с использованием методики работы малых групп начинается с подготовки помещения к этому виду учебной деятельности. Планировка рабочего места студентов – очень важный фактор, который может способствовать продуктивной совместной работе. Нужно, чтобы члены одной группы сидели так, чтобы им было удобно обмениваться друг с другом всем необходимым, видеть друг друга, тихо разговаривать, не мешая другим, и обсуждать выполняемое задание. После подготовительного этапа можно перейти к организации обучения работы в малых группах. При этом важно учитывать принципы формирования групп. Качественный состав группы определяет то, насколько эффективно будут взаимодействовать студенты в процессе совместной деятельности, насколько успешно справятся с заданием. Удачно подобранная по составу группа уже сама по себе создает мотивацию к взаимодействию ее членов.

Требование к формированию малых групп: необходимо отказаться от стихийного распределения студентов по группам. Группы могут быть однородными или разнородными по тому или иному признаку. Например, при формировании групп учитывают следующие критерии: учебные возможности студентов, уровень обученности, их психологическую совместимость, уровень информированности, примерно одинаковый темп работы. Состав группы может меняться, однако, если члены группы по-настоящему «срабатываются», и группа показывает действительно хороший результат, то такие группы целесообразно сохранять. При использовании работы в малых группах должны соблюдаться следующие правила: сообщите задание всей аудитории до разделения на группы; обсудите со студентами, понятно ли им задание; выработайте правила работы в группах; сообщите хронометраж, то есть время, которое вы даете для выполнения каждого этапа задания.

Разделив студентов на малые группы, раздайте необходимые материалы, информацию и попросите приступить к выполнению задания. двигайтесь от группы к группе и помогайте студентам соблюдать правила

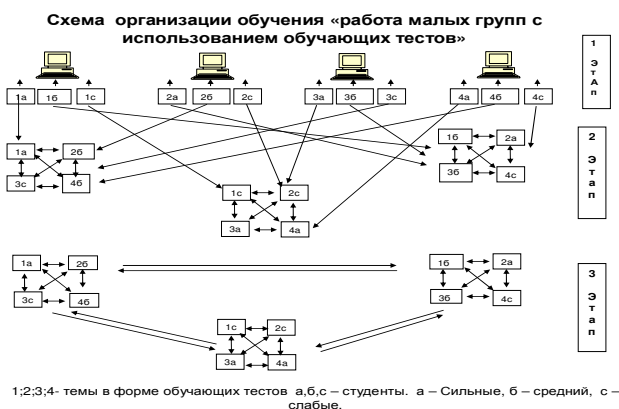
работы группы; после завершения работы организуйте выступления представителей групп о результатах работы. устроить соревнование между малыми группами дать возможность каждой подгруппе по очереди задавать и отвечать на вопросы других подгрупп. В условиях гетерогенного взаимодействия неудача одного из них, как правило, выступает в качестве своеобразного стимула, подстегивающего мыслительную активность другого. При этом срабатывает эффект «сила слабости», при котором не только сильный студент оказывает положительное воздействие на слабого, но и слабый на сильного.

Наиболее оптимальным вариантом для достижения положительного эффекта в обучении студентов является использование гетерогенных групп. Обладая разным уровнем обучаемости, интересами и учебной работоспособностью, студенты должны дополнять друг друга. Наличие в одной группе студентов разной успеваемости требует особого внимания преподавателя к тому, чтобы слабоуспевающие не оказались «иждивенцами». С возрастанием численного состава группы снижается ее продуктивность, уменьшается число активно работающих студентов, не все имеют возможность высказать свое мнение. В большой группе слабый студент может остаться в тени, не быть активным, в слишком малой группе (два - три человека) разница в уровне успеваемости проявляется особенно ярко и может нарушить комфортный микроклимат в группе.

С увеличением количества студентов в группе уменьшается отпущенное на них время. Малые группы более эффективны, поскольку их можно быстрее организовать, они быстрее работают и предоставляют каждому студенту больше возможностей внести в работу свой вклад. Студенты должны понимать, что если плохо знают материал, то не смогут научить других. Степень эффективности зависит, конечно, от самой организации работы внутри группы. Правильно организованная групповая работа представляет собой вид коллективной деятельности, она успешно может протекать при четком распределении работы между всеми членами группы, взаимной проверке результатов работы каждого, полной поддержке преподавателя, его оперативной помощи.

Успех групповой работы обучающихся зависит, прежде всего, от мастерства преподавателя, от умения его распределять свое внимание таким образом, чтобы каждая малая группа и каждый ее участник в отдельности ощущали заботу преподавателя, его заинтересованность в их успехе, в нормальных плодотворных межличностных отношениях. Всем своим поведением преподаватель обязан выражать заинтересованность в успехе как сильных, так и слабых студентов, вселять уверенность им в своих успехах.

На первом этапе обучения за каждым компьютером с обучающими тестовыми заданиями по определенным темам (1,2,3,4 – темы занятия) работают А-сильные, Б-средние, и С-слабые студенты с последующим коллективным обсуждением данной темы. Количество компьютеров должно соответствовать количеству групп. На втором этапе каждый выступает со своим вопросом в роли «преподавателя», а также слушает объяснение других в роли «студента», возникает возможность одновременного анализа и сравнения ответа других со своим. На третьем этапе работы каждая подгруппа задает вопросы по теме занятия другим подгруппам «вопрос-ответ». За вопросы по источникам и проблемные вопросы можно повышать баллы оценки, которые бесспорно стимулируют интерес студента к изучаемому материалу.



Применение методики работы в малых группах существенно изменяет роль и функции педагога и обучаемых, оказывает значительное влияние на все компоненты учебного процесса обучения: меняется сам характер, место и методы совместной деятельности педагогов и обучаемых; соотношение дидактических функций, реализуемых в системе «педагог-ИТО-обучаемый»; усложняются программы и методики преподавания различных дисциплин; видоизменяются методы и формы преподавания учебных занятий. Иначе говоря, внедрение в учебный процесс коллективного способа обучения, методики работы в малых группах и обучающего тестирования неизбежно влечет за собой существенные изменения в структуре всей педагогической системы вуза. Причем, схемы «человек-компьютер» «студент-студент» обладают неизмеримо

большими возможностями, способны предложить принципиально новый подход к решению задач учебного процесса, отличный от традиционного.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.К. Патсаев, У.А. Кульбаева, С. А. Шитыбаев . Коллективный способ обучения: Учебно-методическое пособие. –Шымкент, 2005. -49с.
2. Л.А. Дильдабекова Методика обучения органической химии на медицинских факультетах.// Вестник КазНУ, Алматы, 2008, №3(51), с.43-49.
3. А.К.Патсаев, С.Жайлау, Л.А. Дильдабекова Технология компьютерного тестирования в курсе органической химии. // Вестник КазНПУ, Алматы, 2007. №2(12), с.59-64.
4. Дьяченко В.К. Новая дидактика. - М.: Народное образование, 2001. - 469с.
5. Патсаев А.К., Жайлау С., Дильдабекова Л.А. Эффективность коллективного способа обучения в преподавании химии на медицинских факультетах. // «Средняя школа Казахстана – Қазақстан орта мектебі», Алматы, 2007, №3 с.10-12.

ӘӘЖ 613.6:616.057

БРОНХИТТИ ЕМДЕУДЕГІ ОКСИГЕНОТЕРАПИЯНЫҢ МАҢЫЗЫ

Г.Ш. Елтаева, А.К.Назарова, Ш.Б. Байдаулетова, Г.С.Муратова

№5 қалалық емхана, Шымкент қаласы

Қ. А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қаласы

РЕЗЮМЕ

В научной статье приводятся данные об эффективности гиперборической оксигенации при хронических пылевых бронхитах у работающих на нефтеперерабатывающем заводе. По данным иммунологических биохимических и клинических материалов показаны реальные улучшения клинического состояния функций внешнего дыхания у больных с бронхо-легочными патологиями.

SUMMARY

In the scientific article it is cited data about efficiency hyperborically oxygenation at chronic dust bronchitis at working in oil refining factory. On data immunological biochemical and clinical materials improvement of a clinical condition of function of external breath at patients with bronchial tube-pulmonary pathologies really is shown.

Мұнай өндірісінде еңбек ететін жұмысшылардың бронх-өкпе жүйесі ауруларының алдын алу шаралары ішінде гипербариялық (жоғары қысымдағы) оксигенацияның орны ерекше. Себебі мұнай өңдеу өндірісіндегі негізгі химиялық заттардың әсерінен туындайтын бастапқы патологиялық өзгерістер қанның құрамындағы биохимиялық көрсеткіштердің өзгеруімен сипатталады. Қанның құрамындағы метгемоглобин мен сульфгемоглобиннің мөлшерінің артуы жалпы организмдегі зат алмасу үрдісінің бұзылып, гипоксия мен ацидоздың дамитындығын байқатады. Бұл үрдістің одан ары дамуы тыныс алу жүйесіндегі патологиялық өзгерістердің өршуіне алып келеді деп айтуға болады.

Сондықтан жоғары қысымдағы оксигенацияны қолдану жалпы организмнің улануын, ацидозы мен гипоксиясын төмендетуге ықпалын тигізеді деп есептедік. Соңғы жылдарда жүргізілген зерттеулер жоғарғы қысыммен берілетін оксигенацияның әсерінен ферменттердің белсенділігі артып, ацидоздың деңгейі төмендеп, метгемоглобиннің және сульфгемоглобиннің деңгейі қалыпты жағдайға келетіндігін, тканьдер регенерациясының жақсаратындығын анықтап отыр. Алайда, мұнай өңдеу зауытында еңбек ететін жұмысшылар денсаулығында қалыптасатын, бронх-өкпе жүйесіндегі өзгерістердің жоғары қысыммен берілетін оксигенацияның әсерінен қай бағытта өзгертіндері мүлдем зерттелмеген.

Бұл зерттеудің мақсаты – жоғары қысыммен берілетін оксигенацияның мұнай өндірісі жұмысшылары денсаулығы мен бронх-өкпе ауруларының қалыптасуы барысына тигізетін әсерін гигиеналық-медициналық тұрғыда бағалау болып табылады. Барлық зерттелгендер 40-55 жас аралығындағы (орта есеппен 43,9 жас) негізгі және қосалқы кәсіптегі жұмысшылар болып шықты. Әр топқа 28 созылмалы обструктивті бронхиті бар жұмысшылар жатқызылды. Қосалқы топтағы жұмысшыларға тек дәстүрлі емдеу-профилактика шаралары қолданылды. Ал негізгі кәсіптегі жұмысшылар екі топқа бөлінді, бір тобына тек дәстүрлі, ал екінші тобына дәстүрлі емдік шаралармен қатар жоғары қысымдағы оксигенация терапиясы қолданылды. Жоғары қысыммен беретін оксигенация арнайы қондырғының көмегімен жүзеге асырылды. Бір курсқа 10 сеанс тағайындалды. Медикаментозды емдеумен қатар оксигенациямен емдеу барысында жақсы тиімділікке қол жетті, оның ішінде жөтелдің азаюы, демігудің төмендеуі, қақырық бөлінудің азаюы, өкпедегі құрғақ сырылдың жоғалуы 12 науқаста (42,85±6,1) байқалды. Орташа терапевтік тиімділік (обструктивті синдромның айқындылығы азайды, қақырық тастау төменделді, өкпедегі сырыл азайды) 10 науқаста анықталды (35,71±4,3), ал 6 науқаста болмашы терапевтік тиімділік тіркелді (21,43±2,9), [1,2]

Салыстыру тобында (тек медикаментозды емдеу қолданған топта) емдік шаралардың тиімділігі аса жоғары бола қойған жоқ. Олардың арасында жақсы тиімділік тек аурулардың 7,1±0,5%-да, орташа тиімділік

42,9±1,2%-да, болмашы тиімділік 50,0%-да анықталды. Осы жерде айта кететін жағдай, аурулардың топтарында жүргізілген емдеу шаралары нәтижесінде сыртқы тыныс қызметі көрсеткіштерінің өзгерістерінде нақты айырмашылық байқалмады. Алынған деректерге қарағанда І-ші топтағы аурулардың емдеуге дейінгі өкпенің өмірлік көлемі болуы тиіс шамаға %-бен есептегенде 99,7±9,6%, ал емдеуден кейін 108,2±3,7% болса, ІІ топтағыларда 101,2±8,9 және 104,6±6,4% құрады. Осы екі топтағы көрсеткіштер арасында нақты айырмашылық байқалған жоқ.

Дәл осы жағдай өкпенің қалдықты көлемін, өкпенің жалпы көлемін және осы көрсеткіштердің ара қатынасын сараптағанда да байқалды. Жоғары қысыммен берілген оксигенация аурулардың иммундық көрсеткіштерінде де дұрыс өзгерістерге алып келді. Көптеген зерттеулердің нәтижелері өндірістік себептерден туындайтын бронхо-обструктивті өзгерістер иммундық тапшылық туғызады, оның ішінде Т-лимфоциттердің саны мен қызметтік белсенділігін, В-лимфоциттердің санын азайтады және дисиммуноглобулиннемия туындатады. Емдеуге дейін және емделгеннен кейін негізгі және салыстыру тобындағы аурулар арасында жүргізілген зерттеулер төмендегі нәтижелерді көрсетіп отыр. Жүргізілген емдік шаралардың тиімділігін анықтауда жеке аурулардың көрсеткіштерін зерттеу ерекше роль атқарады.

Оксигенотерапия жүргізілген аурулар арасында көрсеткіштер деңгейі бастапқыда төмен болса, емдеуден кейін оның жоғарылауы байқалады. Осылайша лимфоциттер саны 1,34±0,1·10⁹ г/л –ден 1,8±0,11·10⁹ г/л–ге дейін, Т – лимфоциттердің абсолюттік және салыстырмалы саны (52,5±1,5%; 0,91±0,03·10⁹/л емдеуге дейін, 67,5±2,3%; 1,25±0,09·10⁹/л емдеуден кейін). Алынған деректердің нақтылығы өте жоғары болып шықты (P<0,001). Бастапқы деңгейі өзгермеген Т – лимфоциттердің абсолюттік шамасы нақты жоғарылады жеке Т – лимфоциттердің субпопуляциясына да емдеуден кейін иммундық тұрғыда өте жайлы әсерін тигізді. Сонымен, Т – лимфоцит – хелперлердің бастапқы төмен деңгейі (51,7±0,8%) жоғары қысымдағы оксигенациядан кейін 60,2±1,9% (P<0,001) жоғарылады, ал бастапқы деңгейі жоғары болған тұлғалардың көрсеткіші (74,2±1,3%) айтарлықтай төмендеді (75,0±2,4%) (P<0,001). Т – лимфоцит – супрессорлардың бастапқы төмен (P<0,05), ал бастапқы деңгейі жоғары болғанда (14,8±0,8%) айтарлықтай төмендеді (3,8±1,6%) (P<0,001).

Гистаминсезімтал Т – лимфоциттердің бастапқы жоғары деңгейі емдік шаралардың әсерінен (12,3±1,6%-тен 2,6±0,6%) айтарлықтай төмендеді. Т – лимфоциттердің қымбаттық белсенділігі төмен болған жағдайда оксигенацияның әсерінен жоғарылады. Дәл осы жағдай лейкоциттердің миграциясының тежелу реакциясына байланысты болып отыр. Егер емдеуге дейін 0,89±0,036 болса, емдеуден кейін 0,71±0,04 болып шықты (P<0,001). В – иммундық жүйесінде ешқандай да өзгерістер анықталған жоқ. Салыстыру тобындағы базальдық терапия алған аурулардың көрсеткіштері негізгі топтағы аурулар көрсеткішінен айтарлықтай аз өзгеріске ұшырады.

Базистік және жоғары қысымдағы оксигенация алған аурулардың биохимиялық көрсеткіштері де айтарлықтай жақсарды. Егер емдеуге дейін жалпы гемоглобиннің (134,4±1,5 г/л), оксигемоглобиннің (129,2±1,4 г/л) және церулоплазминнің белсенділігі (46,4±1,5 бірлік) төмен, ал метгемоглобиннің (3,69±0,31%), сульфгемоглобиннің (1,87±0,23%), каталазаның белсенділігі (264,3±6,7) және қанның тотыққан глутатионы (104,1±4,2) жоғары болса, емдеуден кейін олардың деңгейі қалыпты шамаға қарай ойысты. Қол жеткізілген жақсы нәтижелер бастапқы деңгейден нақты жақсарды деуге негіз бар. Базистік терапияны ғана алған аурулар арасында да оңды нәтижелер байқалады. Алайда бұл нәтижелердің тиімділігі оксигенацияны қосымша алған аурулар көрсеткішінен анағұрлым төмен болып шықты. [3,4]

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Калдықозова Г.Е. «Совершенствование лечения возомоторного ренита у подростков, проживающих в районе дислокации нефтеперерабатывающего завода» // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Астана, 2007, с. 26.
2. Богданов Н.А., Коровина О.В. //Актуальные проблемы пульмонологии. – Л. 1982. с.22-33.
3. Булешов М.А., Искаков Б.С., Мусабекова Л.Е., Бидатова Г.К. «Пневмония». //Учебно методическое пособие. – Шымкент. 2006. с.61.
4. Булешов М.А., Мусабекова Л.Е., Бидатова Г.К. «Ранняя диагностика и профилактика болезней органов дыхания и сердечно-сосудистой системы у рабочих промышленных предприятий» (Методические рекомендации) – Шымкент. 2006. с.85.

УДК 613.644:656.2

ШУМ – КАК ВРЕДНЫЙ ФАКТОР ОКАЗЫВАЮЩЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

У. Ж. Тагайбекова

Шымкентский отделенческий филиал РГКП «Юго-Восточный Региональный Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы на железнодорожном транспорте», г. Шымкент

ТҮЙІН

Шу, діріл және ультрадыбыс дегеніміз газдың материялық бөлшектерінің, сұйықтықтың және қатты дененің тербелістері. Өндірістік процестер көбінесе адамның денсаулығына зиянды әсер ететін, әрі осы әсердің салдарынан кәсіби аурулар туғызатын айтарлықтай шуммен, дірілмен және теңселумен қоса жүреді.

SUMMARY

Noise, vibration and ultrasound are known as oscillations of material pieces of gas, liquid or tough body. Industrial processes are often accompanied by considerable noise, vibration and concussions, which have negative influence on human health and can cause professional illnesses (diseases).

Во многих отраслях народного хозяйства ликвидирован тяжелый физический труд, снижены до предельно допустимого уровня концентрации токсических веществ, оптимизированы режимы труда и отдыха. Все это привело к улучшению условий труда на многих промышленных предприятиях и снижению профессиональной заболеваемости. Гигиена - (от греч. *hygieinós* - здоровый) наука о здоровье, отрасль медицины, изучающая влияние разнообразных факторов внешней среды (природных и бытовых условий, общественных производственных отношений) на здоровье человека. В ряде случаев даже современные прогрессивные в технологическом и экономическом отношении мероприятия могут обусловить неблагоприятные изменения в состоянии здоровья работающих.

Это объясняется целым рядом причин. Создание и внедрение машин большой мощности, возрастание скоростей обработки и резания металлов, механизация тяжелых и трудоемких работ путем использования пневматического и электрического инструмента, широкое внедрение самоходных машин способствуют увеличению уровней шума и вибрации, появлению ультра- и инфразвука. Шум является в основном высоко- и среднечастотным. Наиболее интенсивный шум создают фрезерные станки, а так же процессы плазменной сварки и резки металлов сопровождаются воздействием шума. Уровень звука может достигать 100 дБ (А). Машин контактной сварки являются источником магнитных полей промышленной частоты и шума. Шум, вибрация и ультразвук представляют собой колебания материальных частиц газа, жидкости или твердого тела. Производственные процессы часто сопровождаются значительным шумом, вибрацией и сотрясениями, которые отрицательно влияют на здоровье и могут вызвать профессиональные заболевания. Всякое возрастание шума над порогом слышимости увеличивает мускульное напряжение, значит повышает расход мышечной энергии.

Под влиянием шума притупляется острота зрения, изменяются ритмы дыхания и сердечной деятельности, наступает понижение трудоспособности, ослабленность внимания. Кроме того, шум вызывает повышенные раздражимость и нервозность. Тональный (преобладает определенный шум тон) и импульсный (прерывистый) шумов более вредны для здоровья человека, чем широкополосный шум. Длительность воздействия шума приводит к глухоте, особенно с превышением уровня 85-90 дБ и в первую очередь снижается чувствительность на высоких частотах. Для уменьшения уровней шума применяются технические, строительно-акустические и организационные мероприятия, а также средства индивидуальной защиты, к таким мероприятиям относится увеличение расстояния от источника шума - концентрация цехов с большим уровнем шума и удаление их от других производственных помещений.

В качестве звукопоглощающего материала применяют ультратонкое стекловолокно, капроновое волокно, минеральную вату, древесноволокнистые и минераловатные плиты, пористый полтвинилхлорид и др.

На предприятиях зоны звука выше 85 дБ (шкала А шумомера - замер без фильтров, частотная характеристика этой шкалы близка к характеристике слуха человека) должны обозначаться знаками безопасности и работающие в этих зонах должны быть обеспечены средствами индивидуальной защиты. Запрещается даже кратковременное пребывание в зонах со звуковым давлением более 135 дБ в любой полосе частот.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малая медицинская энциклопедия. - М.: Медицинская энциклопедия. 1991-96 гг.
2. Первая медицинская помощь.- М.: Большая Российская Энциклопедия. 1994 г.
3. Энциклопедический словарь медицинских терминов.-М.: Советская энциклопедия.1982-1984 гг.

УДК 648.63:656.2(574)

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ НА ОБЪЕКТАХ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

У. Ж. Тагайбекова

Шымкентский отделенческий филиал РГКП «Юго-Восточный Региональный Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы на железнодорожном транспорте», г.Шымкент

ТҮЙІН

Залалсыздандыру (зарарсыздандыру) - жұқпалы ауру қоздырғыштары - микроорганизмдерді жою . Залалсыздандыру жабдықтары (дезинфекциялық жабдықтар)- ішкі ортадағы ауру қылатын микроорганизмдерді жою үшін пайдаланылады.

SUMMARY

Disinfection-destruction of microorganisms. And excitements of infectious sicknesses. Disinfection apparatus are used for destruction illness microorganisms in the outside (outer environment).

Дезинфекция(обеззараживание) - уничтожение микроорганизмов - возбудителей заразных заболеваний. Различают очаговую дезинфекцию, которая проводится в т. н. эпидемическом очаге—месте пребывания заразного больного, заключительную (проводится медицинскими работниками после госпитализации больного) и текущую (в окружении больного, находящегося в очаге). Для дезинфекции используют как физические (например, кипячение), так и химические (при помощи дезинфекционных средств) методы. Одежда и постельные принадлежности обрабатываются в специальных дезинфекционных камерах. Применяемые для дезинфекции методы, концентрации дезинфицирующих средств и длительность обеззараживания выбирают в зависимости от стойкости возбудителя той или иной инфекции. Дезинфицирующие средства (дезинфекционные средства) - используют для уничтожения во внешней среде болезнетворных микроорганизмов.

При выборе химических средств, определении их количества, концентрации и продолжительности обработки ими тех или иных объектов учитывают свойства возбудителя заболевания и особенности объектов, подлежащих дезинфекции. К наиболее распространённым химическим дезинфицирующим средствам относятся хлорамин, хлорная известь, гипохлорит кальция. Хлорамин—белый (или желтоватый) порошок, хранится в закрытых бутылках из тёмного стекла или в полиэтиленовых пакетах в тёмном месте. Чаще применяется в виде 0,2—3% раствора для дезинфекции помещений, посуды и т. п.; время обработки 30—60 минут. Раствор хлорамина можно хранить(в тёмной закрытой посуде) до 15 дней.

Хлорная известь—белый порошок; под действием тепла, света и влаги быстро разлагается, поэтому хранить её следует в герметически закрытой светонепроницаемой и не подвергающейся коррозии таре, в сухом помещении при температуре не выше 20° С. Применяют как в сухом виде (для обеззараживания выделений больных в соотношении 1:5, сроком на 1 час), так и в виде 10—20 % (т. н. хлорноизвестковое молоко)—для дезинфекции уборных, помойных ям, мусорных ящиков, побелки стен; 0,51 % осветлённого раствора—для дезинфекции помещений, предметов обстановки, посуды, уборочного инвентаря (время обработки в среднем 30—60 минут).

Гипохлорит кальция—белый кристаллический порошок, применяется в виде 0,1—1% раствора для дезинфекции посуды, ванн, раковин и т. п. (срок обработки 30—60 минут), а также в сухом виде для обеззараживания выделений больных (в соотношении 1:5 или 1:10). Исследования дезинфекционных средств и их рабочих растворов заключается в определении соответствия требованиям НТД по содержанию активного хлора в исследуемых пробах. Если раньше из дезинфекционных средств применялись гипохлорит кальция, хлорамин, то в последнее время в применении появились новые средства, как таблетки «Деохлора», «Лизоформин-300», «Пресепт» (таблетки и гранулы) и др.

Таблица – Количество проб за 2008-2010 годы

годы	количество исходных проб	% несоответствия проб
2008	153/8	5,2
2009	161/6	3,7
2010	554/4	0,7
всего за 3 года	868/18	0,9

Эффективность дезинфекции во многом зависит от качества дезинфекционных средств, а так же от правильного приготовления и применения их. Контролю подвергаются как исходные препараты (сухие), так и «маточные» и рабочие растворы, в которых определяется процентное содержание активного хлора. В этом отношении как показывают данные таблицы, качество и приготовление растворов хлорсодержащих препаратов, которыми пользуются для обеззараживания в очагах инфекций, лечебных, на пищеблоках и детских учреждениях улучшилось.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гипохлорит кальция нейтральный (хлорноватистокислый кальций нейтральный) ТУ 9392-103-05742752-2001;
2. «Пресепт» (таблетки и гранулы) МУ НИИ Дезинфектологии МЗ России, авторы: Фёдорова Л. С., Пантелеева Л. Г., Цвирова И. М., Белова А. С., Панкратова Г. П., Заева Г. Н., Андрус В. Н., Рысина Т.
3. Свидетельство на дезинфицирующее средство «Хлорамин Б» от 03.02.2005 версия для печати.

УДК 616.8-053.2-07

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ С С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ
ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №1 Г. ШЫМКЕНТА**

Х.Т. Байтурсунова

Городская клиническая детская больница № 1, г. Шымкент

ТҮЙІН

Бұл жұмыстың максаты №1 Калалық балалар ауруханасы жағдайындағы неврологиялық патологиясы бар балалардың аурушандығынын сараптамасы

SUMMARY

The aim of the work is to show the analysis of work with of neu rological pathology of children in the childrens city hospital № 1.

Заболевания нервной системы в большей степени обусловлены в первую очередь последствиями гипоксически-ишемическими повреждениями мозга в перинатальном периоде. Перинатальные повреждения нервной системы у детей представляют собой одну из самых актуальных и социально-значимых проблем медицины, определяющих высокий уровень заболеваемости и смертности. Сегодня функциональные нарушения нервной системы представлено корректировать самой природе. Пассивное ожидание выздоровления, распространенное мнение «с возрастом все пройдет» - чреватые для ребенка неблагоприятными последствиями.

В повседневной практике детским неврологам приходится сталкиваться с последствиями перинатальных повреждений нервной системы, такими как: задержка двигательного, психомоторного и речевого развития. Известно, что у 10% новорожденных имеются грубые неврологические нарушения, у 23-27% - негрубые, у остальных – легкие, спонтанно проходящие. Но даже у этих детей в последующие возрастные периоды остаются остеохондроз, цервикальная близорукость, тугоухость, вегетососудистые дистонии, головные боли и психопатии. С учетом возрастающего роста заболеваемости детей с неврологической патологией по Южно-Казахстанской области в 2001 году была открыта ГУ «Шымкентская городская детская больница №1»расчитанная на 120 коек (государственная лицензия серия ЛП № 0003866 ДХ). Согласно приказу ДЗ ЮКО № 28-П от 17.01.08. больница помимо пульмонологического, педиатрического отделений в своем составе имеет и неврологическое отделение, где оказывается стационарная помощь в плановом порядке детям с патологией нервной системой (с предварительным обследованием) и по экстренным показаниям.

Неврологическое отделение рассчитано на 40 коек, за 2008 год в отделении пролечено – всего 1640 детей, из них поступило в плановом порядке - 1507 детей (92%), в экстренном порядке по бригаде скорой медицинской помощи с судорожным синдромом и в эпилептическом статусе - 133 ребенка (8%). Из всех пролеченных детей 18,4% детей были инвалидами, которые неоднократно проходили стационарное лечение. По нашей статистике каждый 3-й ребенок, прошедший лечение по неврологическому отделению имел инвалидность. Основные нозологические формы, с которыми дети находились на лечении: детский церебральный паралич - 44%, эпилепсия - 28%, врожденные пороки головного мозга - 13%, наследственно-дегенеративные заболевания - 5%.

Таблица 1 - Сравнительный анализ структуры заболеваемости неврологического отделения за 3 года

№	Нозология	2006 год (%)	2007 год (%)	2008 год (%)
1	Резидуальная энцефалопатия	31	31	29
2	ДЦП	15	14	16
3	Последствия травм головного мозга	18	17	14
4	Эпилпсия	12	13	14
5	ПЭП ЦНС	8	11	9
6	ВПР головного мозга	7	5	8
7	Невропатии	2	2	2
8	Последствия нейроинфекции	3	3	3
9	Прочие	4	4	5

Всего пролечено детей по неврологическому отделению за 2006 год – 1363 (38%), за 2007 год – 1320 (35%), за 2008 год – 1640 (36%). Анализируя заболеваемость по нозологии в неврологическом отделении, необходимо отметить: по частоте случаев на первом месте стоят резидуально-органические поражения ЦНС; на втором месте дети с

ДЦП, причем отмечается тенденция к увеличению детей с данной патологией, что связано у них с остаточными явлениями перинатального поражения ЦНС с грубым неврологическим дефицитом. При изучении акушерского анамнеза у матерей таких детей отмечалось наличие урогенитальной патологии, внутриутробные инфекции, токсические, метаболические и стрессовые воздействия, а также наличие вредных привычек. На третьем месте по частоте встречаемости расположились травматические поражения нервной системы и эпилепсия. Чаще всего эпилепсия является следствием травматического поражения нервной системы. Некоторым больным в острый период черепно-мозговой травмы, нейрохирурги снимают этот диагноз и они не получают соответствующего лечения, и как следствие, у больных развивается тяжелое органическое поражение ЦНС. По характеру приступов чаще встречались генерализованные тонико-клонические приступы. Среди них растет число резистентных форм эпилепсии, что связано с несвоевременным приемом противосудорожных средств или с самовольным снижением дозы этих препаратов по вине родителей. При любой форме неврологических отклонений, формирующихся в исходе перинатального поражения, существует вероятность развития вторичной симптоматической эпилепсии. Рост перинатальных поражений нервной системы свидетельствует о низком индексе здоровья матерей и о снижении компенсаторных возможностей организма детей. В анамнезе у детей с данной патологией имеются указания на внутриутробную гипоксию плода, вызванную различными причинами (анемия беременной, фетоплацентарная недостаточность, патология плаценты, обвитие пуповиной, сердечно-сосудистые заболевания у матери).

Исходы перинатальных поражений нервной системы затрагивают различные сферы – двигательную, психоэмоциональную, а также работу вегетовисцеральных органов от нарушения вегетовисцеральных функций до тяжелых форм различных соматических заболеваний. Например, в исходе перинатально поражения ЦНС, протекавшего в форме селективного некроза, могут сформироваться спастический тетрапарез, судорожные состояния, атаксия, бульбарный и псевдобульбарный параличи, атонический тетрапарез, центральная слепота, глухота. Отсроченные последствия парасагитального некроза включает в себя тяжелые нарушения моторных и когнитивных функций, спастический тетрапарез с преимущественным поражением верхних конечностей, а также специфический интеллектуальный дефицит с нарушением речевого развития.

Отмечается тенденция роста врожденных пороков развития нервной системы. В прошлые годы данная нозология регистрировалась под шаблонным диагнозом ДЦП, но с использованием новейших диагностических технологий (МРТ) с целью дифференциальной диагностики можно наблюдать сочетание порока развития с последствиями гипоксии. Другой причиной увеличения ВПР головного мозга является внутриутробные инфекции. Для плода наиболее опасны возбудители инфекций, с которыми мать впервые встретилась во время беременности, так как в этот период первичный иммунный ответ снижен, тогда как вторичный – нормален. Отсюда принципиально важным является выявление либо до беременности, либо на ранних ее сроках женщин серонегативных, не инфицированных внутриутробными возбудителями, ибо именно они - группа высокого риска ВУИ у плода, и развития у него пороков. Особенно типично формирование пороков для ВУИ, переносимых впервые 2 месяца беременности. Это обусловлено тем, что критический формообразовательный период с максимальной чувствительностью зачатков большинства органов к повреждающим влияниям внешней среды находится именно в данное время. С другой стороны, мозг – орган, формообразовательный период которого продолжается всю беременность, поэтому пороки развития мозга (гидроцефалия, микроцефалия, порэнцефалия, глиоз) могут возникнуть при любом сроке беременности из заболеваний периферической нервной системы – очень частой патологией являются невропатии лицевого нерва вирусного генеза.

Таблица 2 - Структура сопутствующей патологии у детей находившиеся на стационарном лечении за 2008- 2009 год в ДГБ №1 г.Шымкента.

	2008	2009
со стороны ЦНС	419	280
- РОС ЦНС	201	146
- ВПР головного мозга	19	19
- эпилепсия	18	26
- ДЦП	54	78
- Последствия нейроинфекции	4	3
- энурез	6	2
- детская спинальная мышечная атрофия	1	-
-ЗЧМТ	1	-
-нейропатия малоберцового нерва	1	-
- последствия перенесенного ОВП	-	1
- последствия ЧМТ	2	5
- ПП ЦНС	87	-
-церебральная ишемия	6	-
-врожденная гидроцефалия	5	-
-киста головного мозга	1	-
-ММД	1	-
-последствия ОНМК	4	-
-олигофрения	1	-
-энкопрез	1	-
-невроз	1	-

Анализируя сопутствующую патологию со стороны ЦНС у детей получивших стационарное лечение за 2008-2009 годы в ГДБ №1 (по всем отделениям), как видно из таблицы №2 можно отметить увеличение случаев эпилепсии и ДЦП. А отсутствие в 2009 году случаев перинатальных поражений ЦНС, связано с переездом отделения патологии грудничкового возраста в городскую больницу №2 (данное отделение в 2008 году в связи с ремонтом ШГДБ №2, временно располагалось на базе ШГДБ №1) г.Шымкента.

Выводы: Учитывая вышеизложенный анализ данных по заболеваемости в неврологическом отделении ГДБ №1, предлагаем гинекологической службе региона совместно с педиатрами проведение следующих мероприятий для снижения количества детей с неврологической патологией: 1. Планирование беременности. 2. Проведение санирования очагов хронической инфекции у женщин фертильного возраста. 3. Улучшение качества обследования женщин на ранних сроках беременности с использованием УЗИ сканирования для выявления грубых пороков развития головного мозга. 4. Проведение обследования на ВУИ всех женщин фертильного возраста. 5. Проведение санитарно-просветительной работы на темы о вреде курения, алкоголя и наркомании. 6. Улучшение диагностики перинатального поражения ЦНС у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Последствия перинатальных поражений нервной системы новорожденных детей и их терапия (Методические рекомендации), Саулебекова Л.О., Качурина Д.Р. Алматы, 2011
2. Диагностика и лечение заболеваний нервной системы (справочное пособие), Лепесова М.М.. Алматы, 2009.
3. Клинические лекции по педиатрии. Александрова В.А. Москва-Санкт-Петербург, 2009.

УДК 615.83:616.127-005.4

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Б. Дадикбаева

Городская поликлиника №4, г. Тараз

ТҮЙІН

Көктамыр арқылы қанды лазермен сәулелендірудің жүрек ишемиялық ауруын оң нәтижесі көрсетілді. Лазерлік емдеуді пайдалану медикаменттік емделуден құтқару, немесе дәрілік препараттардың қабылдау мөлшерін азайту кері қосымша әсерінен арылу.

SUMMARY

This article describes the results of treating 18 patients with coronary heart disease by laser therapy. Used intravenous blood irradiation the treatment 10 -12 days. All patients had received a positive clinical outcome.

В последние годы в Республике Казахстан и за рубежом в медицине успешно развивается направление по применению в лечении различных заболеваний эфферентных методов [1]. В основе их клинического эффекта лежит удаление из организма с помощью различных, преимущественно аппаратных устройств, токсических веществ. Наиболее успешно и часто эти методы (гемодиализ, перитонеальный диализ, ликворосорбция, гемосорбция, плазмаферез, лимфосорбция и др.) используются при лечении острых отравлений, тяжелых интоксикаций, почечной недостаточности и некоторых аутоиммунных заболеваний. Часть этих методов (гемосорбция, плазмаферез и др.) нашла применение при лечении больных ИБС. По мнению Ю.М. Лопухина (1996), к эфферентным способам лечения следует отнести также экстракорпоральную обработку крови ультрафиолетовыми лучами, а также лазеротерапию [2].

Совершенствование методов лечения ишемической болезни сердца (ИБС), является одной из самых актуальных проблем кардиологии. Это связано с непрерывным ростом заболеваемости, частыми осложнениями её и высокими показателями инвалидизации и смертности. Внедрение в кардиологическую практику многочисленных новых лекарственных препаратов, существенного прогресса в лечении данного заболевания не дало, при этом зафиксировано нарастание многочисленных побочных эффектов от лекарственной терапии [3]. Существенное значение при лечении ИБС играет и экономический фактор. В нашей стране, где доходы большинства населения пока весьма низкие, это является актуальнейшей проблемой. В развитых странах на лечение заболеваний только сердечной патологии расходуется до 10 % всех затрат на здравоохранение. Так, в США эти затраты составляют 102 млрд. (9,6 % от всех расходов) [4]. Затраты при лечении ИБС методами квантовой терапии значительно ниже, а эффективность выше [5].

Высокая эффективность лазерной терапии в кардиологии, подтверждается богатым опытом клинического применения аппаратов ведущими кардиологическими клиниками [6]. Использование лазерной терапии предполагает отказ от медикаментозного лечения или существенное уменьшение дозировки лекарственных препаратов. При этом производится прямое непосредственное целенаправленное воздействие на

область патологии и функционально связанные с ним системы организма. Лечебное действие при проведении лазерной терапии заключается в том, что происходит улучшение микроциркуляции крови, в сердечной мышце появляются новые сосуды, тормозится агрегация (склеивание) тромбоцитов, что предохраняет тромбоз сосудов. Снижается концентрация фибриногена в плазме крови, уменьшается вязкость крови (т.е. происходит её разжижение), увеличивается снабжение тканей кислородом, повышается иммунитет, увеличивается сердечный выброс, расширяются коронарные сосуды.

Противопоказания ЛТ: сердечно – сосудистые заболевания в стадии декомпенсации; церебральный склероз с выраженным нарушением мозгового кровообращения; острые нарушения мозгового кровообращения; заболевания легких с выраженной дыхательной недостаточностью; печеночная и почечная недостаточность в стадии декомпенсации; злокачественные новообразования; первая половина беременности; активный туберкулез легких. Внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) проводится путем пункции в локтевую вену или в подключичную вену, в условиях интенсивной терапии. В вену вводят тонкий световод, через который облучается протекающая по вене кровь. Преимущества низкоинтенсивной лазерной терапии: широкий диапазон терапевтического воздействия; практическое отсутствие побочных эффектов, аллергических реакций, свойственных влиянию фармакологических препаратов; довольно узкий круг противопоказаний для проведения лазерной терапии; возможность применения лазерной терапии в комплексе традиционными методами лечения (местного и общего действия); бесконтактность, асептичность применения.

Материалы методы. Мною проведено внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) 18 больным страдающими ИБС, аппаратом для внутривенного облучения крови «Соларис» Время экспозиции 30 минут. Курс состоял 10-12 сеансов. Больным проводилась аналогичная терапия плюс внутривенное лазерное облучение (ВЛОК) крови. Больные стенокардией: ФК II-11. ФК III-7. Курс лечения повторялся по 2 раза в год. Анализ результатов 1-го года после получения ВЛОК:

Таблица – Эффективность лечения по критериям.

Форма стенокардии	Число больных	Результаты %		
		хороший	удовлетворит	неудовлетворит.
ФК II	11	90	10	-
ФК III	7	65,1	14,9	-

На представленной таблице приведены результаты проведенного лечения. Эффективность лечения оценивалась по следующим критериям: «хороший»-полное прекращение приступов стенокардии, отказ от приема нитроглицерина (НГ), увеличение толерантности к физическим нагрузкам. «Удовлетворительный» - урежение, ослабление приступов стенокардии, сокращение приема НГ на 50% и более. «Неудовлетворительный»-отсутствие клинического эффекта или некоторое урежение приступов стенокардии с уменьшением потребности в НГ менее чем на 50 %.

Таким образом, из проведенного опыта можно сделать следующие выводы: у больных ишемической болезнью сердца включение в комплексную терапию лазеротерапии способствует возрастанию толерантности к физической нагрузке, улучшению диастолической функции левого желудочка; у больных ишемической болезнью сердца лазеротерапия ведет к нормализации липидного обмена, улучшению реологических свойств крови и системы гемостаза; при включении низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексное лечение ишемической болезни сердца проявляется его антиаритмический эффект, который дополнительно улучшает качество жизни и прогноз заболевания; присоединение к традиционному медикаментозному лечению лазеротерапии приводит к достоверному улучшению качества жизни у больных ишемической болезнью сердца; лазеротерапия достоверно потенцирует положительное действие традиционной медикаментозной терапии, вне зависимости от применяемой комбинации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арканникова Г.А., Рудан Л.И., Липницкая Е.А. Результаты применения магнито-лазерной терапии в условиях кардиологического отделения // Матер. II Всероссийской научно-практической конференции по МИЛ-терапии.- М.- 1996.- С.51-52.
2. <http://www.med-apparatus.ru/php/content.php?id=13268>.
3. <http://www.epilepsiya.ru/lm/laz/prnc/>.
4. Абрамов Ю.Б. К вопросу о механизмах действия низкоинтенсивной лазеротерапии и методических подходах её применения. (Ю.Б. Абрамова, А.Ю. Козлов)//Вестник новых медицинских технологий. 1998, №1, с.69-71.
5. Бабушкина Г.В. Этапная комбинированная лазерная терапия при различных клинических болезнях сердца. М.ТОО «Техника» 2000. -56 с.
6. Бабушкина Г.В., Картемиев А.В. Ишемическая болезнь сердца. «Низкоинтенсивная лазерная терапия» М., ТОО, «Техника». – 2000. с.492-526.

УДК 616. 831-001-084

**БАС МИЫНЫҢ ЖАРАҚАТТЫҚ ЗАҚЫМДАЛУЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ЕРТЕ ОҢАЛТУЫНДА
КОГНИТИВТІ ҚЫЗМЕТТЕРДІҢ ҚАЛПЫНА КЕЛУІНЕ ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОРЛАРДЫ БАҒАЛАУ***Б. И. Ақулов**Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент қаласы***РЕЗЮМЕ**

В статье раскрываются факторы, влияющие на восстановление нарушенных когнитивных функций у лиц с травматическим повреждением головного мозга.

SUMMARY

An objective of the study was to specify the factors influencing the recovery of cognitive functions in subjects with moderate or severe traumatic brain injury in the early stage of rehabilitation.

Бас миының жарақаттық зақымдалуы бар науқастарды емдеу және оңалту – оның кең таралуы мен ауыр асқынуларына байланысты медицинаның өзекті мәселесі. Бас миының жарақаттық зақымдалулары – мүгедектіктің пен өлімнің ең жиі себептері болып келеді, әсіресе жас адамдар арасында, сонымен қатар ауыр дәрежедегі бас миының жарақаттық зақымдалулары әйел адамдарға қарағанда ер адамдар арасында жиі кездеседі [1]. Бас миының жарақаттық зақымдалуларының қалдық салдары бірнеше ай мен жылдар бойы байқалады, бұл науқастраға когнитивтік және моторлық қызметтік бұзылыстар (сезіну, назар аудару, қимылдардың координациясы, эмоционалды) тән [2]. Бас миының жарақаттық зақымдалуы бар науқастарды оңалту нәтижелігі осы науқастардың 86% -да когнитивті бұзылыстар бар екені анықталған. Сондықтан, ерте оңалту кезінде кешенді оңалту шаралар көмегімен когнитивті қызметтердің жақсаруына аса назар аудару керек. Жұмыстың мақсаты: орта және ауыр дәрежедегі бас миының жарақаттық зақымдалуы бар науқастарда ерте оңалту кезінде кешенді оңалту шараларды қолданып когнитивті қызметтердің қалпына келуіне әсер ететін факторларды бағалау болды.

Материал және әдістер. Орта және ауыр дәрежедегі бас миының жарақаттық зақымдалуы бар 30 науқас назарда болды. Ерте оңалту кезеңі екі мезгілден тұрды: жіті (жарақат алғаннан клиникалық жағдайдың тұрақталуына дейін) және аралық (клиникалық жағдайдың тұрақталуынан қызметтіліктің қалпына келуіне дейін). Ауырлық дәрежесіне байланысты науқастар екі топқа бөлінді. Бөлудің критеріі болып Глазгоның кома шкаласы келді: 9-12 ұпай орта дәрежеге сай, 3-8 ұпай ауыр дәрежеге сай болды. Науқастардың оңалту бағдарламасы когнитивтік және моторлық бұзылыстардың дәрежесіне байланысты құрастырылды. Когнитивтік бұзылыстар, ерте оңалту кезеңінің соңында олардың қалпына келуі қызметтік тәуелсіздік тесті (ҚТТ) (сезіну, ойымен бөлісу, әлеуметтік қарым-қатынас жасау, мәселелерді шешу және еске түсіру қабылеттерді бағалау) бойынша бағаланды. Науқастардың когнитивтік қызметтері бас миының жарақаттық зақымдалуының жіті мезгілінің басында және соңында, ал аралық мезгілдің басында, ортасында және соңында бағаланды.

Оңалтудың негізгі мақсаты болып жойылған қызметтерді қалпына келтіру және асқынуларды болдырмау келді. Оңалту үрдісі науқастарды тексеру, оңалту әдістері мен құралдарды таңдау, оңалтуды өткізу және оның нәтижелілігін бағалаудан тұрды. Когнитивтік қызметтердің бұзылу дәрежесіне байланысты науқастар үш топқа бөлінді: 1-ші (сырттан көмекке ынтық науқастар, ҚТТ бойынша 5-20 ұпай), 2-ші (сырттан қадағалауға ынтық науқастар, ҚТТ бойынша 21-25 ұпай) және 3-ші (өзіндік науқастар, ҚТТ бойынша 26-35 ұпай). Егер науқастар 1-ші не 2-ші топтан 3-ші топқа өтсе оңалту нәтижелігін жоғары деп санауға болады; егер 1-ші топтан 2-ші топқа өтсе не 2-ші топта қала берсе - оңалту нәтижелігі орташа; 1-ші топта қала берсе - оңалту нәтижелігі төмен.

Нәтижелер және талқылау. Жарақаттың жіті мезгілінде когнитивтік қызметтер ауыр және орта дәрежедегі бас миының жарақаттық зақымдалуы бар науқастарда айқын бұзылған болды. Науқастар міндеттерді түсіну және қимыл жасау үшін сырттан қосымша көмекке ынтық болған. Оларға міндетті түсіндіріп, қимылдарды бірнеше рет көрсетіп, жаттығуларды бөлек құрылымдарға бөліп, содан кейін біріктіру керек еді. Жіті мезгіл кезінде когнитивтік қызметтер ҚТТ бойынша орташа 11,6 ұпайға тең болды (максималды 35 ұпай). Ерте оңалтудың соңында когнитивтік қабылеттер жақсарып, 23,5 ұпайға тең болды. Орташа дәрежедегі бас миының жарақаттық зақымдалуы бар науқастарда когнитивтік қызметтердің жақсаруы 15,3 ұпайдан 24,5 ұпайға дейін, ал ауыр дәрежедегі бас миының жарақаттық зақымдалуы бар науқастарда 10,5 ұпайдан 23,3 ұпайға дейін жоғарылады.

Ерте оңалтудың соңында науқастардың көбісінде когнитивтік қызметтілігінің жақсаруы болды, бірақ олар түсіну, еске түсіру және ойымен бөлісу кезінде сырттан көмекке ынтық болды. Ерте оңалтудың соңында когнитивтік қызметтердің қалпына келуін бағалауында науқастардың 43% өзіндік болғаны, 19% - сырттан қадағалауға және 43% - сырттан көмекке ынтық екені анықталды. Ерте оңалтудың нәтижелігін бағалау когнитивтік қызметтердің қалпына келуі орташа дәрежедегі бас миының жарақаттық зақымдалуы бар науқастардың 40%-да ғана жоғары болды, ал ауыр дәрежедегі бас миының жарақаттық зақымдалуы бар

науқастардың 41%-да. Оңалтудың нәтижелілігіне байланысты факторларды бағалау мишықтың жарақаты кезінде оңалтудың жоғары нәтижелілігі мүмкіншілігі 5 есе төмендеуін көрсетті. Когнитивтік қызметтерді қалпына келтіру үшін оңалту нәтижелілігіне маңызды әсері жоқ факторлар анықталды, бұл науқас тың жасы мен жынысы.

Ерте оңалтудың төмен мүмкіншілігі бас миының жарақаттық зақымдалуының дәрежесі мен себептері, гемиплегия, бас ми ісігі, бассүйек қабынулары, гидроцефалия, өкпе қабынуы, урогениталды бұзылыстар, сөйлеу, сезіну, ұйқы бұзылыстары, ерте жарақаттан кейінгі эпилепсия, депрессия, ішкі ағза бұзылыстарына байланысты болды. Ерте оңалтудың төмен мүмкіншілігі жарақат самай аймағы орналасуында 3 есе жоғарылайтыны анықталды. Сонымен, бас миының жарақаттық зақымдалуы бар науқастардың ерте оңалтуының басында сезіну, мәселелерді шешу және еске түсіру деген когнитивтік бұзылыстар айқын болды. Жеке кешендік оңалту шаралар нәтижесінде ойымен бөлісу қабылеті, мәселелерді шешу қарым-қатынас және еске түсіруге қарағанда жақсырақ қалпына келді. Оңалтудың төмен нәтижелілігі сөйлеу, сезіну, ұйқы бұзылыстары мен жарақаттың самай аймағында орналасуына байланысты болды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Крищюнас А., Юоцевичюс А. Актуалии реабилитации травматологических больных. Вильнюс, 2009.
2. Physical Medicine and Rehabilitation at University of Michigan Health System.
3. Клиническая неврология. Под редакцией Будрис В., 2009.

УДК 616. 839-001.072-01-08

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

М.К. Омышева

Областная клиническая больница, г. Шымкент

ТҮЙІН

54 пациент тексеріліп, анамнезінен омыртқаның мойын бөлігінің преостеохондрозының алғашқы симптомдарының дамуы организмнің преморбидті жағдайымен байланысты екендігі анықталды. Жағымсыз факторлар ми діңгегінің құрылымында кемістіктің пайда болуына әкелетіндігі дәлелденді.

SUMMARY

Surveying of 54 patients, anamnesis of first symptoms of peosteochondrosis of cervical has showed the role of premorbidical state of organism. Unfavorible factors have assisted to the beginning of defective formation of brain stem.

Актуальность. Известно, что дегенеративно-дистрофические процессы позвоночника являются одними из самых актуальных проблем современной медицины. Особо следует отметить, что страдают люди трудоспособного возраста со значительным процентом временной нетрудоспособности. Особо обращает на себя внимание дискогенная патология шейного отдела (ШО) позвоночника, анатомо-физиологические особенности данных сегментов и как следствие пато - биомеханические, стато-динамические нарушения опорно-двигательного аппарата, которые являются одной из причин рефлекторно – ирритативных синдромов [1,2,5].

Шейный остеохондроз — болезнь XXI века, которая в последние годы очень «помолодела». Симптомы остеохондроза шейного отдела позвоночника наблюдаются даже у людей в возрасте до 20 лет. Остеохондроз шейный — это поражение межпозвонкового диска в шейном отделе позвоночника. Как показали исследования последних лет, проведенные в Центре мануальной терапии Минздрава России, этиопатогенетическими факторами развития спондилогенных заболеваний являются функциональные ограничения пассивной подвижности в позвоночнике (Ситель А.Б. 2003 г.). Этому способствует, в первую очередь, малоподвижный образ жизни, который ведут 80% населения, проводя время за компьютером или за рулем [2,3].

Учитывая данные клинических наблюдений, обращает на себя внимание наличие неврологических проявлений остеохондроза шейного отдела позвоночника в виде цервикалгий, дорсалгий, изменение нормального тонуса мышц шеи и верхнего плечевого пояса проявляющегося в виде рефлекторно – миотонических синдромов нижней косой мышцы головы, передней лестничной мышцы, трапецевидной, ромбовидной, мышц межлопаточной области [2,4]. Клинические особенности остеохондроза специфичны из-за сложного строения шейного отдела: шейные позвонки расположены более плотно и имеют менее массивную структуру по сравнению с другими отделами позвоночника. Шейный остеохондроз чреват различными осложнениями. Самое распространенное из них — грыжа, или разрыв фиброзного кольца диска, которая может

привести к более тяжелым последствиям и даже летальному исходу. Поэтому своевременное лечение заболевания имеет огромное значение [3,5].

Цель исследования. Выявить неблагоприятные факторы при патологии шейного отдела (ШО) позвоночника в молодом возрасте.

Материалы и методы исследования. Работа проводилась в группах пациентов, сопоставимых по полу и возрасту: 27 юношей и 27 девушек, 16-21 года. Комплексное обследование включало анамнестические сведения, результаты неврологического осмотра, нейрофизиологические исследования.

Результаты и обсуждения. У 14 (24,5%) пациентов даже небольшое уменьшение притока крови вызвало расстройство гемодинамики неполноценной области. Среди неблагоприятных факторов, которые способствовали возникновению неполноценности образований ствола мозга у обследованных, в прошлом наблюдался: менингит-2 (14,3%), энцефалит – 1 (7,1 %). Среди обследованных черепно-мозговая и шейная травмы сопровождалась чаще переразгибанием в ШО позвоночника, и отмечены в 43 % (23 случаев).

В этой же группе обследованных мы наблюдали патологическую подвижность в верхнешейных сегментах позвоночника, нестабильность соответствующих позвоночных сегментов, подвывих по Ковачу. Конституциональные вегетативные расстройства, вегето-сосудистая дистония и повышенная эмоциональная реактивность отмечалась у 23 (42,5%) пациентов. Это вегетативное (преморбидная) недостаточность также имело значение в развитии вегето-сосудистых расстройств при патологии ШО позвоночника. Из неблагоприятных факторов, влияющих на преморбидное состояние позвоночника у обследованных мы выделили аномалии позвоночника: врожденные блоки, аномалию Киммерли, шейные ребра и т.д. Травмы: головы, шеи, области верхнего квадранта, а также микротравмы, возникающие во время занятий спортом; вызывали мягкую ранимость ствольных и гипоталамических структур, что изменяло функциональное состояние высших вегетативных центров и шейного симпатического аппарата. Кроме того, они способствовали развитию расстройств кровообращения в вертебрально-базилярной системе. Декомпенсация в преморбидно неполноценных структурах мозга обуславливала появление клинических симптомов. Пациенты, как правило, жаловались на повышение артериального давления, утомляемость, головные боли, но эти направления оказывались нестойкими. У 9 (16,6%) человек развились отдаленные последствия ЧМТ (черепно-мозговая травма) в виде вегето-сосудистой дистонии. Травма руки, грудной клетки отмечена в 10% (5) наблюдений.

Выводы. Таким образом, анамнез первых симптомов, преостеохондроза ШО позвоночника показал роль преморбидного состояния организма. Неблагоприятные факторы необходимо учитывать, так как это имеет значение для диагностики и нормализации имеющихся дисфункций, в том числе и вегетативных, для своевременного лечения заболеваний других органов и систем. Раннее начало и постоянное проведение профилактических мероприятий, направленных на укрепление мышечного корсета по индивидуальной программе, с учетом вертеброгенных нарушений, исключение или сокращение длительных статико-динамических нагрузок на ШО позвоночника, рациональное чередование труда и отдыха, планирование производства с учетом физиологии трудовой деятельности, несомненно, приведёт к положительным результатам.

Заключение. I. Своевременное устранение и учет неблагоприятных факторов, воздействующих на позвоночник и весь опорно-двигательный аппарат. II. Раннее начало и постоянное проведение различных профилактических мероприятий для предупреждения заболеваний позвоночника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исаев Н. В., Дроздова Л. Н. Остеохондроз позвоночника с позиции клинико-конституционального подхода. — Вертеброневрология, 2003, №3.
2. Ситель А. Б., Паршин В. С., Беляков В. В., Шарапов И. Н., Елисеев Н. П. Механизмы формирования шейных рефлекторных болевых синдромов при дистрофических поражениях межпозвонковых дисков (клинико-инструментальное исследование). — Мануальная терапия, 2005, №1.
3. Собецкий В. В. Влияние рефлексотерапии на шейно-грудные и поясничные болевые синдромы при остеохондрозе позвоночника. — Вопросы курортологии, 2003, №4.
4. Хабиров Ф. А. Клиническая неврология позвоночника. — Казань, 2001.
5. Никонов С. В. Дискогенные болезни: морфологическое и патофизиологическое обоснование диагноза. — Мануальная терапия, 2003, №3.

УДК 616.89-009.441.13-085.851

ПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Л. Г. Маджуга, К. Б. Даумбаева, М. Е. Столярова, Б. М. Манахаев, Ж. С. Сабиров
ОНД, г.Шымкент
ДГБ №1, г.Шымкент

ТҮЙІН

Бұл статъяда алкогольдік тәуелділіктің комплексті еміндегі психотерапияның қолданылуы айтылған.

SUMMARY

The article mentions the use of psychotherapy in treatment of alcohol dependence.

Психотерапия представляет собой сочетание различных психологических, медицинских, антропологических, социально-экономических, экологических и философских научно-практических подходов и установок и чрезвычайно широкого спектра их применения. Таким образом, психотерапия - это 1) метод лечения; 2) метод научения; 3) метод социального контроля; 4) комплекс явлений, происходящих во взаимодействии людей (Психотерапевтическая энциклопедия под ред. Б.Д. Карвасарского 1998) мнение о том, что в лечении алкоголизма существенное значение имеют словесные воздействия в форме убеждения человека и разъяснения ему вреда, проистекающего из пьянства, стало оформляться в трудах Гипократа и особенно Авиценны. То есть задолго до того, как L. m. Tuke в книге «Иллюстрации влияния разума на тело», Выпущенной в 1872г, впервые был введен термин «психотерапия» [1].

Становление психотерапевтической методологии лечения больных алкоголизмом и наркоманией, отличной от гипнотерапии, происходило параллельно с развитием других научных направлений психотерапии- психоаналитического, когнитивно-бихевиорального, экзистенциально- гуманистического. Трактовка формирования алкоголизма, наркомании в каждом из данных направлений психотерапии, методология терапевтических вмешательств соответствовали основной системе взглядов на динамику развития функционирования личности. [2]. В настоящее время психотерапия широко используется в комплексном лечении алкогольной, табачной, наркотической зависимости. Реабилитация в наркологии не равна сумме используемых технологий и представляет собой систему мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления психоактивных веществ, вызывающих зависимость. [3].

На территории постсоветского пространства вопросам развития психотерапевтических технологий в практике реабилитации зависимых от психоактивных веществ в последние годы уделяется существенное внимание. Повышение эффективности программ лечения и реабилитации больных алкоголизмом и другими формами зависимости от психоактивных веществ становится важной задачей всего здравоохранения [4]. Большое значение здесь придается психотерапии в качестве меры противодействия немедицинскому потреблению наркотических средств [6,5] Не снижается актуальность психотерапии табачной зависимости [7]. Все большую важность приобретает психотерапевтическое воздействие на так называемые нехимические формы зависимости.

В основе многих методик лежит выработка аверсии к запаху, виду, вкусу алкоголя и даже его словесному обозначению. Обычная цель аверсивной терапии алкоголизма - добиться полного отказа от алкоголя посредством выработки тошнотно - рвотной реакции на него путем приема его в сочетании с фармакологическими препаратами, вызывающими рвотную реакцию, с препаратами, приводящими к задержке дыхания или в сочетании с болезненной электростимуляцией. Основной тенденцией развития психотерапии алкоголизма на современном этапе [8,9] является ее эволюция от гетеро- и ауто-суггестивных воздействий, направленных на выработку отвращения к алкоголю, от разъясняющей терапии в группах к глубокому анализу личности пациента, системы его ценностных отношений, имеющему своей целью повышение социально-психологической адаптации пациента и в результате этого – его отказ от употребления алкоголя.

С учетом роли психосоциальных факторов возникновения, течения, компенсации и декомпенсации алкоголизма, важнейшее место в его комплексном лечении отводится групповой психотерапии. Нежелание человека, страдающего алкоголизмом, признать себя больным, не критичность, невозможность правильно оценить отрицательное влияние пьянства на личную и семейную жизнь, социальные отношения, производственную деятельность, отсутствие установки на полное воздержание от употребления алкоголя, неспособность пациента самостоятельно выработать правильный путь трезвеннической жизни, неадекватное представление о себе рассматриваются в качестве основных объектов воздействия групповой психотерапии при алкоголизме. Групповая психотерапия при алкоголизме обычно включается в более широкую программу лечебно-восстановительных воздействий: купирование абстинентного синдрома и последствий интоксикации путем использования медикаментозных и общеукрепляющих средств, индивидуальная психотерапия, поддерживающая психотерапия, трудотерапия, культурно-развлекательные мероприятия и др.

При лечении алкоголизма в основу форм групповой психотерапии составляет дискуссионные варианты с частым использованием дополнительных технических приемов (пантомима, разыгрывание ролевых ситуаций, проективный рисунок и др.) Роль семейной психотерапии при проведении групповой психотерапии очень велика, задача семейной психотерапии – выявление конфликтов, реконструкция семейных отношений, адаптация семьи к режиму трезвости, укрепление установок пациента на трезвость. Осмысление разнообразных концепций о причинах возникновения зависимости от алкоголя приводит к осознанию того, что для лечения, а прежде всего «упорядочения» отдельных плоскостей, на которых формируется болезнь, необходим многопрофильный коллектив профессионалов.

В областном наркологическом диспансере наряду с врачом - наркологом представлены психологи, психотерапевты, подготовленные специалисты в области педагогики, ресоциализации, социальные работники. Широко привлекаются неправительственные организации, представители духовенства. Особая роль отводится

волонтерам, которыми становятся чаще всего люди, не пьющие несколько лет, в прошлом страдавшие алкоголизмом. Они, пройдя соответствующую подготовку, благодаря личному опыту являются наиболее полезными особенно на первом этапе лечения, когда преодолевается алкогольная анозогнозия (комплекс отрицания). Благодаря им процесс выработки реалистического взгляда на болезнь происходит быстрее и эффективнее. Будучи живым примером выздоровевшего пациента, они вселяют в больных и коллег по коллективу надежду на успех.[1]. В реабилитационное отделение поступают реабилитанты после прохождения лечения в стационаре областного наркологического диспансера. За 9 месяцев текущего года проведено в реабилитационном отделении 100- экспериментальных психологических исследований медицинским психологом, данная процедура рассчитана на выявление уровня реабилитационного потенциала, правильного формирования групп реабилитируемых для проведения дальнейшей психотерапии. В реабилитационном отделении областного наркологического диспансера проведено за 9 месяцев 128 групповых психотерапий из них: Телесно ориентированных -7; Арт терапий -3; Халотропное -16; Суггестивная-19; Конгнитивно-поведенческая; Личностно ориентированная-29; Логотерапия-13; экзистенциальная-14; Этнофункциональная -2.

В тренингах участвовало 3303 человека. Программа выздоровления рассчитана на несколько месяцев и даже лет. Ее началом являются интенсивные, структурированные, проводимые в стационарных условиях в течение нескольких недель занятия. Стационарное лечение зависимых от алкоголя лиц, в отличие от госпитального лечения других заболеваний, не рассчитано только на тяжелых, так называемых безнадежных больных. Стационарные условия позволяют повысить интенсивность занятий и в короткое время добиться того, на что в амбулаторных условиях требуются многие месяцы. Второй этап - это поддерживающая терапия, осуществляемая в амбулаторных условиях. В диспансерах, располагающих только амбулаторными программами терапии, процесс выздоровления проходит гораздо медленнее из-за низкой интенсивности занятий. Очень ценным дополнением ко всем формам терапии является участие в собраниях групп анонимных алкоголиков, членов их семей в собраниях. Для части пациентов полезны контакты с «бывшими алкоголиками», которые в данное время выступают в качестве волонтеров, как бы поддерживается принцип равный равному.

Кроме названных методов лечения зависимых от алкоголя лиц существуют программы лечения, направленные на воспитание, образование, просвещение окружающей пациента среды, на выработку более рационального поведения в случаях нарушения ремиссии и быстрое обращение за помощью. При проведении групповой психотерапии замечено, что: у пожилых отмечается менее интенсивная групповая динамика, пациенты более зависимы от активности психотерапевта, положительные терапевтические результаты наблюдаются на более поздних стадиях лечения, для включения группы в активную деятельность требуется гораздо больше времени терапевтически эффективнее группы, составленные из пациентов, начавших злоупотреблять алкоголем под влиянием психотравмирующих факторов в зрелом возрасте.

Для более продуктивной психотерапии немаловажное значение имеет специфика отношений между психотерапевтом и группой, особое значение приобретает наличие у психотерапевта достаточно выраженной эмпатии. При проведении психотерапии необходимо учитывать индивидуальные особенности пациента и потребности, не менее важно поддерживать больного после окончания курса лечения. Учитывая, что в настоящее время нет иных альтернатив биопсихосоциальному рассмотрению различных видов зависимости, следовательно, полипрофессиональному (бригадному их лечению, следует подчеркнуть ведущее значение психотерапевтических подходов и методов, а так же необходимость их дальнейшего совершенствования. [10]

ЛИТЕРАТУРА

1. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия // Питер 1998г стр 743.
2. Рожнов В.Е. Руководство по психотерапии // Медицина Уз.ССР Ташкент 1979г- стр 636.
3. Цетлин М.Г. , Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных концепция, программа/ Анахарсис, 2001.-стр 48
4. Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З., Заболеваемость и болезненность алкоголизмом и наркоманиями в Российской Федерации.
5. Крупицкий Е.М., Гриненко А.Я. Метод АКАТ(аффективная контратрибуция, психоделическая психотерапия) Вопросы наркологии-1995-№4 стр 27-33
6. Шумилов А.Ю., Ивасенко В.Д. Новый закон онаркотиках терминология противодействия наркобизнесу. Справочное пособие/ Под. Ред. А.Ю Шумилова –М. 1998г -79
7. Анискин А.Б. Цит. по Психотерапия Карвасарского Б.Д. Питер, 2002
8. Батищев В.В., Негериш П.В. Минисотская модель лечения зависимости от психоактивных веществ (обзор) / Вопросы наркологии – 1999-№ 3 стр 69-76
9. Бухановский Т.И. Анализ структуры личности и новые подходы к психотерапевтической реабилитации с больными опийной наркоманией // Вопросы наркологии.- 1999-№ 4 – стр 46-49
10. Казаковцев Б.А., Карвасарский Б.Д., Назыров Р.К.,
11. Чехлатый Е.И. Психотерапия зависимости: состояние и направления развития. / психотерапия зависимости. том. 2 стр 236

УДК 371. 26

ОЦЕНКА ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ МЕТОДОМ ТЕСТИРОВАНИЯ

Г. Д. Юнусходжаева

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент***ТҮЙІН**

АҚШ-та 1910 ж. Абрахам Флекснердің медициналық білім беру жүйесіндегі ашы шындықты көрсеткеннен кейін, бұл салада түбегейлі өзгерістер орын ала бастады. Біз де медициналық білімді оқытуда, меңгертіп, игертуде өзгерістер енгізетін кезге жеттік. Медициналық білім беру жүйесіндегі өзгерістер тұрғысынан тестілеу әдісін қолдану оқыту үдерісінің барлық сатылары мен салаларында студенттер мен басқа да білім алушылардың білімін бағалау үшін, жалпы білім беру үдерісін бағалау үшін тиімді болып табылады. Алайда тестіні қолданудан бұрын, оларды құрастыруды үйрену керек. Жоғары деңгейдегі тестілерді пайдалану бүкіл білім беру жүйесін анағұрлым жақсартуға мүмкіндік береді.

SUMMARY

The article comprises «testing» definition and its realization in teaching and mastering medical knowledge. According to the changes in medical education system testing method is the best implementation for using at all stages of educational process both for students and other categories of trainers. High level tests can improve all educational system.

Пока студенты пытаются «перехитрить» компьютер, метод тестирования, как инструмент оценки знаний «набирает обороты» и в нашей стране. Живое общение с преподавателем, беседы, собеседования и прочее – основа основ академического образования. Но и другие, более формализованные, объективные методы оценки знаний студентов тоже нужны, им есть место. Тестирование не может быть и не является единственным способом проверки знаний. Как любая методика, любой методологический прием тестирование имеет определенную область приложения, решает ограниченный круг задач. В настоящее время тесты, как измерительный прием, используются в большинстве стран мира. Их использование обосновано теоретически, а востребованность подтверждена многочисленными исследованиями. Методология тестирования, тестирование известно более 120 лет, хотя мы и говорим, что тесты множественного выбора основаны на постулатах самого Аристотеля. За это время накоплен опыт использования тестов в различных сферах человеческой деятельности, в том числе в образовании, в том числе медицинском. Тестирование – один из наиболее актуальных способов, методов оценки знаний студентов, как формативной, так и итоговой.

К безусловным преимуществам этого метода можно отнести следующие: ориентация на учебный процесс, на результат образования предоставление результатов обучения характеристиками приобретаемых выпускниками компетенций (Болонский процесс) перативность, высокая скорость проверки результатов (усвоения знаний и умений) хват, хотя и поверхностный, но полный, всего учебного материала (не столько вглубь, сколько вширь) отсутствие влияния субъективных факторов, таких, как уровень квалификации преподавателя, его настроение, пристрастия, симпатии, антипатии и пр. объективность всесторонняя и абсолютная овременный метод, технологичный, формирует и совершенствует компьютерные навыки у студентов быстрота систематизации, легко обрабатывается статистически различными программами с высоким, всеобъемлющим результатом «на выходе» огромное разнообразие тестов, применимых для разных видов и уровней оценки непрерывный и многоаспектный контроль над процессом обучения; возможность использования как угодно часто и регулярно в разных ракурсах невозможность и бесполезность использования «шпаргалок».

Если подобрать адекватную кратность проверки знаний у студентов (частоту контроля) можно успешно определять уровень самостоятельной работы студентов, степень и глубину его подготовленности к зачету, экзамену. Тестирование – это компонента в комплексной (обязательной) проверке работы вуза; – это компонента системы менеджмента и качества. Тестирование – очень удобная форма проведения мониторинга. Уже выявленные недостатки, (а, возможно, трудности): Может произойти подмена учебных целей (при догматическом постоянном использовании) Снижается квалификация преподавателя, если его роль сводится только к роли супервайзера; Неготовность преподавателей к такой форме контроля; Требуется очень большая начальная подготовительная методическая работа, адаптация всего учебного процесса; Работа по созданию тестов, формированию банка тестовых вопросов очень трудоемкая; Оценивается эта работа только эмоционально; Требуется формирование мотивации к написанию тестов;

Студенты должны в любой момент объяснить почему правильный ответ – верен, а остальные – неверны. Не является слишком сложной для понимания мысль о том, что реформы вообще, а в образовании тем более, не всегда должны носить радикальный характер. И их не должно быть сразу много. А у нас в Казахстане реформы в медицинском образовании понеслись как «снежная лавина», и, как всякая лавина прихватили и погребли много полезного, рационального и целесообразного, что было и должно было остаться. Не секрет, что нововведения взяты из западно-европейских, американской, израильской и прочих моделей образования, и уже сейчас ясно, что «взойдет» из «посянного» не все и избежать накладок и нелепицы не удастся. Думаю, время

покажет и кое от чего придется отказаться, как от неприемлемого для нашего общества. Все виды оценки и контроля знаний должны быть разумно сбалансированы. Ни одну нельзя отвергать.

Дело в том, что имеет смысл все это делать в том случае, если после проведенного тестирования подводить его итоги, обрабатывать результаты, анализировать их, доводить до сведения деканов, заведующих кафедрами. Проблема или вопрос не в том «вводить- не вводить», «применять- не применять», а в том, что делать это надо методически грамотно, извлекая максимальную пользу и минимизируя вред. Во все времена в странах Европы и в России образовательная система эволюционировала, развивалась в соответствии с требованиями времени. В российских вузах уже существует так называемая «АСТ – оболочка» - система адаптивного тестирования, которая позволяет быстро проверить качество знаний студента по любому разделу и на любом этапе аттестации (входное тестирование, текущий контроль, зачет и т. д.). Споры о том, стоит ли вводить систему тестов в медицинских вузах уже не продуктивны и должны остаться в прошлом.

Но, тем не менее, Андрей Борцов, например, в своей статье называет «еще одним гвоздем в гроб образования» введение тестовой системы оценки знаний. Как видим, мнения полярны. Тестирование, как метод дискредитируется, в частности, тем, что студентов «натаскивают» на правильный ответ. Включение в Болонский процесс, внедрение системы менеджмента и качества в образовании, концепция непрерывного образования (образование через всю жизнь) требуют, если мы не хотим прослыть маргиналами, новых образовательных технологий, а компьютерное тестирование – одна из них. Тестология как теория и практика тестирования дает богатую пищу для размышлений о качестве образовательного процесса, но, к сожалению, не является предметом глубокого изучения и основой управленческих решений.

Образовательный процесс развивает мышление и воспитывает личность – это аксиома. И когда идет «натаскивание» студентов, я не уверена, что в результате могут получиться конкурентоспособные специалисты международного класса. Очень важным моментом при написании тестов является цель, которую автор теста должен четко ставить перед собой и ясно представлять интерпретацию результата, чтобы избежать принципиальной неадекватности оценки. Тесты являются мощным стимулирующим фактором, студенты лучше учат, когда знают, что это будет оцениваться. Тесты помогают восполнять пробелы в обучении, побуждают студентов к широкому самостоятельному чтению и активному участию в учебном процессе.

Мы говорим сейчас, что ранняя клиническая направленность – это хорошо, это то, что приведет нас в правильное русло образовательного процесса, а для этого нужна система оценки, нацеленная на достижение наибольшего прогресса. То, что тестирование не может являться для медицинского вуза единственным, пусть даже самым главным критерием оценки, я думаю, ясно всем. Но, в то же время, то, что это - удобный, надежный, информативный, ориентирующий учебный процесс на результат образования метод оценки – тоже должно быть ясно всем. С надеждой смотря в будущее, я тем не менее, ясно осознаю, что создать хорошую образовательную систему для государства на все времена – наивное желание, противоречащее процессу развития страны и существующим реалиям в обществе. Должен ли оцениваться сам процесс обучения? Постановка такого вопроса уже закономерна, никого не смущает, но как...?! Во-первых, это – дорого, во-вторых, нужны подготовленные кадры.

Ведь сейчас зачастую существующие клинические ситуации – это стандарт для проверки знаний студентов, но не для обучения! Оценивая студента, необходимо добиваться от него, чтобы он говорил и умел обсудить то, что говорит! В Израиле говорят, «башлюд пшелуд» - степень созревания студента. Как, например, учат в Израиле? Говорят: «Тургор корректно смотреть у очень пожилых людей над грудной» или, например, об электролитах: «...абсолютно мизерные концентрации абсолютно определяющие жизнь...» или «...глюкоза маскирует гипернаемию, на каждые 5 ммоль избыточной глюкозы добавляйте 1,6 Na+...», или, про нерациональность выбора препарата: «...шпагу превращаете в дубинку...», или про температуру: «...повешенная температура...», про пневмонию: «...госпитальная пневмония и пневмония из дому...», про ожирение: «...у женщин - груша, у мужчин - яблоко...». Или, при составлении тестов: «Чем больше вопрос отражает реальность, тем он лучше!». Наличествует образность преподнесения материала, богатство языка, личность преподавателя («мы все были врачами первого дня...»; «...легко назначить лечение, держать оборону труднее...»).

Если задаться вопросом, а возможно ли идеальное оценивание, то можно прийти к выводу, что нет, оно в принципе невозможно, потому, что «...противоречий много в человеке, источник правды чист, но мутны реки...» И сам тестируемый, как объект, далеко не идеален, и параметры у него постоянно меняются. Так, что, возможно, что идеального оценивания (читай, тестирования) и в природе - то нет. Кроме того, бесспорно, как в любом методе в тестировании изначально заложена систематическая ошибка. По оценкам экспертов не более 50% тестируемых в России попадают в «область адекватности» тестовых технологий, а в США этот процент значительно выше. Налицо разница, обусловленная разностью мироустройства двух обществ.

А как обстоит дело в РК никому не ведомо. Образование в каждом государстве должно иметь огромное значение, наряду со здравоохранением – это будущее и будущность страны! А применение тестов разных модификаций и типов, не являясь панацеей для оценки чего бы то ни было, безусловно, является одним из путей достижения прекрасно отлаженной системы образования. Но надо уметь их использовать профессионально, мудро, уместно и своевременно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сюзан М. Кейс, Дэвид Б.Свэнсон. Создание письменных тестовых вопросов по базисным и клиническим дисциплинам. Издание в рамках проекта «Российское партнерство в области медицинского образования с медицинскими школами и профессиональными организациями США».

УДК 617.55-053.2

ТАКТИКА ВРАЧА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКЦИИ

С. А. Калкабаева, Э.Р. Алимбаева, К.О. Акимбаева, А.М. Мамадияров, Н.Ж. Тулегенова, Ж.К. Абильдаева
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
Станция скорой медицинской помощи, г. Шымкент

ТҮЙІН

Тыныс жолдарындағы бөгде зат диагностикасы мен емі бүгінгі таңда актуалды мәселе болып табылады. Ауруханаға дейінгі этапта механикалық асфикцияда медициналық көмек көрсетудің негізгі мақсаты өлім - жітімнің алдын алу, тыныс алу функциясын қалыпқа келтіру, науқас жағдайын жақсарту, тыныс алу функциясын оптималды қалыпта ұстау.

SUMMARY

This article comprises the questions of diagnostics and treatment of patients with aspiration of foreign bodies in their airways.

Аспирация инородных тел в дыхательные пути наблюдается у взрослых и детей. Острое бурное начало, инспираторная одышка, цианоз, приступообразный кашель при инородных телах гортани и трахеи создают реальную угрозу для жизни больного. Длительное пребывание инородных тел бронхах влечет за собой развитие хронических воспалительных процессов в бронхах и легком с возникновением необратимых деструктивных изменений. Проблема диагностики и лечения инородных тел дыхательных путей весьма актуальна.

Целью настоящей работы была разработка алгоритма диагностики, лечения при механической асфикции и тактики врача скорой медицинской помощи. Механическая асфиксия вследствие попадания пищи или инородного тела в дыхательные пути происходит при попадании инородного тела к входу в гортань во время глубокого вдоха либо при проглатывании куска плотной пищи, что может закрыть просвет верхних дыхательных путей и вызвать асфиксию. По локализации классифицирует на инородные тела верхних дыхательных путей и инородные тела нижних дыхательных путей. По течению заболевания выделяют острое или подострое - при полном и клапанном закрытии бронхов.

В этом случае на первый план выступает нарушение проходимости дыхательных путей, а также развитие ателектаической пневмонии. Хроническое течение - в случаях фиксации инородного тела в трахее или бронхе без выраженного затруднения дыхания, без ателектаза или эмфиземы, характеризуется воспалительными изменениями на месте фиксации инородного тела и нарушением дренажной функции с развитием пневмонии. Диагностическими критериями являются: Внезапная асфиксия. Острое ощущение удушья среди полного здоровья. При частичной обструкции - охриплость и потеря голоса. При полной обструкции пациент не может говорить и лишь знаками показывает на шею. Быстрое нарастание гипоксии приводит к потере сознания и падению пациента. «Беспричинный» внезапный кашель, часто приступообразный. Кашель, возникший на фоне приема пищи. Одышка, при инородном теле в верхних дыхательных путях –инспираторная, в бронхах- экспираторная.

Дыхание свистящее. Возможно кровохарканье из-за повреждения инородным телом слизистой оболочки дыхательных путей. При аускультации легких – ослабление дыхательных шумов с одной или обеих сторон. Врач на догоспитальном этапе должен выполнить определенный перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий: сбор анамнеза и жалоб, визуальный осмотр, измерение частоты дыхания, аускультация легких, измерение частоты сердцебиения, измерение артериального давления, осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал. Целью оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе является: предупреждение летального исхода, быстрое восстановление дыхательной функции и улучшения состояние больного, поддержание оптимальной функции дыхания.

Немедикаментозное лечение состоит из попытки извлечения инородных тел из дыхательных путей только у пациентов с прогрессирующей ОДН, представляющей угрозу для жизни. Если инородное тело в глотке - выполнить манипуляцию по извлечению пальцем или корнцангом. Инородное тело в гортани, трахее, бронхах- при наличии сознания у пострадавшего попытаться удалить инородное тело из верхних дыхательных путей при помощи удара по спине или поддиафрагмально-абдоминальных толчков (прием Геймлиха), производимых на высоте вдоха. При отсутствии эффекта произвести коникотомию. Показанием к

госпитализации является сохранения причины обструкции (при смещении инородного тела в трахеобронхиальное дерево), прогрессирование обструкции дыхательных путей и нарастание явлений дыхательной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Вып.2. 4.1. Медиа Сфера. 2003 г.
2. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации.
3. Под ред. Мирошниченко А.Г., Руксина В.В. СПб., 2006.- 224 с.

УДК 614.2.355.237

АУРУХАНАҒА ДЕЙІНГІ ЭТАПТА МЕДИЦИНАЛЫҚ ЭТИКА МЕН ДЕОНТОЛОГИЯ

С. А. Калкабаева, Э.Р. Алимбаева, Ж.К. Абильдаева, Н.Ж. Тулегенова, А.М. Мамадияров
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы
Жедел медициналық жәрдем бекеті, Шымкент қаласы

РЕЗЮМЕ

Перед медицинскими работниками службы скорой медицинской помощи ставятся высокие требования соблюдению медицинской этики и деонтологии. Вопросы деонтологии в этих условиях касаются не только пациента но и окружающих его людей. Врач должен соблюдать принципы врачебной этики, продемонстрировать свой профессионализм и заслужить доверие больного. Это будет способствовать повышению показателей выздоровления пациентов и авторитета врача в бригаде.

SUMMARY

Medical ethics and deontology are two points that are very important for medical workers of emergency. According to these conditions the deontology questions concern not only patient but also people who can surround him.

A doctor should comply with the principles of medical ethics, show professionalism and earn patients confidence. It will increase recovery rate and doctors authority.

Бүгінгі медициналық деонтологияға жеке адамның кәсіптік, моральдық жиынтықтары және медицина қызметкерлерінің емделушілерге, олардың туыстарына және өз ұжымына дұрыс мінез-құлықта болуы кіреді. Медициналық этика, деонтология – барлық медицина салаларының, пәндерінің, әсіресе клиникасының құрамында қарастырылған. Деонтология мен медициналық этиканың принциптерін қолайлы іске асыру үшін мынандай жағдай қажет: парыз сезімі, өз мамандыққа бейімділігімен білімін үнемі жетілдіру. Жедел медициналық жәрдем жүйесінде жұмыс жасайтын медицина қызметкерлеріне жоғары талаптар қойылады. Деонтология сұрақтары бұл жерде тек қана емделушіге ғана емес, оның айналасындағыларға да қатысты. Дәрігердің (фельдшердің, мейірбикенің) мінез-құлқы, бет-әлпеті, сырт көрінісі, жүріс-тұрысы, пациентке кіріп келгенде сөйлеген бірінші сөзі ең маңызды болып табылады. Белгілі Ибн Сина (Авиценна) “дәрігер қыран көзді, мамық қолды, арыстан жүректі болуы керек” деп айтып кеткен.

Жедел жәрдем көлігінен шыққан дәрігер (фельдшер, мейірбике) науқасқа тез барып, мақсатты, жөнді, абыр-сабырсыз, аз сөзбен сұрастыру жүргізуі керек. Сырқатпен қарым-қатынаста дәрігер шыдамдылықпен, тіл мәдениетін сақтап, дауыс көтермей, бір қалыпты болуы қажет. Тез арада емделушінің және туыстарының алаңдатарлық жағдайын, трагизмін төмендететін контакт табу керек. Сөз кейде науқасты емдеп қана қоймайды, оны, керісінше, жаралауыда мүмкін екенін дәрігер (фельдшер, мейірбике) жадында ұстап, сырқат көзінше түсініксіз терминдерді айтпауға тырысуы қажет. Туысқандарымен сөйлескенде емделушінің кейінгі болатын жағдайына, емделуіне кепілдік беру керек емес.

Көбіне кенеттен зақымдалушылар өлім үрейін сезінеді. Дәрігер (фельдшер, мейірбике) бұл сезімін мейлінше басып, үрей ұялататын сөз айтпай, дәрілік еммен қатар, психотерапевттік жолды да қолдануы керек. Дәрігер (фельдшер, мейірбике) сырқат сеніміне кіріп, оны дәрігердің (фельдшердің, мейірбикенің) күш қабілетінің күштілігіне иландыра білуі қажет. Осы айтылған дәрігердің (фельдшердің, мейірбикенің) этикалық принциптері мен деонтологиялық талаптары дұрыс орындалса, емделушілердің ауруынан айығу көрсеткіштері өсіп, бригада ішінде дәрігер (фельдшер, мейірбике) абыройы жоғары, қарым-қатынасы жақсы болады.

Бүгінгі таңда биоэтика сұрақтары актуалды мәселелердің бірі ретінде қаралуда. Биоэтика-философиялық ілімнің маңыздылығын көрсететін ғылым болып табылады. Биоэтиканың құрылысы мен дамуы дәстүрлі этика және оған қоса медициналық, биологиялық этикаларының трансформация құбылысымен байланысты. Ол ең алдымен адам құқығына деген ілтипаттың тез арада күшеюі (медицинадағы – ауру адам мен тексерілушінің құқығы және т.б.) мен құқық және моральдық тұрғысынан шешімге мұқтаж көптеген қиындықтарды туғызатын жаңа медициналық технологиялардың жасалуымен шартталған. Биоэтика - “адам құқығы мен адамгершілігін құрметтеу” шарты. Қазіргі заманға сай медицина, биология, генетика және бұларға

сай биомедициналық технологиялар тұқымқуалаушылықты жобалау және жүргізу, ағзаның өмірмен өлімі, адам ағзасының терілік, клеткалық және субклеткалық деңгейіндегі функциялық құбылыстарын бақылау сияқты мәселелерді өте тығыз түрде талқылайды. Сондықтан, жеке тұлға ретіндегі пациенттің құқығы мен бостандығы жайлы мәселелер өте ауқымды және қаралушының құқықтарын (тыңдау құқығы, мәлімет алу және т.б. құқықтары) орындау биоэтиканы қоғамдық институт жасаған этикалық комитеттерге жүктелген.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Қ.М. Турланов, С.А. Қалқабаева, Жедел медициналық жәрдем (оқулық). – Алматы: 2004. 321 бет.
2. С.А. Қалқабаева. Бірінші медициналық көмек (Оқу құралы). – Шымкент: 2008.

УДК 617.7-007-057.874

ЧАСТОТА АНОМАЛИЙ РЕФРАКЦИИ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА ТАРАЗА

А.К. Беккулиева

Жамбылский областной офтальмоцентр, г. Тараз

ТҮЙІН

Көздің ауытқулары көптеген себептерден туындайды. Бұл патологияның Қазақстанның әр аумағындағы балалардың арасында көбеюін олардың жасын жынысын және оқу жағдайын есепке алып зерттеу қызығушылықты туындырады. Біз Тараз қаласының оқушыларының арасында ауытқушылық жиілігін олардың жасын жынысын және оқу жағдайын есепке алып талдадық.

SUMMARY

This article comprises the questions of analysis of refraction anomaly. The pupils of Taras took part in this research. Their age, sex and learning conditions are given much attention.

Заболевания глаз у детей – важная медико–социальная проблема, решение которой зависит от комплекса факторов, включая уровень знаний специалистов об особенностях офтальмологических заболеваний в детском возрасте. Аномалии рефракции – наиболее частая врожденная патология, требующая выявления и коррекции уже на первом году жизни ребенка. В этом случае удается предотвратить декомпенсацию этих состояний в виде развития амблиопии и косоглазия. Выявление аномалий рефракции перед школой и даже позже приводит к возникновению необратимых расстройств или требует длительного, дорогостоящего и не полностью успешного лечения. В настоящее время аномалии рефракции занимают ведущее место среди причин снижения зрения как у детей, так и у взрослых.

Нередко эта патология приводит к значительному снижению работоспособности вплоть до возникновения инвалидности. В Казахстане эта проблема также существует и требует создания специальной программы по профилактике этих заболеваний и реабилитации таких больных в условиях школьного обучения, так как основные предпосылки к возникновению аномалий рефракции возникают ещё в детстве. Учитывая, что в возникновении аномалий рефракции имеют значение многие причины, представляет интерес изучение частоты этой патологии среди детей различных регионов Казахстана с учетом возраста, пола и условий обучения.

Целью нашего исследования явилось изучение частоты аномалии рефракции среди школьников города Тараза в зависимости от возраста, пола и условий обучения.

Материалы и методы. Анализу подвергались данные специализированного углубленного профилактического осмотра школьников г. Тараза. Исследование заключалось в сборе жалоб и анамнеза, определении остроты зрения и рефракции в осмотре глаза и его придатков, преломляющих сред и глазного дна. Острота зрения определялась у детей по упрощенной таблице и таблице Сивцева. Общий осмотр глаз проводился методом бокового освещения. Всем детям, независимо от остроты зрения, исследовалась рефракция методом скиаскопии после медикаментозного расслабления аккомодации с помощью 1% раствора мидриацила или 1% раствора тропикамида. Глазное дно исследовалось методами обратной и прямой офтальмоскопии. Были выделены возрастные группы с 6 до 17 лет. Всего осмотрено детей в возрасте от 6 до 16 лет 520 человек, из них в возрасте 7-12 лет-1 463. Аномалии рефракции были обнаружены у девочек в 56%, у мальчиков- в 54,8%.

Результаты исследований. Аномалии рефракции среди детей г.Тараза встречались в среднем по всем школам в 16,2% случаев, среди детей 7-12 лет -12,5% случаев. Уровень учебной подготовки во всех школах является достаточно высоким, при этом многие обучающие программы связаны с использованием компьютерного оборудования. При обследовании диагноз АР устанавливался нами с возраста 6-7 лет. Повышение частоты заболеваемости с 7-летнего возраста этой патологией, очевидно, связано с увеличением зрительной нагрузки во время учебного процесса. Далее количество детей с этой патологией увеличивалось,

достигая максимальных значений в возрасте 13 и 15 лет. При этом в 42% случаев аномалии рефракции встречались в возрасте 7-12 лет. В 16 и 17 лет аномалии рефракции встречались почти в 1,5 раза реже, чем в 15 лет. По-видимому, это связано с тем, что к 16-17 годам численность школьников уменьшается в связи с поступлением в другие учебные заведения или началом индивидуальной трудовой деятельности.

Среди выявленных аномалий рефракции у детей города Тараза миопическая рефракция (56,6%) встречалась почти в 3,5 раза чаще гиперметропии (16,3%), смешанный астигматизм был обнаружен в 3,6% случаев, а спазм аккомодации - в 23,5%. При обследовании детей наблюдалось постепенное увеличение частоты близорукости пропорционально возрасту, начиная с 7 лет. При этом миопия наиболее часто выявлялась в возрасте 13,15 и 17 лет. Анализ распределения близорукости по степени показал, что миопия средней степени была обнаружена почти в 1,8 раза, а миопия высокой степени - в 2,5 раза реже миопии слабой степени.

Следует отметить, что среди детей 6-7 лет установлена, в основном, миопия слабой степени, высокая и средняя миопия встречалась в единичных случаях. Среди обследованных детей рост количества больных с миопией средней степени наблюдался нами с 10-12 лет. В младших классах миопия средней степени имела место в 1,3 %, в старших классах этот процент возрос до 10%. Близорукость высокой степени не наблюдалась у детей 7-9 лет, в последующих возрастных группах удельный вес её резко возрастал. Так, к 15-17 годам высокая степень миопии имела место у 5,8 % детей с аномалиями рефракции. Спазм аккомодации (СА) был обнаружен во всех возрастных группах учащихся. Однако наиболее часто СА встречался в 11,13 и 14 лет. Среди обследованных детей с гиперметропией наиболее часто встречались гиперметропия слабой степени (62%). Гиперметропия высокой степени диагностировалась почти в 2 раза чаще гиперметропии средней степени. Гиперметропия различной степени встречалась чаще всего в возрасте 7,10 и 11 лет. Среди обследованных детей с миопией начальные изменения на глазном дне в виде миопического конуса или кольца у диска зрительного нерва не более $\frac{1}{4}$ ДД, возможного исчезновения макулярного рефлекса и появления глыбок пигмента были обнаружены у 71 ребенка, что составило 22,1% по отношению ко всем детям с выявленной близорукостью.

При этом эти изменения встречались почти одинаково часто как при слабой (49,3%), так и при средней степени миопии (50,7%). Развитая стадия морфологических изменений в виде миопического конуса и кольца до 1 ДД, изменений формы ДЗН; пигментации и крапчатости макулярной области, депигментации глазного дна встречалась у 25 детей (7,8%). Эти изменения встречались при средней степени миопии в 64%, а при высокой - в 36% случаев. Изменения глазного дна, соответствующие далеко зашедшей стадии морфологических изменений, были обнаружены у 3 детей (0,9%). Эти изменения были обнаружены у детей только с высокой степенью миопии. Изменения на глазном дне были обнаружены нами у детей с 9-летнего возраста. Наибольшее количество детей с этими изменениями наблюдались нами в возрасте 13 и 15 лет.

Вывод: Таким образом, среди выявленных аномалий рефракции у школьников г. Тараза наиболее часто встречались миопия, затем спазм аккомодации и гиперметропия. Чаще эта патология развивается у девочек. В возрастном аспекте аномалии рефракции начинают выявляться с возраста 6-7 лет, далее возрастом частота этой патологии растет, достигая максимума в 13 и 15 лет. Снижение уровня заболеваемости в возрасте 16-17 лет, по-видимому, связано с уменьшением количества школьников этого возраста за счет поступления в другие учебные заведения или началом индивидуальной трудовой деятельности. Среди АР по степени тяжести преобладает миопия слабой степени. Начальные изменения на глазном дне начинают выявляться уже при миопии слабой степени с 9 лет. При этом наибольшее количество детей этими изменениями наблюдались нами в возрасте 13 и 15 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шамшинова А.М., Волков В.В. Функциональные исследования в офтальмологии. – М. Медицина, 2005.
2. Зрительные функции и их коррекция у детей (под ред. С. Э. Аветисова, Т.П. Кашенко, А.М. Шамшиновой). – М. Медицина, 2006.

УДК 615.1:339.13 (574)

КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: КАЧЕСТВО УПРАВЛЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ ПРЕДПРИЯТИЯМИ

Т.С. Саткалиева, А.М. Сейткадиева, А.Б. Махатова, А.Е. Рахимбекова
Казахский экономический университет им. Т.Рыскулова, г. Алматы

ТҮЙІН

ҚР денсаулық сақтау жүйесі, оның ішінде дәрілік камтамасыз етуді жүзеге асыру заманауи жағдайда өзекті болып табылуда. Біз дәрілік препараттарды (ДП) өндіру, олардың сапасын бағалау және ДП-ның Қазақстанның фармацевтикалық нарығына қозғалысының аспектілерін қарастырдық. Фармацевтикалық-

өнеркәсіптік мекемелердің бәсекеге қабілеттілігін, олардың әрекетінің тиімділігін жоғарылату мақсатында, бағалаудың қажеттілігі анықталады.

SUMMARY

Improvement of the Health care service of the Republic of Kazakhstan including medicine provision of pharma drugs is of an immediate interest nowadays public. We studied the aspects of pharma drugs industry, control of their quality and marketing in Kazakhstan. The necessity in competitive capacity of enterprises in pharmaceutical industry aimed to add value to their work.

Общественное здравоохранение определяется как наука и искусство профилактики заболеваний, укрепления здоровья и продления жизни населения путем проведения целенаправленных мероприятий. Это можно считать социально-политической концепцией государства, обращенной на улучшение состояния здоровья, продление и повышение качества жизни всего населения путем объединения мер по профилактике заболеваний и лекарственного обеспечения.

В Казахстане за эти функции отвечают различные ведомства, в том числе санитарно-эпидемиологическая служба, центры по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, поставщики услуг первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), научно-производственные объединения и международные организации. Наиболее серьезной проблемой страны в области общественного здравоохранения считается координация, рационализация и четкое распределение ролей и обязанностей между различными ведомствами, которые ответственны за проведение мероприятий в области охраны и укрепления здоровья населения [1]. Одним из приоритетных направлений реформы здравоохранения в Казахстане является совершенствование системы управления здравоохранением и развитие отечественной фармацевтической промышленности. В настоящее время Казахстан сильно зависит от импорта фармацевтической продукции. Функции государства в области регулирования и контроля за качеством импортируемых лекарственных средств и медицинского оборудования развиты относительно слабо. Результатом этого являются закупки оборудования по завышенным ценам и использование лекарственных средств и оборудования низкого качества. Не ведется на соответствующем уровне мониторинг побочных эффектов, контроля качества, использования, цен и доступности лекарственных средств.

В советской системе здравоохранения лекарства были доступны, и их использование поощрялось. Существовал очень большой перечень зарегистрированных лекарственных препаратов, но многие из них невозможно было идентифицировать по международным классификационным категориям. В 1990-х гг. во всех странах Центральной Азии в соответствии с рекомендациями ВОЗ были составлены перечни основных (жизненно важных) лекарственных средств. В Казахстане такой перечень был составлен и утвержден в 1995 г. Комитетом по здравоохранению. В 1998г. этот перечень включал 290 наименований. На сегодняшний день казахстанская фармацевтическая промышленность на 30% обеспечивает отечественное здравоохранение лекарственными средствами в натуральных показателях, по данным за 2009 год в госпитальном секторе в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП) этот показатель составил 45%. [2].

При этом основную часть продуктовых портфелей отечественных производителей составляют низкорентабельные дженериковые препараты (доля которых в общем объеме рынка составляет 85%), а рынок оригинальных препаратов 15 %, что не позволяет фармацевтическим производителям выделять свою прибыль на изучение и разработку новых оригинальных лекарственных препаратов. Фармацевтическая промышленность, являясь развивающейся отраслью, представлена в общей сложности 79 предприятиями – производителями фармацевтической продукции, включая мелких производителей изделий медицинского назначения. При этом на долю 6 наиболее крупных заводов приходится более 90% всех выпускаемых в Казахстане лекарств в денежном выражении. Отечественные предприятия: АО «Химфарм», «СП ГлобалФарм», АО «Нобел АФФ», фармацевтические компании «Ромат», ТОО «Нур-Май Фарм», «Карагандинский фармацевтический комплекс» представляют собой предприятия полного цикла. По медицинскому оборудованию предприятием с полным циклом производства является АО «Актюбрентген».

За период 2000 – 2009 годы, по мере смещения спроса населения в сторону более дорогой инновационной фармацевтической продукции, позиции отечественной промышленности на внутреннем рынке снижались. Основная проблема – в «дешевом» и «узком» отечественном ассортименте; это приводит к тому, что основную часть фармацевтического рынка Казахстана составляет импортированная продукция – до 90% в стоимостном выражении, а в натуральном выражении – 70%; доля отечественных лекарственных средств, соответственно, составляет 10% и 30%. Кроме того, казахстанская фармацевтическая промышленность уступает в валовой доходности зарубежным компаниям. [2]. По состоянию на конец 2009 года в Республике Казахстан было зарегистрировано 6490 медицинских препаратов (включая 150 – 200 лекарственных средств на основе трав и альтернативных средств).

Фармацевтический рынок Республики Казахстан – третий по величине в Содружестве Независимых Государств (СНГ) после рынков России и Украины. По сведениям IMS Health, доля Республики Казахстан на фармацевтическом рынке СНГ в 2008 году составляла 5%. [3]. Система контроля качества в секторе здравоохранения разрабатывается с 1996 г. В рамках процесса реализации системы обязательного медицинского страхования в период с 1996 по 1998 г. была разработана система контроля качества медицинских услуг. Эта система носила преимущественно «карательный» характер и предусматривала различные санкции и штрафы в отношении поставщиков медицинских услуг в случае ненадлежащего качества их работы. И хотя эта система штрафов была упразднена, анализ и оценка медицинских услуг продолжали

действовать, причем особое внимание в них уделялось исследованиям уровня удовлетворенности пациентов и вопросам соответствия медицинских услуг по установленным медицинским стандартам.

В фармацевтической отрасли и системе здравоохранения существуют немногочисленные комплексные исследования, касающиеся факторов конкурентоспособности, оценки конкурентоспособности как предприятия в целом, так и его подразделений с целью повышения эффективности деятельности предприятий, а так же для принятия стратегических решений перспективного развития. Обычный сравнительный анализ по объему реализации или уровню рентабельности не дает возможности определить комплексный интегральный показатель уровня конкурентоспособности в количественном выражении, что не позволяет говорить об объективной оценке результатов деятельности предприятий. На сегодняшний день здравоохранение Казахстана нуждается в дальнейшем совершенствовании его структуры с внедрением новых стратегий, основанных на четком видении перспективных целей, на интеграции со всеми секторами экономики, а также на основе применения современных научных и институциональных технологий развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кульжанов М. Системы здравоохранения: время перемен Казахстан. Астана, 2006.
2. Аканов А.А. Политика охраны здоровья населения в Казахстане: Опыт разработки, реализации национальных программ здравоохранения и перспективы на 2010-2015 годы. Астана, 2009.
3. Электронная версия с сайта <http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/>, 05.11.2011.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.36-008.5-08

МЕХАНИКАЛЫҚ САРҒАЮДЫҢ ТҮБЕГЕЙЛІ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУДЕН KEЙІНГІ ИММУНОКОРРЕКЦИЯ

А.Е. Алибеков

*Облыстық клиникалық аурухана, №2 хирургиялық аурулар кафедрасы, Қарағанды қаласы
Қарағанды мемлекеттік медициналық академиясы, Қарағанды қаласы*

ТҮЙІН

У больных с механической желтухой, учитывая данные исследований иммунной системы, применяли препарат циклоферон. В основной группе сократился предоперационный период и снизились послеоперационные осложнения. В контрольной группе, при которых препарат циклоферон не применяли, послеоперационные осложнения и нахождение в стационаре увеличились.

SUMMARY

According to the immune system examinations, the preparation «cicloferon» was used for patients with obstructive jaundice. The hostoperative complications and preoperative period were decreased (main group). But those patients who had not used this preparation, showed postoperative complications and long stay in hospital.

Барлық соматикалық аурулардың дамуында иммунды жүйенің өзгерістері маңызды роль атқарады. Иммунды жүйенің дисфункциясы нәтижесінде дамидын екіншілік иммунды жеткіліксіздік (ЕИЖ) ішкі аурулардың клиникалық ағымын ғана емес, операциядан кейінгі асқынуларға алып келеді. Екіншілік иммунды жеткіліксіздігінің дамуына көптеген инфекциялық және инфекциялық емес факторлар, қоршаған ортаның ластануы, жедел және созылмалы процесстер, иммунодепрессивті және иммунодепрессивті қасиеті бар дәрі-дәрмектерді ұзақ уақыт қолдану және тағы да басқа факторлар әсер етеді. Екіншілік иммунды жеткіліксіздік негізінен иммунды жүйенің тапшылығымен хүреді де, оның негізгі жүйелерінің салалық және сандық өзгерістерімен сипатталатын адаптациялық механизмдері иммунды жауаптың өзгеруіне әкеледі, бұл жағдай иммунды жүйенің қалыпты қызметін өзгертеді және аурулардың ұзаққа созылған ағымын ауырлатады, қабыну процессінің жайылуына жағдай жасайды, асқынуларды дамытады, базисті емнің нәтижелерін төмендетеді немесе жоғалтады, өліммен аяқталу жиілігін жоғарлатады.

Бауыр ауруларымен науқастардың барлығы иммунды және арнайы емес реактивтіліктің өзгерістерінің салдарынан инфекцияларға жоғары бейімділігімен ерекшеленеді. Қазіргі жұмыстың негізгі мақсаты : механикалық сарғаюы бар науқастардың операциядан кейінгі асқынулардың алдын алу үшін циклоферон препаратын қолданып, иммунокоррекция жүрізу.

Мәліметтер мен міндеттер. Клиникада 18 бен 80 жас аралығындағы механикалық сарғаюмен сырқаттанған 78 науқас зерттелді. 70 науқаста механикалық сарғаюдың себебі: холедохолитиаз, 2 науқаста ұлтабардың үлкен үрпегінің стенозы, 1 науқаста бауырдың эхинококкозы, 5 науқаста жалпы өт өзегінің стриктурасы, әйел саны – 62, ер – 16. Барлық науқастарды сарғаюдың ұзақтығына, холангит симптомдарының болуына, билирубин деңгейіне байланысты үш топқа бөлінді, сонымен қоса негізгі топқа 34 - науқас иммунокоррекциялық терапия жүргізілмеген болып бөлінді. 1 - ші топқа 34 науқас, сарғаю ұзақтығы 5 тәулік, билирубин деңгейі 100,0-ге дейін $\pm 3,28$ ммоль/л, 2- ші топқа - 28 науқас, сарғаю ұзақтығы 15 тәулікке дейін және билирубин деңгейі 100,0 – 200,0 $\pm 4,22$ ммоль/л, 3 –ші топта – 16 науқас, сарғаю ұзақтығы 25 тәулікке дейін және билирубин деңгейі 200,0 – 300,0 $\pm 2,12$ ммоль/л және одан жоғары.

2- ші – 3-ші топ науқастарына арналған хирургиялық тактика 2 кезеңнен тұрады. Бірінші кезеңде 34 науқасқа эндоскопиялық папилосфинктеротомия (ЭПСТ) жасалынды, оның 8 – не транспапиллярлы дренаждау жасалынды. Билирубин деңгейі төмендеген, науқастардың жағдайлары жақсарған соң радикалды операциялар жасалынды; холецистэктомия(ХЭ), холедохолитотомиямен (48) және жалпы өт өзегін сыртқы дренаждаумен; холецистэктомия холедоходуаденоанастомозбен (ХДА) (14) ; холецистэктомия холедохолитотомиямен және екі ішкі дренаждаумен (хда + тдпст) (9). Операция алдындағы кезеңде асқынулардың алдын алу ретінде антибактериалды терапия жүргізіледі. Тексерулер операцияға дейін және операциядан соң 1 – 10 шы тәуліктерде жүргізілді.

Науқастарды операцияға тиімді дайындау мен операциядан кейінгі асқынулардың алу үшін негізгі топ науқастарға иммундық жүйе ретке келтіретін ем – циклоферонмен жүргізілді. Циклоферон базисті схема бойынша бұлшықетке немесе көк тамыр ішіне 12,5% - 2мл күнара 1 рет операцияға дейін және операциядан кейінгі 1,3,5,7,9 – тәуліктерде егіледі иммунологиялық мониторинг және жедел фазадағы қан плазмасының белоктарының динамикасының анализін бағалау жүргізіледі.

Емдеу нәтижелілігі жалпы клиникалық көрсеткіштер, иммунограмма параметрлері мен билирубин деңгейі динамикасы бойынша анықталады. Лимфоциттерді иммунофенотипирлеу стандартты әдіс бойынша К.А. Лебедев модификациялаған стерптовидин-биотин бойынша өткізіледі.

Кесте 1 - Нәтижелер мен тұжырымдар. Механикалық сарғаюмен науқастардың иммунограмма көрсеткіштерінің динамикасы

	Негізгі топ	Фагоцип актив, %	CD3 лим-фоциттер,%	CD20 лим-фоциттер,%	CD4 лим-фоциттер,	CD8 лим-фоциттер,	CD56 лим-фоциттер,
Негіз	Операцияға дейін	30,73 \pm 2,16	38,5 \pm 1,92	13,0 \pm 1,02	38,04 \pm 2,04	7,77 \pm 1,9	59,13 \pm 2,18
	Операциядан кейін	34,42 \pm 2,34	40,7 \pm 2,22	14,58 \pm 1,33	40,69 \pm 2,54	9,62 \pm 1,49	56,53 \pm 1,78
Бақылау	Операцияға дейін	31,9 \pm 1,62	38,63 \pm 1,84	13,02 \pm 1,24	38,82 \pm 1,7	7,17 \pm 1,7	59,22 \pm 2,15
	Операциядан кейін	28,57 \pm 1,9	39,13 \pm 2,45	13,72 \pm 0,95	39,63 \pm 1,45	8,34 \pm 2,54	57,48 \pm 1,64

Механикалық сарғаюы бар науқастардың операцияға дейінгі шеткері қанында CD3 лимфоциттер санының тапшылығы, олардың қызмет белсенділігінің төмендеуі және CD20 лимфоциттер санының азаюы байқалды. Топтардағы науқастардың көрсеткіштерінің айырмашылығы шамалы ғана болды. CD3 – клеткалар қызметінің ең айқын өзгеруі асқынған түрлерімен (пневмония, гемобилия, жараның іріндеуі, диафрагма астылық абсцесс, оң жақтық плеврит, сыртқы өт жыланкөзі) науқастарда байқалады. Клиникаға түскен кезде науқастарда фагоцитарлық белсенділігінің тежелгендігі анықталынды, бұл фагоцитоз құрамының төмендеуін көрсетеді. Фагоцитоз көрсеткішінің жақсаруымен қатар науқастың жалпы жағдайының жақсаруы, билирубин деңгейінің төмендеуі, сарғаюдың азаюы болды. Фагоцитарлы лейкоциттердің саны циклоферонның әсерінен 10 тәулікте ($p < 0,01$) I – топта 30,73 \pm 2,16% - тен 34,42 \pm 2,34% - ке дейін жоғарлады, II – топта өзгеріссіз қалды (31,09 \pm 1,62% және 1,62% және 28,57 \pm 1,9% $p > 0,1$).

Операциядан кейін екі топта да иммунды жүйенің өзгерістері болды, бірақ операциядан кейін иммунодепрессияның айқындылығының дәрежесі және оның ұзақтығы әр топта әртүрлі болды. I топта операциядан кейін 7 – 8 тәулігінде иммунды жүйе көрсеткіштері біртіндеп жоғарылаған, 9 – 14 тәулікте операцияға дейінгі деңгейге жеткен. II топта иммунды жүйе көрсеткіштерінің жоғарылауы тек 9 – 12 тәулікте байқалған. Бірақ, сонымен қатар абсолютті және салыстырмалы CD3 лимфоциттер операцияға дейінгі деңгейге қарағанда жоғары, ал абсолютті және салыстырмалы CD20 лимфоциттер операцияға дейінгі деңгейге қарағанда жоғары, лимфоциттер төмен болды. I топ науқастарының салыстырмалы лимфоциттер саны 38,5 \pm 1,92 – ден 40,17 \pm 2,22% ($p < 0,01$) дейін өсті.

CD3 және CD20 топ түзуші клеткалар санының өзгеруі бастапқы деңгейге қарағанда циклоферонның әсерінен CD4 хелпер мен CD8 супрессорлар ара қатынасының қалыпқа келуімен сипатталады, осыған байланысты иммунды реттеуші қызметтердің дисбалансы төмендейді және гемостаз өзгерістеріне иммунды жүйенің адекватты жауап беру қабілеттілігі қалпына келді. II топтағы науқастардың клеткалық реакциясының ауысуы макрофагальді жаққа қарай төмендеген, ал I топта бұл реакция 3 – 4 сағаттан кейін CD3 клеткалар саны

және иммунофункционалдык белсенділік жоғарлаған. Фагоцитоз саны бірақ біраз көбейіп, шеткері қан құрамында лейкоциттердің жалпы саны азайды.

Негізгі топта болған асқынулар: қантты диабетпен науқастың жарасы іріндеді. Бақылау тобында асқыну 7 науқаста болды: 4 – де пневмония, 3 науқаста жарасы іріндеді. Стационарда емдеу мерзімі негізгі топ науқастарда орташа 18 – ден 24 тәулікке дейін болды, бақылау тобында 28 –ден 50 тәулік болды. ЕИЖ – ң клиникалық белгілермен механикалық сарғаюмен науқастарды комплексті емдеуде циклоферонды қолдану клиникалық тиімділіктің жоғарылауына, науқастың науқастың жалпы жағдайының және болжамның жақсаруына әсер етті. Науқастардағы ЕИЖ циклоферонды қолдануға негізгі көрсеткіштер болып табылады. Циклоферонды науқастар жақсы көтереді және оның кері әсерлері байқалмайды. Сонымен, механикалық сарғаюы бар науқастарды емдеуде циклоферонмен иммунокоррекциялық ретінде қолдану операциядан кейінгі асқынуларды төмендетуге, операцияға дейінгі дайындықты және радикалды операция қаупін азайтуға, науқастың ауруханада өткізген уақытын қысқартуға мүмкіндік береді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Назаров П.Т., Пурина В.И. «реакция бластной трансформации лимфоцитов в культурах цельной крови» // Лабор. дело – 1975г. №4 – стр.195 – 198.
2. Проскуряков В.А. «Опыт применения стафилакоккового анатоксина в хирургической практике» // Клиническая хирургия, - 1968г. №5 – стр.30 – 32.
3. Стручков В.И., Недзвецкая Л.М. «Вопросы клинической иммунологии и хирургии»
4. // Хирургия, - 1977г. №1 – стр. 13 – 16.
5. Шабунин А.В., Тарабрин В.И., Малышев И.Ю. «Декомпрессия желчевыводящих путей и иммунокоррекция при хирургическом лечении механической желтухи неопухолевого генеза. //Хирургия, - 1998г. №11 – стр. 45 – 51.
6. Мальцева Н.М., Борисова А.М., Кузнецова В.П., и др. «Эффективность иммунотерапии лейкинфероном у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких». // Иммунология, - 1987г. № 4 стр. 90 – 93.

УДК 616.15:616-053.31

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ГОРМОНОВ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

*Ф. Д. Хатамов, П. Е. Калменова, С. А. Туктибаева, Л. В. Ахметова, Г.И. Туктибаева
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
Международный казахско-турецкий университет, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Бұл жұмыстың мақсаты – жана туылған нәрестелердің жалпы жағдайындағы гармондардың деңгейін анықтау.

SUMMARY

The purpose of this work is to study of alpha-fetoprotein and humoral immunity in assessing health status of newborn children of different gestational ages.

Актуальность. Высокая частота патологий новорождённых и недостаточная изученность иммунорегуляторного белка альфа-фетопротеина, в частности, его связи с основными классами иммуноглобулинов у новорождённых детей, обуславливают актуальность исследования.

Цель исследования: Совершенствование методов диагностики патологических состояний у новорождённых детей в период ранней адаптации на основе изучения показателей реактивности организма.

Материалы и методы исследования: Нами проведено исследование 90 новорождённых детей различного гестационного возраста в периоде ранней адаптации. Среди них, 30 доношенных новорождённых детей, родившиеся в сроке 38-42 недели беременности, 30 недоношенных новорождённых детей в сроке гестации 35-37 недель и 30 переносных новорождённых детей, родившиеся после 42 недель беременности.

В соответствии с задачами исследования всем новорождённым детям проведено исследование крови на определение уровня альфа-фетопротеина (АФП) при рождении (1-й день) и на 5-й день жизни. Нами использована методика иммуноферментного анализа с использованием набора «АФП - ИФА - БЕСТ - 400 - стрип», всего проведено более 90 проб. Для определения уровня иммунологической реактивности нами проведено определение концентрации основных классов иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG) в сыворотке крови новорождённых иммуноферментным методом.

Анализ полученных данных проводился на основе результатов сбора анамнеза и обследования матери во время беременности и родов (возраст, профессия, состояние здоровья до беременности, экстрагенитальные и урогенитальные заболевания, результаты предыдущих беременностей (аборты, выкидыши, мертворождения), состояния здоровья новорождённого при родах и в период ранней адаптации. Состояние новорождённого после родов оценивалось по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни, учитывалось его морфо-функциональное развитие и состояние соответственно гестационному возрасту, определялись антропометрические показатели,

время прикладывания к груди, режим кормления, время отпадения пуповинного остатка, состояние пупочной ранки, наличие неврологической и другой патологической симптоматики.

Группа обследованных доношенных новорожденных состояла из детей, родившихся на 38-42 неделе беременности, по шкале Апгар 8-10 баллов, с средней массой тела 3560 ± 41 г, рост $51 \pm 2,2$ см, и не имеющих каких-либо патологических состояний (здоровые дети) - 30 детей. В последующем данная группа новорожденных детей использована нами как контрольная группа по изучаемым параметрам. Группа недоношенных новорожденных ($n=30$) включала недоношенных детей, родившихся на 35-37 неделе беременности, по шкале Апгар 7-8 баллов, с средним весом 2400 ± 35 гр. и ростом $45,1 \pm 2,1$ см., без наличия выраженных патологических состояний (условно здоровые) - 30 детей. Группа переношенных новорожденных ($n=30$) включала переношенных детей, родившихся после 42 недели беременности, с средним весом 4000 ± 62 гр. и ростом $56,5 \pm 1,0$ см., без наличия выраженных патологических состояний (условно здоровые) - 30 детей.

Результаты исследования и их обсуждение: Уровень альфа-фетопротеина, показатели гуморального иммунитета у обследованных новорожденных детей определяли в пуповинной крови на момент рождения (1-й день жизни) и при выписке из родильного дома (5-й день жизни). В пуповинной крови при рождении наиболее высокий уровень альфа-фетопротеина отмечен у недоношенных новорожденных детей без патологии - $180,0 \pm 3,7$ мкг/мл, тогда как у доношенных новорожденных детей - $172,2 \pm 2,5$ мкг/мл, что было статистически достоверно ($p < 0,05$) и наименьшее у переношенных новорожденных детей без патологии - $160,7 \pm 1,6$ мкг/мл.

Таблица 1 - Уровень альфа-фетопротеина у обследованных новорожденных детей в периоде ранней адаптации ($M \pm m$)

Контингент обследованных детей	n	Концентрация альфа-фетопротеина в крови (мкг/мл)	
		при рождении	на 5-е сутки жизни
Доношенные новорожденные дети (контрольная группа)	30	$172,2 \pm 2,5$	$158,3 \pm 7,8$
Недоношенные новорожденные дети без патологии	30	$180,0 \pm 3,7^*$	$159,2 \pm 6,4$
Переношенные новорожденные дети без патологии	30	$160,7 \pm 1,6$	$149,4 \pm 2,3$

примечание: * - показатель достоверности ($p < 0,05$) по отношению к контрольной группе.

При определении концентрации альфа-фетопротеина в последующем, к концу 5-х суток, выявлено динамическое снижение его уровня во всех группах здоровых новорожденных детей. Однако, темпы и скорость его снижения в исследуемых группах были различны. Если уровень альфа-фетопротеина у недоношенных новорожденных детей без патологии на 5-е сутки жизни снизился, в среднем, на 11,2%, у доношенных новорожденных детей - на 8,1%, то у переношенных новорожденных детей без патологии - лишь на 7,1%. Отсюда следует, что чем выше уровень альфа-фетопротеина в крови ребенка при рождении, тем активнее обезвреживающая функция печени в период адаптации, приводящая к быстрому снижению количества данного белка в сыворотке крови новорожденных.

Таким образом, достоверно высокое содержание альфа-фетопротеина в пуповинной крови недоношенных новорожденных детей в сравнении с группами доношенных и переношенных новорожденных детей указывает на обратную коррелятивную связь и означает, что чем больше гестационный возраст новорожденного ребенка, тем ниже уровень альфа-фетопротеина при рождении. Для более объективной оценки и правильной трактовки результатов изучения роли альфа-фетопротеина у новорожденных детей, большое значение имеет изучение и сопоставление уровня альфа-фетопротеина с показателями гуморального иммунитета ребенка. В соответствии с задачами исследования нами проведено определение концентрации основных классов иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG) в крови обследованных детей при рождении и на 5-е сутки жизни.

У недоношенных новорожденных детей без патологии при рождении отмечался наименьший уровень Ig G - $9,14 \pm 0,08$ г/л, у доношенных новорожденных детей в данный период жизни - $10,42 \pm 1,04$ г/л ($p < 0,01$) и наибольшая концентрация отмечалась у переношенных новорожденных детей без патологии - $11,64 \pm 1,12$ г/л. Уровень IgG в сыворотке крови исследуемых доношенных новорожденных детей согласуется с литературными данными. Наибольшая передача IgG от матери к плоду происходит трансплацентарным путём в последнем триместре беременности и непосредственно перед родами и тем самым обеспечивается защита новорожденного от первых бактерий при его прохождении по родовым путям матери []. Отсюда следует, что большое значение в содержании IgG имеет гестационный возраст новорожденного, и чем больше срок беременности, тем выше уровень IgG у новорожденного ребенка.

Таблица 2 - Концентрация иммуноглобулинов у обследованных новорожденных детей в периоде ранней адаптации ($M \pm m$)

Контингент обследованных детей	n	Концентрация иммуноглобулинов в крови (г/л)		
		IgG	IgM	IgA

		1 сутки	5 сутки	1 сутки	5 сутки	1 сутки	5 сутки
Доношенные новорожденные дети (контрольная группа)	30	10,42±1,04	15,33±1,38	0,09±0,01	0,73±0,06	0,06±0,01	1,01 ±0,09
Недоношенные новорожденные без патологии	30	9,14±0,08*	12,58±0,10*	0,97±0,02	1,18±0,01	0,03±0,02	0,04±0,01
Переношенные новорожденные без патологии	30	11,64±1,12	14,96±1,04	0,13±0,02	0,91±0,06	0,03±0,01	1,71±0,83

примечание: * - показатель достоверности ($p < 0,05$) по отношению к контрольной группе.

К концу адаптационного периода наблюдается повышение концентрации IgG в крови обследованных новорожденных детей: у доношенных новорожденных детей уровень IgG повысился до $15,33 \pm 1,38$ г/л, у недоношенных новорожденных детей без патологии - до $12,58 \pm 0,10$ г/л и у переношенных новорожденных детей без патологии - до $14,96 \pm 1,04$ г/л. Объясняется это тем, что у новорожденных детей наряду с наличием материнских IgG образуются их собственные в ответ на различные патогенные факторы (колонизация первичной микрофлорой, урогенитальная инфекция у матерей, неблагоприятные факторы окружающей среды и др.). Важно подчеркнуть, что увеличение концентрации IgG во всех группах здоровых новорожденных детей с одновременным снижением уровня альфа-фетопротеина в адаптивный период указывает на хорошую реактивность и потенциальные возможности адаптивно-приспособительных реакций организма здоровых новорожденных детей к условиям внеутробной жизни.

Концентрации иммуноглобулинов других классов (IgM и IgA) во всех группах здоровых новорожденных детей были не столькими высокими и это объясняется крайне ограниченным синтезом данных иммуноглобулинов у плода, тогда как через плаценту от матери они не передаются. При контакте с антигенами иммунная система плода отвечает, прежде всего, увеличением синтеза IgM, как наиболее филогенетически древнего [И. Миллер, 1983; Ю. Е. Вельтишев, 1989]. У здоровых недоношенных детей после рождения IgM и IgA вообще отсутствуют и появляются только через неделю после рождения [З.С. Хлыстова, 1991; Rayfield Z. S. et al 1980; Wolpert Z. 1991].

К концу адаптационного периода во всех группах обследованных новорожденных детей отмечалось повышение уровня иммуноглобулинов классов IgM и IgA, и в частности, концентрация IgM на 5-е сутки жизни составила у доношенных новорожденных детей - $0,73 \pm 0,06$ г/л., у недоношенных новорожденных детей без патологии - $1,18 \pm 0,01$ г/л. и у переношенных новорожденных детей без патологии - $0,91 \pm 0,06$ г/л, а также повышение концентрации IgA, соответственно - $1,01 \pm 0,09$ г/л., $0,04 \pm 0,01$ г/л. и $1,71 \pm 0,83$ г/л. Выявление на 1-е сутки после рождения в крови у практически здоровых новорожденных детей IgM и IgA и значительное повышение их концентрации в динамике адаптационного периода свидетельствуют о массовой интранатальной колонизации новорожденных микробными антигенами родовых путей [Е.Е. Шунько, 1995; Naque K.N. et al, 1995; Л.И. Королёва, 2000], а также связано с иммунной стимуляцией плода в антенатальном периоде персистирующими в материнском организме возбудителями скрытого очага [Vick D.J. et al, 1995].

Выводы: 1. Уровень альфа-фетопротеина в крови новорожденных детей обратно пропорционален гестационному возрасту ребенка. 2. Концентрация иммуноглобулинов основных классов в крови новорожденных детей при рождении прямо пропорциональна гестационному возрасту ребенка. 3. Увеличение концентрации основных классов иммуноглобулинов (IgG, IgM и IgA) у новорожденных детей в периоде ранней адаптации, указывает на хорошую реактивность и потенциальные возможности адаптивно-приспособительных реакций организма здоровых новорожденных детей к условиям внеутробной жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дадамбаев Е.Т., Содержание альфа-фетопротеина в крови у новорожденных детей, отягощенных пренатальным состоянием. //Международная конференция «Здоровье детей - проблемы и будущее нации» - Алматы, 2004. - С. 90-91.
2. Г.И. Абелев. Альфа-фетопротеин – взгляд в биологию развития и природу опухолей - garriabelev.narod.ru/insight.html.
3. http://www.biomedservice.ru/preparat/libr_alfetin3.pdf - www.biomedservice.ru/preparat/libr_alfetin3.pdf.
4. Альфа-фетопротеин (АФП) :: Диагностика развития плода :: Анализы и цены :: - www.bioritm.biz/afp.

УДК 616-053.2-036.11:615.035.4

ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИОКСИДИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ*К.Р.Рысмухамедова**Детская областная больница, г. Кызылорда***ТҮЙІН**

30 бала реанимация бөлімінде және жіті терапия бөлімінде қаралды. Балаларда өкпенің жасанды ауамен жаңартуында, шиеленістің қайталанбауы үшін профилактика ретінде диоксидин қолданды, жергілікті, эндотрахеально. Диоксидин екінші рет трахеобронхит және вентилиационный пневмонияның қайталанбауын тиімді алдын алды. Диоксидин жағымсыз реакция шақыртпады.

SUMMARY

We observed 30 children in the departments of reanimation and intensive therapy. The preparation of dioxidin was used for prevention of secondary complications of children with artificial pulmonary ventilation. Dioxidin prevents secondary tracheobronchitis and pneumonia. Dioxidin was well endured and causes no adverse reactions.

Важное место в развитии неотложных состояний с летальным исходом у детей отводится нарушениям газообмена, в основе которых лежит патология бронхолегочной системы. Своевременное и правильное применение искусственной вентиляции легких (ИВЛ) при тяжелых расстройствах дыхания у детей, становится фактором, определяющим благоприятный исход заболевания [1,2]. Ребенок, находящийся на ИВЛ, требует постоянного клинического и мониторингового наблюдения. При этом особое внимание следует уделять аспирации мокроты из трахеи и бронхов [2]. Отсасывание мокроты наряду с санацией периферических дыхательных путей играет исключительно важную роль в проведении повседневной респираторной терапии. В тоже время аспирация мокроты чревата инфицированием трахеи и бронхов [3,4,5].

Опасность поражения дыхательных путей может быть также обусловлена наличием внутрибольничной инфекции. Доказано, что госпитальные пневмония по-прежнему остаются одной из ведущих причин смертности детей [5,6]. Так, на протяжении последних 10 лет по данным Морозовской клинической больницы г.Москвы летальность детей от госпитальной пневмонии колеблется от 12,7% до 40% и не имеет тенденции к снижению [4]. С целью профилактики возникновения вторичного трахеобронхита и вентилиационной пневмонии у детей нами использовался способ местного эндотрахеального применения диоксида [7].

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 30 детей, возраст которых варьировал от 7 дней до 3 лет. Все дети пребывали на стационарном лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии областной детской больницы г.Кызылорда. Анализ случаев заболеваемости пациентов с различной патологией находившихся на ИВЛ с продленной интубацией проводился за последние 2 года. Длительность продленной интубации трахеи составила от 3 до 45 суток. Больше половины наблюдаемых случаев составляли дети первого года жизни (80%), в возрасте от 1 до 3 лет (20%). Из них 16 (53%) случаев закончились летальным исходом.

Причем у 12 (40%) больных до интубации трахеи была клинически и рентгенологически диагностирована бронхопневмония, у 6 (20%) детей ведущими клиническими диагнозами были различные варианты врожденных пороков сердца (ВПС) в стадии декомпенсации, с признаками изменений архитектоники сосудов и перегрузкой малого круга кровообращения. Кроме того у 3 (10%) был выявлен сепсис, у остальных 9 (30%) детей заболевания, связаны с поражением ЦНС. В зависимости от форм нозологии больным детям проводили этиологическую, патогенетическую и симптоматическую терапию, которая отвечала общепринятым принципам интенсивной терапии и реанимации в педиатрии.

После интубации трахеи термопластической трубкой по общей принятой методике, ребенок подключался к аппарату ИВЛ «Vebylog 8000» фирмы «Draeger» (Германия). Вентиляцию легких проводили увлажненной и подогретой кислородно-воздушной смесью, в режиме ПДКВ. Параметры ИВЛ определялись с учетом возраста и веса детей. ИВЛ осуществляли под непрерывным визуальным контролем. Одновременно выполнялся мониторинг частоты сердечных сокращений и дыхания, измерялось артериальное давление. Кроме того, с помощью биоанализатора «Medica Faci Stat» изучали сатурацию, газовый и электролитный состав крови, а также показатели кислотно-основного равновесия.

Сразу после интубации трахеи после предварительной преоксигенации 70% кислородом (под контролем SpO₂) эндотрахеально через интубационную трубку вводили 0,1 мл (2 капли) 1% диоксида. Доза препарат разводилась в 0,9% физиологического раствора до общего 1-4 мл в зависимости от возраста. Исходя из анатомо-физиологических особенностей строения трахеи и бронхов у детей старше года, диоксидин вводили через стерильный катетер, диаметр которого составлял 1/3 диаметра самой интубационной трубки. В дальнейшем через 4 часа манипуляцию повторяли. В то же время, учитывая возрастающее количество мокроты, в результате повышенной нагрузки на очистительные и метаболические функции легких, нарушения мукоцилиарного

очищения, связанные как с ИВЛ, так и с патологией органов дыхания, особое внимание уделялось тщательной аспирации мокроты из трахеи и бронхов.

Это позволило обеспечить проходимость дыхательных путей и поддержание адекватной дыхательной функции легких и лучшее распределение диоксида. Манипуляция выполнялась в строго асептических условиях. В последующем при отключении аппарата ИВЛ производили преоксигенацию 70% кислородом. В интубационную трубку из расчета 0,2 мл на 1 кг массы тела вводили физиологический раствор с помощью стерильного катетера в течение 10-12 секунд производили аспирацию содержимого верхних дыхательных путей. Затем на протяжении 2-3 минут выполнялась вентиляция легких мешком «Амбу». Манипуляция проводилась дважды, отдельно для каждого бронха. После полной, адекватной аспирации мокроты, повторно вводили диоксидин. Указанные мероприятия проводились через каждые 6 часов.

Результаты. У больных у которых до осуществления интубации трахеи был установлен диагноз бронхопневмония, местное применение диоксида проводило к улучшению состояния у 46,4% пациентов и в частности клинической и рентгенологической картины заболевания. В то же время в 53,6% случаях течение заболевания не имело положительной динамики. В части случаев летальных исходов была выявлена некоторая нормализация рентгенологических показателей. Патанатомическое вскрытие таких пациентов выявляло наличие бронхопневмонии. При этом обращали на себя внимание ацинарный характер поражения и умеренная выраженная лейкоцитарная инфильтрация легких. Вероятно, это было связано с развитием рентген негативного воспалительного процесса легких. У детей с ВПС и сепсисом изменения со стороны легких имели вторичный характер и являлись осложнением основного заболевания.

У детей с поражением ЦНС воспалительных изменений со стороны органов дыхания не отмечалось, что было доказано клиническими, рентгенологическими, морфологическими и гистологическими исследованиями легких (в случаях с летальным исходом). Существенных отличий при сравнении морфологических и гистологических данных с материалами подобных исследований у детей, умерших до 2004 года, которые находились на длительной ИВЛ, но без местного применения диоксида обнаружено не было. Это позволяет предположить, что интрахальное введение диоксида не оказывает местного повреждающего действия. Осложнений в виде аллергической реакции (анафилактического шока, бронхоспазма, кожных проявлений) во всех случаях применения не имело места. Однако среди указанного контингента детей с отягченным аллергологическим анамнезом не было.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о том, что диоксидин можно достаточно успешно использовать для профилактики госпитальной вентиляционной пневмонии. В то же время отсутствие признаков местного повреждающего действия препарата на ткани органов дыхания и аллергических реакций на введение диоксида позволяют рекомендовать его для использования у детей раннего возраста, находящихся на продленной ИВЛ не зависимо от характера патологии. Однако следует учесть, что для обоснования более широкого местного использования диоксида требуются дальнейшие и целенаправленные исследования.

Выводы: 1. Применение диоксида местно, эндотрахеально, эффективно предотвращает развитие вентиляционной пневмонии у детей на искусственной вентиляции легких. 2. Побочных реакций на диоксидин не отмечено, но требуется более тщательное изучение безопасности местного применения диоксида у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джумабеков Т.Е. Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности у новорожденных. – Алматы.-2004. – С.23-24.
2. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реанимация. – М. – 2001. – С.56 - 58.
3. Зильбер А.П. Респираторная терапия в повседневной практике. – Ташкент.-1986.-287 с.
4. Шабалов Н.П. Детские болезни.- СПб. -2002.-875 с.
5. Михельсон В.А., Сидоров В.А., Степаненко С.М. Анестезия и интенсивная терапия в педиатрии. М. 2007. С.109-110.
6. Макуэй-Джонс К., Молинеукс Э., Филлипс Б., Витески С. Современная неотложная помощь при критических состояниях у детей. – М. – 2009. – С. 34-36.
7. Машковский М.Д. Лекарственные средства.- М. – 2001. - Т.2.– С.356 - 357.

УДК 616.12-008.331.4:556:351.

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

Л.З. Исаева

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Біз артериалды гипотензиямен қан қысымы қалыпты балалардың кардиоинтервалография көрсеткіштерінің өзгеріс ерекшеліктерін зерттедік. Артериалды гипотензия бар балаларда адренергетикалық жүйенің жетіспеушілігі анықталды.

SUMMARY

We studied the characteristics of parametrs changes of cardiointervalography at children sufferino from arterial gypotension in comparison with children who have normal parametrs of arterial presscere. Insulliciency of epinephrire system at children with arterial hypotension is revealed.

Артериальное давление (АД) отражает, прежде всего, состояние системы кровообращения и является одним из главных критериев оценки здоровья [1]. Артериальная гипотензия (Аг) остается одной из актуальных проблем современной кардиологии. Распространенность патологической артериальной гипотензии среди школьников Южно-Казахстанской области (ЮКО) составила 25,8%, физиологической Аг - 13,6% [2].

Цель исследования. Изучить особенности изменений показателей кардиоинтервалографии (КИГ) у детей, страдающих артериальной гипотензией в сравнении с детьми с нормальными показателями артериального давления.

Материалы и методы. Группу детей составили ученики средней школы №53 с.Кызыл-Жар с артериальной гипотензией – 80 человек. Для оценки направленности вегетативного тонуса и характера симпатико-парасимпатических отношений у обследованных детей, был использован метод кардиоинтервалографии (КИГ) Р.М.Баевского [3]. Вегетативная реактивность оценивалась по данным клиноортостатической пробы (ОКСП).

Результаты и обсуждение. Данные по оценке функционального состояния надсегментарного отдела вегетативной нервной системы, мы пытались сравнить аналогичные данные, зарегистрированные у детей с артериальной гипотензией. Как следует из приведенной таблицы 1 по ряду показателей у детей с Аг можно говорить о преобладании парасимпатической настроенности детского организма, о чем свидетельствует уменьшение среднее значение центрального контура регуляции (ИН1), индекса вегетативного равновесия (ИВР) и, в ряде случаев, вегетативного показателя ритма (ВПР). Преобладание ваготонической направленности у детей с Аг, в нашем исследовании согласуется с большинством литературных данных и указывает на относительно слабую централизацию управления сердечным ритмом и на преобладание автономного холинэргического контура регуляции. Преобладание влияния парасимпатической нервной системы обычно свидетельствует об усилении процессов саморегуляции, об активации деятельности автономного контура регуляции ритма сердца.

Это выразилось в снижении амплитуды моды (АМо), отражающей стабилизирующий (мобилизирующий) эффект централизации управления ритмом сердца, повышении показателя, отражающий суммарный эффект регуляции ритма вариационного размаха (ВР), а именно состояние парасимпатической нервной системы, обусловленное, прежде всего, уменьшением симпатических влияний. Средние показатели увеличения основных изучаемых констант во время проведения клино-орто-статической пробы у детей младшей возрастной группы практически не отличались от контроля, что свидетельствовало о нормальном обеспечении деятельности. Вегетативные реакции, возникающие в ответ на внешние и внутренние раздражения, характеризуют собой вегетативную реактивность. В нашем исследовании она оценивалась по динамике ИН, который подсчитывался как отношение ИН2 в ортоположении к ИН1 в покое.

В тоже время, в старших возрастных группах, налицо регистрировались признаки избыточной вегетативной обеспеченности деятельности: увеличение по сравнению с данными здоровых детей уровней систолического, диастолического, а также частоты сердечных сокращений, которое, в своем большинстве не восстанавливались в течение 5 минут после начала пробы. Таким образом, исследование ВР, направленное на оценку функциональной сохранности сегментарных звеньев барорефлекторной дуги определенно свидетельствует о вовлечении в патологический процесс развития Аг тормозных антигипотензивных механизмов ЦНС.

Таблица 1 - Показатели исходных данных кардиоинтервалографии у детей с Аг в зависимости от возраста

Показания КИГ	Дети с Аг	Здоровые дети
7-9 лет		
Мо (сек)	0,67 ± 0,03	0,70 ± 0,02
АМо (%)	32,9±2,17	37,1±2,75
ВР (сек)	0,38±0,02	0,33±0,03
ИН1 (усл.ед.)	64,5±5,15	105,8±13,2*
ИВР (усл.ед.)	86,8±8,72	128,5±18,1*
ВПР (усл.ед.)	4,0±0,36	4,6±0,41
10-12 лет		
Мо (сек)	0,76 ± 0,02	0,75 ± 0,03
АМо (%)	29,0±1,6	34,6±2,1*
ВР (сек)	0,32±0,02	0,38±0,02*
ИН1 (усл.ед.)	80,8±8,2	98,2±11,6
ИВР (усл.ед.)	89,2±7,6	110,4±12,3
ВПР (усл.ед.)	4,2±0,23	5,2±0,29*
13-15 лет		

Мо (сек)	0,73 ± 0,03	0,76 ± 0,02
АМо (%)	32,1±1,95	38,4±2,9
ВР (сек)	0,31±0,02	0,29±0,02
ИН1 (усл.ед.)	98,7±7,67	110,5±11,3
ИВР (усл.ед.)	98,9±8,02	156,3±16,1*
ВПР (усл.ед.)	3,9±0,21	5,6±0,29*
Примечание - различие между показателями сравниваемых групп достоверно -* -p<0,05.		

Выводы. Результаты исследования (оценка вегетативной реактивности исходя из обычно предлагаемых показателей - Р.М.Баевский) указывали на то, что у детей с Аг преобладали случаи асимпатикотонической реактивности (72,3%). Последнее свидетельствует о наличии недостаточности адренергической системы при Аг. Характеризуя данные, касающиеся оценки ИВТ в группе детей с артериальной гипотензией, необходимо, прежде всего, отметить тот факт, что в младшей возрастной группе (7-9 лет) средние показатели ИН, были несколько выше (139,5 усл.ед.) по сравнению с контролем (105,8). Амплитуда Моды составила 45,9%, а ВР – 0,26 сек. То есть, в сравнительном аспекте с контрольной группой ИВТ имел общую тенденцию к напряжению симпатического контура регуляции. На это же указывает и однонаправленность изменений и других показателей КИГ, которые свидетельствовали о рассогласованности функционирования симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. Таким образом, в результате изучения показателей КИГ было установлено, что у больных артериальной гипотензией преобладала парасимпатическая настроенность детского организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белозеров Ю.М. Детская кардиология.// М.: МЕДпресс-информ, 2004. – С.465-470.
2. Исаева Л.З. Артериальная гипотензия у детей // Автореф. канд. дисс.- Алматы.- 2006. – 15 с.
3. Баевский Р.М. Метод кардиоинтервалографии в исследовании исходного вегетативного тонуса.- 1979.

УДК:618.1:616.34-053.31:531.76

ДИСБИОТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ БИОТОПОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ И МАТЕРЕЙ ГРУППЫ РИСКА

Г.А. Абдиханова
ОПЦ № 2, г. Шымкент

ТҮЙІН

Микрофлораның негізгі биологиялық локустарын зерттеу жұмысы қауіп тобына жатқызылған аналардан (тәжірибедегі топ) туған 75 нәрестемен және аналарында ешқандай патология байқалмаған (бақылаудағы топ) 25 сәбімен жүргізілді. Жоғары қауіп тобындағы аналардан туған балалардың дисбактериозға бейімділігін көптеген шартты-патогенді микроағзалардың таралуы айқындайды.

SUMMARY

The research of microphlora of the basic biological loci was conducted at 75 newborns, whose mothers were put down to the group of risk (an experienced group) and at 25 babies, whose mothers didn't have any pathology (control group). The dominant sow of the conditional pathogenis microorganisms indicates to the development of disbacteriosis, to more predisposition at the babies, who were born from the women of the group of high risk.

По мере развития беременности и особенно к сроку родов в родовых путях женщин снижается количество аэробных видов, таких как колиформные бактерии, и таких облигатных анаэробов, как бактероиды и пептострептококки, и увеличивается число лактобацилл [1,2]. Таким образом, к сроку родов снижается уровень микробного обсеменения родовых путей при максимальном доминировании лактобацилл, и ребенок рождается в условиях преобладания ацидофильных бактерий, обеспечивающих колонизационную резистентность (КР) родового канала. В родах плод впервые сталкивается с материнской микрофлорой, которая колонизирует кожные покровы и слизистые оболочки рождающегося ребенка [1,2,3].

Восприятие новорожденным микроорганизмов как "своих" связано с формированием у плода иммунологической толерантности к нормальной микрофлоре. Б.А.Шендеров [4] на основе анализа зарубежных работ и собственных экспериментальных данных сформулировал гипотезу о формировании иммунологической толерантности к нормальной микрофлоре. Согласно этой гипотезе, иммунологическая память к нормальной микрофлоре формируется внутриутробно и полностью зависит от состава микрофлоры матери.

Таким образом, в зависимости от состава микрофлоры беременной женщины (нормоценоз или состояние дисбиоза) и функционального состояния фетоплацентарной системы происходят формирование микрофлоры новорожденного (колонизация представителями нормальной микрофлоры или условно-патогенными микроорганизмами - УПМ) и становление его иммунной системы. Изучение этого вопроса только начинается, однако имеющиеся сведения уже позволяют считать важнейшей задачей нормализацию микрофлоры у беременных женщин для профилактики ante- и постнатальных инфекций [5].

Материалы и методы. Исследование микрофлоры основных биологических локусов проведено у 75 новорожденных, матери которых были отнесены к группе риска (опытная группа) и у 25 младенцев, чьи матери не имели какой-либо патологии (контрольная группа). Микробиологические исследования проводили в соответствии с общепринятыми рекомендациями, количественными посевами исследуемого материала. Использовались питательные среды производства HiMedia. Полученные результаты. В развитии дисбиотических сдвигов в составе вагинальной микрофлоры матерей группы риска наибольшее значение имели хронический пиелонефрит (20,0%), хронические воспалительные заболевания придатков матки (33,3%), патология желудочно-кишечного тракта (60,0%), и дыхательной (20,7%) системы. Применение различных противомикробных препаратов до и во время настоящей беременности было отмечено у 64,0% женщин. Вагинальный дисбактериоз характеризовался наличием неспецифического воспаления.

После проведения деконтаминации отмечено, что практически у всех женщин улучшилась клиническая симптоматика: исчезла гиперемия слизистой влагалища, уменьшились выделения, исчез зуд, жжение. Положительная динамика клинической симптоматики сопровождалась увеличением частоты высева лакто- и бифидобактерий, уменьшением числа условно-патогенной микрофлоры в вагинальном содержимом. На большую предрасположенность детей, родившихся от женщин из группы повышенного риска, к развитию дисбактериозов указывает доминантный высев *Streptococcus faecalis*, *Staphylococcus epidermidis*, *Klebsiellae* и лактозоотрицательных *Escherichia coli* из испражнений у подавляющего большинства новорожденных при выписке из родильного дома. К моменту выписки у 21,3% новорожденных из основной группы высеивался *Staphylococcus aureus*, тогда как у новорожденных контрольной группы указанные микроорганизмы не обнаружены ни в одном случае.

Частота высева *Streptococcus faecalis*, *Escherichia coli* и *Staphylococcus epidermidis* из конъюнктивы новорожденных к 5-му дню жизни имела тенденцию к снижению в обеих группах. Но в то же время у 8 (10,6%) новорожденных из основной группы этиологическим агентом гнойного конъюнктивита явились штаммы *Staphylococcus aureus*, хотя в динамике отмечалось некоторое уменьшение частоты высева указанных микроорганизмов. В динамике у новорожденных основной группы отмечено также достоверное снижение частоты высева условно-патогенных микроорганизмов (суммарно) (таблица 1) из носоглотки ($P < 0,001$). Однако у 10% новорожденных из группы риска сохраняется возможность реализации инфекций, вызванных условно-патогенной микрофлорой.

Изучение микробного биоценоза влагалища у женщин третьего триместра беременности из группы риска показало высокую частоту дисбиотических нарушений (таблица 1). 92,4% женщин группы риска имели дисбиоз влагалища различной степени выраженности. У 29,3-30,7% беременных женщин имела место микробная ассоциация условно-патогенной микрофлоры, что свидетельствовало о выраженном дисбактериозе в родовых путях у будущих матерей. У 66,7-70,4% женщин микрофлора влагалища состояла из условно-патогенных микроорганизмов, типа *Proteus vulg/mirab.*, *Staphylococcus aureus*, дрожжеподобных грибов рода *Candida*, *Streptococcus faecalis* и *E.coli*. Представители облигатной флоры - *Lactobacillus*, *Bifidobacterium spp.* обнаружены только у 21,3% беременных, у которых отмечено значительное угнетение их концентрации до 103-4 КОЕ/мл.

Таблица 1 - Микробный биоценоз влагалища у женщин третьего триместра беременности из группы риска

Микрофлора	Частота выделения (%) и КОЕ/мл, n = 75			
	до деконтаминации		после деконтаминации	
<i>Lactobacillus</i>	10,6 ± 2,4	10 4	41,3 ± 4,0***	10 6
<i>G.vaginalis</i>	5,3 ± 1,8	10 6	4,0 ± 1,6	10 4
<i>Bifidobacterium spp.</i>	6,6 ± 1,9	10 3	94,4 ± 1,9***	10 7
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	18,6 ± 3,4	10 3-4	30,7 ± 3,7*	10 5
<i>Proteus vulg/mirab.</i>	5,3 ± 1,8	10 4	0	-
<i>Staphylococcus aureus</i>	18,6 ± 3,0	10 4	0	-
Дрожжеподобные грибы рода <i>Candida</i>	17,3 ± 3,0	10 4	6,6 ± 2,0**	10 3-4
<i>Streptococcus faecalis</i>	14,7 ± 2,0	10 5	6,6 ± 2,0*	10 5

E.coli	18,6 ±3,4	10 5	9,3 ±2,4*	10 5
Микробная ассоциация	30,7 ±3,8	-	10,6 ±2,5***	-

Выводы. У женщин третьего триместра беременности из группы риска отмечается высокая частота дисбиотических нарушений. В динамике у новорожденных основной группы отмечено достоверное снижение частоты высева условно-патогенных микроорганизмов (суммарно). На большую предрасположенность детей, родившихся от женщин из группы повышенного риска, к развитию дисбактериозов указывает доминантный высев условно-патогенных микроорганизмов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкирская А.С. Микроэкология влагалища и профилактика акушерской патологии. www.consilium-medicum.com/media/gynecology/n3/80.shtml.
2. Муравьева В.В. Микробиологическая диагностика бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста. Автореф. дис. ... канд. биол. наук. М., 1997; 23.
3. Шендеров Б.А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. Том 1: Микрофлора человека и животных и ее функции. М., Грант, 1998; 288.
4. Magliano EM, Clerici P, Besfetti MZ/ Ricerche sull' isolamento, la guantizzazionee la biotipizzazione della flora lactobacillare di provenienza vaginale Boll Ost Sieroter Milan 1984; 63(4): 331-7.
5. Zangen BM, Zinng - Wadstrom A. Microbial findings in genital secretions from seven healthy fertile couples. Med Microb Immunol 1984; 173 (4): 179-85.

УДК 618.2:618.15-009.611-08

МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С «БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ»

Д.А. Азимова
ОПЦ №2, г. Шымкент

ТҮЙІН

Жүкті әйелдердегі бактериалды вагиноздың клиникалық және микроэкологиялық жағдайы, босанғаннан кейінгі жұқпалы аурулардың емі мен алдын-алынуы мақалада зерттелген. Жүкті әйелдердегі антисептик және пробиотиктермен кешенді ем қабылдау, 76,5% емнің оң нәтижесін көрсетті. Ұсынылған әдіспен ем қабылдау бактериалды вагиноздан айығу және жүктілік пен босанудың асқынусыз аяқталуы.

SUMMARY

The clinical and microecologic condition of the pregnant women with bacterial vaginismus and treatment with the aim of prophylactic of the postnatal infections were studied in this article. Thus, the developed complex method of treatment of pregnant women with BV, including antiseptics, with the subsequent appointment probioitik allows to achieve treatment at 76,5 % of women. Criteria of recover of patients with BV, treated by the offered technique, are outcomes of pregnancy and delivery.

Вагинит относят к заболеваниям, которые сами по себе не представляют угрозы здоровью женщины. Однако при этом в нижних отделах полового тракта накапливаются и постоянно сохраняются в чрезвычайно высоких концентрациях УПМ, которые являются основными возбудителями гнойно-воспалительных процессов органов малого таза [1,2]. Такие бактерии, Prevotella spp., Bacteroides spp., Staphylococcus spp., Streptococcus gr. A и B, колиформные бактерии, самые частые возбудители хориоамнионита, интраминальной инфекции, послеродового эндометрита, послеоперационных воспалительных ослажнений в гинекологии. Установлена отчетливая связь бактериального вагинита (БВ) с неблагоприятным исходом беременности: преждевременные роды и преждевременное излитие околоплодных вод 3-4 раз чаще наблюдаются у женщин с БВ, чем при нормальном составе микроценоза влагалища [6].

Частота послеродового эндометрита увеличивается в 3-7 раз у родильниц с БВ. Условно патогенные микроорганизмы (УПМ) имеют много антигенов, родственных тканевым антигенам организма-хозяина. В частности, они вырабатывают фосфолипазы, аналогичные фосфолипазам амниоального эпителия, которые являются биохимическими триггерами родовой деятельности. Поэтому в случаях проникновения УПМ в околоплодные воды и размножения в них (синдром инфекции околоплодных вод) в большом количестве накапливаются фосфолипазы микробного происхождения, которые запускают синтез простагландинов F2a и E2 из тканевых фосфолипидов амниоального эпителия. Это приводит к развитию родовой деятельности при любом сроке беременности (самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды).

Одновременно происходит внутриутробное заражение плода при аспирации и заглатывании инфицированных околоплодных вод. Общность антигенов УПМ и тканевых антигенов организма-хозяина

имеет и другой аспект длительная персистенция очага хронической инфекции может привести к запуску аутоиммунных процессов и развитию заболеваний.[5]. Следует особо подчеркнуть, что на фоне бактериального вагиноза из-за развивавшейся тканевой гипоксии и высоких показателей рН вагинального содержимого резко увеличивается риск реализации в инфекционный процесс заражения ИППП (в том числе ВИЧ), а также происходит активация латентной вирусной инфекции, что приобретает особое значение во время беременности. Самому пристальному вниманию заслуживают сообщения об эпидемической связи БВ с неопластическими процессами шейки матки. Показано, что нитрозамины (продукт метаболизма строгих анаэробов) являются кофакторами канцерогенеза и, следовательно, приведенные данные свидетельствуют о необходимости своевременной диагностики инфекций влагалища, чтобы объективно оценивать риск их возможного влияния на развитие акушерской и гинекологической патологии. В послеродовом периоде нарушения в балансе микрофлоры влагалища могут стать причиной серьезных инфекционных осложнений у родильниц: метроэндометрита перитонита, сепсиса. Кроме того, микроорганизмы родовых путей рожениц являются одним из главных факторов колонизации организма новорожденных.[3,4].

Цель исследования: Оценить клиническое и микробиологическое состояние беременных с БВ и привести лечение с целью профилактики послеродовых инфекций.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находились 30 беременных, из них 15 с БВ (основная группа) и 15 – условно здоровых беременных (группа сравнения). -вагинальный эпителий представлен клетками поверхностных слоев, редко встречаются промежуточные клетки, часто – «ключевые» клетки; -лейкоцитарная реакция, как правило, отсутствует; -общее количество микроорганизмов массивное. -преобладают морфотипы строгих анаэробов и гарднереллы, лактоморфотипы отсутствуют. Общая микробная обсемененность превышает 9 Ig КОЕ/мл ; при использовании только аэробных условий культивирования рост микроорганизмов отсутствует или наблюдается рост сопутствующих УПМ чаще в небольшом титре; Полимикробный характер микрофлоры с абсолютным преобладанием облигатно анаэробных видов и гарднереллы; Отсутствие роста лактобацилл или титр их резко снижен (менее 4 Ig КОЕ/мл).

Оценка результатов проведенного исследования показало высокую обсемененность патогенной и условно-патогенной микрофлорой беременных с БВ. Общее число видов микроорганизмов у здоровых женщин составило 9, что в 2,2 раза меньше, чем при БВ. При БВ, несмотря на менее выраженные видовые диапазоны микроорганизмов, их ассоциации отмечены у 83 % пациенток. В контрольной группе значительно чаще и в большем количестве определялись молочнокислые бактерии – у 100% обследованных, *Lactobacillus acidophilus* – у 80%, бифидобактерии – у 65%. Клиническое обследование беременных осуществляли до и после завершения курса лечения. Все лабораторные исследования проводились перед началом лечения, через 2 недели от момента начала лечения и через 4 недели после его завершения.

Таким образом, первое исследование служило базовым значением, результат второго исследования характеризовал клиническую эффективность применявшегося препарата, а третье восстановление микробиоценоза гениталий. Все пациентки с БВ использовали для лечения БВ пробиотик. Лактобактерин интравагинально по 10 доз (содержимое 2 флакончиков по 5 доз) один раз в день 14 дней, после проведенного лечения – короткий курс терапии эубиотиками (Лактобактерин) per os в течение 14 дней. Наиболее частым осложнением у беременных с БВ явилась угроза прерывания беременности, по частоте среди осложнений беременности занимал гестоз который встречался у каждой третьей пациентки с БВ. Преждевременная отслойка нормальной расположенной плаценты и плотно ее прикрепление встречалось у пациенток с БВ в 1,5 раза чаще, чем в контрольной группе. Клиническое выздоровление и нормализацию лабораторных показателей наблюдали у 76,5% пациенток.

Выводы. Таким образом, разработанный комплексный метод лечения беременных с БВ, включающий антисептик, с последующим назначением пробиотиков позволяет добиться излечения у 76,5% и стойкой ремиссии у 80,5% пролеченных беременных с БВ. Критериями выздоровления пациенток с БВ, пролеченных по предложенной методике, являются исходы беременности и родов. Частота досрочного прерывания беременности снижается в 2 раза, преждевременное излитие околоплодных вод – в 2,5 раза; родовой травматизм – в 1,5 раза; послеродовые эндометриты – в 2,7 раза; инфекционно-воспалительная заболеваемость новорожденных – в 4 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. "Бактериальный вагиноз"; (Пособие для врачей); Л.В. Кудрявцева, Е.Н.Ильина, В.М. Говорун и соавт., Москва 2001.
2. Кира Е. Ф. Бактериальный вагиноз (клиника, диагностика, лечение). Автореф. дис. докт. мед. наук. Санкт-Петербург, 1995. 40с.
3. Коршунов В. М., Володин Н. Н., Ефимов Б. А., Саркисов С. Э. и др. Микробиология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах, Москва. – 1999. – 80с.
4. Назарова Е.К., Гиммельфарб Е.И., Созаева Л.Г. Дисбактериозы влагалища: этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика. М. –2000. – 7с.
5. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз: клиника, диагностика, лечение: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. - СПб., 1995. - 297 с.

6. Nath K, Sarosy JW, Stylianou SP. Suitability of a unique 16S rRNA gene PCR product as an indicator of *Gardnerella vaginalis*. *Biotechniques*. 2000 Feb;28(2):222-4, 226.

УДК 616.65-002-006-089: 616.62-008.22-085

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ИРРИТАТИВНЫХ РАСТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Н.У. Шардарбеков
ОКДМЦ г. Шымкент*

ТҮЙІН

Қуық асты безі ісігінен операция болған науқастарында ирритативті зәрдің бұзылуын комплексті емдеу барысында, физиотерапевті әдістерді қолдану жақсы нәтижелерге жеткізеді. Бұл көрсеткіштер 60-жастан асқан адамдардың жас ерекшеліктерінің негізін ескере отырып қолданғанда, жоғарғы деңгейде ем қабылдауын қамтамасыз етеді.

SUMMARY

The inclusion of a comprehensive post – operative treatment physiotherapy methods help to get the best results. This allows for satisfactory operation results in a much earlier date.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является самым распространенным доброкачественным новообразованием у мужчин старшего возраста. К 60 годам до 45 % мужчин страдают этим заболеванием. Данные демографических исследований Всемирной организации здравоохранения свидетельствуют о росте пожилого населения планеты (старше 60 лет), поэтому социальная значимость и актуальность этой проблемы очевидны. Несмотря на значительные успехи современной консервативной фармакотерапии ДГПЖ, доля пациентов, нуждающихся в оперативном лечении, достаточно высока. В странах Западной Европы она достигает 30%.

Несмотря на четко определенные критерии отбора пациентов для лечения ДГПЖ, часть больных остается неудовлетворенной результатами операции. По данным разных авторов (1,2), эта группа пациентов достигает 25%, при этом основной проблемой для перенесших операцию остаются длительные ирритативные расстройства мочеиспускания. Патогенез этих расстройств многообразен, однако исходными причинами принято считать детрузорно-сфинктерную диссинергию на фоне хронической мочевой инфекции, обусловленной наличием мочепузырных дренажей, сопутствующим хроническим простатитом, развитием гиперактивного мочевого пузыря, инволютивными изменениями как верхних, так и нижних мочевых путей в пожилом возрасте и др. Основными методами реабилитации пациентов в послеоперационном периоде, направленными на устранение расстройств мочеиспускания, продолжают оставаться адекватная антибактериальная терапия, а также назначение α -адреноблокаторов(3).

Однако, как было отмечено выше, с помощью общепринятых методов лечения не всегда удается получить удовлетворительный результат. В любом случае контингент больных, не удовлетворенных результатами оперативного лечения, требует более пристального наблюдения урологами, продолжения консервативной, иногда длительной, терапии, приводящей в конечном итоге к тем результатам, которые бы устроили пациента. Это вынуждает искать дополнительные методы лечения, которые могли бы войти в комплекс реабилитационных мероприятий для этой категории больных.

Материалы и методы. В настоящем исследовании проанализирована группа пациентов из 40 больных, перенесших оперативное лечение по поводу ДГПЖ в 2010 году (как трансуретральную резекцию предстательной железы, так и открытую аденоэктомию), имевших в послеоперационном периоде выраженную ирритативную симптоматику, разделенная на 4 группы по характеру реабилитационной терапии после операции. Возраст пациентов колебался от 58 лет до 82 года. В 1-ю, контрольную, группу вошли пациенты, получавшие стандартную антибактериальную, противовоспалительную терапии (n=19). Во 2-й группе на фоне противовоспалительной терапии больные принимали α -адреноблокаторы (n =17). В 3-й группе на фоне антибактериальной терапии проводилось физиотерапевтическое лечение на зону оперированной предстательной железы и мочевого пузыря (магнитная и лазерная терапия на АПК «Андро-Гин» (n =19). В 4-й группе пациентов реабилитация проводилась по схеме антибактериальная терапия α -адреноблокатор физиотерапия (n =14).

Во 2,3 и 4-й группах дополнительное к антибактериальной терапии лечение начиналось с момента удаления дренажей и восстановления самостоятельного мочеиспускания. В 3-й и 4-й группах физиотерапевтическое лечение начиналось после получения результатов гистологического исследования, подтверждающего доброкачественный характер процесса. В группах , где пациенты принимали – α -адреноблокаторы, препарат назначался в стандартных дозах. Физиотерапевтическое лечение проводилось на АПК «Андро-Гин», курс составлял 15 ежедневных процедур по 13 мин.Проводимое физиотерапевтическое воздействие представляло собой как трансректальное, так и накожное низкоинтенсивное лазерное излучение и магнитотерапию. В связи с длительностью физиотерапевтического лечения большую часть курса пациенты проходили амбулаторно, после выписки из стационара.

Результаты и обсуждение. Предварительный анализ проведенных исследований выявил следующие результаты. Худший эффект в отношении ирритативной симптоматики в послеоперационном периоде наблюдался в контрольной группе, где пациенты получали стандартную антибактериальную и противовоспалительную терапию. За время наблюдения ирритативные расстройства мочеиспускания у этих больных были наиболее выраженными и стойкими во времени. Во 2-й группе на фоне применения α -адреноблокаторов положительный эффект от проводимого лечения был выше, чем в контрольной. Однако у части больных достаточно длительно сохранялась значительно выраженная дизурия, обусловленная персистирующим воспалением в зоне операции, задней уретре и мочевом пузыре, что требовало более длительной антибактериальной и противовоспалительной терапии под контролем бактериологического исследования мочи.

В 3-й и 4-й группах пациентов наблюдались лучшие результаты восстановительного послеоперационного лечения, причем выраженная положительная динамика отмечена по данным лабораторных методов исследования. В этих двух группах хороший результат отметили более половины пациентов уже через 2 недели после начала терапии, остальные оценили качество своего мочеиспускания как удовлетворительное. При контрольном обследовании через 4 нед все пациенты 3-й и 4-й групп субъективно были полностью удовлетворены результатами лечения в отличие от пациентов первых двух групп. На фоне проводимой физиотерапии в 2-й и 4-й группах пациентов отмечено значительно меньшее количество отдаленных послеоперационных воспалительных осложнений, о чем свидетельствует и динамика послеоперационной лейкоцитурии. У всех наблюдавшихся пациентов на момент восстановления самостоятельного мочеиспускания а анализе мочи отмечалось 100 и более лейкоцитов в поле зрения.

В 1-й группе на фоне антибактериальной терапии через 2 нед и через 1 мес снижение лейкоцитурии составило соответственно 25 и 55 %. Во 2-й группе отмечалась сходная динамика и количество лейкоцитов в анализе мочи снизилось соответственно на 30 и 65%. При этом в 3-й и 4-й группах через 1 мес практически у всех пациентов общий анализ мочи был в пределах нормы. Полученные данные, безусловно, свидетельствуют о том, что комплексный подход к реабилитации пациентов, оперированных по поводу ДГПЖ, предпочтителен. При выборе комплекса послеоперационных восстановительных мероприятий, безусловно, следует учитывать возможную превалирующую причину ирритативных расстройств мочеиспускания, чтобы выбранная схема восстановительного лечения была оптимальной для каждого конкретного пациента. Эффекты магнитно-лазерной терапии в зоне оперированной предстательной железы способны воздействовать на те звенья патогенеза ирритативных расстройств мочеиспускания, которые недоступны другим методам. В процессе применения лазерной и магнитной терапии в раннем послеоперационном периоде не было отмечено каких-либо значительных побочных эффектов, в частности усиления или появления макрогематурии.

Заключение. Включение в комплексную послеоперационную терапию физиотерапевтических методов помогает получить лучшие результаты. При правильном отборе пациентов применение магнитно-лазерной терапии на зону оперированной железы, задней уретры и мочевого пузыря позволяет достичь удовлетворяющего результата, нередко существенно сокращают послеоперационные койко-дни, в ряде случаев можно избежать длительного курса антибактериальной терапии или дорогостоящих α -адреноблокаторов. При этом перспективным для решения остается вопрос об определении четких критериев отбора пациентов для того или иного направления комплексного реабилитационного лечения после перенесенной операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Неймарк А.И., Неймарк Б.А. Эфферентная и квантовая терапия в урологии. М.; 2003.
2. Мазо Е.Б., Шабад А.Л., Лямин Б.А. и др. Лазерная терапия аденомы предстательной железы. //В кн.: Пленум Всероссийского о-ва урологов. Саратов; 1994. 65-66.
3. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. –Москва, Медицина.1997.

УДК 616.321/323-002:615.276-053.2

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЛОР – ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Б.У. Тышканбаев

Областная детская больница, г. Тараз

ТҮЙІН

Тамақтағы ауру – дәрігерлерге наукастардың жиі қаралу сырқаты болып табылады. Оның себептері түрлі. Көп жағдайларларда бактериялық немесе вирустық инфекциясы себеп болады. Жоғарғы тыныс инфекция ауруларының жағдайларының арасында 10-15% А - стрептококк тонзиллиті құрайды.

SUMMARY

Sore throat - one of the most frequent complaints of patients at the reference to the doctor. Its reasons are rather various. In most cases it is a question of a bacterial or virus infection. Among infectious diseases of the top respiratory ways 10-15 % of cases are necessary on a sharp A-streptococcal tonsillitis.

Обследованы 97 детей с острым тонзиллофарингитом (ангина), острым фарингитом, ларингитом, острым средним отитом. Суспензию ибупрофена ("Нурофен для детей") назначали в стандартной дозировке. Хороший и отличный обезболивающий и жаропонижающий результат был констатирован у 75% больных уже спустя 1 сут, удовлетворительный - у 25%. У 44 детей с различными острыми заболеваниями глотки применяли флурбипрофен в качестве симптоматического обезболивающего средства совместно с другими лекарственными препаратами. Боли в горле и затруднение при глотании уменьшились через 2-3 ч после 1-го приема, в дальнейшем снижение симптомов констатировали каждые 3 ч. После 3-дневного курса у 38 детей боли в горле исчезли. Таким образом, у детей с ЛОР-заболеваниями суспензия ибупрофена, а также таблетки для рассасывания с флурбипрофеном, позволяют добиться выраженного обезболивающего эффекта, и могут быть использованы в практике детского оториноларинголога.

Боль в горле - одна из самых частых жалоб пациентов при обращении к врачу. Причины ее весьма разнообразны. В большинстве случаев речь идет о бактериальной или вирусной инфекции. Среди инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей (ВДП) 10-15% случаев приходится на острый А-стрептококковый тонзиллит. Более чем у 70% больных причиной болей в горле является вирусная инфекция. Особенно распространены вирусы гриппа, парагриппа, риноаденовирусы [1]. В табл. 1 представлены инфекционные агенты, вызывающие воспаление слизистой оболочки полости рта и глотки [2, 3]. Лечение у детей острой боли умеренной интенсивности, вызванной острым тонзиллитом, фарингитом и даже острым средним отитом, уделяется недостаточно внимания.

Таблица 1 - Инфекционные факторы, вызывающие воспаление слизистой оболочки рта и ВДП

Вирусы	Вирус гриппа, аденовирусы, вирус парагриппа, риновирусы, энтеровирусы, вирус простого герпеса, вирус Эпштейна-Барр, респираторный синцитиальный вирус, коронавирус, цитомегаловирус
Бактерии: часто регистрируемые более редкие редкие, но приводящие к тяжелому течению болезни	β -гемолитический стрептококк группы А <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Maraxella catarrhalis</i> , пневмококк <i>Corinobacterium diphteriae</i> , <i>Micobacterium tuberculosis</i> , <i>Neisseria gonorrhocac</i> , <i>Neisseria meningitidis</i>
Грибы	<i>Candida albicans</i>

В ряде случаев врач, назначающий патогенетическую терапию, не проводит симптоматического лечения, облегчающего состояние больного и положительно влияющего на качество его жизни. Все препараты, применяющиеся для лечения болевого синдрома в горле, особенно при воспалительных процессах, условно можно подразделить: - на оказывающие анальгетическое и противовоспалительное действие; - антимикробные; - с противоотечным действием на слизистую оболочку; - вспомогательные. Оценка интенсивности боли, как залог ее эффективного лечения, обязательно проводится ребенком (не врачом) Врач, со своей стороны, должен доверять этой информации. Существует несколько подходов к лечению боли оценку: - в первую очередь проводить этиотропную и патогенетическую терапию; - максимально рано начинать фармакотерапию острой боли; - выбор анальгетика осуществлять в соответствии с характером болевого синдрома. При этом важно, чтобы обезболивающий эффект оценивал, в первую очередь, ребенок.

Любое воспаление связано с увеличением продукции простагландинов вследствие активации циклооксигеназ (ЦОГ). Этот фермент существует, в основном, в 2-х изоформах - конституциональной (ЦОГ-1) и индуцибельной (ЦОГ-2). Ингибированием ЦОГ-2 объясняется противовоспалительный эффект препаратов, которые приобретают все большее значение для лечения состояний, сопровождающихся болевым синдромом на фоне воспаления. Такие нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) потенциально безопасны, они оказывают незначительное влияние на функции органов пищеварения и почек. Анальгетическая, противовоспалительная и жаропонижающая активность НПВП доказана в многочисленных испытаниях, соответствующих стандартам доказательной медицины [4, 5].

При выборе лекарственных средств для детей особенно важно ориентироваться на препараты с наименьшим риском возникновения побочных эффектов. В настоящее время из неопиоидных анальгетиков только парацетамол и ибупрофен отвечают критериям высокой эффективности и безопасности, и официально рекомендуются ВОЗ и Национальными программами для широкого использования в детской практике. Оба препарата могут назначаться детям с первых месяцев жизни (с 3-месячного возраста). Необходимо отметить, что механизм действия этих препаратов несколько различается. Парацетамол оказывает жаропонижающее и анальгезирующее (очень незначительное противовоспалительное) действие, так как блокирует ЦОГ преимущественно в ЦНС и не обладает периферическим эффектом. Для ибупрофена характерно выраженное жаропонижающее, анальгезирующее и противовоспалительное действие. Он блокирует ЦОГ как в ЦНС (центральный эффект), так и в очаге воспаления (периферический эффект) с последующим снижением продукции медиаторов острой фазы воспаления.

Для оценки эффективности описанных выше свойств нами было проведено исследование современного лекарственного препарата - суспензии ибупрофена ("Нурофен для детей", Reckitt Benckiser, Великобритания), который является препаратом выбора в детской практике при коротком курсе лечения острой боли умеренной интенсивности. Обследованы 53 ребенка в возрасте от 3 мес до 15 лет, у которых были диагностированы острый тонзиллофарингит (ангина), острый фарингит, ларингит, средний отит (табл. 2). Суспензию ибупрофена назначали в стандартной разовой дозировке от 5 до 10 мг на 1 кг массы тела 3-4 раза в сут, что составило от 2,5 до 5 мл суспензии на прием. Длительность применения препарата - от 1 до 3 сут.

Болеутоляющий эффект оценивали родители и (или) больные дети, отмечая его выраженность по 4-балльной шкале, где 0 баллов - отсутствие эффекта; 1 балл - незначительное (неудовлетворительное) обезболивание; 2 балла - удовлетворительное; 3 балла - хорошее; 4 балла - полное обезболивание. После 1-го приема суспензии ибупрофена было отмечено снижение интенсивности боли уже через 30-60 мин. Максимальное действие наблюдалось через 1,5-2 ч. Длительность обезболивающего эффекта составила от 4 до 8 ч (в среднем по группе $4,7 \pm 2,5$ ч).

Таблица 2 - Общая характеристика больных с воспалительными формами ЛОР-патологии, лечившихся суспензией ибупрофена

Показатели	Значение
Мальчики/девочки, абс.	27/26
Возраст, годы	3-15
Острый фарингит, абс.	21
Острый тонзиллофарингит, абс.	8
Острый средний отит, абс.	19
Острый ларингит, абс.	5

В первые часы после приема препарата эффект наступил у половины детей, удовлетворительные результаты отмечались у 29%. У 16% больных обезболивания достичь не удалось. Через 1 сут от начала лечения хороший и отличный обезболивающий результат был получен у 75% больных, удовлетворительный - у 25%. К 3-м сут препарат был отменен у 80% детей, которые к этому времени уже не нуждались в обезболивающем и жаропонижающем пособии. Максимальная продолжительность курса лечения, включавшего суспензию ибупрофена, в обследуемой группе детей составила 72 ч. Важно, что у всех больных с лихорадочным синдромом препарат оказывал выраженное жаропонижающее действие. Побочные явления (со стороны желудочно-кишечного тракта, органов дыхания или аллергических реакций), связанные с проводимым лечением, в ходе исследования не регистрировались.

Препарат всеми детьми переносился хорошо. Для избежания системного эффекта НПВП и обеспечения его длительного контакта со слизистой оболочкой полости рта и глотки, широко применяются препараты в форме таблеток для рассасывания, действующих местно. Это предполагает снижение дозировки и предотвращения резорбтивного действия, что повышает безопасность фармакотерапии [6]. К таким препаратам относится флурбипрофен 8,75 мг (Стрепфен). Флурбипрофен оказывает выраженное противовоспалительное действие и обеспечивает быстрое наступление эффекта; при болях в горле обеспечивает мощное анальгетическое действие. Препарат хорошо сочетается с любыми антибиотиками. Для флурбипрофена характерна минимальная опасность возникновения побочных эффектов, свойственных НПВП. Однако, пока не получены данные о безопасности его применения, не рекомендуется назначать препарат детям до 12 лет. Нами проведено клиническое изучение флурбипрофена у 44 пациентов с различными острыми воспалительными заболеваниями глотки (табл. 3). Таблетки для рассасывания с флурбипрофеном применялись в течение 3 дней (не более 5 таблеток в день) в качестве симптоматического средства совместно с другими лекарственными препаратами. Болеутоляющий эффект пациенты оценивали по упомянутой выше схеме. Лечащий врач фиксировал фарингоскопические изменения.

Таблица 3 - Общая характеристика больных с воспалительными формами ЛОР-патологии, принимавших таблетки для рассасывания с флурбипрофеном

Показатели	Значение
Мальчики/девочки, абс.	19/25
Возраст, годы	12-15
Острый фарингит, абс.	33
Острый тонзиллофарингит, абс.	11

Уже в первые 2-3 ч после 1-го применения флурбипрофена отмечалось уменьшение выраженности болей в горле и затруднения при глотании. Дальнейшую положительную динамику этих параметров констатировали каждые 3 ч. Все это положительно сказывалось на комплаентности пациентов при проводимом лечении. По окончании 3-дневного курса приема флурбипрофена у 38 (86%) детей боль в горле устранялась, и только у 6 (14%) потребовалось дополнительное лечение. Переносимость флурбипрофена расценена как хорошая. О безопасности и эффективности флурбипрофена в форме таблеток для рассасывания в отношении слизистой оболочки полости рта свидетельствует тот факт, что он включен в лечебные пасты и жидкости для полоскания рта при заболеваниях десен и хирургических процедурах в стоматологии [7].

Однако, для исключения возможного повреждающего эффекта на слизистую оболочку при использовании флурбипрофена детям рекомендовали постоянно перемешать таблетку в полости рта. Полученные нами результаты совпадают с мнением других авторов, также отмечавших быстрое уменьшение болезненности при глотании и стихание воспалительных проявлений в горле. Таким образом, суспензия ибупрофена ("Нурофен для детей") и таблетки для рассасывания с флурбипрофеном эффективны для использования в детской практике: ибупрофен - для устранения боли и лихорадочных состояний воспалительного генеза, флурбипрофен - для симптоматического лечения боли в горле у детей старше 12 лет. Оба препарата характеризуются минимальным риском возникновения побочных эффектов при оптимальных дозировках и продолжительности применения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rabinowitz H.K. Upper respiratory tract infections // Prim. Care. - 1990. - № 17. - P 793-809.
2. Burke P. Sore throat // Practitioner. - 1993. - V. 237. - P. 854-856.
3. Muhrer J.C. Diagnostic considerations in the evaluation and treatment of sore throat // Nurse Practitioner. - 1991. - № 16. - P. 33-45.
4. Карпов О.И., Зайцев А.А. Нестероидные противовоспалительные препараты аспекты безопасности длительного применения // Новые Санкт-Петербургские врачебные новости. - 2001. - № 4. - С. 79-82.
5. Arcimovicz M., Samolinski B., Gotlib T. et al. Nimesulide - the selective COX-2 inhibitor in the treatment of ENT diseases // Otolaryngol. P - 2002. - V. 56. - P 501-507.
6. Fang J.Y., Hwang T.L., Fang L. et al. In vitro and in vivo evaluations of the efficacy and safety of skin permeation enhancers using flurbiprofen as a model drug // Int. J. Pharm. - 2003. - V. 255, № 1-2. P. 153-166.

УДК 616. 832-009.621-08

СОЗЫЛМАЛЫ СПОНДИЛОГЕНДІ ДОРСАЛГИЯНЫ ЕМДЕУ МҮМКІНШІЛІКТЕРІ

Б. И. Акулов

Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент қаласы

РЕЗЮМЕ

В статье раскрываются результаты изучения эффективности лечения с помощью препарата велаксин у больных с хроническими спондилогенными дорсалгиями.

SUMMARY

The article describes the results of the study of the effectiveness of treatment with the drug velaxin in patients with chronic spondylogenic dorsalgia.

Дорсалгия – уақытша жұмысқа жарамсыздықтың негізгі себебі болып келетін кең таралған ауру. [1]. Ауырсыну синдромын басатын әдістерге, қолданылатын оңалту және алдын алу қағидаларына қарамастан, науқастардың көпшілігінде ауырсыну қайталана беріп созылмалы болып келеді [2]. Қазіргі таңда созылмалы ауырсыну синдромын жою үшін антидепрессанттар мен эпилепсияға қарсы препараттарды қолдану мақсатқа лайықты [3]. Бұл мақсатта, керекті мөлшерде тағайындалғанда көп жанама әсері бар, карбамазепин, антидепрессанттар қолданылады. Сондықтан екіжақты әсері бар, синапсқа дейінгі нейрондармен серотонин мен норадреналинді керісінше жаулап алатын қабылеті бар антидепрессанттарға қызығушылық негізділген. Бұл дәрі-дәрмектерге велаксин (венлафаксин) жатады. Қазіргі кезде бұл препараттың түрлі себепке байланысты пайда болған нейропатиялық ауырсыну синдромы бар науқастарда оң нәтижелі қолдануы туралы көп мәліметтер бар. 2006 жылы неврологиялық қоғамдастықтар Еуропалық федерациясы бұл препаратты диабеттік ауырсыну полинейропатиясы, герпестен кейінгі невралгиясы бар науқастардың емі үшін ұсынған.

Жұмыстың мақсаты: арқаның төменгі жағында созылмалы ауырсыну синдромы бар науқастарды емдеу үшін қолданылатын велаксиннің нәтижелігін зерттеу.

Материал және әдістер: Зерттеу барысында 52 науқас назарда болды, соның ішінде 32 науқас негізгі топты, ал 20 науқас салыстыру тобын құрды. Негізгі топтағы науқастардың жасы орташа $46,6 \pm 5,5$ аралықта болды. Аурудың созылуы орташа 13-36 айды құрды. Бұл топтағы науқастар 75 мг велаксинді күніне бір рет қабылдап тұрды, емнің курсы 8 аптаны құрды. Салыстыру тобындағы науқастардың жасы орташа $56,3 \pm 7,5$ аралықта болды. Аурудың созылуы, өршу кезеңдері, клиникалық симптоматикасы негізгі топтағы науқастардан айырмашылығы болмады. Бұл топтағы науқастар стероидты емес қабынуға қарсы препараттар, физиотерапиялық ем-шаралар, емдік дене шынықтыру қабылдап тұрды. Салыстыру тобының науқастары антидепрессанттар және эпилепсияға қарсы дәрмектерді қабылдамады. Ауырсыну синдромының қарқындылығы визуалды аналогтық шкаласы және 5-ұпайлық ауырсынудың вербалды шкаласы бойынша бағаланды. Ауырсынудың узақтылығы мен орналасуын, емнің нәтижелілігін бағалау үшін Mainz сауалнамасы қолданылды.

Нәтижелер және талқылау: Назарда болған науқастардың алдын ала халін талқылағанда 20 науқаста жекеленген дорсалгия, ал 12 науқаста дорсалгия бел аймағында орналасқан түбірлік синдромымен бірге жүрді. Зерттеу басында 11 науқаста аурудың ағымы Mainz шкаласы бойынша ауырсыну созылуының I, 13 науқастың – II және 8 науқастың – III кезеңіне сәйкес болды. Ауырсыну синдромының созылуы мен үрейленудің айқындылығы және депрессиялық бұзылыстардың тәуелділігі анықталды. Велаксинді қабылдаған соң 4 аптадан кейін науқастардың барлығында оң мәнді динамика орын алды, яғни ауырсыну синдромы азайды. Сонымен қатар өзіне-өзі қызмет ету мүмкіншіліктері де кенейді. Ауырсыну синдромының басылуы үрей және депрессивті бұзылыстар айқындылығының азаюымен бірге жүрді. Салыстыру тобындағы науқастарды 4 аптадан кейін зерттегенде емнің алдындағы халдері ем қабылдағаннан кейінгімен салыстырғанда айырмашылығы байқалмады.

Жалпы велаксин қабылдағаннан соң 4 аптадан кейін ауырсыну синдромы қарқындылығының басылуының 50% 25 науқаста (85,1%) орын алды, ал бақылаудың соңында ауырсыну синдромы қарқындылығының басылуының айқын төмендеуі барлық науқастарында байқалды. Ауырсыну синдромының жойылуы мен бірге науқастардың эмоционалды жағдайы да қалпына келді, яғни депрессивті бұзылыстар (8 аптада 56% дейін) және үрей бұзылыстары (8 аптада 65% дейін) азайды. Велаксиннің қолдануы жанама әсерлерді болдырмады. Медициналық көмекке не емді үзуге талап ететін ауыр жанама әсерлер бақылауда болған науқастардың ешқайсысында байқалмады.

Спондилогенді дорсалгияның қатерлі емес сипаты бар, уақыт өте науқастардың көпшілігінде сауығу байқалады, бірақ науқастардың 10-15%-да ауырсыну созылмалы түрге айналады. Медикаментозды емес емдеу әдістерін, антидепрессанттар, эпилепсияға қарсы препараттарды қолданып созылмалы ауырсыну синдромының негізділген емдеу қағидаларына қарамастан, бұл науқастардың көбісі ұзақ уақыт анальгетиктер, стероидты емес қабынуға қарсы препараттарды қабылдап олардың жанама әсерлеріне дұшар болады, соның ішінде бірінші қатарда – гастроинтестиналды асқынулар. Сонымен, зерттеудің нәтижелері арқаның төменгі жағында созылмалы ауырсыну синдромы бар науқастардың емінде велаксиннің жетерлік нәтижелілігін және препаратты осы дерттің емінде қолданылуының болатындығы көрсетіліп тұр.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Медицина, 2002.
2. Алексеев В.В., Яхно Н.Н. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Медицина, 2007.
3. Maizels M., McCarberg B. Antidepressants and antiepileptic drugs for chronic pain. Am Fam Physician, 2005.

УДК 616. 8-008.64-08

ИНСУЛЬТКЕ ҰШЫРАҒАН НАУҚАСТАРДАҒЫ ДЕПРЕССИВТІ БҰЗЫЛЫСТАРДЫ ЕМДЕУ МҮМКІНШІЛІКТЕРІ

Б. И. Акулов, М.К. Омьшева
Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент қаласы

РЕЗЮМЕ

Постинсультная депрессия является серьезным осложнением ишемического инсульта, которая оказывает негативное влияние на качество жизни пациентов, на восстановление симптомов и прогноз основного заболевания. В статье раскрываются результаты изучения эффективности лечения больных постинсультной депрессией циталопрамом, оказывающий наряду с антидепрессивным действием, выраженный анксиолитический эффект.

SUMMARY

Post-stroke depression is a serious complication of ischemic stroke that exerts a negative effect on patients quality of life, restoration of symptoms and prognosis of the underlying disease.

The article described the results of studying the effectiveness of treatment of patients post – stroke depression with citalopram, provioling along with the antidepressant effect, pronounced anxiolytic effect.

Инсульт тұрғындар мүгедектенуінің негізгі себебі болып келеді. Инсультке ұшыраған науқастардың 8% ғана алдын ала жұмысына қайта оралады екен [1]. Мүгедектіктің осындай жоғары жиілігі инсульттен кейінгі асқынулардың дамуына байланысты. Соңғы кезде бас миы тамырлық ауруларының асқынуларының ішінде аффективті өрісі жағына көп назар аударылады. Кең таралған құбылыстар ретінде депрессивті симптоматикасының дамуы келеді. Депрессия аффективті өрістің ауруы, оның негізгі көрінісі болып белсенділіктің жалпы деңгейінің, интеллектуалды деңгейдің төмендеуімен және қозғалыстың тежеуімен бірге жүретін көңілдің тұрақты тұнжыраңқы төмендеуі болып келеді. Депрессия эмоционалды, интеллектуалды және соматикалық өрістерді зақымдайды. Бұл мәселенің өзектілігі өмір сүру сапасы, симптомдардың редукциясы мен негізгі аурудың болжамына теріс әсер беретіне байланысты [2].

Алғашқы депрессия инсульттің асқынуы ретінде 30 жыл бұрын бейнеленген. Депрессияның емі маңызды мәселе болып келеді. Депрессивті бұзылыстардың анықталуында спецификалық терапияның керектігі дәлелденген. Бірақ депрессияның емінде қолданылатын препарат аффективті бұзылыстарға әсер етіп, когнитивті қызметтерге теріс әсерін тигізбеу керек, әсіресе ишемиялық инсультке ұшыраған науқастарға [3]. Антидепрессанттар ішінде серотонинді қайта жаулап алудың селективті ингибиторларын тағайындау мақсатқа лайықты. Бұл антидепрессанттарға циталопрам жатады. Жұмыстың мақсаты инсультке ұшыраған науқастардағы депрессияның емінде циталопрамның терапиялық нәтижелігін бағалау болып келді.

Материал және әдістер: Зерттеуде ишемиялық инсультке ұшыраған инсульттен кейінгі депрессиямен зардап шегетін 30 науқас назарда болды. Науқастардың жасы орташа $63,8 \pm 10,3$ аралығында болды. Инсультке ұшырау узактылығы 6 айдан 1 жыл дейін аралықта болды. Инсульттен кейінгі депрессия МКБ-10 диагностикалық критерийлеріне сәйкес болды. Депрессиялық жағдайдың ауырлығын бағалау үшін Гамильтонның депрессия шкаласы қолданылды. Барлық науқастар бақылау барысында антиагреганттық, вазоактивті және метаболикалық ем қабылдады, керек жағдайда гипотензивті және антиаритмиялық препараттар тағайындалды. Науқастар бір тәулікте опра препараттын 20 мг мөлшерде қабылдады. Емдеу курсы 8 аптаны құрды. Науқастар зерттеу басында, 2, 4 және 8 аптадан кейін тексерілді. Науқастардың барлығына толық клиникалық-неврологиялық тексеру өткізілді: когнитивті өрістің жағдайын тексеру, депрессиялық және үрей бұзылыстардың динамикасы.

Нәтижелер және талқылау: Зерттеуге еңген барлық науқастарда назар аудару бойынша қиыншылықтар, психомоторлы тежеу, жұмысқа қабылетінің төмендеуі, жалпы әлсіздік байқалды. Жалпы соматикалық смптомдар, тәбет бұзылыстары, тітіркенгіштік, жылауықтық және ипохондриялық шағымдармен бірге жүретін соматикалық, сонымен қатар психикалық үрей белгілері айқын байқалды. Ұйқы бұзылыстары да (ұйқыға түсудің қиындалуы, мазасыз ұйқы, түнде бірнеше рет ояну, ұйқыдан тым ерте тұру) орын алды. Ем қабылдағаннан кейін жалпы жағдайдың жақсаруы 28 (93,3%) науқаста байқалды. Бұл жақсару көңіл-күйдің көтерілуі, жұмысқа деген қабылетінің жоғарылауы, назар аударудың жақсаруы, ұйқы бұзылыстарының регрессиясы, науқастар жалпы белсенділігінің жоғарылауымен жүрді. Депрессиялық бұзылыстарының регрессиясы емнің 2 аптасында байқалды. Егер емнің басында Гамильтонның депрессия шкаласы бойынша орташа ұпай $18,4 \pm 4,1$ болса, 2 аптадан соң $12,1 \pm 4,0$ ұпайға сәйкес болды. Емнің 30 тәулігіне жалпы ұпай тағыда 3 бірлікке, 2 айдан кейін 0,7-ге төмендеді. Яғни 2 айдан кейін барлық науқастарда депрессиялық бұзылыстардың регрессиясы байқалды.

Терапия кезінде науқастардың күнделікті өмір сүру белсенділіктің айтарлықтай өзгерісі байқалмады, бұл препараттың негативті әсерін тигізбеді деген сөз. Когнитивті қызметті тексеру барысында да осындай нәтижелер алынды, барлық науқастарда когнитивті бұзылыстардың жақсаруы байқалды, мүмкін бұл препараттың серотонинергиялық әсеріне байланысты болғандықтан препараттың тек қана антидепрессивті нәтижеге емес, сонымен қатар когнитивті қызметтерге байланысты, нейротрансмиссиялық үрдістер ді жақсартты. Сонымен, инсульттен кейінгі депрессия науқастардың өмір сүру сапасы мен негізгі аурудың болжамына теріс әсер беретін ишемиялық инсульттің айқын асқынуы болып келеді. Жүргізілген зерттеу инсульттен кейінгі депрессияға ұшыраған науқастардың емінде опраны қолдану жоғары нәтижелігін көрсетті. Антидепрессивті әсерімен қатар бұл препарат айқын анксиолиткалық әсер етеді. Препарат күнделікті өмір сүру белсенділігі мен когнитивті қызметтерге теріс әсер бермейді, сонымен қатар минималды жанама әсерлер мен басқа да дәрі-дәрмектермен сыйымдылығы бар.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Скворцова В.И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов. Неврология и психиатрия, 2007.
2. Филатова Е.Г. Депрессия и инсульт. Депрессия в неврологии, 2007.
3. Боголепова А.Н. Депрессивные расстройства у больных цереброваскулярной патологией. Справочник поликлинического врача, 2006.

УДК 616. 838-008.67-08

ДИСЦИРКУЛЯТОРЛЫ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДАҒЫ ДЕПРЕССИВТІ БҰЗЫЛЫСТАРДЫ ЕМДЕУ МҮМКІНШІЛІКТЕРІ*Б. И. Ақулов, М.К. Омышева*

Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент қаласы

РЕЗЮМЕ

В статье раскрываются результаты изучения эффективности лечения депрессивных расстройств у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией с помощью селективного ингибитора обратного захвата серотонина и норадреналина - симбалты.

SUMMARY

The article describes the results of studying the effectiveness of treatment of depressive disorders in patients with encephalopathy with discirculatory encephalopathy dispersion by means of a selective inhibitor of the reuptake of serotonin and norepinephrine simbalt.

Мидың созылмалы ишемиясы, үрей және депрессивті бұзылыстары әлеуметтік дезадаптация, кәсіптік жұмысқа қабылеттілігін төмендеуіне, ерте мүгедектікке алып келтіндері анықталған [1]. Цереброваскулярлы аурулардың алдын алу мәселелері ғана емес, сонымен қатар аффективті және когнитивті бұзылыстармен жүретін бұл аурулардың нәтижелі патогенетикалық емнің мәселелері өзекті болып қалады [2]. Аса қызығушылықты антидепрессанттарға жататын, серотонин және норадреналинді қайта жаулап алатын ингибиторлар тудырады. Бұл препараттар нейроилімділікке оң мәнді әсер етеді, бұл өз ретінде депрессивті және когнитивті бұзылыстармен жүретін дисциркуляторлы энцефалопатияның емінде маңызды.

Қазіргі кезде депрессивті және когнитивті бұзылыстардың дамуына қатысатын негізгі патогенетикалық механизмдер ретінде нейромедиаторлық жүйелердің зақымдалуына аса назар аударылады. Бұл терапиядағы жаңа бағыттар құрылуында маңызды тәжірибелік әсері бар. Дисциркуляторлы энцефалопатия кезінде аффективті және депрессивті бұзылыстардың дамуында барлық трансмиттерлік жүйелер қатысады [3, 4]. Мидың тамырлық аурулары кезіндегі аффективті және когнитивті қызметтерге әсер ететін препараттар ішінде нейромедиаторлық белсенділігі бар дәрілерді ұсынған жөн. Осы зерттеу барысында серотонин және норадреналинді қайта жаулап алатын ингибиторларға жататын симбалта препараты қолданды.

Материал және әдістер: Зерттеуде дисциркуляторлы энцефалопатиямен ауыратын 45 науқас назарда болды. Дисциркуляторлы энцефалопатия диагнозы клиникалық критерийлерге сәйкес болды және неврологиялық тексеру мен қосымша тексеру әдістермен негізделді. Науқастардың жасы орташа 30-75 аралығында болды, орташа $52 \pm 2,3$. Науқастардың 80% соматикалық аурулармен зардап шегті, сол аурулардың ішінде жүрек-қан тамыр жүйесі аурулары астам болды (72%). Депрессивті эпизодтың ұзақтылығы $25,2 \pm 6,1$ айға дейін аралықта болды. Депрессияның себептері ретінде жанұядағы тартылыстар (24,7%), жақын адамдардың өлуі (29,8%), жұмыс орнындағы күйзелістер (12,5%), өзінің аурушандығы (10,6%) айтылды. Антидепрессанттарды тек 15,2% науқастар қабылдаған.

Неврологиялық статусты зерттегенде пирамидалық (53,4%) және атактикалық (44,1%), псевдобульбарлы (21,8%) синдромдар, шашыранқы органикалық симптоматика (16,2%) анықталды. Науқастар бір тәулікте симбалта препараттын 60 мг мөлшерде қабылдады. Емдеу курсы 2 айды құрды. Депрессиялық жағдайдың ауырлығын бағалау үшін Гамильтонның депрессия шкаласы қолданылды. Осы шкала бойынша тестілеу нәтижесінде науқастар келесі топтарға бөлінді: 1 топ – 0-17 ұпай – қалыпты жағдай және 18-26 ұпай жеңіл дәрежедегі депрессия; 2 топ – 26-30 ұпай – орта дәрежедегі депрессия; 3 топ – 31 ұпайдан жоғары – ауыр депрессия.

Нәтижелер және талқылау: Неврологиялық тұрғыдан алғашқы тексергенде науқастар жиі бастың ауыруына, ұйқы бұзылуы, психикалық және физикалық жүктемені көтере алмау, қарым-қатынас өрісі мен қызығушылық ортасының тарылуына, көңіл-күйдің басылуы, шаршағыштыққа шағымданды. Бірақ шағымдардың ішінде бірінші орында естің бұзылуы болды. Науқастардың клиникалық бейнесі аффективті (депрессивті, үрей, дистимикалық), соматовегетативті, когнитивті бұзылыстармен көрінді. Депрессия белгілері астеникалық симптоматикасымен: тез таусылу, сенситивтілік, гиподинамия, ассоциативті тежеу, жұмысқа қабылеттілігінің төмендеуі, тез шаршағыштықпен көрінді.

Алғашқы кезде Гамильтонның депрессия шкаласы бойынша науқастарда жалпы депрессияның орта дәрежесі анықталды, яғни орташа 26,9 ұпайға сәйкес болды. Ем қабылдаған соң науқастарда депрессияның жеңіл дәрежесі анықталды, яғни 18,5 ұпайға сәйкес болды. Жағдайдың жақсаруы бағытындағы динамиканың айқын өзгерістері ауыр депрессиясы бар науқастарда байқалды. Емнің нәтижесінде науқастардың көпшілігінде жалпы жағдайының жақсаруы көңіл-күйдің көтерілуі, психологиялық қайғырудың төмендеуі не толық жойылуы ретінде байқалды. Психодиагностикалық әдістемелерді талқылағанда назар аудару қызметіне байланысты қысқа уақытты механикалық және оперативті ес сапасының жақсаруы байқалды. Естің осы параметрлерінің жақсаруы, алдына қойылған міндеттер шешудің тұрақты нұсқасы, тапсырмаларды

орындағанда мақсатқа жету қабілеті назар аударудың дұрыс бағытталуы, концентрациясы, тұрақтылығы және мотивациялық компоненті сапасының жақсаруын көрсетіп тұр.

Сонымен, дисциркуляторлы энцефалопатиямен ауыратын науқастардағы депрессивті бұзылыстардың емінде симбалта препаратының жоғары нәтижелілігі дәлелденді. Депрессияның нейрофизиологиялық, нейропсихологиялық, нейрохимиялық механизмдері бойынша замануи көзқарастарға сәйкес, жүргізілген зерттеулер симбалта препаратын патогенетикалық негізделген, мақсатқа лайықты және аффективті және когнитивті бұзылыстардың базистік фармакотерапиясында нәтижелі препараты деп санауға болады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Чельшева И.А., Нагорный Н.С. Нейропсихологические и нейровизуализационные аспекты дисциркуляторной энцефалопатии в ракурсе структурно-функциональной модели головного мозга// Неврология и психиатрия, 2005.
2. Бурцев Е.М. Дисциркуляторная энцефалопатия//Неврология и психиатрия, 2005.
3. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М: МИА, 2006.
4. Янакаева Т.А. Эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии. М, 2006.

УДК 616. 838-009-008.61-06

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА «НЕМЫХ» ЛАКУНАРНЫХ ИНФАРКТОВ МОЗГА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

М.К. Омьшева

Областная клиническая больница, г. Шымкент

ТҮЙІН

Артериалды гипертензиясы (АГ) бар жедел гипертониялық энцефалопатия белгілерімен гипертониялық кризден (ГК) өткен 65 науқас тексеруден өткізілді. Олардың 17 (26,2%) клиникалық «мылқау» лакунарлы инфарктісі (ЛИ) анықталды. Тексерудің нәтижесін қорытындылағанда, лакунарлы инфаркт, эссенциалды артериалды гипертензия кезінде гипертониялық криздің ағымын жиі асқындыратыны дәлелденді. Лакунарлы инфарктің даму қаупі, өткен гипертониялық криз санына тәуелсіз, бірақ ГК қайталануынан көптеген лакунарлы ошақтар пайда болады. Аурудың ұзақтығы 5 жылдан асса, лакунарлы инфаркт артериалды гипертензияның ағымын жиі асқындырады.

SUMMARY

There has been carried out study of 65 patients suffering from arterial hypertension (AH) and having previous hypertensive crisis (HC) with signs of acute hypertonic encephalopathy. In 17 (29 %) patients clinical silent lacunar infarction (LI) was revealed. Analysis of the results of study showed that LI occurred more frequently after hypertensive crisis and essential (AH).

Актуальность. Частота цереброваскулярных заболеваний в последние годы продолжает неуклонно расти. Цереброваскулярная патология является второй причиной в структуре смертности населения в нашей стране и третьей – в мире. Согласно отчетам ВОЗ, смертность от сосудистых заболеваний головного мозга составляет 30-50% от смертности вследствие всех заболеваний кровообращения и около 14% от общей смертности населения [1]. За последние 10 лет распространенность этих заболеваний в нашей стране существенно возросла, особенно хронических форм недостаточности мозгового кровообращения (доля инсульта составляет всего около 4%, по данным профессора Т.С. Мищенко).

Риск цереброваскулярной патологии существенно возрастает при длительно существующей и плохо контролируемой артериальной гипертензии (АГ); при наличии ишемической болезни сердца, пороков сердца, фибрилляции предсердий, сахарного диабета, патологии щитовидной железы и других эндокринологических заболеваний, системных воспалительных заболеваний соединительной ткани, заболеваний крови (анемия, лейкоз, эритремия); при наличии в анамнезе поражений головного мозга токсического или травматического генеза; у пожилых лиц в силу возрастных изменений мозгового кровотока. Основными причинами развития цереброваскулярной патологии являются АГ и атеросклероз, особенно их сочетание.

В связи с этим закономерно увеличение внимания к вопросам профилактики и лечения этой патологии, улучшения качества жизни пациентов [2]. Частым осложнением течения АГ являются церебральные гипертонические кризы. Острое повышение АД, особенно регулярно повторяющееся, сопровождается некрозом миоцитов сосудистой стенки, плазморрагией и ее фибриноидным некрозом, что может привести по крайней мере к двум патологическим результатам: формированию милиарных аневризм с развитием в дальнейшем кровоизлияния в мозг, а также к набуханию стенок, сужению или закрытию просветов артериол вследствие гиалиноза, с развитием малых глубинных лакунарных инфарктов мозга [2].

Лакунарный инфаркт (ЛИ) — один из видов ишемических нарушений мозгового кровообращения при артериальной гипертонии, характеризующийся развитием небольших очагов некроза в глубинных отделах головного мозга вследствие поражения перфорирующих артерий и имеющий определенную морфологическую и клиническую картину. ЛИ локализуются в белом веществе больших полушарий, базальных ядрах, таламусе, внутренней капсуле, а также в стволе головного мозга. В 80% случаев ЛИ протекает асимптомно, не вызывая значимого неврологического дефицита [Ворлоу Ч.П., 1998 г; Шевченко Ю.Л. и др., 1995, 1997, 2006 гг; Donnan G.A., 2002; Fisher C.M., 1965, 1991; Lammie G.A. et al., 1997]. Количество ЛИ по отношению к общему числу вскрытий составляет от 11 до 26,6%.

Доля ЛИ по отношению к общему числу ишемических нарушений мозгового кровообращения достигает 35%, а в структуре цереброваскулярных заболеваний — 13–20% [3]. Среди всех случаев инсульта при артериальной гипертонии свыше 15% приходится на ЛИ мозга [4]. С прогностической точки зрения особый интерес представляют «немые» ЛИ, поскольку множественные ЛИ в таких случаях, не проявляясь грубоорганической неврологической симптоматикой, могут служить причиной выраженных когнитивных нарушений и деменции. Поэтому изучение вопроса патогенеза «немых» ЛИ имеет большое значение.

Целью нашего исследования явился анализ особенностей нейровизуализационных характеристик клинически «немых» лакунарных инфарктов, возникших после гипертонических кризов (ГК) с клиникой острой гипертонической энцефалопатии (ОГЭ).

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 65 больных, страдающих АГ I-II ст. в возрасте от 40 до 69 лет, в анамнезе у которых имели место ГК с клиническими проявлениями ОГЭ. Всем больным было проведено МРТ исследование, в результате которого у 17 больных (26,2%) выявлен ЛИ мозга.

Результаты и обсуждения. Изучение клинической характеристики АГ показало, что у 57 больных имело место эссенциальная АГ (гипертоническая болезнь), у 8 больных - симптоматическая форма АГ. Прежде всего следует отметить, что ЛИ достоверно чаще развиваются у больных страдающих не симптоматической, а эссенциальной формой АГ. При этом клинический анализ характера течения АГ показал, что в развитии ЛИ мозга основную роль играет не уровень САД, а длительность заболевания. В частности ЛИ мозга в 100 % случаях развивались после ГК, с клиникой ОГЭ, у больных с давностью заболевания свыше 5 лет. В таблице 1 представлены данные о частоте выявляемости клинически «немых» ЛИ мозга в зависимости от числа перенесенных ГК в анамнезе.

Таблица 1 - Частота «немых» ЛИ в зависимости от числа перенесших гипертонических кризов

1 криз		2 криз		3 криз		4 криза и более		Общее кол-во	
Всего	ЛИ абс (%)	Всего	ЛИ абс (%)	Всего	ЛИ абс (%)	Всего	ЛИ абс (%)	Всего	ЛИ абс (%)
15	5 (33%)	18	4(22,2%)	15	3 (20%)	17	5(29,4%)	65	17(26,2%)

Из представленных данных видно, что лишь после первого гипертонического криза риск развития ЛИ относительно ниже, чем в группах больных перенесших два и более ГК. Начиная с 2 криза в дальнейшем существенной разницы, в плане риска развития ЛИ, в последующем не выявляется. Вместе с тем, число очагов ЛИ мозга имеет четкую зависимость от числа перенесенных кризов (таб.2).

Таблица 2 - Количество очагов ЛИ в зависимости от частоты перенесенных ГК

Кол-во очагов ЛИ	1 криз n=5	2 криз n=4	3 криз n=3	4 криза и более n=5
1 очаг	5	2	-	-
2 очага	-	2	1	2
3 очага и более	-	-	2	3

В частности, после первого криза у всех обследуемых больных наблюдаются единичные очаги ЛИ мозга. Когда как 3 и более очагов обнаруживались после 3, 4 криза.

Выводы. 1. Клинически «немые» ЛИ мозга после пере несенных ГК, с клиникой ОГЭ, чаще развиваются у больных страдающих эссенциальной АГ, со сроком длительностью заболевания более 5 лет. 2. Риск развития «немых» ЛИ мозга не имеет четкой зависимости от числа перенесенных в анамнезе ГК. Однако множественные «немые» ЛИ выявляются в основном у лиц перенесших 3 и более кризов в анамнезе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чазова И.Е., Мычка В.Б., Горностаев В.В. и др. Цереброваскулярные осложнения у больных артериальной гипертензией: первичная и вторичная профилактика// Consilium medicum. 2003. Т. 5. № 2.
2. Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская ТС. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии. М. 1997.

3. Шмырев В.И., Мартынов А.И., Гулевская Т.С. Поражение белого вещества головного мозга (лейкоареоз): частота, факторы риска, патогенез, клиническая значимость// Неврол. журн. 2000. № 3.
4. Мякотных В.С., Боровкова Т.А. Лакунарные инфаркты головного мозга // Госпитальный вестн. 2004. № 2.

УДК: 615.8: 616.322-002

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Ж.И. Сатенова, Г. Е. Калдыгозова

Областной клинико-диагностический центр, г. Шымкент

ЮКГФА, г. Шымкент

МКТУ имени Х. А. Ясави, г. Шымкент

ТҮЙІН

Қазақстан өндірісі «ОТРИ-01» озонатордың қолдануымен Шымкент қалалық емханасындағы тонзиллитпен ауырған 20 науқастардың емдеу инновациялық әдісінің нәтижелері туралы осы мақалада талқыланған. Барлық бақыланатын науқастардың 1-2 күніндегі интервалы бар 5 процедураларынан кейін біз клиникалық жақсарту және қосымша әсерлердің толық жоқтықтарын алдық.

SUMMARY

The results of an innovative method of treatment of 20 patients with tonsillitis in an urban clinic in Shymkent lity using ozonator «OTRI-01» made in Kazakhstan was analyzed in this article. After 5 treatments at intervals of 1-2 days we have observed clinical improvement and the complete absence of side effects in all patients.

Наиболее распространенными среди болезней ЛОР-органов являются гнойно-воспалительные заболевания небных миндалин. Согласно расчетным данным, за период с 2000г по 2010г. уровень распространенности хронических заболеваний окологлоточных миндалин среди населения увеличилось на 32,4 % и составило 101,4 на 1000 населения Южно-Казахстанской области [1]. Обращаемость по поводу тонзиллитом также возрастает, хронические тонзиллиты встречаются у 10 % населения [1,2]. Проблема лечения тонзиллитов занимает одну из ведущих позиций в отоларингологии в силу неуклонного роста распространенности и увеличения процента осложнений и перехода заболевания в хроническую форму. В настоящее время пациенты с тонзиллитами составляют 35% больных, обращающихся в поликлиники. Сложная ситуация в современной медицине обусловлена изменением этиологической и экобиологической сущности гнойно-воспалительных процессов в результате повышения резистентности микроорганизмов к применяемым антибактериальным препаратам и снижения иммунобиологической реактивности макроорганизма под влиянием техногенных факторов.

Данные заболевания часто лечатся консервативно с применением традиционных антибактериальных препаратов (антибиотики, диоксидин, фурацилин и др.), но их использование не всегда эффективно, так как патогенная микрофлора часто устойчива к этим препаратам. Одним из возможных решений является поиск и изучение новых перспективных методов, в частности, метода озонотерапии. Динамично развиваясь последние 15 лет, озонотерапия остается приоритетным направлением научных исследований многих центров страны и по праву считается медициной XXI века. Озон (O₃) - аллотропная форма кислорода, газ с резким характерным запахом. Впервые озон, как антисептическое средство был опробован А.Волфф еще в 1915 во время первой мировой войны. В последующие годы постепенно накапливалась информация об успешном применении озона при лечении различных заболеваний. Однако длительное время использовались в основном методы озонотерапии, связанные с прямыми контактами газа с наружной поверхностью и различными полостями тела.

Озонотерапия – исключительно высокоэффективный новый немедикаментозный метод лечения, обладающий бактерицидным, вирусоцидным, фунгицидным, иммуномодулирующим, противогипоксическим, цитостатическим и дезинтоксикационным воздействием. У этого метода лечения хорошая переносимость, практическое отсутствие побочных действий. Патогенетический эффект озонотерапии определяется высоким окислительно-восстановительным потенциалом озона, что обеспечивает двоякий механизм действия: первый - локальный, с дезинфицирующей активностью в отношении бактерий, вирусов и грибов; второй - системный, метаболический в отношении белково-липидных комплексов плазмы и мембран клеток, ведущий к повышению PO₂, преобразованию и синтезу биологически активных веществ, усилению активности иммунокомпетентных клеток, улучшению реологии и кислородтранспортной функции крови [3].

Цель исследования: повышение эффективности консервативного лечения больных хроническим тонзиллитом с использованием озонотерапии.

Материалы и методы: В городской поликлинике г. Шымкента проведено комплексное лечение 20 пациентов с хроническим тонзиллитом в возрасте от 15 до 20 лет с помощью озонатора «ОТРИ-01» производства Казахстан. Больные предъявляли жалобы на болезненные ощущения в глотке,

проявления общей интоксикации, увеличенные небные миндалины, гнойные пробки в лакунах небных миндалин, неприятный запах изо рта. Основную группу составили больные, которым санацию лакун небный миндалин проводили озонированным изотоническим раствором хлорида натрия, с концентрацией озона 4-6 мг/л. Контрольную группу составили больные, которым санацию лакун небный миндалин проводили раствором фурацилина. Всего применяли 5 процедур с интервалом в 1-2 дня. Для местного лечения мы применяли шприц для промывания лакун небных миндалин. Промывание проводили через день, на курс 10-12 процедур.

У больных основной группы болезненные ощущения в глотке, проявления общей интоксикации, уменьшение небных миндалин в размерах в 1,5-2 раза отмечалось уже после 2-3 процедур. При фарингоскопии мы определяли очистку лакун небных миндалин от патологического содержимого, сокращение размеров миндалины со сглаживанием ее поверхности и появлением здорового розового цвета. Тогда как в группе контроля снижение клинических проявлений отмечалось лишь на 4-5 процедуре. У всех наблюдаемых пациентов мы наблюдали клиническое улучшение и полное отсутствие побочных действий. Таким образом, применение озонотерапии позволяет существенно повысить эффективность консервативного лечения хронического тонзиллита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Морозов А.Б., Симбирцева О.И., Захарова А.Ф.//Актуальные проблемы оториноларингологии: Сб.статей, 2009г., с. 10-13.
2. Руководство по оториноларингологии // Под ред. И. Б. Солдатов, 2004, с.257-258.
3. Albecker K. Die Sinusitis // Wien. med. Wschr.-2002.-Bd 132, N 63.-S.121-127.

УДК 616.216.1-002.3:616.151

ТЕЗИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЫВОРОТКИ КРОВИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ ГАЙМОРИТОМ

*К.Т. Ауезов
ЦРБ, г. Сарыағаш*

ТҮЙІН

Сарыағаштың ЛОР- клиникасында 20 созылмалы ірінді гайморитпен ауыратын науқастарға озон/NO-ультразвуктік ем өткізілді. Барлығында емделуге дейін қанның плазмасы тезиография тәсілімен зерттелінді. Емделгеннен кейін тезиографиялық суретінің жақсарғаны көрінеді.

SUMMARY

Ozon/NO- ultrasonic treatment for chronic maxillary sinusitis in 20 patients has been given in the otolaryngological clinic in Saryagash. Before the treatment the blood plasma of a patient was investigated by a thesiographic method. It was revealed that in blood plasma of patients with chronic maxillary sinusitis the thesiographic results after treatment were improved.

Известно, что диагностика заболевания с помощью морфологического исследования тканей организма является общепризнанным стандартом в медицине. Это исследование является объективной качественной оценкой состояния организма. В последнее время обращает на себя внимание тенденция к уменьшению проявлений общего интоксикационного синдрома в клинической практике острого гнойного синусита, в том числе и при вовлечении в воспалительный процесс нескольких ОНП. У больных ОГС изменения в общем анализе крови (ОАК), также как лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и ускорение СОЭ, выявляются только в 8,6% случаев, что снижает информационную ценность ОАК [1].

Биологические жидкости играют важнейшую роль в жизнедеятельности организма человека, обеспечивая его энергетическим и пластическим материалом, выполняя при этом информационную, управленческую и исполнительную функции. Для биологических жидкостей характерны различные типы устойчивых колебаний физико- химических, биохимических и морфологических параметров [2]. До недавнего времени изучение структуры биологических жидкостей (сыворотка крови, лимфа, ликвор, слеза и др.) не проводилось, так как их морфологические исследования были недоступны, в связи с отсутствием специальных методов. В.Н. Шабалиным и С.Н. Шатохиной (1996; 1999; 2000; 2001;) [3] установлено, что при переходе в твердую фазу при дегидратации биологические жидкости структурируются и приобретают устойчивые морфологические в соответствии с закономерностями их системной самоорганизации.

Разработанный этими авторами метод клиновидной дегидратации дал методическую основу исследованиям морфологических структур биологических жидкостей. При клиновидной дегидратации капля

биожидкости высыхая, переходит в твердую фазу, которая представляет тонкую сухую пленку (фацию). Специфический структурный морфотип фации отражает молекулярный уровень биофизикохимических процессов в биологической жидкости. Он представляет объективный биологический параметр индивидуальной оценки физиологического и патофизиологического состояния организма. К настоящему времени расшифрованы многие структуры фации биологических жидкостей, которые характеризуют различные процессы, протекающие в организме [4]. При острых экссудативных синуситах и полисинуситах морфологическое исследование сыворотки крови не проводилось.

Цель исследования: разработка новых технологий получения и исследования структур твердой фазы сыворотки крови позволит расширить информацию о патогенезе острых экссудативных синуситов и полисинуситов и представляет в настоящее время несомненную актуальность и новизну.

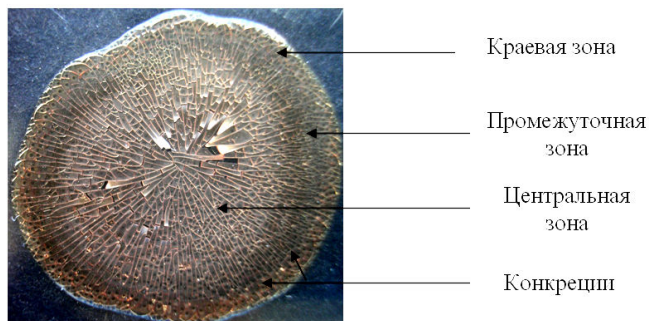
Материалы и методы: В ЛОР-отделении Сарыагашской районной больницы проведено обследование и лечение 20 пациентов хроническим гнойным гайморитом (ХГГ). В день поступления в клинику пациенты предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, снижение обоняния, головную боль, слизисто-гнойное отделяемое из носа, общую слабость. В анамнезе периодическое обострение хронического гайморита. При эндоскопии: слизистая носа гиперемирована, отечна, слизисто-гнойное отделяемое в среднем носовом ходе. Диагноз подтвержден рентгенологически. В лечении применены современные технологии. Пациентам проведена ЯМИК-процедура, с целью активной эвакуации экссудата из пазух, затем проведена озон/НО-ультразвуковая терапия. Тезиографическое исследование плазмы крови проводили по методу В.Н.Шабалина, С.Н.Шатохиной(2001).

На обезжиренную твердую подложку (чашка Петри), расположенную строго горизонтально, наносили каплю плазмы крови объемом 1,0 мл, при этом диаметр капли составляет 15-25 мм. Каплю высушивали в стандартных условиях при минимальной подвижности окружающего воздуха. Продолжительность периода высыхания составляет 18-24 ч. Фации изучали невооруженным глазом и с помощью лупы. Для более детального изучения и анализа структуры полученные фации рекомендуется изучать в проходящем свете при увеличении. В качестве параметров описания тезиограмм использовался рекомендованный набор критериев: Характеристика системных структур; Наличие и четкость зон: краевая, промежуточная и центральная; Характер линий растрескивания: форма, симметричность, четкость, густота; Характеристика подсистемных структур; Наличие и характер аморфных областей: мелкие, средние, крупные; Наличие, расположение, размеры и количество конкреций; Наличие, расположение и характер патологических структур (структуры типа листа, жгута, бляшкообразные структуры, штриховые трещины и т.д.). (С.Н.Шатохина, 1995;)[5].

Результаты исследования: Тезиограммы плазмы крови группы контроля характеризуются высокой степенью симметричности строения фаций, присутствием всех трех зон фации: краевой, промежуточной и центральной, что и определяет в целом, их однотипность в строении. Для всех фаций характерна четкая краевая очерченность, промежуточная зона отвечает равнорадiallyму растрескиванию (радиусы фации примерно равны). Центральная зона аналогично промежуточной зоне так же имеет равнорадiallyное растрескивание. Все фации характеризуются полной симметрией (все имеющиеся зоны отвечают лучевой симметрии). Порядок ветвления очень высок (>10 отдельностей в радиусном ряду), растрескивание относится к категории очень высокого (растрескивание фации сетчатое). Аморфных областей в контрольных фациях нет. Количество конкреций высокое (равномерно распределены в трех зонах) и все имеют округлую форму. Патологических структур встречено не было (рисунок 1).

Рисунок 1 - Типичная тезиограмма плазмы крови группы контроля

Рисунок 2 - Типичная тезиограмма плазмы крови больных ХГГ до лечения



Тезиограммы плазмы крови больных ХГГ характеризуются трехзональным строением и четко очерченной краевой зоной (Рисунок 2).

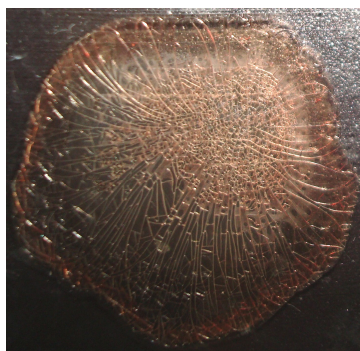
В тезиограммах плазмы крови больных с ХГГ до лечения в основном представлен равнорадiallyный тип растрескивания, в центральной зоне имеются аморфные участки. Конкреции мелкие, тезиограммы

характеризуются присутствием вкраплений предположительно липидов, разбросанных по всей поверхности фации, но встречающихся в большем количестве в промежуточных зонах. Все тезиограммы плазмы крови больных этой группы характеризовались формированием аморфных областей в центральной и промежуточной зонах фации, наличием предположительно липидных вкраплений в промежуточной зоне фации, уменьшением размеров и количества конкреций.

Нарушение растрескивания с формированием обширных аморфных областей в центральной зоне фации может служить свидетельством увеличения содержания гидрофобного компонента в плазме крови больных ХГГ. Снижение количества конкреций, также может быть обусловлено снижением количества минеральных компонентов, связывающих воду. Появление в промежуточной зоне фации липидных вкраплений может свидетельствовать об увеличении количества липопротеинов очень низкой плотности и хиломикрон, т.к. белки, входящие в состав этих соединений не могут обеспечить адекватную растворимость всего липопротеидного комплекса в условиях нарастающей дегидратации, т.е. при высыхании капли.

Увеличение содержания хиломикрон и липопротеинов очень низкой плотности в плазме крови может быть обусловлено удлинением их периода полужизни в плазме крови вследствие изменения апопротеинов в результате их окислительной модификации. Уменьшение количества конкреций может быть следствием снижения связывания минеральных компонентов с белками и их выведением из кровяного русла. Вместе с этим, появление обширных аморфных зон свидетельствует об уменьшении доли белкового Тезиограммы плазмы крови больных ХГГ после лечения, отличались характером структурообразования фации. 100% тезиограмм характеризовались трехзональным строением фаций (присутствуют краевая, промежуточная и центральная зоны). Во всех тезиограммах отмечалась четкая краевая очерченность.

Рисунок 3 - Типичная тезиограмма плазмы крови больного ХГГ после лечения



Все тезиограммы отличались высокой густотой растрескивания. В тезиограммах с разнорadiaльным растрескиванием порядок ветвления в фации зависит от величины радиуса. В тезиограммах плазмы крови больных данной группы порядок ветвления характеризовался, как высокий (от 5 до 10 отдельностей в радиусном ряду) и очень высокий (более 10 отдельностей в радиусном ряду). В тезиограммах с равнорadiaльным растрескиванием порядок ветвления соответствовал высокому. В то же время, для большинства тезиограмм, с преобладающим хаотичным распределением отдельностей, порядок ветвления не поддавался описанию. Большинство тезиограмм характеризовались очень высоким количеством конкреций (конкреции встречались примерно во всех отдельностях всех 3-х зон фации).

В качестве подсистемного нарушения для всех проанализированных тезиограмм можно отметить атипичные конкреции. В пределах одной фации всегда можно встретить круглые и палочковидные, а так же мелкие и очень крупные конкреции. Характерным является формирование большого количества тесно располагающихся палочковидных конкреций, формирующих концентрические участки. Таким образом, при анализе тезиограмм плазмы крови больных с гнойными синуситами после лечения, были выявлены следующие нарушения структурирования плазмы крови: смена равнорadiaльного типа растрескивания на разнорadiaльный и преобладающий хаотичный типы растрескивания; увеличение количества конкреций; атипичные конкреции концентрические узоры, сформированные, особенно тесным расположением палочковидных конкреций в центральных зонах фаций. Картина структурных нарушений тезиографической картины плазмы крови больных с ХГГ после лечения имеют нарушения, связанные в первую очередь с нарушением взаимодействия компонентов плазмы крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сакович А.Р., Семак Л.И. Оценка общей реактивности больных острым гнойным синуситом по гематологическим индексам./ Мат-лы Всероссийской науч. практ. конф. «Новые технологии диагностики и лечения в оториноларингологии», СПб.- 22- 23 апреля 2009.- С. 269-273.

2. Захарова Г.П., Шабалин В.В., Янов Ю.К. Теоретические и методологические основы морфологического исследования структур твердой фазы биологических жидкостей слизистой оболочки верхних дыхательных путей.//Росс. оторинолар.- 2009.- №5 (42).- С. 45- 53.
3. Шабалин В.Н., Шатохина С.Н., Шабалин В.В. Фундаментальные основы самоорганизации биологических жидкостей. Функциональная морфология биологических жидкостей: матер. 3 Всерос. научн.- практ. конф.- М., 2004.- С.5-7.
4. Деев Л.А., Шабалин В.Н., Шатохина С.Н. Структурные особенности твердой фазы внутри глазничной жидкости у лиц пожилого возраста с различными стадиями глаукомы./Актуальные проблемы геронтологии.- М., 1999.- С. 181-183.
5. Шатохина С.Н. Диагностическое значение кристаллических структур биологических жидкостей в клинике внутренних болезней: Автореф. дисс. ... д.м.н.- М., 1995.- 40с.

УДК 616.216.1-002.3:616-099

ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ ГАЙМОРИТАХ

К.Т. Ауезов
ЦРБ, г. Сарыагаш

ТҮЙІН

Сарыағаштың ЛОР- клиникасында созылмалы ірінді гайморитпен 20 сырқаттың динамикасында тотығу метаболизм, липидтердің асқын тотығу көрсеткіштерінің зерттелуі жүргізілді. Емделгеннен кейін тотығу метаболизм көрсеткіштері және липидтердің асқын тотығуының көрсеткіштері азаятыны атап көрсетілді.

SUMMARY

The specialists of ENT clinic in Saryagash conducted a study of oxidative metabolism in 20 patients with chronic purulent haimoritismaxillary sinusitis. The intensification of LPO processes, OMB, and endogenous intensification after treatment were established. These changes were normalized after treatment .

Окислительный метаболизм складывается из сопряженных процессов: радикалообразование (генерации активных форм кислорода и оксида азота), перекисное окисление липидов (ПОЛ), окислительной модификации белков (ОМБ) и нуклеиновых кислот.и антиоксидантной защиты [1]. В последние годы исследованию синдрома эндогенной интоксикации отводится важная роль. Показано, что эндотоксемия развивается при всех патологических состояниях, связанных с повышенным катаболизмом или блокадой детоксикационных систем организма [2]. В настоящее время эндотоксины принято разделять на 2 группы: олигопептиды и непептидные вещества с низкой и средней молекулярной массой (ВНСММ), к которым относят более 200 метаболитов, как присутствующих в крови в норме, так и появляющихся при патологии [3].

Практически при любой патологии и любом неблагоприятном (стрессовом) воздействии на организм активируются процессы свободнорадикального окисления, что приводит к накоплению токсических веществ, которые относят к эндотоксинам. Повышение в сыворотке крови содержания продуктов ПОЛ, а также увеличение активности ферментов детоксикации активных форм кислорода являются неспецифическими тестами эндотоксикоза. Показано, что продукты распада липидов (альдегиды, диальдегиды, эпоксиды) оказывают повреждающее действие на различные структуры клетки, белки, нуклеиновые кислоты и другие структуры, следовательно, являются эндопатогенами. Перекисное повреждение белковых веществ приводит к их деградации и образованию токсических фрагментов.

Окислительная модификация белков, индуцированная активными формами кислорода, выражается в нарушении третичной структуры протеинов, что приводит к их агрегации и/или фрагментации. В первом случае образуются высокомолекулярные белковые агрегаты. При фрагментации белков образуются низкомолекулярные фрагменты. Установлено, что агрегацию белков чаще всего вызывают гидроксильные радикалы и супероксиданионов индуцирует фрагментацию белка. В результате снижается или исчезает многообразная функциональная активность белков [4]. Нарушение процессов окислительного метаболизма является одним из факторов патогенеза острых и хронических экссудативных синуситов и полисинуситов [5].

Целью работы явилось изучение окислительного метаболизма у больных с хроническим гнойным гайморитом (ХГГ).

Материалы и методы: В ЛОР- отделении Сарыагашской районной больнице проведено обследование и лечение 20 пациентов хроническим гнойным гайморитом (ХГГ). На высоте клинических проявлений пациенты предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, снижение обоняния, головную боль, слизисто- гнойное отделяемое из носа, общую слабость. При эндоскопии: слизистая носа гиперемирована, отечна, слизисто- гнойное отделяемое в среднем носовом ходе, спускающиеся на дно полости носа. Диагноз

подтвержден рентгенологически. Пациентам проведена ЯМИК- процедура, с целью активной эвакуации экссудата из пазух, затем проведена озон/NO- ультразвуковая терапия. В среднем проведено 3-4 ЯМИК-процедуры. Об интенсивности процессов ПОЛ судили по уровню первичных продуктов- диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА). ДК в плазме крови определяли по методу В.Б.Гаврилова и М.И.Мешкорудной [6], при расчете использовали коэффициент молярной экстинкции- $2,2 \times 10^5 \text{ M}^{-1} \text{ см}^{-1}$.

Единицы измерения $\text{M}^{-6}/\text{мл}$. Малоновый диальдегид является индикатором окислительной деструкции липидов. МДА обладает выраженным цитотоксическим действием, способен инактивировать белки. Концентрацию свободной формы МДА в плазме крови определяли по методу Э.Н.Коробейниковой [7]. Использование этого метода позволяет снизить интерферирующее влияние взаимодействия тиобарбитуровой кислоты с не липидными примесями. При расчете использовали коэффициент молярной экстинкции, равный $1,56 \times 10^5 \text{ M}^{-1} \text{ см}^{-1}$, единицы измерения – нмоль/мл. Принцип метода оценки ОМБ основан на реакции взаимодействия окисленных аминокислотных остатков с 2,4-динитрофенилгидразином с образованием кетондинитрофенилгидразонов (КДНФГ) и альдегиддинитрофенилгидразонов (АДНФГ) основного и нейтрального характера. КДНФГ нейтрального характера регистрировали при длине волны 356 нм, АДНФГ нейтрального характера- при длине волны 370 нм, КДНФГ основного характера- при длине волны 430 нм, АДНФГ основного характера- при длине волны 530 нм. Результаты выражали в единицах оптической плотности/ мл плазмы.

Результаты и обсуждение: В таблице 1 приведены результаты исследования показателей ОМБ в плазме крови больных хроническим двусторонним гнойным гайморитом до и после лечения. Из данных таблицы следует, что на высоте клинических проявлений в плазме крови больных аккумулируются главным образом КДНФГ нейтрального характера и АДНФГ основного характера, которые превышали значения контроля, соответственно, на 70% и 65%.

Таблица 1 - Показатели окислительной модификации белков в плазме крови больных хроническим гайморитом до и после лечения ($X \pm m$).

Группы обследуемых больных	КДНФГ нейтрального характера усл.ед./мл	АДНФГ нейтрального характера усл.ед./мл	КДНФГ основного характера усл.ед./мл	АДНФГ основного характера усл.ед./мл
Контроль, n=20	3,4±0,09	3,6±0,077	1,87±0,04	0,26±0,01
Двухсторонний хронически гнойный гайморит до лечения, n=20	5,8±0,44*	3,75±0,167	2,15±0,2	0,43±0,11*
Двухсторонний хронически гнойный гайморит после лечения, n=20	4,0±0,22	3,08±0,24	2,0±0,27	0,31±0,33
*- достоверность по сравнению с контролем, $p < 0,05$ и ниже #- достоверность по сравнению с показателем до лечения, $p < 0,05$ и ниже				

После проведенного лечения в плазме крови больных хроническим двусторонним гнойным гайморитом выявлена тенденция к снижению содержания КДНФГ нейтрального и основного характера, уровни которых имели тенденцию к нормализации. Содержание АДНФГ основного и нейтрального характера в сопоставлении с контролем продемонстрировало тенденцию к нормализации. В таблице 2 представлены результаты изучения показателей ПОЛ в плазме крови больных хроническим двусторонним гнойным гайморитом до и после лечения. Из данных таблицы следует, что в плазме крови больных хроническим двусторонним гнойным гайморитом на высоте клинических проявлений уровень ДК был достоверно выше контроля в 5,2 раза.

Таблица 2 - Показатели ПОЛ в плазме крови больных хроническим двусторонним гнойным гайморитом до и после лечения.

Группы обследуемых больных	ДК, нмоль/мл	МДА, нмоль/мл
Контроль, n=20	0,71±0,05	3,2±0,08
Двухсторонний хронически гнойный гайморит до лечения, n=20	3,7±0,64*	3,6±0,89

Двухсторонний хронически гнойный гайморит после лечения, n=20	1,2±0,5#	3,3±0,66
*- достоверность по сравнению с контролем, p<0,05 и ниже		
#- достоверность по сравнению с показателем до лечения, p<0,05 и ниже		

После проведенного лечения в плазме крови больных хроническим двусторонним гнойным гайморитом зафиксировано снижение уровня ДК, а МДА достигло уровня контроля. Таким образом применение ЯМИК озон/NO- ультразвуковой терапии в комплексном лечении больных ХГГ способствует снижению степени эндогенной интоксикации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безрукова Е.В., Белозерова Л.А., Пашинин А.Н. Способ оценки эффективности лечения больных хроническими риносинуситами./ Мат. конф. «Прикладная и фундаментальная наука- Российской оториноларингологии».- СПб.- 2010.- Приложение №2.- С.230-236.
2. Беляков Н.А., Малахова М.Я. Критерии и диагностика эндогенной интоксикации.// Эндогенные интоксикации: Тез. докл. междунар. симп.- СПб.- 1994.- С. 60-62.
3. Малахова М.Я. Метод регистрации эндогенной интоксикации: метод. рекоменд.- СПб.- 1995.- С.33.
4. Дубинина Е.Е., Шугалей И.В. Окислительная модификация белков.// Успехи совр. Биологии.- 1993.- Т. 113, вып.3.- С. 71-82.
5. Оспанова С.А., Тургунбаева С.И., Калмурзаев С.Р. Динамика ПОЛ сыворотки крови у больных острым двухсторонним гайморэтомидитом./ Астана медициналық журналы.- №3.- 2004.- С.150-151.
6. Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови.// Лабораторное дело.- 1983.- №3.- С.33-36.
7. Коробейникова Э.Н. Модификация определения продуктов перекисного окисления липидов в реакции тиобарбитуровой кислотой.// Лабораторное дело.- 1989.- №7.- С.8-10.

УДК 616.216.1-002.3-022.258:612.111.15

ИНФРАКРАСНАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ ГАЙМОРИТОМ В ДИНАМИКЕ ОЗОН/NO- УЛЬТРАЗВУКОВОГО ЛЕЧЕНИЯ

*К.Т. Ауезов
ЦРБ, г. Сарыағаш*

ТҮЙІН

Сарыағаштың ЛОР- клиникасында 20 созылмалы ірінді гайморитпен ауыратын науқастарға озон/NO-ультразвуктік ем өткізілді. Барлығында емделуге дейін тотығу метаболизм қанның плазмасы зерттелінді. Емделгеннен кейін липидтерді деградациялау өнімдерінің болуы азаятыны атап көрсетілді.

SUMMARY

Ozon/NO- ultrasonic treatment of the chronic maxillary sinusitis in 20 patients has been given in the otolaryngologic clinic in Saryagash. Before the treatment the blood serum of a patient haimoritis was investigated by ultrared spectroscopy. It was revealed that in blood plasma of patients with chronic maxillary sinusitis the decrease in lipid degradation products maintenance was observed.

Инфракрасная спектроскопия (ИКС) широко применяется в качественном и количественном анализе жидких, твердых и газообразных фаз. Каждое соединение имеет свой собственный, индивидуальный, специфический ИК-спектр поглощения, отличающийся от ИК- спектра поглощения любого другого соединения. Иногда ИК- спектры поглощения называют «отпечатками пальцев» данного вещества, усматривая аналогию в том, что как нет разных людей, имеющих одинаковые отпечатки пальцев, так нет и разных веществ имеющих одинаковые ИК-спектры поглощения. Эта методика отличается высокой специфичностью [1,2]. Метод ИКС биологических жидкостей позволяет: изучить строение молекул, характер межмолекулярных и внутримолекулярных взаимодействий; определить чистоту вещества; провести количественный анализ (интенсивность поглощения в определенных частях спектра пропорциональна концентрации вещества) и тем самым оценить особенности функционального состояния организма [3].

Метод ИКС дает возможность оценивать функциональное состояние организма на уровне внутримолекулярных и межмолекулярных взаимодействий, т.е. на молекулярном уровне, когда еще возможна

донозологическая диагностика [4]. Этот метод рентабелен, атравматичен. Несмотря на широкое использование метода ИКС в медицинских исследованиях, он не нашел своего достойного применения в определении отклонения состояния организма от нормы, связанного с возникновением острого и хронического гнойного синусита и полисинусита.

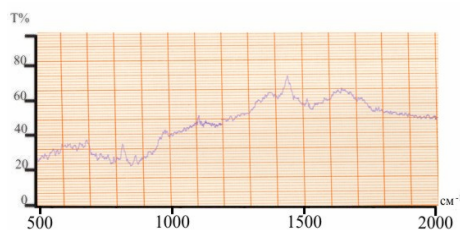
Цель исследования: Определить особенности изменений ИК-спектров плазмы крови у больных хроническим гнойным гайморитом в динамике лечения ЯМИК озон/НО- ультразвуковым методом.

Пациенты и методы: В ЛОР- отделении Сарыагашской районной больнице проведено обследование и лечение 20 пациентов хроническим гнойным гайморитом (ХГГ). Пациенты предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, снижение обоняния, головную боль, слизисто- гнойное отделяемое из носа, общую слабость. При эндоскопии: слизистая носа гиперемирована, отечна, слизисто- гнойное отделяемое в среднем носовом ходе. Диагноз подтвержден рентгенологически. Пациентам проведена ЯМИК- процедура, с целью активной эвакуации экссудата из пазух, затем проведена озон/НО- ультразвуковая терапия.

ИК- спектроскопию сыворотки крови проводили в физико- химической лаборатории ЗАО «ИОСУРК» г. Караганды. Для исследования берут периферическую венозную кровь из локтевой вены, в количестве 5,0 мл, центрифугируют при 1000 оборотах в минуту в течение 10 минут. Для исследования используют сыворотку крови, которую переливают в чашку Петри и высушивают при комнатной температуре. Высушенная сыворотка перемалывается на вибрмельнице с каленым стальным шаром и запрессовывается при давлении 250 атм. в вакуумируемой пресс форме в течение 5 минут. ИК- спектры регистрировались с помощью инфракрасного спектрофотометра. UR-20, в диапазоне 700- 1800 см⁻¹ область NaCl и 2600- 3700 см⁻¹ область LiF. Результаты сравнивались с группой контроля (здоровых лиц).

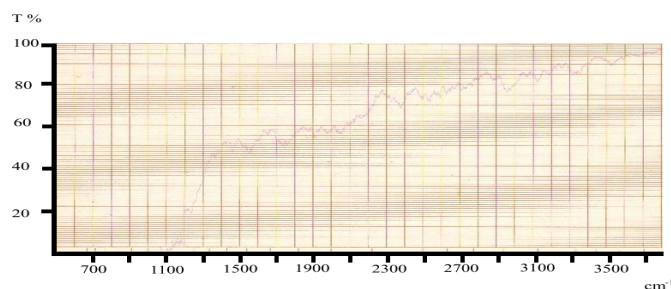
Результаты исследования: ИК-спектры контрольных образцов характеризуются поглощением на частотах 705, 820, 870, 920-1000, 1340-1410, 1410-1460, 1510-1530, 1570-1700, 1700-1720 см⁻¹.

Рисунок 1 - Типичный ИК-спектр плазмы крови группы контроля



ИК-спектр плазмы крови больного с хроническим гнойным гайморитом (ХГГ) до лечения представлен на рисунке 2. ИК-спектры плазмы крови больных с ХГГ отличались от ИК-спектров плазмы крови группы контроля увеличением интенсивности поглощения в области 920-1000 см⁻¹ с изменением полуширины и формы полосы поглощения, увеличением полуширины полос поглощения в области 1320-1460 и 1420-1500 см⁻¹, а также появлением нескольких слабо выраженных пиков поглощения в полосе Амид I.

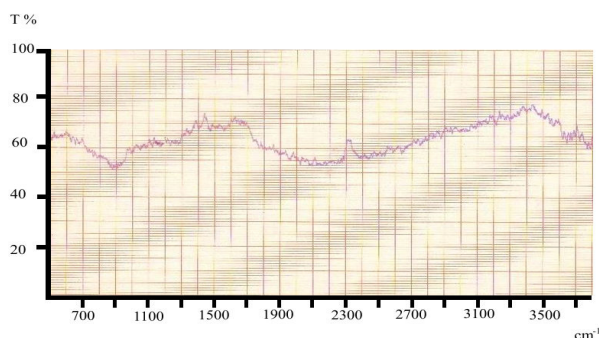
Рисунок 2 - Типичный ИК-спектр плазмы крови больного с ХГГ до лечения.



Отличия ИК-спектров плазмы крови больных с ХГГ от ИК-спектров плазмы крови группы контроля могут быть обусловлены изменением структурных характеристик липидного компонента, в частности увеличением содержания и лабильности групп -СН, о чем свидетельствует изменение характера поглощения в области 920-1000 и 1320-1460 см⁻¹, а также стабилизацией пептидных цепей и увеличением жесткости упаковки белков, о чем свидетельствует изменение полуширины полосы поглощения 1420-1500 см⁻¹ и появление дополнительных пиков поглощения в полосе Амид I. У больных ХГГ более выраженный вклад в формирование спектра вносит именно изменение взаимодействия функциональных групп.

Следовательно, на основании результатов исследования ИК-спектров плазмы крови больных ХГГ мы можем сделать вывод о том, что при развитии гнойного воспалительного процесса в пазухах происходит изменение характеристик компонентов плазмы крови, которое выражается в увеличении содержания и лабильности групп $-CH$ и стабилизации пептидных цепей, сопровождающейся увеличением жесткости упаковки белков не нарушения их структуры. Типичный ИК-спектр плазмы крови больного ХГГ после лечения представлен на рисунке 3.

Рисунок 3 - Типичный ИК-спектр плазмы крови больного ХГГ после лечения



Изучение характера поглощения ИК излучения в плазме крови больных с ХГГ показало, что после лечения происходит дальнейшее структуризация ацильных цепей липидов плазмы крови, и уменьшение лабильности групп $-NH_2$ и $-C=O$. О таких изменениях структуры и свойств основных макромолекулярных компонентов плазмы крови свидетельствует изменение характера поглощения ИК излучения в области 920-1000, 1320-1460 и 1420-1500 cm^{-1} . В ИК- спектрах плазмы крови больных ХГГ после лечения наблюдались изменения, свидетельствующие об уменьшении активности процессов ПОЛ и восстановлении фосфолипидного спектра, что может свидетельствовать о восстановлении мембранных структур. Изменения спектральных характеристик поглощения в области полос амид I и амид II, наблюдающиеся в ИК- спектрах данной группы больных, могут свидетельствовать как о частичном восстановлении структуры белкового компонента при прохождении курса озон/NO- ультразвуковой терапии, так и о наличии нарастания структурно-функциональных изменений, которые могут привести к нарушению или к утрате функций белков.

Таким образом мы можем сделать заключение о том, что при прохождении полного курса озон/NO- ультразвуковой терапии по данной схеме у больных с ХГГ наблюдается улучшения белкового и липидного спектра плазмы крови, что также может свидетельствовать о стабилизации и восстановлении поврежденных вследствие протекания патологического процесса структур.

ЛИТЕРАТУРА

1. Никитина И.Н. Особенности динамики быстрых изменений показателей инфракрасного спектра крови при действии экзогенных факторов. Дис. ... канд. биол. наук./Тверской гос. ун-т, 1997.- 127с;
2. Винярская И.В. Клиническая оценка показателей инфракрасной спектроскопии при болезнях миокарда у детей. Дис. ... канд. мед. наук./ Нижегородская гос. мед. акад. 2000.- 119с.
3. Цыганенко А.Я., Жуков В.И., Мясолдов В.В., Завгородный И.В. Клиническая биохимия. Триада Х.-М.- 2002.- 496с.
4. Кантор Ч., Шиммел П. Биофизическая химия в 3-х Т. Т□-М.: Мир, 1984.- 492с. Т□-М.: Мир, 1985.- 336с. Т□-М.: Мир, 1985.- 533с.

УДК 616.155.194.8-02-084

ТЕМІР ТАПШЫ АНЕМИЯСЫ ЖӘНЕ АНЫҚТАУ ӘДІСТЕРІ

Ш.Ө. Ералиева

Қалалық аурухана, Қызылорда қаласы

РЕЗЮМЕ

Железодефицитная анемия (ЖДА) признана одной из актуальных проблем мирового здравоохранения. Ведущим синдромом в клинической картине является сидеропенический синдром, который подтверждается лабораторными данным показателем обмена железа.

SUMMARY

Iron deficiency anemia is recognized as one of the actual problems of the world public health. The leading syndrome in clinical picture is sideropenia syndrome, which is confirmed by laboratory data on iron exchange factors.

Темір тапшы анемиясы – микроцитозбен, темір тапшылы эритропоэзбен, темір қорының кемуімен және айқын гипосидеремиямен жүретін анемия. ДДҰ-ның мәліметтер бойынша Жер шарының 3,6 млрд тұрғынында жасырын темір тапшылығы және 1,8 млрд тұрғынында темір тапшылық анемиясы (ТТА) анықталады. Әлемнің дамушы елдерінде, әсіресе Африка және Оңтүстік-Шығыс Азия халықтарында 60 %-ға жуық балалар және 50 %-ға жуық құрсақ көтеретін жастағы әйелдер анемиямен зардап шегеді. Жалпы ТТА ағзаның барлық жүйелеріне әсер ететін аз симптомдар деп аталатын бір қатар өзгерістерді туындатады. Ол балалардағы физикалық және танымдық дамудың тежелуін, ересектердегі жұмыс істеу қызметінің нашарлауын, диареяның және жұқпал аурулардың ауыр өтуін, аналар мен балалар өлімінің жоғары деңгейде жүруін, аз салмақты балалардың туылуын туындата алды.

ТТА клиникалық көріністерінде екі негізгі – анемиялық және сидеропениялық синдромдар анықталады. Анемиялық синдром гемоглобин деңгейі мен эритроциттер санының төмендеуінен, тіндердің оттегімен жеткіліксіз қамтамасыз етілуінен бейарнамалы симптомдардың пайда болуымен көрінеді. Науқастар әлсіздік, тез шаршағыштық, жұмыс істеу қабілетінің төмендеуі, бас айналуы, құлақтардың шулауы, көз алдында шіркейлер ұшқан сияқты сезімдер, жұмыс істегенде жүрек соғуы, енгігуі, кейде талманың пайда болуы, ой қызметінің, жадтың нашарлауына шағым айтады. Жүрек аурулары бар науқастарда стенокардия ұстамасы жиіленуі мүмкін. Өте айқын анемия кезінде жүрек ұстамаларының өршуі ауырлай түседі. Анемияда кардиомиопатия даму салдарынан енгігу, тахикардия, жиі аритмиялар, жүрек шегінің солға ығысуы, жүрек тондарының тұйықталуы, систолалық шулардың естілуі пайда болады. Ауыр және ұзаққа созылған анемияда кардиомиопатия айқын қан айналу жетіспеушілігіне алып келуі мүмкін. Сонымен қатар ТТА-ға гипотония тән. Тері жамылғылары мен көзге көрінетін шырыш қабаттары бозғылт көрінеді. Кейде, әсіресе жастарда ол жасылдау түстес («хлороз») болады.

Негізінен ТТА біртіндеп дамиды, сонын салдарынан науқастың ағзасы анемияға бейімделіп алады да, олар шағым айтпауы мүмкін. Сонымен қатар науқастар өз мазасыздығын жұмыста шаршаумен, психоэмоционалдық күштемермен не басқа факторлармен байланыстырып, назар аудармайды. Сидеропениялық синдром тіндік темір тапшылығынан туындап, бір қатар ферменттер (цитохромоксидаза, пероксидаза, сукцинат-дегидрогеназа және т.б.) белсенділігінің төмендеуіне алып келеді. Сидеропениялық синдром көптеген симптомдармен көрінеді: дәм бұрмалануы (pica chlorotica) – тағамға әйтеуір бір өзгеше және аз қолданылатын заттарды (бор, тіс пастасы, көмір, кесек, топырақ, құм, мұз, сіріңке ұшы), сонымен бірге піспеген қамыр, фарш, дақылдар, құрғақ шайды қолдануға құштарлық.

Бұл симптом балалар мен жас өспірімдер арасында жиірек кездеседі; тұзды, қышқыл, ащы, татымды тағамдарды ұнату; иіс сезудің бұрмалануы – жағымсыз деп саналатын иістерге (бензин, керосин, ацетон, лак, бояу, гуталин, нафталин) құштарлық; айқын бұлшық еттің әлсіздігі мен шаршағыштығы, оның атрофиясы мен бұлшық ет күшінің төмендеуі; тері мен оның қосалқыларының дистрофиялық өзгерістері (терінің құрғақтығы, түлеуі, жарылулары; шаштың жігерсіздігі, көмескісі, сынғыштығы, түскіштігі, ерте ағаруы; тырнақтың жұқарып, сынғыш, көлденең жолақ пайда болып, жігерсіздігі, көмескісі; койлонихий – қасық тәрізді ойысты, шұңғыр тырнақ); ангулярлы стоматит – ауыз бұрыштарындағы жарылу, «тіліну»; глоссит – тілдің кернеп, ауырсыну сезімі, тіл ұшының қызаруы, ал кейін емізікшелердің атрофиясы, пародонтоз бен кариеc жиі байқалады; асқазан-ішек жолдарының шырыш қабатының атрофиялық өзгерістері – ол өңештің шырыш қабатының құрғақтығы және жұтудың қиындалуы, кейде тағамды, әсіресе құрғақ тамақты жұтқан кезде ауырсынуы, атрофиялық гастрит пен энтериттің дамуы; «көк склера» симптомы; қуық сфинктерінің әлсіздігі салдарынан несеп шығаруға императивтік шақырулары, күлгенде, жөтелгенде, түшкіргенде несепті ұстай алмауы, түнде төсекке зәр жіберуі мүмкін; «сидеропениялық субфебрилитет» - ұзаққа созылған дене қызуының субфебрилді жоғарлауы; иммунды жүйенің әлсіздігіне байланысты жедел респираторлы-вирусты және басқа да инфекциялық-қабыну процестеріне айқын бейімділігі, инфекциялардың созылуы байқалады; тері, шырыш қабаттардың репаративтік процестері төмендейді.

Лабораторлық және құрал-сайманды зерттеулер кезінде қанның жұғындысында боз эритроциттер табылады. Айқын анемия кезінде анизоцитоз бен пойкилоцитоз, микроциттердің басым келуі анықталса, кейде сақина тәрізді эритроциттер және эритроциттердің үздіктері кездеседі. Қан көп кеткен жағдайларда орташа ретикулоцитоз болуы мүмкін. Лейкоциттер мен тромбоциттер саны қалыпты болады (өте терең және ұзаққа созылған анемияларда төмендеуі мүмкін). Қан сарысуындағы темір деңгейін Био-Ла-Тест «Темір» жиынтығы көмегімен анықтайды. Қалыпты жағдайда сарысулы темір ер кісілерде 13,0 – 30,0 мкмоль/л, ал әйелдерде 11,5 – 25,0 мкмоль/л. ТТА-да төмендейді. Қан сарысуындағы трансферринді анықтау иммунохимиялық әдістің радиалды иммунодиффузия түрімен іске асады. Қалыпты жағдайларда қан сарысуындағы трансферрин мөлшері ерлер мен әйелдерде 3,0-3,3 г/л құрайды. ТТА-да жоғарылайды.

ТТА диагнозында маңызды туынды көрсеткіш болып трансферриннің темірге қанығу коэффициенті саналады. Қалыптыда трансферриннің темірге қанығу коэффициенті 16-40 %. ТТА-да төмендейді. Ағзадағы темірдің қорға жиналуының ең хабарлы және сезімтал көрсеткіші ретінде қан сарысуындағы ферритин

саналады. Қан сарысуындағы ферритин деңгейін анықтау үшін радиоиммунологиялық, иммунорадиометрлік және соңғы жылдары иммуноферменттік әдісінің талдауы қолданылып жүр. Қалыпты жағдайда қан сарысуындағы ферритиннің мөлшері әйелдер мен ер кісілерде 20 нг/мл жоғары. ТТА критерийі ретінде СФ 12 нг/мл, жасырын темір тапшылығында – 20 нг/мл төмен болуы қабылданған.

Жасырын алды темір тапшылығының диагноздық критерийлер анемия жоқ, гемоглобин деңгейі қалыпты; сидеропениялық синдром жоқ, себебі тіндік темір қоры сақталған; сарысулы темір деңгейі қалыпты; депода темір қоры азайған, яғни сарысулы ферритин деңгейі төмендейді. Жасырын темір тапшылығының диагноздық критерийлері: анемия жоқ, гемоглобин деңгейі қалыпты; тіндік темір қорының кемуіне байланысты сидеропениялық синдромның клиникалық белгілері болады; сарысулы темір деңгейі төмендейді, сарысулы трансферрин жоғарылайды, изотрансферриндік спектрде қанықпаған және жартылай қаныққан апомен моноферритрансферрин пайыздары артады, трансферриннің темірге қанығу коэффициенті төмендейді; темір қоры – сарысулы ферритин деңгейі төмендейді.

Темір тапшы анемиясының диагноздық критерийлері: гемоглобин деңгейі (ДДҰ бойынша ерлерде – 130 г/л, әйелдерде – 120 г/л төмен) кемиді және эритроциттер саны азаяды, эритроциттер санына қарағанда гемоглобин деңгейінің айқын төмендеуі тән; эритроциттегі гемоглобиннің орташа мөлшері кемиді; рендік көрсеткіш азаяды (ТТА негізінен гипохромды анемия); эритроциттер бозғылт боялады және ортасы ақшылданады; шеткі қан жұғындысында микроциттер басым келеді, анизоцитоз (эритроциттер көлемдерінің әр түрлігі) және пойкилоцитоз (эритроциттер пішіндерінің әр түрлігі); айқын анемия кезінде лейкопения, кейде көп қан жоғалытқан жағдайларда тромбоцитоз болуы мүмкін; айқын анемияда эритроциттердің тұну жылдамдығы үдеуі мүмкін (ЭТЖ 20-25 мм/сағ); тіндік темір қорының бос қалуына байланысты сидеропениялық синдром айқын бұзылыстармен көрінеді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Анемия – скрытая эпидемия: Пер. с англ., М., Мега Про, 2004.
2. Байжанова К.Т. Анемиялардың ажыратпалы диагнозы және емі//Оқу құралы, Шымкент, 2006, 127 б.
3. Байжанова К.Т., Бекмурзаева Э.Қ. Қан аурулары// Оқу құралы, Шымкент, 2010, 400 б.
4. Байдурын С.А. Заболевания системы корви, Астана, 2007, 246 с.
5. Бокаев И.Н., Кабаева Е.В., Пасхина О.Е. Лечение и профилактика железодефицитной анемий в амбулаторной практике //Тер.архив, 1998, № 4, С. 70-74.
6. Воробьев П.А. Анемический синдром в клинической практике; М.: Медицина, 2004, 168 б.
7. Демихов В.Г., Могщакова Е.Ф. и др. Распространенность дефицита железа у беременных женщин. // Вопросы гематол.онкол. и иммунопатол. в педиат, 2002, №1, С.21-23.
8. Клиническая гематология. Руководство для врачей. Котоян Э.Р., 2003
9. Ковалева Л. Железодефицитная анемия //Врач, 2002, №12, С. 6-10.
10. Красильникова М.В. Железодефицитные состояния у подростков: частотные характеристики, структура и вторичная профилактика: Автореф. Дис.к.м.н. М.; 2006.
11. Левина А.А., Цветаева Н.В., Колошейнова Т.И. Клинические, биохимические и социальные аспекты железодефицитной анемии тардифероном // Гематол. и трансфузиол, 2001, № 3, С.51-55.
12. Основы клинической гематологии/ Под редакцией В.Г. Радченко. – Санкт-Петербург, 2003, 304 с.
13. О дополнительных мерах по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом железа в структуре питания населения. Рос.газета, 2003, 24 сентябрь, № 190.
14. Сараева Н.О. Методы коррекции анемии у онкогематологических больных //Гематол. и трансфузиол., 2008, №4, С.29-34.
15. Тарасова И.С., Чернов В.М., Румянцев А.Г. Профилактика дефицита железа - актуальная проблема здравоохранения всех стран мира //Гематол. и трансфузиол., 2009, № 2, С.31-39.
16. Циммерман Я.С., Бабушкина Г.Д. Анемии. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники, классификации, диагностика и дифференциального лечения. Пермь: ПГМА, 2004,125 с.
17. Шевченко Ю.Л. Анемия (от А до Я), 2002, 320 с.
18. Breymann C. Iron deficiency and anemia in pregnancy: modern aspects of diagnosis and therapy. Blood Cells Mol. Dis. 2002, 29 (3): 506-516; discussion 517-521.
19. Christopher R. Chitambar and Janine P. Wereley Iron transport in a lymphoid cell line with the hemochromatosis C282Y mutation //Blood, 2001, Vol. 97, P.2734-2740.
20. Herberg S., Preziosi P., Galan P. Iron deficiency in Europe // Publ. Hlth. Nutr., 2001, Vol.4, N 2B, P.537-545.
21. The World Health Report 2002. Reducing risk, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002 (WHO/WHR/02.1)
22. Schaefer R., Gasche C., Huch R., Krafft A. Информационный бюллетень по препаратам железа//Гематол. и трансфузиол., 2004, № 4, С.40-47.
23. World Health Organization. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva, 2001 (WHO/NHD/01.3).
24. Weiss G., Goodnough L.T. Anemia// N. Engl. J. Med.,2005, Vol.352, P.1011-1023.
25. Fishbane S. Safety in iron management // Am.J. Kidney dis, 2003, Vol.41, N 5, P. 18-26.

УДК 615.277.3.03:616.155.392.2-036.12

СОЗЫЛМАЛЫ ЛИМФОЛЕЙКОЗДЫҢ ҚАЗІРГІ ЗАМАНДАҒЫ ЕМІ*С. Н. Абдулова**Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент қаласы***РЕЗЮМЕ**

В течение многих лет стандартная монотерапия хронического лимфолейкоза (ХЛЛ) была основана на хлорамбуцил или циклофосфамид. Важной открытием в терапии ХЛЛ стало внедрение флударабина и алемтузумаба, которые продемонстрировали более высокие уровни частоты полного ответа.

SUMMARY

During many years the standard of monotherapy chronic lymphocytic leukemia (CLL) was founded on chlorambucil or cyclophosphamide. An important discovery was introduction of fludarabine and alemtuzumab in CLL therapy, which demonstrated more higher level of the frequency of an overall answer.

Созылмалы лимфолейкоз (СЛЛ) – сүйек миының, лимфа түйіндердің және басқа да ағзалардың лимфоидты инфильтрациясы салдарынан қанда жетілген лимфоциттердің көбеюімен сипатталатын ісіктік ауру. СЛЛ Жер шарының Солтүстік жартысында орналасқан елдерде барлық лейкоздардың 25-30 %-ын және барлық қатерлі ісіктер туындататын аурулардың 9 %-ын құрайды. Ол Азия елдерімен салыстырғанда Еуропа мен АҚШ халқында жиірек кездеседі. Ауру жылына 100 000 тұрғынға 2,7 жаңа жағдай жиілігімен анықталады. Соңғы жылдары СЛЛ-мен аурушандық көрсеткішінің өсуі байқалады. СЛЛ негізінен 50-60 жастағы адамдарда жиі, 25 жасқа дейінгі жас адамдарда сирек кездеседі. Әйелдермен салыстырғанда ерлер екі есе жиі ауырады.

СЛЛ-ның бастапқы кезеңінде басқа лейкоздармен салыстырғанда цитостатикалық емді ұзақ уақыт қажет етпейді. Аурудың бастапқы кезеңінде тек жалпы терапиялық шаралар қолданады: жақсы қуатты тағам, ауыз қуысын таза ұстау, инфекциялық ошақтарға санация жасау, жалпы қуаттандырғыш дәрі-дәрмектері, шипажайда емдеу, бірақ физиотерапиялық (ультрақұлгін сәуле, қыздыру, электрофарез және т.б.) емнен бас тарту қажет. ХХІ ғасырда СЛЛ-ның клиникалық көріністерінің айқындалу не дерттің үдеу кезеңінің жоғары тиімді дәстүрлі еміне флудараны қолдану жатады.

Флударабин (флудара) – ісік жасушасына қарсы әсер беретін антиметаболит (вирусқа қарсы агенттің нуклеотидтік аналогы) болып табылады. Ол 50 мг ұнтақ және 10 мг түйме түрінде шығады. Флударабин 25 мг/м² тері беткейіне есептеліп, күнге 5 күн бойы тамыр ішіне жіберіледі және әр 28 күнде қайталап, 6 айналымға беріледі. Өте әлсіреген, сүйек миының қызметі айқын төмендеген (тромбоцитопения, анемия және/немесе гранулоцитопения дамыған) пациенттерде, иммундық тапшылықта (жедел вирустық, саңырауқұлақтық, бактериялы инфекцияларда), балаларда, бауыр жетіспеушілігі бар және 75 жастан асқан қарт науқастарда мұқият қадағалаумен тағайындалады.

Қазіргі заманда медициналық ғылымның және технологияның дамуы созылмалы лейкоздардың емінде жаңа бағыттың - ісік жасушасына тікелей әсер ететін иммунотерапияның ашылуына алып келді. Алемтузумаб (Кэмпас) – CD52 антигенге таңдамалы әсер көрсететін моноклондық антидене тобына жататын дәрі. Оның әсер ету механизмі цитостатикалық емнен ерекшеленеді, яғни Кэмпас комплемент жүйесін белсендіреді, антиденеге тәуелді жасушаға тікелей цитотоксикалық әсерінің салдарынан апоптоз индукциясын туындатады. Ол негізінен қан мен сүйек миындағы лейкомиялық жасушаларды зақымдап, бағаналық жасушаға әсер көрсетпейді. Емнің бірінші аптасында Кэмпасті 1- күні – 3 мг, 2- күні -10 мг, 3- күні – 30 мг тамыр ішіне тамшылатып жібереді, кейін науқас дәріні жақсы көтерсе 30 мг күн ара аптасына 3 рет тағайындалады. Емнің ұзақтығы 12 аптаны құрайды.

Соңғы жылдары «СЛЛ ұзақ уақыт химиотерапияны қажет етпейді» деген теорияға «цитостатикалық терапияны неғұрлым ерте бастаса, солғұрым ем нәтижелі болады» деген көзқарас айтылып жүр. Цитостатикалық терапияға көрсеткіштер: науқастың жалпы жағдайының нашарлауы, бауыр мен көкбауырдың, лимфа түйіндердің үлкеюі, нерв бағаналарында лейкомиялық инфильтрацияның, ауырсынудың пайда болуы және ішкі ағзалар қызметінің бұзылуы; лейкоцит санының өсуі (50x10⁹/л және одан жоғары). Созылмалы лимфолейкоздың айқын көріністері кезеңінің емдеу принципіне – монокимиотерапия жатады және оны келесі цитостатиктер көмегімен іске асырады:

Хлорбутин (лейкеран, хлорамбуцил) – алкенирлеуші қосылыстарға жатады 0,002 және 0,005 г түймеде шығады. Оны ішке күніне 0,004 – 0,010 г қабылдайды. Бір курстық мөлшері 0,08-0,7 г құрайды. Лейкоцитоз 40-90x10⁹/л болған кезде оны 0,01 г аптасына 1-3 рет ішеді. Гиперлейкоцитозда (300x10⁹/л және одан жоғары) оны 0,015 г/тәу дейін жоғарылатады. Емнің 2-3 аптасында лейкоциттер төмендейді және лейкоцитоз 20-30x10⁹/л жеткенде хлорбутин ішуді тоқтатады. Қазіргі хлорбутиннің жаңама әсерлеріне байланысты кең қолданылмайды. СЛЛ-ның соңғы кезеңінің емдік принципі – полихимиотерапия (құрамында әсері әртүрлі цитостатиктері бар бағдарламамен емдеу). Полихимиотерапияның

көрсеткіштері: созылмалы лимфолейкоздың ісікті түрі; Рихтер синдромына өту; созылмалы лимфолейкоздың пролимфоцитарлық түрі; бласттық криз.

Полихимиотерапияның келесі жобалары қолданылады: Циклофосфан (800 мг аптасына 1 рет не 400 мг 1 күн сайын) және винкрестинді (2 мг аптасына 1 рет) құрама түрінде 3-5 айға береді.

СОР жобасы: циклофосфан 5 күн бойы, 400 мг/м², винкрестин 1- күні 0,4 мг/м², преднизолон 5 күн бойы, 40 мг/м². Айналым арасы 2-4 апта, ремиссияға қол жеткізгенде қолдау емін циклофосфанмен (400 мг аптасына 1 рет) жүргізіледі. Науқастың жағдайы жақсарғанда ем тоқтатылады не 2-4 айдан соң қайталауға болады. СОАР жобасы: циклофосфан 1-, 8-күні 750 мг/м² к/т, адриамицин 1-, 8- күні 50 мг/м² к/т, винкрестин 1-, 8- күні 1,4 мг/м² к/т, преднизолон 1-5-күні және 8-14- күндері аралығында 100 мг түйме қолданылады. ОАМР жобасы: СЛЛ-ның сүйек миылық түрінде қолданылады: винкрестин 2-,9- күні 2 мг/м² к/т, амептерин 1- күні 20 мг/м² к/т, б/е, 6-меркаптопурин күніге 60 мг/м² ішке, преднизолон күніге 40 мг/м² ішке беріледі. ВАМП емінің курс ұзақтығы – 10 күн. СОАМР жобасы: дәл ВАМП бағдарламасы сияқты жүргізіледі, бірақ құрамаға циклофосфамидті 2-, 4-, 8-, 10- күні 150-200 мг/м² к/т қосылады.

Бұл жоба лимфоидты тіндердің ісікті түрде, кеуде-ішілік, іш пердесіндегі лимфа түйіндердің өсуінде тағайындалады. М-Z бағдарламасы: 1- күні к/т винкрестин 2 мг, циклофосфан 600 мг, BCNU/кармустин 0,5 мг/кг жіберіледі, мелфалан ішке 0,25 мг/кг күніне 1 рет 4 күн қатарынан, преднизолон 1 мг/кг тәулігіне 7 күн тағайындалады, содан соң преднизолонның 1/2 мөлшерде 7 күн, кейін 1/4 мөлшерде келесі 15-35 күн бойы ішуге беріледі. Бұл бағдарлама СЛЛ-ның үдемелі түрінде және жоғары лейкоцитоз болған жағдайларда қолданылады. Цитостатиктер тағайындалғанда қан талдауын қадағалу керек. Лимфоцитаферезді 200x10⁹/л жоғары гиперлейкоцитоз, анемия, тромбоцитопенияда жүргізеді. Лейкоцитаферез қалыпты антиденелерді де жояды, сондықтан оны гаммаглобулинмен қоса жасау керек. Лимфа түйіндері үлкейгенде, жайылмалы лимфаденопатияда сәулемен емдеуді қолданылады. Дистанционды гамма-терапия өте жақсы нәтиже береді. Жергілікті емдегенде бір берілетін сәуленің мөлшері 1,5-2 Гр. Сәулелік терапия лимфа түйіндері мен көкбауыр көлемінің кішіреюіне алып келеді.

Глюкокортикоидтар лимфа түйіндер көлемінің кішіреюіне, интоксикация белгілерін жоюға, жалпы жағдайдың жақсаруына, дене қызуын қалыптасуына көмектеседі. Сонымен бірге глюкокортикоидтар инфекциялы-қабыну процесінің дамуына, қанда лейкоцит санының көбеюіне, препаратты қабылдауды тоқтатқаннан соң лимфолитиаз симптомының қайталануына алып келуі мүмкін. Сондықтан глюкокортикоидтарды қатаң көрсеткіштері бойынша ғана тағайындалады және олар келесілер:

СЛЛ-да аутоиммунды гемолиздік анемия және тромбоцитопения дамыған жағдайлар (преднизолонды 80 мг/тәу мөлшерде беріледі); СЛЛ-ның сублейкемиялық түрі (лейкоциттер көп болмағанда) лимфа түйіндері көлемінің, бауыр мен көкбауырдың ұлғаюы; дерт сәулелік және цитостатикалық терапияға бағынбай және осы емдік шараларға өте төзімді болған жағдайларда; цитостатиктермен емдеген кезде пайда болған панцитопения, әсіресе тромбоцитопениялық синдром қосылғанда (бұл жағдайда преднизолонды 60-120 мг/тәу мөлшерде қолданылады). Науқаста инфекциялы-қабыну процесі қосылғанда – кең спектрлі антибиотиктер (жартылай синтетикалық пенициллиндер, цефалоспориндер, аминогликозидтер, макролидтер) жалпы қабылданған тәртіп бойынша тағайындалады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Абдулкадыров К.М., Бессмельцев С.С. Сопроводительная терапия (терапия «поддержки») у больных гемобластозами //Актуальные вопросы гематологии и трансфузиологии (материалы научно-практической конф.). – СПб., 2000, С.13-23.
2. Байдуринов С.А. Заболевания системы корви. – Астана, 2007, 246 с.
3. Байжанова К.Т. Гемобластоздардың ажыратпалы диагнозы және емі – Шымент, 2009, 284 б.
4. Болезни системы крови . Справочник С.А. Гусева, В.П. Вознюк- Мед.пресс-информ, 2004.
5. Бялик Т.Е., Волкова Л.Ю., Андреева Е.Ю. и др. Флударабин в лечении хронического лимфолейкоза // Гематол. и трансфузиол., 2004, №3, С.6-11.
6. Волкова М.А. Клиническая онкогематология. – М., 2001, 458 с.
7. Воробьев А.И. Руководство по гематологии - М., Т.3., 2002.
8. Гематология: Новейший справочник/ Под редакцией К.М. Абдукадырова. – Санкт-Петербург, 2004, 928 с.
9. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г. М.: РАМН РОНЦ им. Н. Н. Блохина; 2002.
10. Досмагамбетова Р.С., Тургунова Л.Г., Умбеталина Н.С... и др. Динамика статистических показателей при заболеваниях гематологического профиля за 2000-2004 года в Казахстане // Актуальные вопросы гематологии и внутренних болезней / Материалы II Республиканской научно-практической конф., Караганда., 2005, С. 10-12.
11. Клиническая гематология. Руководство для врачей. Котоян Э.Р., 2003.
12. Манакова Т.Е. культивирование кроветворных клеток: использование в экспериментальных исследованиях и для диагностики гематологических заболеваний // Гематол. и трансфузиол., 2007, №2, С. 46-49.
13. Моисеенко В. М. Моноклональные антитела в лечении злокачественных опухолей // Практ. онкол., 2003, №4, С.148-156.

14. Окорочков А.К. "Диагностика болезней внутренних органов", 4 т., - М.: Мед. лит., 2004, 512 с.
15. Окорочков А.К. "Лечение болезней внутренних органов" 3 т., 2 кітап, - М.: Мед. лит., 2004, 480 с.
16. Оловникова Н.И., Белкина Е.И., Леменева Л.Н. и др. Моноклональные антитела в гематологической практике: диагностика и лекарства // Гематол. и трансфузиол., 2008, №5, С. 32-35.
17. Основы клинической гематологии/ Под редакцией В.Г. Радченко. – Санкт-Петербург, 2003, 304 с.
18. Сараева Н.О. Методы коррекции анемии у онкогематологических больных // Гематол. и трансфузиол., 2008, №4, С.29-34.
19. Физиология и патология системы крови. Б.И. Кузник, 2004.
20. Dighiero G. CLL biology and prognosis. Hematology, 2005, N 1, 278-284.
21. Pavlovsky C, Pavlovsky S, Pardo ML et al. Fludarabine, cyclophosphamide and rituximab for the treatment of patients with chronic lymphocytic leukemia. Cancer, 2006, N 106, 2412-2420.
22. Redaelli A, L The askin BL, Stephens JM et al. The clinical and epidemiological burden of chronic lymphocytic leukemia. Eur J Cancer Care (Engl), 2004, N 13, 279-2877.
23. Steurer M, pall G, Richards S, Schwarzer G et al. Purine antagonists for chronic lymphocytic leukemia. Cochrane Database Syst Rev, 2006, N 3, CD004270.
24. Tarhini AA, Land S, Meisner D et al. Early clinical and pharmacokinetic results of lower dose fludarabine and cyclophosphamide, and high dose rituximab for patients with untreated chronic lymphocytic leukemia. Blood, 2006, N 108, 2844.
25. Ref ME, Carner K, Chambers KS et al. Depletion of B cells in vivo by a chimeric mouse human monoclonal antibody to CD 20. Blood, 2006, N 107, 885-891.

УДК: 616.342-002.44:616.728.2-089-053.2

ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА 4-Х ЛЕТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ

Т.Т. Жуманов

Областная детская клиническая больница, г. Шымкент

ТҮЙІН

Тума ұршық шығу операциясынан кейін балада дамыған ұлтабар ойықжарасының тесілуімен жүрген клиникалық жағдай ұсынылды.

SUMMARY

Clinical case of perforated duodenal ulcer at children after the congenital hip dislocation surgery is represented in the article.

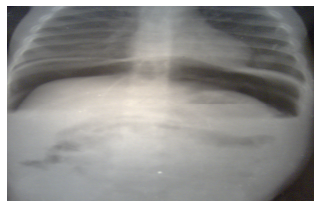
Врожденный вывих бедра – самая частая из врожденных деформации опорно-двигательного аппарата и у девочек встречается в 5 раз чаще, чем у мальчиков [1]. Оперативное лечение врожденного вывиха бедра в настоящее время показано при большинстве вывихов у детей старше 2 лет, невосправляемых вывихах в возрасте 1-2 лет, а также неэффективность консервативных методов лечения. Наиболее значимыми факторами для возникновения язвенного поражения слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки у детей являются частые повторные острые респираторные вирусные инфекции и хроническая патология ЛОР-органов, а также на фоне пневмонии [2,4].

Среди госпитализированных детей в областную детскую клиническую больницу по поводу язвенной болезни, язва желудка наблюдалась в 25%, а двенадцатиперстной кишки – 61% [3]. Перфорация гастродуоденальных язв с преимущественной локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке, особенно у детей раннего возраста, встречаются крайне редко [4]. Представлен клинический случай перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки у ребенка 4-х лет после операции по поводу врожденного вывиха бедра. Случай интересен тем, что в доступной литературе нам не удалось найти перфоративной язвы у ребенка после операции.

Больная А. №9692, 2005 года рождения, поступила в областную детскую клиническую больницу в плановом порядке 25.10.10г. на оперативное лечение. Жалобы при поступлении хромата на левую ногу и ограничение движения в левом тазобедренном суставе. Из анамнеза: со слов матери у ребенка врожденный двухсторонний вывих бедер, лечились консервативно – без эффекта, в октябре 2009 года произведено открытое вправление головки правого бедра по Колонна-Лефлера. Локально: при осмотре ребенок похрамывает на левую ногу, на наружной поверхности верхней трети правого бедра имеется послеоперационный рубец до 8см. На рентгенографии тазобедренного сустава головка левого бедра находится вне вертлужной впадины, имеется металлическая конструкция правой бедренной кости. 29.10.11 произведена операция: «Открытое вправление головки левого бедра по Богданова-Лефлера.

Остеосинтез металлической конструкцией». Наложена кокситная гипсовая повязка. На 3-е сутки у ребенка появились боли в животе, затем присоединилась рвота с примесью крови, в связи с чем осмотрена гастроэнтерологом и дежурным детским хирургом. При осмотре общее состояние тяжелое за счет интоксикации и болевого синдрома. Сознание ясное. Кожные покровы бледные с серым оттенком. В легких жесткое дыхание единичные сухие хрипы, частота дыхания – 32 в минуту, сердечные тоны приглушены, пульс – 130 ударов в минуту. Живот напряжен, пальпаторно резко болезненный во всех отделах, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, назначено обзорная рентгенография брюшной полости, где отмечается уровень жидкости и свободный газ под куполом диафрагмы (рис. 1). Анализ крови от 01.11.11гемогл-102г/л, эр-3,4, лейкоциты-19,1, гипохлоремия, гипонатриемия

Рисунок 1 - Обзорная рентгенография брюшной полости



Решено перевести в отделение реанимации и интенсивной терапии для предоперационной подготовки. Через 3 часа девочка взята на операцию. Произведено операция: «Средино-средина лапоротомия, ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, аппендэктомия дренирование брюшной полости». При ревизии обнаружено перфоративное отверстие 1,0*0,8см на передней поверхности двенадцатиперстной кишки (место перехода пилорического отдела желудка в двенадцатиперстную кишку), которая ушита двухрядными швами и вторично измененный червеобразный отросток, которая удалена. На 4-е сутки после операции ребенок переведен из реанимационного отделения в отделение травматологии и ортопедии. Послеоперационный период протекал без осложнения, дренажные трубки удалены на 3-и сутки.

В отделении назначено диета №1, получала алмагель, креон, хилак форте, антибиотики в возрастной дозировке. Выписана из стационара на 10-е сутки после операции. Кокситная гипсовая повязка удалена по месту жительства через 2 месяца. Поступила в областную детскую клиническую больницу через 10 месяцев на удаление металлоконструкции. Выписана через 7 дней. Жалоб нет, со стороны внутренних органов патологии не обнаружено, при ходьбе девочка не хромает. В заключении хотелось бы отметить, что повторные сложные плановые оперативные вмешательства у детей следует проводить под строгим контролем психоэмоционального состояния, и как минимум через 1,5-2года, до полной нормализации состояния

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков М.В., Дедова В.Д., //Детская ортопедия// Москва 1972г.
2. Мырзабекова Г.Т. //Особенности клинического течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей// Вестник ЮКГМА №1(46) 2010г С.3.
3. Аубакирова Ж.И., Жуматова Ш., Султанова Ж.С. //Современное течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей//, Вестник ЮКГМА 2006- №4(30) С.66.
4. Марденов А.Б., Еремичева Г.Г., Нажметдинов А.Л. //Гастродуоденальные язвы у детей// Педиатрия и детская хирургия №1 2010г С 48-50.

УДК 617-002. 3-08-039.57

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ И ДРУГИХ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

*У. Ж. Чулпанов, С.Ж. Мамедов, М.Ш. Ильясов, М.Т. Токмырзаев, Б.Б. Мырзахметов
Областная клиническая больница, г. Шымкент
Центр амбулаторной хирургии, г. Шымкент
Кафедра хирургических дисциплин №1, г. Шымкент
ЮКГФА, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Амбулаториялық хирургия орталығында іріңді-қабынулармен емделген 5260 науқастар арасында: абсцесс, флегмона, лимфа түйінің қабынуы, панариций және сүйектердің іріңді қабынулары көбірек кездескені

анықталды - 2804 (54,3%). Бұл науқастарды емдеуге протеолитик ферменттер және левомеколь майын қолданып, жаралардың тез емделуіне және еңбекке жарамсыз күндерді азайтуға жеткізілді.

SUMMARY

A deep analysis of purulent surgical diseases and purulent complications in 5260 out patients was conducted by means of a specially worked out punch card. Posttraumatic purulent complications such as accidental wounds abscesses, phlegmons, panaris, regional lymphadenitis, osteomyelitis etc. were identified for groups— 2804 (54,3%).

В «Концепции развития и реформирования здравоохранения и медицинской науки в Республике Казахстан», одобренной постановлением Правительства РК ведущая роль отводится сокращению затратной стационарной помощи и приоритетному развитию поликлинико-амбулаторной технологии. Эти технологии получили большое распространение за рубежом: «Большая амбулаторная хирургия» или «Хирургия дневного стационара». Такой центр организован у нас, он разместился в центре г. Шымкента. В его составе развернут операционно-перевязочный блок, имеется необходимый набор помещений для приема пациентов и палаты для кратковременного послеоперационного наблюдения. Это наблюдение при необходимости может быть до суток и более. Организовано четкое и полное разобщение потоков «чистых» и «гнойных» больных и неукоснительное соблюдение санэпидрежима.

Материалы и методы. За прошедшие 10 лет к врачам Центра обратились 5160 больных. Анализ показал, что среди всей совокупности мужчин было 3670 (71,12%), женщин – 1490 (28,88%), возраст мужчин соответствует от 24 до 68 лет, женщин - от 28 до 62 лет. Таким образом, заболеваемость лиц мужского пола выше заболеваемости женщин в 2,5 раза. Вся совокупность больных представлена тремя группами: посттравматические гнойные осложнения – случайные раны, абсцессы, флегмоны, панариции, лимфадениты, остеомиелиты и другие – 2804 (54,3%) больных, гнойные заболевания – фурункулы, карбункулы, нагноившиеся атеромы и липомы, гидрадениты и другие – 1616 (31,32%) больных, послеоперационные гнойные осложнения и послеинъекционные гнойные осложнения – 740 (14,38%) больных. Превалирующими в лечении этих больных были хирургические методы и применяемые в процессе лечения ран антисептические средства, эффективность действия которых имеет существенное значение.

Гнойно-воспалительные заболевания и гнойные осложнения травм, операций, инъекций и др. в структуре амбулаторных хирургических заболеваний составляют 78%, что согласуется с исследованиями других авторов [8,4,2,5]. Таким образом, лица с гнойными хирургическими заболеваниями составляют 5160 (68%) из поступивших больных, при этом с фурункулами и карбункулами – 864 (16,74%), с нагноившимися атеромами, гидраденитами и липомами – 752 (14,57%). Больных с посттравматическими гнойными осложнениями было 2804 (54,3%), из которых нагноение случайных ран наблюдалось у 366 (13,5%), подкожные панариции – у 916 (32,65%), паронихии – у 406 (14,4%), подногтевые панариции – у 326 (11,8%), регионарные лимфадениты – у 312 (21,8%) и реже – другие осложнения травм – у 22 (0,8%) и у 156 (5,7%) больных – гематогенный остеомиелит.

Послеоперационные гнойные осложнения имелись у 204 (3,94%) и постинъекционные гнойные осложнения – у 536 (10,65%) больных. У 2648 (51,3%) больных с посттравматическими гнойными осложнениями выявлены следующие виды травм: большие травмы, при которых необходимо освобождение от работы - 1512 (57,1%) и микротравмы – 1136 (42,9%). Производственных травм было 928 (35%) и бытовых – 1720 (65%). Обращает на себя внимание тот факт, что только 38,4% травмировавшихся своевременно обратились за медицинской помощью по месту жительства. Остальные 61,6% пострадавших от травм с уже развившимися гнойными осложнениями обратились впервые за медицинской помощью, в среднем, через 5 – 6 дней после травмы. Для установления тех или иных причин травмирующих факторов необходимо знать структуру заболевания и осложнения с учетом локализации. В разбираемой работе совокупности по локализации имеется следующее распределение: пальцы кисти – 1648 (31,93%) больных, пальцы стопы – 352 (6,82%), кисть – 308 (5,96%), верхние конечности – 476 (9,22%), стопа – 392 (7,6%), нижние конечности – 472 (9,14%), лицо – 224 (4,3%), туловище – 234 (18,17%) и голова – 354 (6,86%) больных.

Результаты и обсуждение. Как по нашим данным, так и по литературным [1,3,6,7], основным видом лечения гнойных хирургических заболеваний и гнойных осложнений является радикальное хирургическое лечение. В остром периоде, после вскрытия гнойного очага до полного заживления ран под воздействием хирургических и консервативных методов требуется перевязка ран с их санацией и стимуляцией репаративных процессов. Перевязки осуществляли с использованием трех видов антисептиков: раствор фурациллина 1:1000, димексида и 3% раствора перекиси водорода. В первой группе, состоявшей из 2120 (41,1%) раны промывали 3% раствором перекиси водорода и ежедневно перевязывали с раствором фурациллина 1:1000. Средний срок временной нетрудоспособности 12 – 14 дней. Во вторую группу было включено 1870 (36,2%) больных, раны которых промывали также 3% раствором перекиси водорода и перевязывали с использованием димексида.

Длительность временной нетрудоспособности у больных этой группы составила 10 – 12 дней. Третья группа из 1170 (22,7%) больных, раны у которых в первой фазе воспаления промывали 3% раствором перекиси водорода и протеолитическими ферментами, а затем перевязывали 3 – 5 дней мазью левомеккола. У этих больных сроки временной нетрудоспособности составили 8 – 10 дней. Таким образом, при воздействии на раны 3% раствором перекиси водорода, протеолитического фермента и мази левомеккола достигается высокая

бактерицидность, индифферентность для тканей и сокращение первой фазы воспаления. Укорочение второй фазы воспаления происходит под воздействием мази левомекола [1,3,6,8,7]. Из 570 оперированных больных в районных поликлиниках и СВА – у 38% пациентов хирургическое вмешательство было недостаточно радикальным, это, в основном, относилось к больным с гнойными заболеваниями кисти, с абсцессами и флегмонами ягодицы.

При поступлении у всех больных определялся бактериологический состав гнойных очагов. Наши исследования показали, что у 68% больных высеивался золотистый гемолитический стафилококк, кишечная палочка составила 8,3%, стрептококк – 9,7%, протей был обнаружен также в 8,4%. У 42% пациентов посев гнойных ран роста микробов не дал. У 92,8% микрофлора гнойных ран была резистентна к пенициллину и у 74,2% - к стрептомицину. В то же время у некоторых пациентов имелась высокая чувствительность к ампициллину, канамицину и тетрациклину. Одновременно 88,4% больных нуждались в экстренном оперативном вмешательстве. Особого внимания заслуживали больные, у которых микрофлора ран состояла из золотистого гемолитического стафилококка. У этой категории пациентов наблюдался лейкоцитоз, высокие цифры СОЭ, выраженная токсическая зернистость эритроцитов. У них, как правило, страдало общее состояние, кроме того, имелась предрасположенность к гиперкоагуляции крови.

Из поступивших больных, мы выделили группу в 314 (5,08%) больных, у которых острая гнойная инфекция сочеталась с сахарным диабетом. В эту группу вошли лица с абсцессами и флегмонами (преимущественно постинъекционными), карбункулами, фурункулами и панарициями. Больные длительно лечились дома (от 15 до 32 дней). Лечение сводилось к введению инсулина, пенициллина, стрептомицина и витаминов. Однако, подобная терапия была малоэффективна и больные обратились к нам, как правило, в тяжелом состоянии: с явлениями прогрессирующей интоксикации, с преобладанием гнойно-некротических процессов, склонности их к распространению. Таким образом, больные с гнойными заболеваниями и сахарным диабетом нуждаются в ранней стадии выявления и госпитализации, так как только в условиях ЦАХ или стационаре возможно провести комплекс мероприятий, направленных на снятие интоксикации, стимуляцию процессов регенерации, активную и пассивную иммунизацию организма.

Неоправданно и длительное консервативное лечение больных с гнойными маститами (без учета резистентности возбудителя к антибиотикам, применению сульфаниламидных препаратов и др.), которое сводилось к попытке купировать процесс пенициллинотерапии (внутримышечные инъекции, обкалывание гнойного очага). Только комплексная терапия, включающая широкое вскрытие гнойника и устранение застоя в молочной железе, применение антибиотиков широкого спектра, местное применение протеолитических ферментов, гормонотерапию способствует исчезновению гнойного процесса и выздоровлению больных. Таким образом, результаты комплексных, амбулаторных или клинических наблюдений за больными, исследование патогенной флоры ран и определение устойчивости ее к антибиотикам; применение антибиотиков широкого спектра в сочетании с энзимотерапией свидетельствуют об эффективности лечения у пациентов гнойной хирургической инфекции в ЦАХ или поликлиниках.

Высокий процент больных, поступающих в ЦАХ и стационар с запущенными формами гнойной хирургической инфекции, требует срочных организационных мер в поликлиниках, как то: повышение квалификации поликлинических, сельсковрачебных амбулаторных хирургов, организации бактериологических лабораторий, что, как правило, улучшает результаты изучения флоры данной раны с определением резистентности к ним антибиотиков, а также применением протеолитических ферментов. Все выше перечисленные мероприятия должны дать экономический эффект в лечении и способствовать уменьшению сроков временной нетрудоспособности больных.

Выводы. Основным видом возбудителя гнойной хирургической инфекции у амбулаторных больных является гемолитический стафилококк. В поликлиниках и СВА необходимо создать условия для выявления характера микрофлоры ран и определения ее резистентности к антибиотикам. Рациональное хирургическое лечение пациентов в поликлиниках, ЦАХ и СВА должно быть своевременным, комплексным и ранним, что обеспечит минимальные потери дней временной нетрудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. А. А. Белозор, Е. А. Оганесян, В. С. Даненков, А. С. Даненков: «Опыт работы Центра амбулаторной хирургии в составе больницы скорой медицинской помощи», журнал «Здравоохранение России». №8, 2004г. Стр. 31-34.
2. В. А. Девятков, С. В. Петров: «Изобретатель и рационализатор», №5,2008. Стр. 45.
3. Б. М. Доценко, Б. М. Костюченко, И. М. Перцов: «Опыт работы в амбулаторной хирургии». Хирургия, №1, 2004. Стр. 136-141.
4. Е. Д. Джужильная: «Лечение гнойных ран, флегмоны, абсцессов, панариций и других гнойно-воспалительных заболеваний». Хирургия, №4, 2002. Стр. 12-15.
5. А. П. Колесов, В. И. Немченко, А. В. Столбовой – Вестник хирургии, №12, 1998. Стр. 3-7.
6. М. К. Надгереев: «Хирургическая инфекция амбулаторных больных». Хирургия, №6, 2000. Стр. 56-58.
7. К. Heznader, F. Richterh: «Die wundheilung». Stuart, 2002, 39.
8. Т. И. Шраер, А. Н. Лечило, И. П. Баженов, Р. Н. Ан – Хирургия, №7, 2007. Стр. 18-22.

УДК:617-002.3-002.4-089: 616.379-008.64

ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ*М.Т. Токмурзаев**Южно-Казахстанская областная клиническая больница, г. Шымкент**Центр амбулаторной хирургии, г. Шымкент**ЮКГФА, г. Шымкент***ТҮЙІН**

Бұл мақалада автордың қант диабетінің асқынуына ұшыраған 180 науқастарды емдеу тәжірибесі талқыланған. Науқастарды комплексі емдеу үшін аяқ тіннің микроциркуляциясын күшейту, жараларды антисептик дәрілермен жуу, тамақтану қағидасын сақтау көрсетілген. 58 науқастардың қаны гемосорбциядан өткізілген. Жұмсақ тіндер, табан және барлық сүйектерінің қабынуларында, отаулардан экзoarтикуляция және сан сүйегінің орта бөлімінен ампутация жасау керектілігі көрсетілген болып, бұл отаулар науқастардың сепсис жағдайға түспеудің алдын алады. Отаудан кейінгі өлім көрсеткіші – (11,6%).

SUMMARY

Experienced treating of 980 patients with diabetes mellitus, complicated by pyonecrotic processes is discussed. Adequate correction and improvement of microcirculation, dietotherapy and washing with antiseptics are the main trends in the complex therapeutic measures. Hemosorbition was applied successfully for detoxication in 58 patients. Necrosis of the soft tissues and gangrene of the toes or foot were managed by thorough excision of the necrotic tissues and exarticulation or amputation of the toes and metatarsals, and in exceptional cases, amputation of the limb. Such complex therapy reduced the number of amputations through the middle and upper the third of the thigh to 11,4%.

В последние годы среди больных сахарным диабетом наметился значительный рост хирургических заболеваний, что связано с активным выявлением больных, поступивших в стационар, путем исследования крови на сахар [4,9,13,15,18]. По мнению многих авторов [1,6,1.2,17], у больных диабетом вследствие нарушения репаративных процессов и снижения сопротивляемости организма к инфекции часто развиваются тяжелые осложнения, удлиняются сроки заживления ран [2,4,5,8,18,19]. Этому способствует также расстройство углеводного, белкового, жирового и электролитного обмена [3,7,9,10,19]. Несмотря на большой прорыв в лечении хронических заболеваний, летальность среди больных сахарным диабетом, страдающих хирургическими заболеваниями, все еще остается высокой [11,13,15,19,20]. Наиболее частой причиной смерти становятся септические осложнения гнойных заболеваний, септикопиемия, тромбоземболия, диабетическая кома [1,5,6,12,14,15,16,18]. Своевременное выявление сахарного диабета, назначение достаточных доз инсулина и своевременно произведенное радикальное хирургическое вмешательство имеет большое значение в профилактике тяжелых осложнений.

Материалы и методы. Мы проанализировали истории болезни 980 (58,4%) больных сахарным диабетом, находившихся на лечении во II хирургическом отделении Южно-Казахстанской областной клинической больницы и ЦАХГиТ в течение последних 10 лет. Из этих больных мужчин было 740 (75,5%), женщин 240 (24,5%). 624 (81,9%) больных, т.е. большинство, были в возрасте от 40 до 76 лет. Длительность сахарного диабета составляла от 2 до 34 лет. У 146 больных сахарный диабет впервые был выявлен при поступлении. Легкая степень сахарного диабета установлена у 240 (24,5%) больных, средней тяжести - у 272 (27,9%), тяжелая – у 468 (47,6%). Путем проведения пробы с двойной нагрузкой глюкозой у 20 (1,5%) больных обнаружена скрытая форма сахарного диабета. При поступлении в клинику уровень сахара крови составлял 8,2-30,4 ммоль/л. В зависимости от характера гнойного процесса больные распределялись следующим образом: карбункул и фурункул были у 258 (26,9%) больных, панариции, флегмона кисти и стопы у 196 (20%), забрюшинная флегмона у 36 (3,6%), абсцесс ягодицы у 44 (4,8%), диабетическая гангрена стопы у 370 (37,7%), другие комбинированные заболевания у 76 (7,7%).

Результаты и их обсуждение. Бактериологическое исследование содержимого поверхности ран, язв, свищей показал, что у 58,4% больных возбудителем был золотистый вирулентный стафилококк, у 23% стрептококк, у 8,2% протей, у 7,1% кишечная палочка; у 3,3% больных были высеяны ассоциации 2-3 вида микробов. Согласно нашим наблюдениям, хирургические заболевания у больных сахарным диабетом отличались крайне длительным течением, резким замедлением репаративных процессов, лабильностью, генерализацией инфекции, тенденцией к распространенности некротического процесса. Несвоевременное вскрытие гнойников, поздно проведенная ампутация, а также задержка некротического очага приводили к увеличению уровня сахара в крови и трудно поддающейся лечению декомпенсации диабета. В свою очередь, увеличение уровня сахара в крови отрицательно влияло на течение местного патологического процесса, что, по-видимому, было связано с резким снижением общей сопротивляемости организма.

С учетом вышеизложенного нами была разработана комплексная лечебная тактика, основным направлением которой явилась адекватная коррекция сахарного диабета, меры по улучшению микроциркуляции, диетотерапия, санация гнойно-некротических очагов. Сразу после поступления в стационар больным назначали интенсивную консервативную терапию. Ведущее место в ней занимала борьба с инфекцией, поэтому важное значение приобретал правильный выбор антибактериальных препаратов. Сначала вводили антибиотики широкого спектра действия, в дальнейшем после идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам проводилась коррекция антибиотикотерапии.

Для борьбы с обезвоживанием и ацидозом в сутки внутривенно вводили до 2-4 л различных солевых растворов и витамины С, В1 В6, 250-300 мл 4% раствора бикарбоната натрия. Кроме того, у 58 больных проведено 2-4 сеанса экстракорпоральной гемосорбции. Для повышения иммунологических реакций организма больным назначался антистафилококковый гамма-глобулин и плазма, у некоторых больных (142) раны при перевязке орошались инсулином. У больных с тяжелой степенью сахарного диабета (11), осложненного гнойно-некротическими процессами, антибиотики вводили внутриартериально.

Интенсивная терапия в обязательном порядке включала соответствующую диету, назначение инсулина и сахаропонижающих препаратов с учетом показателей гликемического и гипергликемического профиля. Наши наблюдения показали, что своевременно проведенная адекватная консервативная терапия у 236 (24%) пациентов способствовала замедлению, а затем и купированию гнойного процесса, ограничению зоны некроза, появлению размягчения в центре гнойного очага и уменьшению явлений интоксикации, что меняло тактику и объем хирургического вмешательства. При неэффективности консервативного лечения проводили операцию, показаниями к которой служили боль в покое, изъязвления кожи, повышенная температура тела, некрозы мягких тканей и гангрена конечностей (52,6%).

Оперативному лечению подвергнуты 844 (85,45%) больных. У 414 (49,4%) из них произведено вскрытие флегмон и абсцессов, карбункулов, гнойных затеков, у 310 (36,6%) выполнены экзартикуляция пальцев стопы у 60 (7,0%) и ампутация на уровне бедра у 60 (7%), различные виды вскрытия гнойников. Операция, которую проводили чаще под внутривенным наркозом и перидуральной анестезией, включала вскрытие гнойника, его ревизию, по возможности тщательное иссечение некротизированных тканей. Рану дренировали продольно расположенными полихлорвиниловыми дренажами, которые в послеоперационном периоде служили для постоянного орошения раствором антисептиков и протеолитическими ферментами. Однако улучшение состояния после такого лечения наступило не у всех больных. Некоторым из них при неэффективности лечения и прогрессировании процессов производилось радикальное вмешательство.

Комплексная терапия, направленная на нормализацию углеводного обмена, снижение интоксикации и степени метаболических нарушений, позволила снизить число летальных исходов. В послеоперационном периоде умерли 112 (11,6%) больных, из них у 32 отмечались нарушения в виде сердечно-сосудистой недостаточности, у 16 - нарушение мозгового кровообращения, у 24 диабетическая кома, у 8 тромбэмболический синдром, 16 с нарастающей печеночно-почечной недостаточностью, у 10 имел место хирургический сепсис, у 6 больных погибли от легочной недостаточности.

Выводы. Таким образом, обобщив наши наблюдения, мы пришли к выводу, что комплексный подход к определению сроков и объема операции, активная консервативная терапия, включающая внутриартериальные инфузии антибиотиков, экстракорпоральную гемосорбцию, адекватное вскрытие гнойно-некротических затеков с одномоментной некрэктомией, тщательная санация раны, применение высокоактивных антисептиков и протеолитических ферментов у больных сахарным диабетом позволили купировать острый гнойно-некротический процесс. Благодаря этой тактике, летальность удалось снизить до 11,4%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абельсон Ю.О. Лечение сахарного диабета. Нейроэндокринология,- СПб., 2004,- Ч.2.- С. 259-283.
2. Акмаев И.Г. Нарушение функций поджелудочной железы. //Клин, мед.- 2007,-№11,-С. 8-11.
3. Афанасьев А. и др. Сахарный диабет. - М., 2008.- С. 94-95.
4. Белорусов О.С. и др. Экзартикуляция пальцев стопы у больных сахарным диабетом. //Хирургия.- 2006.- №3,- С. 72-75.
5. Гавриленко В.Г. и др. Ампутация конечностей по поводу сахарного диабета и ее последствия. // Вестн. хир.- 2000.- Т. 159, №3.- С. 59-62.
6. Газетов Б.М. и др. Диабетская стопа. -М.: Медицина,2001.- С. 236.
7. Генык С.Н. и др. Актуальные вопросы диабета в хирургии.// Хирургия,- 2003,- №5,- С. 28-31.
8. Дедов И.И. и др. Тезисы к докладу о диабете. -М.: Универсум Паблишинг, 2008,- С. 115-116.
9. Дьячук И.А. Лечение гнойно-некротических ран нижних конечностей при сахарном диабете. // Клин, хир,- 2001.-№1,- С. 30-32.
10. Измайлов Г.А. и др. Лечение сахарного диабета. //Хирургия,- 2008,- №2,- С. 39-42.
11. Колесник Ю.М. и др. Инсулин и его действие при диабете. - Физиол. журн,- 2003,- Т. 97, №9,- С. 34-41.
12. Кулешов Е.В. и др. Диабетская стопа. -М.: Воскресенье, 2006.- С. 216.

13. Петровский Б.В. и др. Вопросы диагностики и лечения гнойных осложнений сахарного диабета. // Вестн. АМН СССР,- 1987.- №5,- С. 9-15.
14. Прохоров А.В., Дашкевич В.С. Осложнение диабета в экстренной хирургии. // Хирургия,- 2001.- №7,- С. 11-14.
15. Стадников А.М. Лечение диабетической гангрены стопы. - Екатеринбург: УрОРАН, 2009,- С. 137.
16. Merion R.M., White D. J. S. et al. Treatment of Diabetes Mellitus //Ibid.- 2004,-V. 310, №3,- P. 148-154.
17. Najarian J.S. Diabetes Mellitus // Hosp. proct.- 2002,- V. 17,-P. 61-71.
18. Sommer B.G. et al. Questions of Diagnostics and Surgical Treatment of Diabetes Mellitus. // Amer. J. Surg.- 2005,- V. 149, №5,- P. 756-764.
19. Thiel G. et al. Complications of Diabetes Mellitus. // Klin, wachr.- 2003.-Bd. 61, s. 991-1001.
20. Widmaler E.R. et al. Preventive Measures of Diabetes Mellitus. // Regut, peptides.- 2001,- V. 34, №3,- P. 235-249.

УДК:616.98:578.828 HIV-053.2

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ РЕБЕНКОМ НА УЧАСТКЕ

А.У. Ниязова
ВОП ШСВА №1, ЮКО

ТҮЙІН

5 жыл кәлеміндегі АИТВ инфекциясының ауыр сатысына шалдыққан баланың клиникалық жағдайын зерттегенде олардың иммунологиялық көрсеткіштері төмен болған. Жоғары антиретровирустық терапиялық емді қабылдаған кейін иммунологиялық көрсеткіштері жақсарған, науқастың қосалқы сырқаттарының белгілері жойылып, денсаулығы жақсарғаны байқалады.

SUMMARY

A description of a clinical observation involving a child suffering from HIV infection in its advanced stage 5year initially low immunological parameters. Highly active antiretroviral therapy HAART demonstrated an improvement in the general parameters of immune system activity; elimination of symptoms of secondary diseases; and improvement in the general quality of life.

Цель: оценка высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) у ВИЧ инфицированного ребенка на участке. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) представляет собой ретровирус, относящийся к семейству лентивирусов. Ретровирусы способны использовать свою РНК и ДНК хозяина для образования вирусной ДНК. Подобно другим ретровирусам, ВИЧ заражает организм, имеет продолжительный период (клиническая латентность) и, в конечном итоге, проводит к появлению признаков и симптомов СПИДа. ВИЧ серьезно поражает иммунную систему и, в конечном итоге, проводит к ее полному разрушению. Он достигает такого результата посредством использования для своего воспроизведения ДНК лимфоцитов CD4+. Во время этого процесса вирус уничтожает лимфоциты CD4+. Основные препараты, подавляющими ВИЧ – антиретро-вирусная терапия (АРТ).

Существует множество препаратов для лечения ВИЧ – инфекции, тем не менее, ни один из этих препаратов не может излечить от ВИЧ. Препараты, используемые для лечения ВИЧ, могут снизить способность вируса к репликации (размножению). Люди, проходящие антиретровирусную терапию, менее подвержены оппортунистическим инфекциям, онкологическими и иным заболеваниям. Антиретровирусная терапия позволяет продлевать жизнь многих пациентов. Одной из целей антиретровирусного лечения является достижение существенного снижения вирусной нагрузки (концентрации).

Существует три основных группы антиретровирусных препаратов: ингибиторы нуклеозидной обратной транскриптазы (NRTI), ингибиторы нуклеозидной обратной транскриптазы (NNRTI) и ингибиторы протеазы (PI). Каждая группа препаратов оказывает действие на вирус на различных стадиях его жизненного цикла внутри клетки. Принятие решения о применении антиретровирусной терапии для лечения ВИЧ – инфицированного больного зависит от клинического, вирусологического и иммунологического состояния пациента, зараженного ВИЧ. Антиретровирусную терапию следует изменить, если пациент испытывает клиническую, вирусологическую или иммунологическую недостаточность. Основной целью антиретровирусной терапии является подавления способности вируса к репликации (размножению), обеспечивая тем самым возможность восстановления иммунной системы, поврежденной ВИЧ – инфекцией. Детям, принимающим антиретровирусную терапию проводят два вида лабораторных анализа – измерение вирусной нагрузки ВН (концентрации) и подсчет лимфоцитов CD4+. Анализ вирусной нагрузки – это измерение концентрации вируса в плазме крови. Наиболее часто вирусная нагрузка определяется измерением концентрации РНК ВИЧ в плазме крови пациента. ВИЧ инфекция характеризуется повсеместным распространением и затрагивает все слои и возрастные группы

населения. В мире насчитывается более 30- миллионов ВИЧ - инфицированных, в том числе 3,2 миллионов детей. В Шымкенте в СПИД центре наблюдается 207 - ВИЧ - инфицированных детей. Из них 4 детей наблюдается на территориальных участках ШСВА №1. Общее число населения составляет 42996, из них детей 11698. Предлагаю интересный случай клинического наблюдения, диагноз, ВИЧ - инфекция, которому был выставлен при стаже заболевания 5-лет. Пациент П. состоит на диспансерном учете с 13.03.2007. ВААРТ получает с 27.06.2007 по 1схеме AZT+3TC+LPV/g по клиническим и иммунологическим показателям. Мать ВИЧ позитивна.

Вертикальный путь передачи, состоит на диспансерном учете в СПИД центре с 03.2007г; получала один месяц ВААРТ в 09.2008г, но бросила в связи выраженным побочным явлением. Ребенок от 5 беременности и родов. Беременность со слов мамы протекала без особенностей, мать не обследована на ВИЧ. Доношенный, физиологические роды, весом 2,5кг, рост 45см. Внутриутробная гипотрофия, закричал сразу, к груди приложен на первый день. Выписан на седьмой день, профилактические прививки проведены по календарю. На грудном вскармливании до 2,5лет. До установления ВИЧ инфекции ребенок 3 раза был госпитализирован по поводу пневмонии, ОКИ; находился в реанимационном отделении, получил свежемороженую плазму. В январе 2007г. в ОДБ ребенок был обследован на ВИЧ при госпитализации, результат был положительным; ИФА +от 12.06.07г; ИБ положительный от 13.06.07. У других членов семьи результат ВИЧ негативен, кроме матери.

Объективно: при поступлении обращает внимание белково-энергетическая недостаточность более 30% потери массы тела, увеличение периферических лимфоузлов до 2 степени. На коже множественные элементы дерматита, деформация ногтевых пластинок больших пальцев кистей, проявления орофарингиального кандидоза, выраженное психомоторное отставание, задержка речи, интеллекта, метеоризм, дыхательная недостаточность, рецидивирующая бактериальная инфекция.

Лабораторные исследования:

иммунологические	Вирусологические
СД4 21.06.07г. - 680 - 13%	ВН 21.06.07г < 400 к / мл
СД4 08.10.07г. - 688 - 13,9%	ВН 20.12.07г < 400 к /мл
СД4 21.04.08г. - 1296 - 25,7%	ВН 18.06.08г < 400 к /мл
СД4 06.01.09г. - 1583 - 52%	ВН 21.12.08г < 500 к /мл
СД4 22.12.09г. - 1365 - 47%	ВН 22.08.09г < 400 к/мл
СД4 27.08.10г. - 1570	ВН 27.08.10г < 400 к/мл
СД4 29.03.11г. - 1589	ВН 02.02.11г < 400к/мл

ОАК: Нв-88 гл; СОЭ-57мм/л; лейкоциты-3,5; лимфоциты-15, тромбоциты-150, ИФА: на вирусные гепатиты- отрицателен, на внутриутробные инфекции- отрицательный. Мазок из зева: выделен стафилококк, кандида. Кровь на стерильность: роста бактерии нет. Копрограмма: дрожжеподобные +++, не переваренная клетчатка +++, нейтральный жир ++, бак.посев кала – отрицателен. Рентгенография грудной клетки: картина сливной пневмонии. УЗИ брюшной полости: диффузные изменения паренхимы печени, селезенки УЗИ сердца: ПМК, АРХ желудочков. МРТ 29.05.09г. картина новообразования в средостения грудной клетки КТ 10.09.09 г. признаки объемного образования в стадии регрессии. КТ 25.09.10г. признаки объемного образования нет, на момент обследования выявлено последствия перенесенного воспалительного процесса правого легкого. Осмотрен узкими специалистами: Неврологом- ВИЧ энцефалопатия, лор. врачом – хронический мезотимпанит, стоматологом- кандидоз полости рта, кариес; кардиологом – диспластические изменения сердца, психиатром - задержка речевого развития, логопедом - алалия моторно-сенсорная, дизартрическая форма. За время наблюдения на участке отмечались частые рецидивирующие бактериальные инфекции, где получал стационарное лечение. В динамике с каждым годом частота госпитализации уменьшалась, за последние 2011г пневмонии не наблюдалось, кроме ОРВИ, бронхита. С 2009г из – за частых рецидивирующих бактериальных инфекции отмечалось объемное образование в области средостения грудной клетки, которое в динамике на фоне ВААРТ рассасалось в течение двух лет, но осталось остаточное склеротическое явление. По этому поводу неоднократно осмотрен торакальным хирургом, онкологом, фтизиатром, которые исключили свои профильные заболевания. Проведена томограмма легких для исключения туберкулеза. Пульмонологом в 2011г выставлен диагноз «пневмосклероз» на основании рентгенографии и КТ легких. Ребенок продолжает получать ВААРТ, соблюдает приверженность к ней. С учетом возраста, веса проводится коррекция дозы. На фоне ВААРТ за 5-лет устранена белково – энергетическая недостаточность, задержка речевого развития, энцефалопатия, уменьшилась по частоте рецидивирующие бактериальные инфекции и оппортунистические инфекции. В настоящее время состояние удовлетворительное, в развитие от сверстников не отстаёт. Отмечается иммунологическая и вирусологическая эффективность. Выраженных побочных явлений от ВААРТ не отмечалось.

Выводы: 1. ВААРТ эффективна даже в продвинутой стадии ВИЧ - инфекции при исходно низких иммунологических показателях. 2. ВААРТ способствует устранению симптомов вторичных заболеваний и

препятствует развитию новых. 3. Уменьшает в динамике развитию оппортунистических инфекции. 4. Улучшает качество жизни. 5. Способствует положительной динамике ВИЧ – энцефалопатии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД.2007г. стр.1-9, 111.
2. Лобзин Ю.В. Справочник по терапии ВИЧ и СПИД 2005г,стр.54-70.
3. Стивен Заихнер, Дженнифер Рид. Руководство по оказанию помощи ВИЧ инфицированным детям, том 2, стр. 22-41.

УДК 616724700273:52

ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Р.Р. Ажибаева

Центральная районная больница, с. Шаульдер Отрарский район, ЮКО

ТҮЙІН

Пневмониямен ауыратын 78 ауру бала зерттелген. Ерте жастағы балалардағы пневмонияның клиникалық ағымының ерекшеліктері анықталған.

SUMMARY

78 sick children with pneumonia are observed. Features of clinical current of a pneumonia at children of early age are determined.

Заболевания органов дыхания и, в частности, острая пневмония являются одной из ведущих нозологических форм бронхолегочной патологии детей. Несмотря на огромные успехи в области лечения и снижения летальности от пневмоний, они до настоящего времени остаются актуальной проблемой медицины. В педиатрии существенное влияние на особенности клинического течения пневмонии у детей имеет возраст ребенка.

Быстрая и достоверная этиологическая верификация пневмонии, особенно у детей 1 – го года жизни по–прежнему остается проблемой для врачей. Отсутствие достоверных данных о возбудителях предполагает имперический подход с учетом клинико– рентгенологических признаков и гематологических сдвигов. В практической деятельности врач ориентируется не только на указанные данные, но и на возраст больного ребенка, что дает основание предполагать возможную этиологию возбудителя. Изменение этиологической структуры пневмоний, высокая устойчивость микробов к антибиотикам, наличие персистирующей внутриутробной инфекции, перинатальная патология ЦНС, гуморальный иммунодефицит и др. факторы, оказывая неблагоприятное влияние, обуславливают новые клинические черты пневмонии, склонность к затяжному течению воспалительного процесса.

Частота возникновения и тяжесть течения пневмонии в детском возрасте имеет связь с физиологической структурно – функциональной незрелостью важнейших систем организма, принимающих участие в защитно-адаптационных реакциях, обусловленных высокой проницаемостью клеточных и тканевых барьеров, несовершенством нейро – гуморальных, эндокринных и иммунологических механизмов. Наличие персистирующей внутриутробной инфекции определяет нарушение процессов иммунной адаптации у детей раннего возраста, способствует формированию вторичных иммунодефицитных состояний, что реализуется в виде развития интеркуррентной инфекционной патологии.

Целью настоящей работы явилось выявление особенностей клинического течения пневмонии у детей в возрасте от 1 месяца до 1 года. Проведено комплексное обследование 78 больных в возрасте от 1 месяца до 1 года, из них мальчики составили 60,9%, девочек 39,1%. Диагноз был выставлен на основании анамнестических, клинико – рентгенологических признаков, гематологических показателей. В анамнезе обследованных больных выявлено, что 15 детей родились недоношенными, у 45 матерей отмечалась акушерская и соматическая патология в виде гестозов, угроза прерывания беременности, обострения хронического пиелонефита, вирусных инфекции, анемии. У многих детей до настоящего заболевания неоднократно были острые респираторно – вирусные инфекции, 10% обследованных перенесли пневмонию.

Большинство детей с пневмонией имели неблагоприятный преморбидный фон, причем у многих детей имело место сочетание различных факторов: анемией страдали 14 детей, рахит был у 4 детей, белково – энергической недостаточностью страдали 2, аллергический дерматит выявлен у 10 детей. Анализ

сезонных колебаний заболеваемости детей показал, что имело место два пика---зимне-весенний (февраль-март) и осенний (сентябрь-ноябрь). Клиника пневмонии у детей характеризовалась преобладанием тяжелых форм инфекции, только у 3 обследованных детей было среднетяжелое течение. У 82,2% больных развитию пневмонии предшествовала острая вирусная инфекция. Для всех обследованных детей характерно острое начало заболевания: повышение температуры тела до фебрильных цифр отмечалась у 11, субфебрилитет выявлен у 18 детей, остальные дети были с нормальной температурой тела. Длительность лихорадочного периода составила в среднем 5 суток, более продолжительной температурная реакция была у детей с очагово – сливной и сегментарной пневмонией.

В клинической картине у большинства детей наблюдалось преобладание признаков дыхательной недостаточности. Постоянным симптомом был малопродуктивный кашель. Физикальные изменения в легких характеризовались у 14% детей стойкими локальными мелкопузырчатными хрипами, в 72% случаев отмечалось сочетание влажных и сухих хрипов разного калибра, рассеянные сухие хрипы прослушивались у 11% детей. При рентгенологических исследованиях у всех больных определялось усиление легочного рисунка и наличие бронхоструктивного синдрома в сочетании с очагово – инфильтративными тенями в обеих легких.

Более стойкая бронхиальная обструкция отмечалась у недоношенных детей. У 5 детей имело место сегментарная пневмония различной локализации, физикальные изменения были скудными, только на 7-9 день появлялись аускультативные изменения в виде влажных мелкопузырчатных хрипов на стороне процесса. Гемодинамические расстройства купировались на 3 – 4 день заболевания. Таким образом, полученные результаты дают основание говорить о влиянии степени зрелости ребенка (недоношенность, ВУИ, фоновая патология, неврологические заболевания) на характер и течение пневмонии, длительность бронхиальной обструкции, наличие персистирующей внутриутробной инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Розина И.Н., Захаров П.П., Ковалевская М.Н и др. Хронические болезни легких: от педиатра к терапевту. // Пульмонология 2002. №1.
2. Пульмонология у детей / Под. Ред. С.Ю. Каганова, Ю.Е. Вельтишева – М, 1995.
3. Практическая пульмонология детского возраста \ Справочник под.ред. В.К. Таточенко- М, 2000.

УДК 616.33-002.44-012.3 (09)

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ Г. ШЫМКЕНТА

Э.У.Сауленбаева
ШГП №2, г. Шымкент

ТҮЙІН

Асқазан және он екі елі ішек ойық жара ауруы «элеуметтік қатерлі» топқа жататын студенттер ішінде жиірек байқалатыны анықталды. Вегетативтік дисфункция синдромы бұл аурудың предикторы болуы мүмкін. Аурудың клиникалық көрінісі ауырсыну синдромы мен диспепсиялық бұзылыстармен сипатталды және бұл симптомдардың айқындылық дәрежесі науқастардың жынысы мен жасына тәуелділік көрсеткен жоқ.

SUMMARY

A stomach and duodenum ulcer is more common among students from groups of «social risk». Predictor of this disease can be symptoms of autonomic dysfunction. Clinical picture is characterized by pain and dyspeptic disorders and the severity of which does not depend on age and sex of patients.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки - сложный патологический процесс, в основе которого лежит воспалительная реакция организма с формированием локального повреждения слизистой верхних отделов желудочно-кишечного тракта, как ответа на нарушение эндогенного баланса местных "защитных" и "агрессивных" факторов. Эпидемиологические исследования показывают, что язвенная болезнь занимает одно из ведущих мест среди болезней органов пищеварения и является одной из распространенных форм гастроэнтерологической патологии во врачебной практике. Согласно данным современных исследований этим заболеванием страдают до 10% жителей стран Европы, США и России [1]. Язва двенадцатиперстной кишки встречается в 4 раза чаще чем, язва желудка. Отмечается преобладание этого заболевания среди мужчин. Так, например, соотношение мужчины/женщины в случае язвы двенадцатиперстной кишки составляет 7/1, в то время как в случае язвы желудка заболеваемость среди представителей разных полов почти одинакова. Язвенной болезнью страдает до 5% взрослого населения (при массовых профилактических осмотрах язвы и

рубцовые изменения стенки желудка и двенадцатиперстной кишки обнаруживают у 10—20% обследованных) [2]. Эпидемиологические исследования, основанные на тщательном изучении анамнестических данных, клинко-эндоскопических и функциональных параллелей, позволяют установить частоту язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от возраста и пола. Нами изучены особенности распространения язвенной болезни среди студентов высших учебных заведений г. Шымкента.

Цель исследования. Охарактеризовать клинко-эпидемиологические особенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у студентов.

Объекты и методы исследования. Обследовано 220 студентов - добровольцев, из них 108 девушек и 112 юношей. Количество студентов 1 и 2 курсов составляло 100 и 120 студенты 3 и 4 курсов. Средний возраст обследуемых 18,5±1,7. Диагноз верифицирован по результатам эзофагодуоденоскопии с прицельной биопсией слизистой оболочки желудка с определением *Helicobacter pylori*. Проведён анализ анамнеза жизни и заболевания, семейного «язвенного» анамнеза, наличия вредных привычек и социально неблагоприятных факторов, а также оценка исходного вегетативного статуса. Исследование проходило в два этапа: первый этап заключался в проведении анкетирования, направленного на выявление факторов риска и наличия жалоб со стороны органов пищеварения. А на втором этапе исследования были проведены лабораторно-инструментальные исследования: эзофагодуоденоскопии с прицельной биопсией слизистой оболочки желудка с определением *Helicobacter pylori*.

Полученные результаты и их обсуждение. По результатам первого этапа исследования наличие более трех факторов риска наблюдалось у 30% студентов, из них более 20% имели различные жалобы со стороны органов пищеварения и именно среди этой категории студентов были выявлены больные с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Среди обследованных студентов заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки составляла 7,3 % (16 студентов), из них 2,3% (5) приходится на долю студентов 1-2 курсов, а 5 % (11) - студенты 3-4 курсов. Наблюдаются половые различия с тенденцией к преобладанию числа юношей, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, над девушками в соотношении 3:1.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки зарегистрирована у 75% больных, язвенная болезнь желудка у 25% студентов. У 80% пациентов язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки развитию заболевания предшествовала хроническая гастродуоденальная патология (хронический гастрит – 9,8%, гастродуоденит – 38,5%, эрозивный гастродуоденит-51,7%). Неблагоприятная «язвенная» наследственность обнаружена у 86,2% студентов, отягощенный социальный анамнез (малообеспеченные и многодетные семьи, неполные семьи, неблагоприятные жилищные условия) у 64,6% больных, вредные привычки и нарушения в диете – 43% пациентов соответственно. Клиническая картина характеризовалась болевым синдромом и диспепсическими расстройствами в виде дискомфорта в эпигастральной области и изжоги, тошноты, рвоты, чувства переполнения или вздутия живота после приема пищи. Желудочно-кишечное кровотечение диагностировано у 1,7% больных.

Анализ вегетативного статуса выявил выраженную парасимпатикотонию у 93,8% студентов. Патогистологическое исследование биоптатов обнаружило ассоциацию язвенной болезни с *Helicobacter pylori* у 81,5% больных в случаях первичного выявления заболевания. Причинами рецидива язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки явились отсутствие противорецидивной терапии у 63% студентов, нарушение диеты и режима дня у 15,3% больных, стрессовые ситуации у 12,3% пациентов, неблагоприятный социальный анамнез у 9,4% наблюдаемых. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки зарегистрированы у 4,3% студентов (стеноз привратника у 0,8%, рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки-1,8%, кровотечение-1,7%).

Таким образом, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки достоверно чаще встречается у студентов из групп «социального риска». Предиктором язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки может быть синдром вегетативной дисфункции. Клиническая картина заболевания характеризуется болевым синдромом и диспепсическими расстройствами, выраженность которых не зависит от пола и возраста больных. Ассоциация язвенной болезни с *Helicobacter pylori* выявляется у подавляющего большинства пациентов в случаях первичного выявления заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Логинов А.С. Современные проблемы клинической гастроэнтерологии. - Тер. архив. - 2005. - Т. 63, N 2. - С. 4-9.
2. Васильев Ю.В. Язвенная болезнь и *Helicobacter pylori* // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.- 2001.- Т. XI. № 5. С. 19.

УДК 616.13-007.24.3

КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

Э.У. Сауленбаева

ШГП №2, г. Шымкент

ТҮЙІН

Әйелдерде менструация тоқтауы кезеңінде байқалатын артериялық гипертонияны емдеу күрделі мақсаттардың біріне жатады. Дегенмен, біздің зерттеу нәтижелеріміз менструация тоқтауы кезеңінде байқалатын артериялық гипертонияның емінде метопрололды қолдану арқылы қан қысымының деңгейін бақылау мүмкіндігін және инсульт, жүрек - қан айналу жүйесі жағынан асқынулардың алдын алуға болатынын көрсетіп отыр.

SUMMARY

The treating of arterial hypertension during womens menopause is one of the most complicated. According to our results of the research during menopause arterial hypertension.

Артериальная гипертония (АГ) остается одной из самых актуальных медицинских проблем. Распространенность АГ в России составляет 39,2% среди мужчин и 41,1% среди женщин, причем отмечается увеличение частоты АГ с возрастом [1]. Стабильно повышенное артериальное давление имеют до 40% взрослого населения Казахстана. Социальная значимость этого заболевания определяется не столько рекордно большой распространенностью, сколько высоким риском развития осложнений АГ, ведущими из которых являются мозговой инсульт и инфаркт миокарда. Популяционные исследования последних десятилетий показали, что у женщин с наступлением менопаузы резко возрастает частота АГ, ишемической болезни сердца (ИБС), инсультов и инфарктов миокарда (ИМ). АГ осложняет течение климактерического периода более, чем у 50% женщин. Патогенетические механизмы АГ, развивающейся в постменопаузе, многочисленны и обусловлены как непосредственно сосудистыми реакциями на различных уровнях регуляции, так и нарушениями метаболизма [2].

При рассмотрении возможных причин такой возрастной динамики оказывается, что к настоящему времени влияние на артериальное давление менопаузы, со всеми характерными для нее гормональными изменениями, все еще остается недостаточно понятным. Имеется также целый ряд факторов, оказывающих значимое влияние как на уровни артериального давления, так и на возраст наступления менопаузы, и среди них такие, как индекс массы тела (ИМТ), курение и социально-экономический статус. С наступлением менопаузы отмечается постепенное увеличение частоты развития осложнений артериальной гипертонии, что в определенной степени может быть обусловлено снижением уровней эстрогенов в плазме крови.

Влияние дефицита эстрогенов на уровни артериального давления и частоту сердечно-сосудистых осложнений может опосредоваться различными механизмами. Как известно, с возрастом отмечается ухудшение эластических свойств артерий, однако эти изменения могут быть связаны и с наступлением менопаузы. Эстрогены оказывают влияние на ренин-ангиотензиновую систему - они подавляют превращение ангиотензина-1 в ангиотензин-2 (АТ2), а также снижают чувствительность АТ2-рецепторов. Активность ренина в плазме ниже у женщин, чем у мужчин, однако она повышается после наступления менопаузы, при этом симпатическая активность также усиливается в этот период. Исследования выявили более высокую секрецию норадреналина у женщин с артериальной гипертонией, по сравнению с женщинами, имеющими нормальный уровень АД, причем после наступления менопаузы данное различие было еще более выраженным. Повышение артериального давления во время психоэмоционального стресса также более выражено с наступлением менопаузы.

У женщин дисфункция эндотелия особенно усиливается в перименопаузальном периоде, что свидетельствует об участии гормонального компонента в патогенезе этих нарушений. Эстрогены вызывают вазодилатацию посредством влияния на синтез оксида азота (NO), а также стимулируют открытие кальциевых каналов в клеточных мембранах гладкомышечных клеток сосудов. Наступление менопаузы и связанное с ней снижение уровней эстрогенов неблагоприятным образом сказывается на механизмах вазодилатации и снижения АД. Менопауза также сопровождается, помимо недостаточности функции эстрогенов, прекращением менструаций. Высказывались предположения о том, что потеря железа с менструациями оказывает защитное действие на эндотелиальную функцию и на снижение уровня АД [3].

Эффективная терапия артериальной гипертонии у женщин в постменопаузальном периоде снижает риск развития церебральных и сердечно-сосудистых осложнений. При назначении антигипертензивных препаратов основной эффект ожидается в виде снижения артериального давления, однако в ряде исследований снижение общей частоты сердечно-сосудистых событий было более выраженным, чем могло бы быть обусловлено только снижением уровня АД. Учитывая данные исследований о достаточно низком уровне приверженности больных артериальной гипертонией к лечению, существенное внимание должно уделяться терапевтическому обучению больного, а также динамическому контролю заболевания. У женщин с артериальной гипертонией достижение и поддержание оптимальных уровней АД позволяет снизить частоту сердечно-сосудистых событий более, чем на 50%, что несколько выше по сравнению с мужчинами.

Учитывая то, что из всех патогенетических механизмов повышения артериального давления у женщин в период менопаузы преобладают повышения активности симпатической нервной системы мы изучили роль бета-адреноблокаторов, в частности метопролола, в контроле артериальной гипертонии у данной категории

больных. Как известно, у женщин в период менопаузы эффективное лечение снижает уровни АД как при систолической, так и при диастолической гипертонии, однако в абсолютных цифрах благоприятное влияние лекарственной терапии более выражено при изолированной систолической гипертонии и при мягкой гипертонии. С целью оценки эффективности гипотензивной терапии метопрололом у женщин в постменопаузе с артериальной гипертонией нами были взяты под наблюдение 30 женщин, не получавших в прошлом гормональной заместительной терапии.

В исследование отбирались женщины, удовлетворявшие основным критериям включения: естественная менопауза, возраст 45-58 лет, четкие признаки постменопаузальной фазы (давность наступления менопаузы 1-5 лет; индекс менопаузальных симптомов >1 (каждый менопаузальный симптом - приливы, сильное сердцебиение, бессонница, раздражительность или депрессия - оценивались по шкале: 0 - отсутствие, 1 - легкая степень; 2 - умеренная степень; 3 - сильная степень) и наличие артериальной гипертонии. Основными критериями исключения являлись: прием препаратов ЗГТ в прошлом, прием гиполипидемических препаратов в течение предшествующих трех месяцев, наличие противопоказаний к терапии бета-блокаторами (например, бронхиальная астма).

Больные исключались из исследования, если регистрировалось повышение АД в покое более 200/114 мм рт. ст. Назначение других антигипертензивных препаратов не разрешалось. Эффективность метопролола достигалась малыми дозами - в группе больных мягкой АГ кратность приема препарата составляла 1 раз по 50 мг в сутки, в группе больных с умеренной АГ - 2 раза по 100 мг. Лечение метопрололом приводило к статистически достоверному снижению уровня и систолического, и диастолического АД. Степень снижения систолического АД составила 17,1%, диастолического - 12,8%.

Полный гипотензивный эффект метопролола установился на 2-й неделе постоянного приема препарата. Гипотензивный эффект монотерапии метопрололом отмечен у 70% больных; нормализация ДАД произошла у 60% больных. Гипотензивное действие метопролола проявлялось большей степенью снижением САД, чем ДАД (с 171,5 до 143,4 мм рт.ст.; САД = 28,1; $p < 0,001$), соответственно - (со 104,4 до 90,6 мм рт.ст.; ДАД = 13,8 мм рт.ст.; $p < 0,001$). Таким образом, высокая частота артериальной гипертонии у женщин после наступления менопаузы связана с многочисленными неблагоприятными влияниями, в результате чего возрастает риск ССЗ, ИБС и инсульта. С учетом необходимости устранения этих различных факторов, лечение артериальной гипертонии у женщин в постменопаузе представляет собой достаточно сложную задачу. Тем не менее, результаты наших исследований показывают, что антигипертензивная терапия у женщин в период менопаузы метопрололом дает возможность контролировать уровень артериального давления и к значительному снижению риска инсульта и ССЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оганов Р.Г. Вклад сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в здоровье населения России / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Сердце. 2003. - Т. 2. - № 2. - С. 58-62.
2. Harrison-Bernard LM, Raji L. Postmenopausal hypertension. Curr Hypertens Rep 2000; 2(2): 202-207.
3. Luoto R, Sharrett AR, Schreiner P et al. Blood pressure and menopausal transition: the Atherosclerosis Risk in Communities study (1987-95). J Hypertens 2000; 18(1): 27-33.

УДК 616.34-007-001.8

АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ГРЫЖ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

К.А. Намаева

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда

ТҮЙІН

Бұл мақалада ұрсақ қабырғасының әртүрлі жарықтарымен науқастарға талдау жүргізу жазылған. Мақалада Карағанды қаласы Облыстық клиникалық ауруханада 2009-2011 жылдарда хирургиялық жолмен емделген әр түрлі жарығы бар науқастардың сиппатамалары мен оларды хирургиялық әдістермен емдеу түрлері берілген.

SUMMARY

This article is about the analysis of patients with various kinds of hernias of a belly wall. Analysis of patients with various kinds of hernias of a belly wall and treating with surgical method ave used at the Oblast clinical hospital of Karaganda from 2009 – 2011 years.

Актуальность. Грыжи брюшной стенки - одно из самых распространенных заболеваний человека, они наблюдаются у 2-4% всего населения планеты [2,3]. Проблема лечения грыж брюшной стенки остается по-прежнему актуальной. Это можно объяснить большой распространенностью этой патологии и неудовлетворенностью результатами лечения. Наружные грыжи живота встречаются у 6-7% всех мужчин и у

2,5% женщин нашей планеты, то есть данной патологией страдают примерно 510-570 миллионов человек. Вот почему грыжесечение является одной из самых распространенных операций в абдоминальной хирургии, составляющей 10-21% всех оперативных вмешательств.

В мире ежегодно выполняется свыше 1,5 млн. вмешательств по поводу грыж брюшной стенки, в США эта цифра составляет около 700 тыс., в Германии 153 тыс. Пациенты с грыжами брюшной стенки составляют до 25% от всех больных общехирургического стационара [1,4]. Нельзя недооценивать экономическое значение лечения больных с грыжами, поскольку ежегодно оно требует огромных дополнительных затрат на госпитализацию и амбулаторное долечивание пациентов. Сегодня приходится оперировать 11,4 – 23,3% больных только с рецидивными грыжами. Вот почему в настоящее время проблема разработки новых способов операций, профилактики осложнений после грыжесечения остается по-прежнему актуальной [5].

Цель исследования: анализ больных с различными видами грыж брюшной стенки.

Материалы и методы исследования: осуществлён ретроспективный анализ 370 оперированных больных по поводу различных форм грыж брюшной стенки в областной клинической больнице (ОКБ) г. Караганда в период со второй половины 2009года и по апрель 2011 года.

Результаты исследования и их обсуждение: За отмеченный период времени в клинике выполнили 370 оперативных вмешательств по поводу грыж передней брюшной стенки. Среди пациентов было 223 (71,0%) мужчин, 147(29,0%) женщин, распределение по паховым грыжам 176(47,6%) мужчин, 20(5,4%) женщин, по другим видам грыж 47(12,7%) мужчин, 127(34,3%) женщин. Распределение пациентов по возрастным группам: до 20 лет- 12(3,2%), от 21 до 30 лет - 19(5,1%), от 31 до 40 лет - 34(9,2%), от 41 до 50 лет 64(17,3%), от 51 до 60 лет 116(31,4%), от 61 до 70 лет 69(18,6%), от 71 до 80 лет 50(13,5%), и старше 81 года 6(1,6%). Распределение пациентов по локализации грыж следующее: пупочные - 35(9,5%), белой линии - 22(5,9%), бедренные – 10(2,7%), послеоперационные вентральные - 107(28,9%), паховые - 196(52,9%). Среди паховых грыж косые грыжи составили -101(51,5%), прямые - 50(25,5%), паховомошоночные- 22(11,2%), комбинированные - 2(0,5%), двухсторонние – 4(2,0%), рецидивные – 17(8,7%).

Оперативные вмешательства проводили, преимущественно под спинальной анестезией, а в случаях послеоперационных вентральных грыж применяли интубационный наркоз. В герниологии существует неизменный тезис, утверждающий, что успех пластической операции на брюшной стенке зависит от соблюдения двух неотделимых друг от друга принципов: правильного выбора надежного способа пластики и надлежащего качества его исполнения. Способ пластики грыжевых ворот определялся с учетом индивидуальных особенностей больных, расположения и размеров выпячиваний. Пластику при пупочных грыжах и грыжах белой линии живота с неширокими грыжевыми воротами у 30 (17,2%) пациентов выполнили по Мейо, у 21(12,1%) пластику по Сапезко, при послеоперационных вентральных грыжах у 27(15,5%) применялась пластика по Белоконеву.

При бедренных грыжах у 5 (50%) больных произвели герниопластику по Бассини, у 5 с невправимой бедренной грыжей, а также с комбинированной бедренной и паховой грыж выполнили грыжесечение паховым доступом по Руджи-Парлавеччио. При послеоперационных вентральных срединных грыжах, если дефект апоневроза был более 3-х см., использовали пластику сетчатым эндопротезом, в частности у 27(15,5%) применялась пластика по Белоконеву. При меньшем дефекте пластику производили местными тканями. Способ пластики при паховых грыжах выбирался на основании оценки всего комплекса изменений в паховом промежутке. Особое внимание обращалось на его форму, размеры, состояние задней стенки пахового канала и размеры глубокого пахового кольца.

Из всех 196 операций, произведенных по поводу паховых грыж, однослойная глубокая пластика применялась у 52(27%) больных. Грыжесечение с пластикой по этому способу выполняли преимущественно у пациентов молодого возраста с хорошо развитым мышечно- апоневротическим слоем, выраженной, не растянутой поперечной фасцией, невысоким, щелевидно-овальной формы паховым промежутком, нерасширенным глубоким паховым кольцом. В других случаях при прямых и косых грыжах укрепляли заднюю стенку пахового канала, т.к. поперечная фасция является наиболее важным слоем и определяет степень надежности пластики паховых грыж. Аутопластика по Постемпскому была выполнена у 10(5,1%) больных, а в 73(37,2%) - произведена аллопластика по Лихтенштейну, которой отдается предпочтение, как наиболее оптимальному способу ненатяжной пластики. При котором меньше выражен послеоперационный болевой синдром, сохраняется активный двигательный режим, нет необходимости в длительном пребывании в стационаре, сокращается период послеоперационной нетрудоспособности, уменьшается количество рецидивов. На третьи сутки больные после операции производились перевязки, и больных выписывали на амбулаторное лечение. Дальнейшее лечение в "домашнем стационаре" сопровождалось более быстрой реабилитацией пациентов за счет активного двигательного режима, щадящего психоэмоционального фона. Ранний активный двигательный режим, улучшающий микроциркуляцию тканей, отсутствие внутрибольничной инфекции также способствовали уменьшению осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баулин Н.А., Зайцева М.И., Сергеев И.В. Пластика местными тканями при больших и сложных послеоперационных грыжах живота. Пенза: Изд-во Пенз. гос. ун-та, 2001. С. 188.

2. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. М.: Триада-Х, 2003. С. 144.
3. Мясников А.Д., Колесников С.А. Герниология. Для врачей общехирургических стационаров. Белгород. 2005. С. 348.
4. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Концепция хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки. //Герниология. 2004. № 1. С. 5–10.
5. Добровольский С.Р., Шестаков А.Л., Титов В.В. и др. Профилактика осложнений хирургического лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж. Методические рекомендации. М. 2007. С. 24.

УДК 616.216.1-002.1

ОСТРЫЙ ГАЙМОРИТ: ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Ж.Б. Медеров

Областная детская больница, г.Тараз

ТҮЙІН

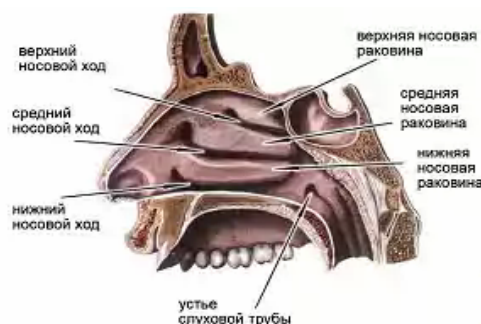
Белгілі көзқарастарға сәйкес, өткір гайморит суық тиган ауруды кедергі болып табылады және қарқынды емдеуден астам талап етеді, соның ішінде бактерияларға қарсы терапия. Мұндай алғашқы амбулаториялық ауруларды емдеуді тиімділік әйтсе де талқыланды.

SUMMARY

This article is about acute antritic and expecieny of antibacterial therapy.

Околоносовые пазухи (придаточные пазухи носа) представляют собой воздухоносные полости в виде небольших пещерок в костях черепа, сообщающиеся с полостью носа. Верхнечелюстных пазух у человека две – правая и левая. Основной причиной возникновения гайморита является инфекция: бактерии или вирусы проникают в гайморову пазуху из полости носа или через кровь и вызывают воспалительный процесс. Отек из полости носа распространяется на слизистую оболочку гайморовой пазухи, слизистая оболочка набухает, и просвет, ведущий из пазухи в полость носа, постепенно закрывается (см. рис.). Вследствие этого сообщение гайморовой пазухи с полостью носа практически исчезает. В таких условиях кислород, необходимый для нормального функционирования слизистой оболочки, не поступает в пазуху, в ней нарастает давление, вызывающее болевые ощущения, и продолжается секреция слизи, которая вследствие нарушения оттока застаивается и постепенно приобретает воспалительный характер.

Факторы риска. К ним относятся: состояния, нарушающие носовое дыхание, в частности искривление носовой перегородки, вазомоторный ринит, гипертрофический ринит (увеличение носовых раковин), у детей – аденоиды, аллергические заболевания носа; нарушения иммунитета, к которым приводят хронические заболевания, паразитозы, аллергические состояния и др.; несвоевременное или неправильное лечение обычной простуды, острых респираторных заболеваний и др.; бактерионосительство (например, стафилококк, живущий в носоглотке человека, длительное время может не наносить серьезного ущерба здоровью, но даже при обычной простуде способен активизироваться и проявить свои патогенные свойства); врожденные нарушения структуры полости носа.



Согласно общепринятой точке зрения, острый гайморит является осложнением простудного заболевания и требует более интенсивного лечения, в том числе антибактериальной терапии. Тем не менее эффективность такого лечения первичных амбулаторных больных не была изучена. Все ранее опубликованные исследования, касающиеся лечения острого гайморита, были проведены среди больных, доставленных в ЛОР-отделение с клиническими признаками гнойного синусита. Эффективность различных групп антибиотиков у

данного контингента по сравнению с плацебо оказалась незначительной. Несмотря на недостаточно явную эффективность антибиотиков при синуситах, в общей практике их использование у первичных амбулаторных больных широко распространено. Этот факт объясняется еще и тем, что при первичном осмотре очень трудно различить острый ринит и острый гайморит, диагноз которого, тем не менее, может быть подтвержден при рентгенологическом исследовании околоносовых пазух. С целью определения целесообразности применения антибактериальной терапии у этой категории больных было проведено рандомизированное плацебо-контролируемое исследование.

В работу были включены 214 взрослых пациентов с клиническими и рентгенологическими признаками острого гайморита. Пациенты были произвольно разделены на две группы: больные 1-й группы (n = 108) получали амоксициллин в капсулах по 750 мг 3 раза в день в течение 7 дней, больные 2-й группы (n = 106) - плацебо в том же режиме. Кроме того, все больные получали ингаляции 0,1% раствора ксилометазолина и, по показаниям, парацетамол. На 7 и 14-й день после начала лечения больных осматривали ЛОР-специалисты. Пациентам, у которых через 2 нед сохранялись клинические признаки гайморита, производили пункцию верхнечелюстной пазухи. Отдаленные результаты изучали через 1 год после завершения исследования.

Через 2 нед у 87 (83%) больных 1-й группы и 78 (77%) 2-й состояние значительно улучшилось или симптомы заболевания полностью исчезли. Рентгенологическая картина нормализовалась соответственно у 74 и 60% пациентов. При наблюдении в течение 1 года рецидив заболевания отмечался у 21% больных, получавших антибиотики, и у 17% пациентов из группы плацебо. Таким образом, антибактериальная терапия практически не влияет на течение острого гайморита у первичных амбулаторных больных. Также нет необходимости проводить таким пациентам рентгенологическое исследование. Терапию можно ограничить симптоматическими средствами. Для определения показаний к применению антибиотиков в более тяжелых случаях необходимы дальнейшие исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Van Buchem FL, Knottnerus JA, Schijnemaekers VJJ, et al. Primary-care-based randomized placebo-controlled trial of antibiotic treatment in acute maxillary sinusitis. *Lancet* 1997;349:683-7.

УДК 616.94-022:618.19-002:618.7

СТАФИЛОКОККИ, КАК ОСНОВНЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ МАСТИТОВ У ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Г.М. Ахметова

РГКП «Уральская городская дезинфекционная станция», г. Уральск

В настоящее время, в связи с высоким уровнем заболеваемости женщин маститом в послеродовом периоде, повышается возможность передачи возбудителя инфекции ребенку с грудным молоком. Этиология маститов может быть различной, однако, ведущее значение до настоящего времени остается за *Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus aureus*. В ряде случаев после проведения соответствующего лечения при сохранении у женщины лактации встает вопрос о возможности возобновления грудного вскармливания. Решение этого вопроса возможно лишь после проведения бактериологического исследования грудного молока, позволяющего установить количественный и качественный состав выделенных микроорганизмов. Кроме того, в последние годы показана возможность выделения *Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus aureus* в массивном количестве из грудного молока практически здоровых женщин, что может иметь значение при отборе доноров. С одной стороны, нельзя исключить того обстоятельства, что вскармливание ребенка молоком, содержащим стафилококки, может привести к возникновению у него различных, и в первую очередь, кишечных проявлений стафилококковой инфекции. С другой стороны, далеко не во всех случаях обнаружение в молоке этих микроорганизмов является показанием к отмене грудного вскармливания.

Цель исследования. Общеизвестно, что в последние годы в этиологии послеродовых инфекционных заболеваний значительно возросла роль так называемых условно-патогенных представителей семейства *Enterobacteriaceae*, *Streptococcaceae*, *Pseudomonadaceae* (эндометрит, пиелонефрит, флебит, кишечные заболевания). Возможность выделения представителей этих семейств из грудного молока также существует. Бактериологическая лаборатория РГКП «Уральская городская дезинфекционная станция» проводит исследования по функциям лечебно-профилактических организаций, которые направлены на выявления микроорганизмов из клинического материала и определяет чувствительность к антибактериальным препаратам согласно протоколам диагностики и лечения.

Материалы и методы. Взятие и транспортировку грудного молока осуществляли в стационаре в специально отведенном помещении. Перед сцеживанием молока женщина моет руки с мылом, тщательно

обрабатывает соски и околососковую область молочных желез отдельными ватными тампонами, смоченными 70⁰этиловым спиртом (каждая железа обрабатывается отдельным тампоном). Забор производится из правой и левой молочной железы в стерильные пробирки и исследуется отдельно. Для выделения чистых культур материал по 0,2 мл засевают на ряд селективных питательных сред: агар с 5% кровью барана, желточно-солевой агар по Чистовичу, агар Эндо. Идентификацию выделенных чистых культур проводили согласно приказу №10.05.03197 по общепринятой схеме. Частота выделения коагулазопозитивных, коагулазонегативных стафилококков и других условно-патогенных микроорганизмов в грудном молоке у женщин приведена в таблице.

Таблица 1 - Частота выделения коагулазопозитивных, коагулазонегативных стафилококков и других условно-патогенных микроорганизмов в грудном молоке

Наименование материала	Возбудители					
	Staphylococcus		Enterococcus	Streptococcus	Enterobacteria ceae	Pseudomonada ceae
	Staphylococcus epidermidis	Staphylococcus aureus.				
1. Грудное молоко	47,4%	35,4%	10,1%	5%	1,2%	0,6%

При бактериологическом исследовании грудного молока через 24 часа на кровяном агаре стафилококки в основном вырастают в виде белых, золотистых колонии d- 0,1мм, маслянистой консистенции с б-гемолизом, на желточно-солевом агаре через 48 часов - колонии с лецитиназной активностью и без лецитиназы в массивном количестве. Некоторые штаммы Staphylococcus aureus выделенные из грудного молока от родильниц теряют способность коагулировать плазму, что, по видимому, связано с проведенным курсом антибактериальной терапии в послеродовом периоде.

Из грудного молока от женщин с маститами выделено 158 культур условно-патогенных микроорганизмов, которые принадлежали к 3 родам и 6 видам. Среди них наиболее часто встречались Staphylococcus epidermidis 47,4%; Staphylococcus aureus 35,4%; реже Enterococcus faecalis 10,1%; Streptococcus agalactiae 5%, Enterobacter aerogenes 1,2%, эпизодически Pseudomonas aeruginosa 0,6%. На долю грамположительных кокков приходилось 98,1% от общего количества изолированных культур (стафилококки – 82,9%), а на долю грамотрицательных палочек - 1,8% (из них энтеробактерий - 0,6%).

Массивность выросших микроорганизмов на твердых питательных средах составляет 250 КОЕ и более, что является показателем высокой обсемененности и этиологической значимости выделенных возбудителей. Результаты, полученные с обеих грудных желез, идентичны. Отмечена также связь между возникновением конъюнктивитов и пиодермии у новорожденных с микрофлорой верхних дыхательных путей матери. Так, при целенаправленном исследовании мазков из зева и носа у родильниц на условно-патогенную микрофлору с этиологически значимыми степенями обсемененности (10^5 и выше) основными возбудителями являются также стафилококки.

Выводы. В развитии маститов ведущая этиологическая роль принадлежит грамположительным коккам и, в первую очередь стафилококкам (преимущественно эпидермальному), значительно реже энтеробактериям. Все вышеизложенное, свидетельствует о необходимости введения критериев оценки эпидемиологической опасности микробной обсемененности грудного молока женщин с целью определения противопоказаний к возможности грудного вскармливания ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медицинская микробиология. В.И.Покровский. Москва 1998.
2. Методические рекомендации по бактериологическому контролю грудного молока. Москва 1984.

УДК 616.6-022.15-084

ПРОФИЛАКТИКА ВОСХОДЯЩЕЙ УРОИНФЕКЦИИ В КОМПЛЕКСЕ МЕР ПО ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ БОЛЬНЫХ ОРТ

Б.Т.Токкулиев

Областная клиническая больница, г.Шымкент

ТУЙІН

Екі топқа бөлінген, 20 реанимациялық науқасқа салынған несеп ағып шығып жиналатын жүйелердің («Уномедикал», Дания) тиімділігіне сараптама жасалды. Бірінші топты, А4 несеп жинаушы жүйе салынған 4 және де одан көп мерзімде тұрған, ал екінші топты А6 жүйесі қойылып 6 оданда көп мерзімде тұрған науқастар құрады. Микробиологиялық зерттеулер науқастың түскен кезінде және әр үш күн сайын қаталанды. Науқаста уроинфекция жоғары қарай өршу дамуының, инфекциялық қауіпсіздігі критеріесіне несепте инфекцияның жоқтығымен бағаланды. Нәтижесінде науқастардағы инфекциялық қауіпсіздікті А4 жүйесі орташа 6 тәулік аралығында қамтамасыз етсе, ал А6 жүйесі 14 тәулік бойыша қамтамасыз етуі көрсетілді.

SUMMARY

This article described the efficiency of closed sterile urine bag in the prophylaxis ascending uroinfection coith heavy contingent of patients, which are on the treatment in the section of reanimation.

Введение. Инфекционная безопасность больных остается важной общеклинической проблемой, актуальность которой не снижается, несмотря на успехи клинической медицины, вооруженной новыми антибактериальными препаратами [1,2]. В настоящее время одним из принципов инфекционной безопасности в ОРИТ является профилактика инфицирования мочевыводящих путей, для чего используются индивидуальные мочевыводящие системы. Длительность использования мочевого катетера находится в прямой связи с его способностью эффективно противостоять восходящему пути микробного проникновения в просвет мочевого катетера, которая, в свою очередь, зависит от конструктивных особенностей системы. Современные закрытые стерильные мочеприемники снабжены специальным портом для взятия проб мочи, исключающим необходимость разгерметизации системы «мочеприемник-мочевой катетер», невозвратным клапаном, сборным мешком достаточной емкости (обычно 2000 мл), сливным краном.

Конструкция более сложных систем, в дополнение к имеющимся приспособлениям, предопределяет наличие капельной камеры, обеспечивающей создание «сухой зоны» за счет разрыва тока мочи между приводной трубкой и сборным мешком, специальную форму сборного мешка и убирающийся в специальный карман клапан слива, что увеличивает расстояние от пола до мочевого катетера, затрудняя его инфицирование. Различия конструкции мочеприемников должно определять различия в сроках их использования. Для дифференцирования подхода к использованию мочеприемников у различного контингента больных, находящихся на лечении в ОРИТ, актуальным представляется изучение эффективного времени защиты мочевыводящих путей в зависимости от вариантов конструкции мочеприемника.

Цель работы. Оценить эффективность закрытых стерильных мочеприемников в профилактике восходящей уроинфекции у тяжелого контингента больных, находящихся на лечении в отделении реанимации.

Материал и методы. В ОРИТ областной клинической больницы с 2009 г. по 2010 г. были проанализированы результаты использования мочевыводящих систем компании «Уномедикал», Дания, у 20 реанимационных больных. Критериями отбора в анализируемые группы была установка постоянного мочевого катетера пациентам, которые предположительно по тяжести состояния будут находиться в отделении более 4 и более 6 суток. Тяжесть состояния больных оценивалась с помощью шкалы APACHE-II и SOFA. Мочеприемники присоединяли к мочевому катетеру сразу после катетеризации мочевого пузыря при поступлении больных в ОРИТ. Соответственно этому пациенты были разделены на две группы: первая группа с предполагаемым использованием мочеприемника 4 и более суток (устанавливался мочеприемник А4) и вторая группа с предполагаемым использованием мочеприемника 6 и более суток (устанавливался мочеприемник А6). В первой группе пациентов смену мочеприемника производили на пятые сутки, во второй группе - на седьмые сутки стояния мочеприемника.

Микробиологические исследования проводились при поступлении больного, а затем каждые 3 дня (иногда чаще - при наличии клиники синдрома системного воспалительного ответа). Во всех случаях взятие материала на исследование выполнялось в асептических условиях из порта для взятия проб мочи, расположенного в проксимальной части приводной трубки мочеприемника. Параллельно с программным микробиологическим исследованием мочи исследовался микробиологический спектр в других биологических средах пациента (кровь, мокрота, раневое содержимое). При проведении антибактериальной терапии использовался деэскалационный принцип. Смена антибактериальной терапии проводилась по результатам исследований чувствительности микроорганизмов. Критерием инфекционной безопасности пациента от восходящей уроинфекции была оценка длительности неинфицирования мочи.

Результаты и их обсуждение. В 1 группе длительность пребывания больных в ОРИТ составляла от 5 до 29 суток (в среднем - 13,2 дня). Тяжесть состояния больных колебалась по шкале APACHE II от 5 до 19 баллов и по шкале SOFA от 5 до 10 баллов, в среднем составляя 11 и 8 баллов соответственно. ИВЛ проводилась 9 пациентам длительностью от 1 до 15 суток, в среднем - 6 суток. Рост микроорганизмов в области порта для взятия проб мочи получен у 8 из 10 пациентов. У двух больных, у которых мочевой катетер удален на 5 и 7 сутки стояния, роста микробной флоры не получено.

В остальных восьми случаях время появления микроорганизмов в моче составляет от 4 до 17 суток стояния катетера и мочевого катетера, в среднем составляя 6,5 суток. В процентном соотношении интервалы времени разделились следующим образом: -рост микроорганизмов на 4 сутки стояния мочеприемника - 3

больных; -рост микроорганизмов на 5-7 сутки стояния мочевого пузыря -4 больных; -рост микроорганизмов в сроки свыше 7 суток стояния мочевого пузыря - 1 больной. При определении типа возбудителей отмечено, что у этой группы пациентов преобладает колонизация грибами рода *Candida* (все случаи, когда получен положительный микробиологический результат), в то же время в иных биологических средах была выявлена колонизация другими видами микроорганизмов: (*Ps.aeruginosa*, *Staphylococcus*).

Во 2 группе длительность пребывания больных в ОРИТ составляла от 13 до 31 суток (в среднем - 16,5 дней). Тяжесть состояния больных колебалась по шкале APACHE II от 5 до 13 баллов и по шкале SOFA от 4 до 10 баллов, в среднем составляя 10,5 и 7 баллов соответственно. ИВЛ проводилась всем 10 пациентам длительностью от 5 до 32 суток, в среднем – 16 суток. Рост микроорганизмов в области порта для взятия проб мочи получен у 9 из 10 пациентов. У одного больного, у которого мочевого катетера удален на 14 сутки, роста микробной флоры не получено. В остальных случаях время появления микроорганизмов в моче составило от 7 до 42 суток стояния катетера и мочевого пузыря, в среднем составляя 14,7 суток. Интервалы времени разделились следующим образом: рост микроорганизмов на 7 сутки стояния мочевого пузыря - 2 больных; рост микроорганизмов на 8-12 сутки стояния мочевого пузыря - 3 больных; - рост микроорганизмов в сроки свыше 12 суток стояния мочевого пузыря -4 больных.

Результаты микробиологического исследования показывают, что у больных второй группы, наряду с ростом грибов рода *Candida* (6 из 10 случаев), в посевах мочи определяется микрофлора, характерная для нозокомиальной инфекции в ОРИТ (*Klebsiella*, *Ps.aeruginosae*, *Enterococcus*). В других биологических средах преобладают возбудители нозокомиальной инфекции: *Ps.aeruginosae* - 4 случая и *St. Aureus*, в т.ч. MRSA - 3 случая, что соответствует микробиологическому пейзажу ОРИТ (таблица 1).

Таблица 1 - Наиболее часто встречающийся возбудители в ОРИТ ОКБ

Возбудитель	годы	
	2009	2010
Гр - негативная флора:		
<i>Ps.aeruginosa</i>	32,49	36,27
<i>E.coli</i>	12,99	1,41
<i>Klebsiella</i>	12,63	9,15
<i>Acinetobacter</i>	12,99	10,21
<i>Enterobacter</i>	1,08	3,17
<i>Proteus</i>	-	-
Гр - позитивная флора:		
<i>S.aureus</i>	15,88	19,36
в т.ч. MRSA	25	11,27
<i>Str.pneumoniae</i>	1,08	0,7
<i>Enterococcus</i>	1,44	1,76
<i>Candida</i>	65	78

Преобладание грибов рода *Candida* в посевах мочи в обеих группах больных свидетельствует о возрастающей роли данного возбудителя в развитии нозокомиальной инфекции в ОРИТ [3].

Выводы. Установлено, что закрытые стерильные мочевого пузыря «А4» производства компании «Уномедикал» обеспечивают инфекционную безопасность пациента в среднем в течение 6,5 суток, системы «А6» обеспечивают инфекционную безопасность в среднем в течение 14,7 суток. При этом системы «А6» использовались у наиболее тяжелых больных и с более длительным пребыванием в ОРИТ. Кроме того, критерием высокой инфекционной безопасности закрытых мочевыводящих систем является то, что в 70% случаев выявления микроорганизмов не был превышен порог титра инфекционного заболевания 10^6 колоний в мл.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нозокомиальная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С., Козлов Р.С., Руднов В.А., Яковлев С.В., Стецюк О.У., Решедько Г.А. Клин. микробиол. антимикроб. химиотер., 2005;1:4-32.
2. Гельфанд Б.Р., Белоцерковский Б.З., Проценко Д.Н. и др. Нозокомиальная пневмония в хирургии. Инфекции в хирургии. 2003;1(3):66-72.
3. Инфекции в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Клин. микробиол. антимикроб химиотер., 2004;13(2):5-11.

УДК 616.155.194.8-084

АНЕМИЯ, ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ*К.А. Амрекулов**Городская детская больница №1, г. Тараз***ТҮЙІН**

Анемия- қанның көлем бірлігіндегі гемоглобинның немесе эритроциттердің санының төмендеуі. Балалар арасында ең жиі кездесетін анемияның түрі теміртапшылық анемиясы. Анемияның себептері бала тәніндегі темір жетіспеушілігі.

SUMMARY

The Anemia is characterised by the decreasing in the blood. Widespread of anemias sort among children in Irondeficiency anemia. A principal cause of Irondeficiency anemia is the lack of iron in the organism of child.

Анемия – это группа заболеваний, для которой характерно снижение гемоглобина и/или количества эритроцитов в единице объема крови. В зависимости от механизма развития выделяют 3 группы анемий: связанные с кровопотерей; вызванные нарушением работы кровеносных органов; обусловленные повышенным кроверазрушением. Самым распространенным видом анемии в детском возрасте является железодефицитная анемия, которая составляет около 90% всех анемий. Патогенетической основой железодефицитной анемии является недостаток в организме железа. Наибольший риск развития данного заболевания отмечается у детей раннего и подросткового возраста, а также у женщин детородного возраста, беременных и кормящих.

Известно, что железу принадлежит важная роль в процессе транспорта кислорода, тканевого дыхания, в регуляции обмена веществ, работе ферментативной активности, функционировании иммунной системы и др. Потребности детей в железе высоки и складываются из: расхода на синтез гемоглобина, миоглобина, железосодержащих ферментов; обеспечения постоянных естественных потерь с калом, мочой и т.д.; создания дополнительного запаса железа. Железодефицитная анемия развивается на фоне полного истощения запасов железа. Клинически это состояние характеризуется более выраженным, чем при латентном дефиците сидеропеническим синдромом, общеанемическими и общеклиническими проявлениями.

Помимо изменений со стороны кожи, слизистых оболочек, ногтей, волос у детей возможны извращения вкуса, аппетита, обоняния, затруднения при глотании сухой и плотной пищи (сидеропеническая дисфагия). Характерно пристрастие к кислым, соленым, острым продуктам, сухим крупам и макаронам, иногда к несъедобным веществам (земле, глине, мелу и т.п.). Общеклинические симптомы обусловлены развитием анемической гипоксии. Типичные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: тахикардия, анемический систолический шум, приглушенность тонов, дистрофические изменения на ЭКГ. Тяжелая железодефицитная анемия приводит к анемической миокардиодистрофии.

Нарастают астеноневротические нарушения. Отмечается недержание мочи при смехе, кашле; возможно ночное недержание мочи, снижается секреторная и кислотообразующая функции желудка, дистрофические изменения его слизистой оболочки. Диагностика железодефицитных состояний. При диагностике железодефицитных состояний необходимо учитывать следующие положения: Анамнестические данные (наличие факторов, способствующих развитию дефицита железа); Результаты объективного исследования (общеклинические проявления, сидеропенические и общеанемические симптомы); Результаты лабораторных исследований.

В зависимости от содержания гемоглобина и эритроцитов выделяют 3 степени тяжести ЖДА: Легкая – гемоглобин 83- 110 г/л, число эритроцитов снижается до $3,5 \times 10^{12}$ /л; Средней тяжести – гемоглобин 66- 82 г/л, число эритроцитов $2,5 \times 10^{12}$ /л; Тяжелая – гемоглобин менее 66 г/л, число эритроцитов менее $2,5 \times 10^{12}$ /л. Лечение железодефицитных состояний. Лечение ЖДА включает оптимизацию режима (достаточное пребывание ребенка на свежем воздухе, массаж, гимнастика), организацию адекватного сбалансированного питания, медикаментозную терапию. Следует подчеркнуть, что при несомненной важности для лечения анемии правильного режима и диеты, ведущая роль принадлежит терапии препаратами железа.

Для лечения ЖДА имеется значительное количество железосодержащих препаратов. Это солевые препараты (Феррокаль, Ферроплекс, Актиферрин, Конферон и др.) и гидроксидполимальтозный комплекс трехвалентного железа (Мальтофер, Феррем Лек). Профилактика железодефицитных состояний. Профилактика ЖДА базируется на важнейшем принципе педиатрии: здоровая девочка- здоровая женщина – здоровая мать- здоровый ребенок. В соответствии с этим она складывается из антенатальной и постнатальной профилактики. Значительную роль в постнатальной профилактике развития ЖДА имеет своевременное выявление детей группы риска по развитию ЖДА, организация рационального вскармливания и режима дня, назначение профилактических доз препаратов железа, метаболических комплексов. Центральное место в профилактике

ЖДА имеет рациональное питание детей с достаточным содержанием белков, витаминов, минеральных солей, микроэлементов.

Наилучшим питанием для детей первых 4 мес. жизни, обеспечивающим поступление необходимого количества железа, является материнское молоко. В отсутствии естественного вскармливания дети должны получать адаптированные молочные смеси, содержащие оптимальное количество железа в своем составе. Однако, даже из адаптированных смесей абсорбция железа существенно ниже, чем из материнского молока, что создает предпосылки развития его дефицита. Таким образом, часто встречающейся формой анемии среди детей является железодефицитная анемия. Профилактика анемии должна начинаться во внутриутробном развитии плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доскин В.А., Келлер Х., Мураенко Н.М. и др. Морфофункциональные константы детского организма. М. Медицина, «ҰҰ».
2. Доскин В.А., Косенкова Т.В., Авдеева Т.Г. и др. Поликлиническая педиатрия. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002.
3. Доскин В.А., Лещенко М.В., Комисарова И.А. Метаболическая профилактика частой заболеваемости у детей раннего возраста с последствиями перинатального повреждения центральной нервной системы. М 2002.
4. Доскин В.А., Макарова З.С. Справочник врача по профилактической педиатрии М 1995.
5. Синявская О.А. Чередниченко, Меньшикова Н.А. Фитотерапия в педиатрии: Методические рекомендации для субординаторов, интернов, молодых врачей педиатров. Свердловск 1987.
6. Соколов С.Я., Замотаев И.П. Справочник по лекарственным растениям . фитотерапия. – М., Недра 1987.

УДК 616.5-002

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ: ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

С.А. Шералиев

Городская детская больница №1, г. Тараз

ТҮЙІН

Атопиялық дерматит балалар арасында ең көп тараған аллергиялық ауру. Ол балалардың 10-30% кездеседі. Бұл ауру ерте жаста басталады. Атопиялық дерматит бұл созылмалы ауру, тұқым қуалаушылық бейімділігі бар. Атопиялық дерматит дамуы әр түрлі аллергиягерге байланысты.

SUMMARY

Atopich dermatitis is a chronic disease from hereditary predisposition. Development of Atopich dermatitis is closely connected with influences of various allergens. Disease begins at early children's age. Atopich dermatitis one of the most widespread allergic disease at children, diagnoses it 10-30 % of children.

Атопический дерматит – хроническое аллергическое заболевание, оно развивается у детей с наследственной предрасположенностью. Дети, страдающие атопическим дерматитом, имеют более низкие показатели психического здоровья и социального функционирования. В основе болезни лежат воспалительные изменения кожи и ее реактивности, которые нарушают естественную реакцию организма на внешние и внутренние раздражители. Начало заболевания в большинстве случаев приходится на ранний детский возраст, а у 60-70% детей оно отмечается на первом году жизни. Приобретая хроническое течение, болезнь может сохранять свои клинические признаки на протяжении многих лет. Почти у половины детей, страдающих атопическим дерматитом, в последующем развивается бронхиальная астма, поллиноз, аллергический ринит.

Атопический дерматит одно из самых распространенных аллергических заболеваний у детей, его диагностируют у 10-28% детей. В структуре всех аллергических заболеваний доля атопического дерматита колеблется от 50 до 75%. В течении последних десятилетий во всех экономически развитых странах отмечается неуклонный рост числа заболеваний атопическим дерматитом. Развитие атопического дерматита тесно связано с воздействием различных аллергенов. Практически любой продукт, используемый в питании ребенка, может стать причиной развития атопического дерматита, при этом частота возникновения аллергической реакции зависит от характера продукта и его индивидуальной переносимости.

Большую роль в развитии и сохранении клиники атопического дерматита играют так называемые перекрестные реакции между различными группами пищевых аллергенов. Аллергические реакции на один пищевой продукт наблюдаются, как правило, у небольшой части детей (0,5- 2%), у остальных отмечается

сложная пищевая аллергия, в основе которой большую роль играют именно перекрестные реакции. С возрастом пищевая аллергия обычно теряет свою доминирующую роль. Так, у детей старше 3 лет на фоне сохраняющейся аллергии к белкам коровьего молока, куриного яйца и многим другим – увеличивается значение бытовых, клещевых и пылевых аллергенов.

Обострение атопического дерматита способны провоцировать самые различные воздействия: психоэмоциональные нагрузки, изменение метеоситуации, табачный дым, нарушение правил ухода за кожей и другие. В большинстве случаев дебют заболевания отмечается на первом году жизни, однако оно может возникнуть в любом возрасте. При этом практически всегда в периоде обострения атопического дерматита развертывается и острая, и хроническая фазы заболевания. В острой фазе атопического дерматита появляется лихенификация, при которой последовательность кожных высыпаний происходит следующим образом: папулы, шелушение эксфолиации и, наконец, лихенификация.

В целях изучения причин и условий роста органических психических расстройств среди населения южного региона РК, нами проведен сравнительный анализ основных этиологических факторов АД. Общее число обследованных, страдающих различными формами атопического дерматита, составило 125 больных. При сравнении этиологии атопического дерматита у обследованных во всех группах значительную долю составил аллергия к белкам коровьего молока и куриному яйцу. Атопический дерматит требует длительного комплексного лечения. Лечение больных атопическим дерматитом складывается из диетотерапии и мероприятий по контролю окружающей среды (исключение причинно- значимых аллергенов), системной фармакотерапии, наружной терапии и реабилитации. Успех лечения определяется также устранением или уменьшением сопутствующих нарушений в органах и системах ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доскин В.А., Рахманова М.Н. Диагностика и профилактика ранних отклонений в состоянии здоровья детей: Справочник для педиатров. М.,-1993.-104с.
2. Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонов Л.А. Детские болезни. Учебник 2 томах.- М ГЭОТАР-Мед, 2004.
3. Запруднов А.М., Мазанкова Л.Н. Микробная флора кишечника и пребиотики: Методическое пособие. М 2001.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей.- М. Медицина,1995.

ОБЗОР

ӘОЖ 616.006(574.5).075.8

ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРГЕ ҚАУІПТІЛІГІ ЖОҒАРЫ НАУҚАСТАРДА АЛҒАШҚЫ СКРИНИНГТІ ДИАГНОСТИКАНЫҢ ТИІМДІЛІГІН КӨТЕРУ ӘДІСТЕРДІҢ ЖЕТІЛДІРУ ЖОЛДАРЫ*Р.Т. Тажимурадов, Р.А. Мусиралиев, С.Ш. Ескулов, Н.А. Турлыбаев, М.Ю. Саранова**Областық онкодиспансер, Шымкент қаласы**№4 және №7 емхана, Шымкент қаласы*

Әлем тәжірибесінде сәулелі, цитологиялық және клиникалық-зертханалық әдістердің интеграциясы арқылы қатерлі ісіктердің алғашқы анықтау диагностикасын жетілдіруге бағытталған ғылыми зерттеулер жалғастырылған [4,5]. Онкологиялық аурулардың эндокринологиясының маңызды мәселелердің талдауы ұсынылған. Антитуекел және онкологиялық тәуекел гормонға байланысты факторлар, гормоналды канцерогенез механизмдердің кәзіргі концепциясы және эстрогенді әсерін ауыстырылып қосылу феномені, гормонмен байланысты тіндердің қатерлі ісіктер мәселелері адамның негізгі жұқпалы емес ауру компонент түрінде қарастырылған және осы патологиялық жағдайлардың байланыс мінезі көрсетілген. Гормоналды диагностика, гормонмен емдеу және ісіктердің антигормоналды алдын-алу жолдары, ісіктердің гормон сезімшілік табиғаты және олардың гормонды жергілікті бөліп шығару қабілеті, гормонмен байланысты және гормон шығаратын қатерлі ісіктердің ұқсастығы және айырмашылығы туралы айқындалған [1,7,8].

Ростов ғылыми-зерттеу онкологиялық институтында перифериялық қанның тромбоцитарлық моноамиоксидаза деңгейін зерттеу негізінде сүт безі рагінен емделген науқастардың ауру генерализациясын болжау әдісі жетілдірілген. Арнайы ісікке қарсы емді аяқтаған кейін фермент деңгейі 1 минуттың ішінде 1 мг ақуыз салмағына 0,40 - 0,85 нмоль болса, ол ремиссия процессін көрсетеді 1 минутта 1 мг ақуыз салмағына 0,22нмоль-ден төмен болса, ол процесстің генерализациясын болжамдайды [6,9,10]. Бұл әдіс процесс генерализациясыны анықтау клиникалық көрініске дейін 2,5-4 ай бұрын жүргізуге және науқастың емдеу тактикасын түзелеуге мүмкіндік береді. Әдістің жоғары диагностикалық тиімділігі байқалды (сезімшілік 91,5%, ерекшелік 93,7%), ол медициналық мекеменің клиникалық-диагностикалық зертханасында қайта жасалынады [2,3,5,8,11].

Сүт безі және жатыр мойынның рак скринингі бойынша цитологиялық зертханалардың, науқастарды қарау емханалық кабинеттердің, фельдшер-акушерлік пунктардың және әйелдерге кеңес беру мекемелердің жұмысын ұйымдастыру принциптері және әдістемелері анықталған. Негізгі диагностикалық тәсілдер туралы айтылған, тиімділік көрсеткіштері келтірілген және осы мекемелердің және науқастардың тексеруін жалғастыратын мекемелердің қарым-қатынастары қарастырылған [12,15]. Сүт безі рагімен ауырған науқастарды комплексті емдеу тиімділігін жоғарылату және олардың өмір сапасын жақсарту мақсатымен құйын тәрізді магнитті өрісті қолдану клиникалық тәжірибесі жалпыланған. Құйын тәрізді магнитті өрістің биологиялық және физикалық әсерлері, механизмдері жете қарастырылған.

Бұл әдісті іске асыру үшін онкологияда магнитті өрісті қолдану мәселесі бойынша ғылыми-зерттеу зертханада жетілдірілген біртума «Магнитотурботрон» аспабы қолданылады. Сүт бездің рагімен ауырған науқастардың комплексті емдеу нобасына магнитотерапияны қосуы бақылау тобымен салыстырғанда, 5-жылдық жалпы және рецидивсіз өміршеңдікті 18%-ға көтеретін рандомизацияланған зерттеу нақты көрсетті [3,7,10]. Профессор Н. Н. Петров атындағы ғылыми-зерттеу институтында өткізілген зерттеулер нәтижелері жалпыланған және ағзаның қартаюу процесстеріне мелатониндің әсер ететіні, оны геропротектор түрінде қолдану дәйектемесі туралы әдебиет мәліметтерінде айтылған [3,5,10]. Эпифиз морфологиясы туралы, ол бөліп шығаратын гормондар туралы, мелатонинге рецепторлар және оның фармакокинетикасы туралы, мелатонин шығаратын экстрапинеальді жері туралы мәліметтерге қатысты мәселелер қарастырылған. Мелатониндің жүрек-тамыр, асқорыту, репродуктивті жүйелерді реттеу және ұйқыбез процессін түзелеу қызметі ұсынған. Мелатонин адамның қатерлі ісіктердің емдеу тиімділігін және болжамды бағалау үшін олардың диагностикасында биомаркер түрінде қолдануға көрсетілген [2,6,7].

Онкологиялық қызметін ұйымдастыру оптимизациясының жолдары ғылыми зерттеулердің негізгі бағыты болып қалады. Әдебиет мәліметтері бойынша [2,6,8,11,13], онкологиялық аурулардан зақымдалған балаларға көрсетілген амбулаториялық жәрдемнің жетілдіру сұрақтарына бірталай назар бөлінген. Балаларға көрсетілетін онкологиялық жәрдемнің кәзіргі ұйымдастыру жолдары оның барлық кезеңдерінде диагноз қоюдан аурудың соңына дейін өткізілуі қалыптастырылған: ерте диагностика, күндізгі стационар шартында жасалатын ісікке қарсы арнайы емдеудің кезеңдері, медициналық, әлеуметтік және психологиялық реабилитацияны өткізу және диспансерлік байқау.

Дауасыз балдарға үйде көрсетілетін жәрдем ұйымдастыру принциптері бүкіл әлем тәжірибесінде алғашқы рет жетілдірілген. Диспансеризация әдістемесі бойынша ережелер жетілдірілген, баланың денсаулығы бойынша балалар онкологінен кеңес алу үшін диагноз және симптомдар мінездемесі көрсетілген. Ісікке қарсы терапияның кеш әсерлері туралы, яғни өте маңызды ағзалармен жүйелер жағынан өзгерістер туралы мәліметтер

берілген. Балалардың сауықтыру көрсеткіштері, алдын алу прививкаларға қайтару және өз ұрпақтар боу үшін репродуктивті денсаулықты қалпына келтіру мәселесі жетілдірілген. Балаларға және олардың отбасы мүшелеріне көрсетілетін амбулаториялық жәрдемнің психологиялық және әлеуметтік бағыттарды жетілдіру бойынша нұсқаулар берілген. Ұсыныстарды практикалық денсаулық сақтау жүйесіне еңгізгені балаларда онкопатологияны ерте анықтау және арнайы емдеу тиімділігін жоғарылатып, науқастардың өмір сапасын ауру сатылардың барлығында жақсартады [1,2,4]. Одан басқа, лимфопрлиферативті аурулары бар балаларды емдеуді жетілдіруге аса маңызды назар аударылды.

Химиотерапия тәртібін және нобасын өзгерту арқылы үдемелі ағзаға әсер ететін емдеу ауырмашылықты төмендететін Ходжкин лимфомасымен ауырған балаларда қолданылатын емдеу тәсілдің оптимизациясы жетілдірілген. Емде қолданылатын химиотерапиясынауқасты тәуекел тобына сәйкес жүргізеді. Тәуекел тобы жеке болжау индекс негізінде анықталады [8,10]. Болжау индексін жетілдіру үшін 4-компонентті химиотерапияны сәулелендіруді қолдануымен емделген 334 науқастар туралы мәліметтердің ретроспективті талдау өткізілген [5,6]. Өміршеңдік және рецидивсіз ауру жүрісі үшін Кокс моделін құру және бір факторлымен көп факторлы талдау кезінде науқасты және процессті бейнелейтін 21 белгілердің ішінен 6 аңызды факторлар бөлінген: жасы 10-нан асқандар, зақымдалған аймақтың саны 4 және одан жоғары, ең үлкен конгломераттың көлемі 5см және одан да асқан немесе митотикалық индексі (МТИ) 0,333-тен жоғары, аурудың IV сатысы, жалпы симптомдардың биологиялық белсенділігі. Олар өміршеңдік және аурудың рецидивсіз жүрістің көрсеткіштерімен корреляция жасайды.

Химиотерапияның негізгі нобай түрінде антрациклин және алкиляциялайтын цитостатиктерді қосатын VBVP (винбластин, блеомицин, этопозид, преднизолон) комбинациясын қолдануға ұсынған. Ол кейінгі лейкоз санын төмендетуге көмектеседі. Ходжкин лимфомасын емдеу тактикасын жетілдіру рецидивсіз өміршеңдігін көтереді және емдеудің ятрогенді нәтижелерін қысқартады. Тек қана екі болжамдық белгілерді есепке алатын кең таралған икемделген DAL-HD-90 терапияның тәуекел бағдарламасымен салыстырғанда, жаңа әдістің артықшылығы айтарлықтай. Процессстің өзгерусіз ағымы кезінде орташа мерзімдер арасында байқағанда, 24 және 62,1-айдық өміршеңдік 100% және 93%-ға сәйкес келеді [6,8,11,12]. Ғылыми әлемде ходжкин лимфомасымен ауырған науқастарда сүйек миі ісігімен зақымдалуын бір мезгілді анықтаудың инвазиясыз біртума әдіс және қан жасаудың қалық плацдарма көлемін бағалау әдісі жетілдірілген. Ол ісікке қарсы терапияның гематоогиялық асқинуларды болжауға мүмкіндік береді.

Сүйек мидің радионуклеидті визуализациясы сүйек мидің ісікпен зақымдалудың ошақтарын анықтауға мүмкіндік береді, яғни Ходжкин лимфомасымен ауырған науқастардың топометриялық дайындауын өткізу кезінде сүйек мидің зақымдалған ошақтарын радиациялық өріске қосу үшін шарттарды жасайды. Сүйек мидің радионуклеидті зерттеу әдісінің тиімділігі өте жоғары: ерекшелігі 94,8%, сезімшілігі 91,4% және дәлдігі 92,9% [7,8,14]. Одан басқа, химио-, радиотерапияны өткізгеннен соң ол сүйек мидің гемопозтикалық плацдармасының көлемін бағалауға мүмкіндік береді, ал арнайы ем аяқталғаннан кейін алыс мерзімдерінде оның қалыптасу сатысын анықтауға болады. бұл әдістің магниттік-резонанстық томографиямен салыстырғанда, өзіндік құны өте төмен, және стандартты жабдықталған радиодиагностикалық зертханаларда практикалық іске асыруға мүмкін, сондықтан ол өз құрамында радиодиагностикалық зертханасы бар онкодиспансерлер және басқа емдеу мекемелерде кең қолдануға болады.

Кариотипті морфологиясы және лейкозды жасушалардың иммундық фенотипаждау зерттеу негізіндегі тәуекел тобтарына науқастарды сертификация жасау арқылы жедел миелоидті лейкозбен ауырған балалардың емдеу тактикасы жеңілдетілген [4,5,15]. Сәйкес тәуекел тобына жату бойынша (стандартты, орташа, жоғары тәуекел) балаларға өткізілетін индуктивті, бірігу және демеу терапия технологиясы жете бейнеленген. Қан препараттардың трансфузиясына, перифериялық стволдық жасушаларды немесе сүйек миді трансплантация жасау үшін көрсеткіштер белгіленген. Әдіс жедел миелоидті лейкозбен ауырған балаларды емдеу тиімділігін жоғарылатуға мүмкіндік береді, жалпы және рецидивсіз өміршеңдік көрсеткіштерді жақсартады. Ғылымдардың және клиницисттердің көп жылдық тәжірибесін жалпылау негізінде егде онкологиялық науқастарға жәрдем беру және осы контингенттің ішінде қатерлі ісікпен ауру және одан қайтыс болу мәліметтері келтірген [10,12,14]. Рактің және картаюдың молекулярлы, жасушалы және физиологиялық байланыс механизмдері туралы кәзіргі замандағы түсінімдер мазмұндалған.

Науқастың негізгі орналасқан қатерлі ісіктің диагностикасы, емі, реабилитациясы және болжау мәселелері қарастырылған. Егде адамдардың рагін алдын-алу жолдары және емнің химиотерапевтикалық аспектері белгіленген [1,3,5]. Профессор Н. Н. Петров атындағы ғылыми-зерттеу институтында сүт безі рагінің пальпацияланайтын түрлерін анықтау алгоритмі жетілдірілген. Сүт бездің анатомиялық ерекшеліктерін және науқастың жасын есепке алып, бұл әдіс бойынша рентген және ультрадыбысты әдістердің оптимальды дәйектігін сақтап, және олардың бақылаудың астында нысаналы биопсияны қолданады. Кәзіргі рентгендік стереотоксикалық әдіске негізгі рөл беріледі. Оның жоғары рұқсат ететін қабілеттігі бар себебінен тола зерттеу үшін жасушалы тінді тиімді алуға мүмкіндік береді.

Көп орталықтарда өткен зерттеулердің ішінде сүт безі рагінің диагностикасын нәтижелігін талдау негізінде диагностикалық алгоритм жетілдірілген, өткізген зерттеу кезінде 149 науқастарға пальпацияланбайтын ісіктер табылған. Алгоритмнің диагностикалық тиімділігі өте жоғары: сезімшілік 100%, ерекшелігі 99% [3,5,7,9,12]. Сүт безі рагімен ауырған 2400 науқастардың және сүт безімен эндометрий рагімен

ауырған 450 науқастардың гормональды-метаболизмдік мәртебені талдау негізінде жатыр денесінің және сүт безінің рецепторнегативтік карциномалардың арнайы критерийлері қалыптастырылған. Ісік тіндің гормональды сезімшілігін басқа әдістермен анықтауға мүмкіндік болмаса, ол кезде ұсынған нобай бойынша клиницисттер анамнестикалық, антропометриялық және зертханалық көрсеткіштер негізінде ісікті рецепторопозитивтік немесе рецепторнегативтік жататын туралы қорытынды жасай алады. Оны анықтаудың практикалық мағынасы өте ерекше, өйткені емдеуді жоспарлау, яғни гормонотерапияны өткізу, ауру жүрісін болжамдау ісіктің рецепторлық мәртебесін анықтауында негізделінеді. Әдістің диагностикалық тиімділігі сүт бездің рагі кезінде 65-70% сәйкес және эндометрий рагі кезінде 75-80% сәйкес [1,4,7,14].

Морфологиялық мәліметтері есепке алынып, сүт безі рагінің гистологиялық түрлердің дифференциалды-диагностикалық цитологиялық мінездемелі жетілдірілген [5,7,9]. Цитологиялық көріністердің ерекшеліктері гистопатологиялық мәліметтерге сәйкес қарастырылған. Жасушалы мінездемелердің жүйелендіруі гистологиялық мәліметтерге сәйкес келтірген және сүт безі рагінің үрлі гистологиялық нұсқалар үшін, цитологиялық зерттелетін тінді бағалау кезінде үлкен қиындықты тұдыратын сирек түрлері үшін арнайы белгілердің жиынтығы бөлінген. Жетілдірілген мінездемелер сүт безі рагінің морфологиялық верификацияның емдеу алдындағы кезінде дұрыс дифференциалды диагностикаға себепші болады, яғни ауру болжамын бағалауында және науқастардың емін оптимизациясында өте маңызды болып табылады.

Қатерлі ісікке қарсы жасалатын радикалды резекциямен бірге бірізгілік сүт бездің реконструктивті-пластикалық отау әдістердің нұсқалары ұсынған [3,10,12]. Реконструкция кезінде үлкен кеуде бұлшықеттен немесе арқаның аса жалпақ бұлшықетінен, немесе олардың комбинациясын үлгілеп ойылатын және жылжытатын кескіндер қолданылады. Өткізген емнің қанағаттанарлық онкологиялық нәтижелері кезінде субмаммарлы қатпарды және емізік-ареоларлы комплексті сақтау жақсы эстетикалық нәтигеге жетуге мүмкіндік береді. Бірізгілік пастика қолданған ағза сақтайтын отаудан кейінгі науқастардың 3-жылдық өміршеңдігі радикалды мастэктомияны қосатын емнен артылмайды [5,14]. Z-тәрізді кесуді ареола шекарасында жасау арқылы сүт безі тіндеріне және ретромаммарлы кеңділікке жететін оперативті кіріс әдісі ұсынған [7,8,11]. Бұл әдіс жақсы эстетикалық әсерін сақтап отырып, отау өрісін және операциялық әрекеттің аймағын кеңейтуге мүмкіндік береді.

Оперативті кірістің ұсынған нұсқасын хирургиялық клиникалардың практикалық іс-әрекеттеріне оңай енгізуге болады. бұл әдіс сүт бездің эстетикалық хирургияның дамуына себепші болып, науқастардың өмір сапасын жақсартады. T1-3N0-3M0 сатысындағы сүт безі рагімен ауырған науқастарға адьювантты химио- және гормонотерапия өткізуге және жоспарлауға жаңа әдістемелік жолдары табылған [2,6,8,10]. Операциядан кейінгі жүйелік терапияны жоспарлауы жекеленген және болжау факторлар комплексті есепке алуына негізделген: алғашқы ісіктің көлемі, лимфа түйіндердің ісік процессіне қатысу сатысы, қатерлі ісіктің гистологиялық сатысы, пролиферативті белсендігі, стероидті гормондардың рецепторлары, онкогендер және ген-супрессорлары. Аурудың рецидив тәуекелдің сатысын есепке алып, адьювантты химия және гормонотерапияның нобайлары және режимдері бойынша емдеудің көрсеткіштері анықталған. Жоғары рецидивті тәуекелге жататын науқастарға антроциклинге қосымша таксандарды қолдануды көрсетілген [3,9,11]. Бұл рецидивтің жиілігін 22% және өлімді - 26%-ға қысқартады. Эсторген және/немесе прогестерон рецепторлары көп науқастардың адьювантты емнің нобайына рецидив жиілігін 42%-ға және өлімді 25%-ға қысқартатын эндокринотерапияны тамоксифенмен жүргізу керек [3,6,9,12].

Трофобластикалық ауру туралы ұғымына трофобластың патологиялық жағдайдың қатары кіреді. Олардың ерекшелігі ұрықталу элементтерден шығатын аллотрансплантант екенімен байланысты. Трофобластикалық ауру үлесіне 8%-дан төмен құрайтын әйел жыныс мүшелердің қатерлі ісіктері кіреді [12,13,15]. Сонымен бірге, бұл аурудың диагностикасымен еміне ерекше назар аудару керек, өйткені осы топтағы науқастарды репродуктивті жастағы әлеуметтік белсенді жас әйелдер құрайды. Дәрілік ісікке қарсы терапияны қолдануымен байланысты осы ауруды емдеу сәттіліктеріне қарамастан, осы мәселенің маңыздылығы өте жоғары болып қалады, өйткені науқастардың 15-25% қайтыс болып жатыр. Өртүрлі трофобластикалық аурулары бар 1460 науқастардың және жатырдың хориокарциномасы бар 422 науқастардың емдеу нәтижелерін ғылыми талдау негізінде Н. Н. Блохин атындағы ғылыми онкологиялық орталығында аурудың диагностикасын және емдеу әдістерінің клиникалық ерекшеліктері УДЗ-зерттеу, қанның сары суында хориондық гонадотропінды анықтау және клиникалық көріністі байқау әдістеріне сүйеніп, жетілдірілген [1,5,10,15].

Болжам факторларымен байланысты трофобластикалық аурулар химиотерапиясының тиімді үлгілері жетілдірілген. Бұл үлгілерде стандартты мерзімді және науқастардың тіршілікке қабілеттігін жетілдіретін платина препараттарын қосатын түпнұсқалық комбинацияларды қолданады. Комбинациялық химиотерапия үлгілердің (CMDV, CE) экономикалық арзаншылығы және оңай қолдануы химиотерапияны амбулаторлық жағдайда қолдануға мүмкіндік береді. Түрлі категориялы науқастарға отау жасау көрсеткіштері анықталған. Сәтті жасалған емдеуден кейінгі науқастарды байқау мәселелеріне және репродуктивті қызметін сақтау, жүктілік пайда болу мақсатымен жүргізілетін реабилитация мәселелеріне үлкен назар аударылған [4,5,6,8]. II патогенетикалық нұсқалы жатыр денесінің рагі бар науқастарды комплексті емдеуді жоспарлау принциптері клиникалық онкологияның кәзіргі жетістіктеріне сәйкес жетілдірілген. Профессор Н. Н. Петров атындағы ғылыми-зерттеу институтында ісік ішінде прогестерон және эстрадиол рецепторлардың болуы немесе жоқтығы

негізінде эндометрий рагінің ерекшелігін қарастыруға жаңа жолдары табылған. Көп жағдайда рецепторлары теріс ісіктер ІІ патогенетикалық нұсқалы эндометрий рагімен ауырған науқастарда кездесетіні байқалған. Эндометрийдің рецепторы теріс рактің клиникалық-морфологиялық және эндокринологиялық ерекшеліктері анықталған. Осы науқастар категориясында келесі қолайсыз болжамдық белгілердің қиоласу жоғары жиілігі табылған: терең инвазия, ісіктің үлкен мөлшері, метастаз беруге және инвазияға үлкен қабілеттігі, репродуктивті және энергетикалық гомеостаздың нақты емес өзгерілуі.

Эндометрийдің ІІ патогенетикалық нұсқалы рагімен ауырған 262 науқастарды емдеудің алыс нәтижелерін талдау негізінде адьювантты сәулелі емді және кең отауларды жасау қажеттілігі дәлелделген, ісіктің ішіндегі рецепторлармен байланысты клиникалық жүрістің, емдеудің және болжаудың ерекшеліктері анықталған [3,5,7,11]. Ісіктің ІІ патогенетикалық нұсқа кезінде 1/3 науқастарда гормондан тәуелді белгілері байқалатыны анықталған [1,3,5]. Оптимальды емдеу тактикасын таңдау үшін әрбір жеке жағдайда ісіктің гормондық сезімшілігін анықтауға қажет. Кейбір науқастарға прогестор және тамоксифен немесе неовирмен бірге комбинацияланған терапияны қолданып, қысқа неоадьювантты емдеу курстары өткізілсе, алғашқы гормонрезистенттігін меңгеру мүмкіндігі дәлелденген. Эндометрийдің ІІ патогенетикалық нұсқалы рагімен ауырған науқастарды емдеудің осындай жоспары 5-жылдық өміршеңдікті 15-20%-ға дейін жоғарылатады [3,5,8,10,12].

Эндометрийдің бастапқы рагін (carcinoma in situ, ІА стадия) емдеу әдісі жетілдірілген. Бұл әдіс бойынша эндометрийдің базальды қабатынан 10мм-ден өтіп кесу арқылы эндометрийдің электродеструкциясын жасайды. Оның жаңалығы ағза сақтайтын отау ерекшелігінде негізделінеді. Ол әйелді тек қана онкологиялық аурудан емдеп қоймай, лапаротомиядан және онымен байланысты асқынулардан сақтауға да мүмкіндік береді. Отауды жасау үшін көрсеткітер және қарама-қарсы көрсеткіштер, науқастардың операциядан кейінгі жүргізу алгоритмі жетілдірілген. Эндометрий рагімен ауырған осы науқастардың категориясында жасалатын стандартты отаумен салыстырғанда, абляция әдісі келесі артықшылықтарға ие болады: оерация уақытының 20-40 минутқа дейін қысқартуымен шартталған (стандартты операция 60-120мин өтеді) аз жаракаттау қасиеті, операция алдындағы гормональды дайындауды өткізудің қажетсіздігі, операциядан кейінгі төсек күндері 1-2 күнге дейін қысқарту арқылы жететін жоғары тиімділігі, еңбекке жарамдылығы тез, 5 күннің ішінде қайта қалпына келуі.

Сонымен бірге, рактің алдындағы аурулары және жатыр рагі бар науқастардың емінде қолданылатын эндометрийдің абляциясы ең онкологиялық ақталған әдіс болып табылады. Жетілдірілген көрсеткіштерге сәйкес науқастарды таңдауды және онкогинекологтың динамикалық байқауын қамтамасыз ететін онкологиялық арнайы мекемелерде абляцияны жасау керек [1,3,10,15]. Бастапқы гинекологиялық ракті ағза сақтайтын әдіспен емдеу оптимизациясына фертильдік қабілеттігін сақтау және қалпына келтіруге жаңа келістер жетілдірілген [5,8,15]. П. А. Герцен атындағы Мәскеу ғылыми-зерттеу онкологиялық институтында трансабдоминальды, трансвагинальды және сканерлеумен доплерографияны, доплерометрияны қосатын эндометрий рагінің комплексті ультрадыбыстық диагностика әдісі жетілдірілген [7,8,10].

Дифференциалды ультрадыбысты диагностиканы өткізуге мүмкіндік беретін жатыр денесінің қатерлі және жай ісіктердің эхографиялық критерийлері қарастырылған. эндометрий бастапқы рагінің ультрадыбыстық семиотиканың критерийлері анықталған, ісіктің және ағзаның ішіндегі қан жүрістің бағалауы берілген. Жетілдірілген критерийлер көп жағдайда емнің адекваттік тактикасын таңдауға көмектеседі. Эндометрий рагінің комплексті диагностикалық әдісінің тиімділігі өте жоғары: сезімшілік 95%, ерекшелігі 98%, дәлдігі 96% [5,8,10,11,13]. Профессор Н. Н. Петров атындағы ғылыми-зерттеу институтында жетілдірілген бастапқы рактің клиникалық-морфологиялық критерийлер негізінде жатқан вульваның микроинвазиялық рагін емінде қолданылатын ағза сақтайтын әдісіне жаңа жолы табылған [4,6,9,12].

Бұл келесі критерийлер бойынша жасалады: І сатысы және ісіктің көлемі диаметрінде 1см-ден аспау керек, экзофиттік өсу түрі, тері-кілегей қабаттары өзгерілмеген жағдайда ісік клитордың сыртында орналасқан болса, пальпацияланбайтын регионарлы лимфа түйіндері, жоғары дифференциацияланған жалпақ жасушалы рактің түрі, строманың инвазиясы 5мм-ден аспау, лимфа түйіндерінде ісіктің эмболдардың болмауы, эпителиальды жасушалардың төмен митотикалық белсендігі (10 байқау өрістің ішінде 5 митоздан аз болуы), патологиялық митоздың болмауы, жасушалық компоненттің стромальды компонентіне қарағанда артықшылығы бар болуы. Вульваның бастапқы рагінің жетілдірілген критерийлерді сақтап, хирургиялық отау көлемі оптимизацияланған: жыныс ернеудің ісік мөлшері 0,5см-ден 1см-ге дейін болса, онда ернеуді кесіп алады, ісік 0,5см-ден аз болса, вульваны ісіктен 2см ары өтіп кеседі. 5-жылдық рецидивсіз өміршеңдік 100% құрады [1,6,8,12].

Транспозицияланған аналық бездің доплердік эхография әдісі жетілдірілген, оны жатыр мойны рагінің инвазиялық түрлерін емдеуден кейінгі сақталған гонадалардың функционалды белсенділікті бағалау мақсатымен қолдануға болады [2,5,10]. Транспозицияланған аналық бездердің тамырлы сүреттердің түрлері зерттелген, оның негізінде қанның ішіндегі жыныс гормондардың деңгейін зерттеуімен бірге овариальды қызметін бағалауға мүмкіндік беретін картограммалар жетілдірілген [2,5,10]. Өткізілетін емнің түрлерін есепке алып, овариальды қызметтің бұзылу себептері қарастырылған. сақталған гонадалардың функционалды белсендігі мониторинг кезінде зерттелу алгоритм кезеңдері жетілдірілген. Бұл мониторинг жатыр мойнының инвазиялық рагімен ауырған репродуктивті жастағы науқастарды емдеген олардың тексерілу процессін

оптимизациялауға және ауыстырылу гормонотерапияға жеке жолын табуды іске асыруға мүмкіндік береді [1,7,9]. Клиникалық онкологияның ғылыми-зерттеу институтында, Н. И. Блохин атындағы ресей онкологиялық ғылыми орталығында және Ресей медициналық ғылымдардың академиясында өткізілген 248 лапароскопиялық отаулардың клиникалық нәтижелерін жалпылау негізінде интраоперациялық УДЗ-ді қолдануымен науқастардың видеолапароскопиялық тексерілу әдісі жетілдірілген [5,6,8,10].

Бұл әдіс рактің кіші түрлерін анықтауға, қатерлі ісік процесстің таралуын анықтауға мүмкіндік береді. Іш қуыс ағзалардың және ішастар артындағы ағзалардың ісік патологиялардың дифференциалды диагностикасына аса маңызды назар бөлінген. Диагностикалық морфологиялық верификациясын дәлелдеу үшін мағлұматтарды алу, ісік сатысын анықтау, оперативті отаудың қажеттілігі және оның көлемі туралы сұрақтар жете қарастырылған. интраоперациялық ультрадыбыстық томографияның бақылауында жасалатын патологиялық жасушалардың пункционды биопсияны өткізу мүмкіндіктері туралы мәліметтер анықталған [10,11,14,15]. Эндоскопиялық ультрадыбысты томографияның сезімшілігі 90%-ға дейін жетеді. Бұл әдіс кәзіргі аз инвазиялық технологиялардың біріне жатады. Оны қолданған кезде, келесі ерекшеліктерді байқауға болады: аз жарақаттануы, кәзіргі диагностикалық аспаптарға қарағанда, визуализациясы жоғарылу, науқасты емдеуге және бақылауға жаратылған шығынды азайтады [5,9,13].

Адам папилломасының вирустердің түрлерін идентификациялау үшін клиникалық практикада қолданылатын рутинды, парафинге салынған гистологиялық мағлұмат негізінде қолдануға икемделген *in situ* гибридизациясының әдісі ұсынылған. Дұрыс емдеу тактиканы таңдау оптимизациясына себепші болатын рак және оның алдындағы пайда болатын аурулары бар науқастардың биопсиялық және операциялық мағлұматтардың ішінде адам папилломасының вирустердің түрлі онкологиялық тәуекелді анықтау мүмкіндігі көрсетілген. Әдісті қайта өндіруге болады, медициналық мекемелердің патоморфологиялық бөлімдерінде қолдануға болады [1,4,7,10,15].

Қорытынды. Ғылыми-негізделінген жұмыс ұйымдастырудың қажеттілігі дәрігер-онкологты дайындау кезінде негізгі талаптардың бірі болып саналады. Рактің алғашқы алдын-алу шараларын өткізу және сапалы ойлайтын дәрігер-онкологтарды қалыптастыру үшін білім алу және кәсіптік қабілеттігін жетілдірудің жаңа жолдарын қолдауға қажет. Сонымен, дәріс және практикалық жұмыс кезінде хирург-онкологтарға арналған осы әдістемелі нұсқауды қолдануы олардың білім деңгейін көтеріп, болашақтағы кәсіпті жұмысын белсенді атқаруға өз үлесін қосады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Анохина В. В., Урляпова Н. Г. Динамика смертности населения астраханской области. / Астраханский мед. журнал, 2006-№2-с.53-58.
2. Брамберга В. М., Сопильняк М. Г. Состояние и пути усовершенствования онкологической службы в России. / Росс. журнал онкологии, 2007-№4-с.144-142.
3. Ганцев Ш. Х. Учебник по онкологии, 2006-с.333.
4. Абисатов Х. А. Клиническая онкология. В 2-х томах. / Алматы, 2007-с.367.
5. Дудик Ю. Е. Смертность от рака молочной железы в Краснодарском крае в 1995-2005гг. /Росс. онкол. журнал, 2002-№4-с.42-44.
6. Минимальные клинические рекомендации Европейского общества медицинской онкологии (ESMO). Под ред. С. А. Тюляндина, Н. И. Переводчиковой.-М., 2006.
7. Сдвижков А. М., Борисов В. И., Васильева И. Д. и др. Профилактика и ранняя диагностика рака. / Сибирский онкологический журнал, 2008-прилож.2-с.72-74.
8. Павлов К. А., Березкин Д. П., Шабашова Н. Я., Миротворцева К. С. Критерии опрееления групп населения высокого риска заболеваемости злокачественными опухолями. / Вопросы онкологии, 2004-№3-с.70-72.
9. Пачес А. И., Ольшанский В. О., Любаев В. Л. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани.- М., 2003-с.88.
10. Попова Т. Н., Артеменко Л. И. Тактика при непальпируемых доброкачественных новообразованиях молочных желез в амбулаторных условиях. / Вопросы онкологии, 2006-№4-с.67-74.
11. Цетовский М. С. Раннее выявление рака молочной железы. / Вопросы онкологии. 2008-№1-с.77-84.
12. Чаклин А. В. Основные тенденции в борьбе со злокачественными опухолями. / Росс. онкол. журнал, 2009-№1-с.123-125.
13. Waterhouse J., Muir C., Powell J., Shanmugarannam K. Cancer Incidence in Five Continents. / JARS-2003-Vol. IV.
14. Clinton S. K., Viser M. J. Nutrition and experimental breast cancer./ Cancer , Philad., 2006-Vol.58-p.1818-1825.
15. Cohen L. A., Thompson D. O., Macura Y. et al. Dietary fat and mammary cancer. Promoting effects of different dietary fats on nitrosomethyluracil induced rat mammary tumorigenesis./ J. Nat. Cancer, 1996-Vol. 77-p.33-42.

УДК 616-066 (574.5).075.8

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРИМЕНЕНИЮ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Р.Т. Тажимурадов, Р.А. Мусиралиев, С.Ш. Ескулов, С.Г. Рахметов, М.Ю. Саранова
Областной онкодиспансер, г. Шымкент
Городская поликлиника №4, г. Шымкент
Городская поликлиника №7, г. Шымкент

Первичная профилактика опухолей направлена на снижение заболеваемости [2,3,5,10,12]. Она применима к злокачественным опухолям с известной этиологией и предусматривает воздействие на внешнюю и внутреннюю среду человека: с одной стороны, это исключение или уменьшение влияния тех факторов, которые являются канцерогенными или способствуют развитию опухоли, с другой – усиление влияния факторов, которые препятствуют развитию опухолей [1,2,4,6,7,8]. Целью вторичной профилактики является снижение смертности, а в ряде случаев и заболеваемости раком путем активного выявления злокачественной опухоли на ранней стадии заболевания (до появления клинических симптомов болезни) [9,11,13,14,15]. В связи с этим, в мире разрабатываются новые антиканцерогенные препараты и способы лечения рака, методика определения антиканцерогенных свойств препаратов, рекомендуемых для широкого применения лицами, относящимися к группе повышенного онкологического риска.

Методика осуществляется на моделях спонтанного и индуцированного канцерогенеза. При тестировании препаратов на модели спонтанного канцерогенеза с целью изучения их возможности тормозить карциногенез молочной железы впервые в мировой практике использованы трансгенные мыши с инкорпорированным онкогеном HER-2/neu [5,7]. При выборе модели индуцированного канцерогенеза предложена модифицированная методика индукции опухолей толстой кишки химическим канцерогеном 1,2-диметилгидразином, позволяющая изучать влияние тестируемых препаратов на различные фазы канцерогенеза. Сформированный комплекс изучаемых параметров организма различных функциональных уровней позволяет выявлять не только антиканцерогенный, но и геропротекторный эффект тестируемых агентов [3,6,9].

Разработана методология формирования медико-технологических параметров медицинских услуг на модели оперативных вмешательств, применяемых в онкологической практике при опухолях пищеварительного тракта и неорганных забрюшинных опухолях [4,7,13,14]. Рассчитаны средние трудозатраты медицинского персонала при выполнении оперативных вмешательств. Определены реестр лекарственных средств, используемый для обеспечения анестезиологического пособия, а также реестр медицинских изделий для различных вариантов оперативного вмешательства и средняя потребность в них. Сформирован перечень хирургических операций, пополняемых при раке пищеварительного тракта и неорганных забрюшинных опухолях.

В России проведены исследования по определению биохимических и иммунохимических изменений в изоэнзимном спектре пепсина-пепсиногена при гастродуоденальной патологии в слизистой оболочке желудка на ранних этапах канцерогенеза, который служит маркером при формировании группы повышенного риска по раку желудка [4,6,8,10]. Угнетение синтеза I изоформы пепсиногена характерно для атрофических, субатрофических и злокачественного поражений слизистой оболочки желудка. Показано, что тест на пепсиноген в метастазах является дифференциальным диагностическим раку желудка. Разработан энзиматический тест на пепсин с помощью фотопленки, отличающийся высокой чувствительностью, специфичностью и простотой постановки. Методика высоковоспроизводима, доступна для выполнения в клиничко-диагностических лабораториях [1,2,5,7,8,14].

Разработаны диагностический и лечебный алгоритмы при местно-распространенном раке пищевода и кардиального отдела желудка, основывающиеся на научном анализе клинического опыта ведущих онкологических клиник мира [8,10,12,15]. Детально изложены вопросы дифференцированного выбора объемов операций с учетом различных факторов прогноза, в том числе местной распространенности опухолевого процесса, регионарного метастазирования, сопутствующих интеркуррентных заболеваний, функциональных резервов организма. Показано, что истинное прорастание рака желудка в соседние органы имеет место в 42,2% наблюдений, т. е. более чем в половине случаев интраоперационно не представляется возможным дифференцировать истинное опухолевое прорастание от паратуморального воспаления с последующим спаянием с окружающими органами [12,13,14].

В связи с этим проксимальная субтотальная резекция желудка является абсолютно онкологически адекватным оперативным вмешательством. Частота послеоперационных осложнений и летальности после выполнения комбинированных вмешательств у больных раком пищевода и кардиального отдела желудка существенно не отличается от таковых при стандартных операциях: при раке пищевода с последующим адьювантным лечением 5 лет пережили 17,1% больных, тогда как после пробных вмешательств ни один

больной не пережил 3 лет. При раке проксимального отдела желудка послеоперационная летальность составила 10,1%, 5-летняя выживаемость — 33,6% [4,13,15].

В РНИОИ обобщен уникальный опыт по дифференциальной эндоскопической диагностике рака и сифилиса желудка [2,4,6,8,10]. Разработка базируется на результатах почти 14 700 гастроскопий, при выполнении которых в 28 (0,19%) случаях выявлен сифилис, в 2497 (17,0%) — злокачественное поражение. Представлена эндоскопическая семиотика сифилиса желудка. Определены эхографические критерии дифференциальной диагностики сифилиса, лимфомы и рака желудка. Разработан двухэтапный алгоритм уточняющей диагностики патологии желудка, даны практические рекомендации. Внедрение результатов исследования в практическое здравоохранение позволит избежать ложноположительной диагностики новообразований желудка у больных сифилисом, повысить эффективность диагностики сифилиса желудка, ускорить оказание специализированной помощи в профильном медицинском учреждении.

Вопросы улучшения эффективности лечения больных распространенным и диссеминированным раком желудка путем выполнения паллиативных операций имеют большое значение. Уточнены показания к выполнению различных вариантов оперативных вмешательств в зависимости от распространенности опухолевого процесса и функциональных возможностей организма. Выполнение паллиативных операций способствует улучшению качества и увеличению продолжительности жизни больных с распространенными формами рака желудка. 1- и 3-летняя выживаемость при IV стадии составила 40,4 и 7,7% [2,5,8]. Применение современных схем адьювантной химиотерапии позволяет добиться 3- и 5-летней выживаемости у 23,5 и 17,1% больных резектабельным раком желудка IV стадии [6,7,9].

Разработаны два варианта тамбуризации культи поджелудочной железы после ее резекции по поводу первичных опухолей самой железы или местно-распространенного рака желудка с прорастанием в нее. При первом варианте изолирующую дренируемую наружу полость формируют из стенки желудка и брыжейки поперечно-ободочной кишки, при втором – из брыжейки поперечно-ободочной кишки и передней брюшной стенки [2,4,6,10,12]. Методика апробирована при лечении более 200 больных со злокачественным поражением дистальных отделов поджелудочной железы. Ее использование в клинической практике позволяет снизить частоту гнойно-септических осложнений в раннем послеоперационном периоде на 3,7%. Формирование дренируемой тамбурной полости у больных с развившейся несостоятельностью культи поджелудочной железы обеспечивает возможность локального использования антисептиков, что позволяет уменьшить число релапаротомий в раннем послеоперационном периоде и показатель летальности от послеоперационных осложнений до 2,3% по сравнению с 22,2% при выполнении хирургического вмешательства без тамбуризации культи [1,3,9].

Представлены две радионуклидные методики формирования радиационных полей для облучения забрюшинных лимфатических узлов и селезенки [3,12,14]. Преимущества их перед традиционно используемым в предлучевой топометрической подготовке рентгенологическим методом заключаются в более точном формировании радиационного поля, снижении почти в 10 раз лучевой нагрузки, ограничении круга противопоказаний беременностью и лактацией, удешевлении в 3,5—6 раз исследования [3,7,12,14]. Включение не прямой нижней лимфосцинтиграфии в топометрическую подготовку к облучению парааортальных и подвздошно-паховых лимфатических узлов позволяет корректировать топографию радиационных полей у 17,5% больных с лимфомой Ходжкина. Радионуклидная визуализация селезенки позволяет значительно чаще уточнять контуры селезенки, чем при стандартном рентгенопометрическом исследовании [9,12,14].

В МНИОИ им. П. А. Герцена завершена 1-я фаза испытаний по клинической переносимости нового поколения противоопухолевых вакцин на основе клеточной ксеновакцины меланомы. Особенность этой вакцины заключается в антигенной презентации из депо, что позволяет избежать фагоцитоза ксеногенных клеток [6,9,12,13]. Разработаны критерии комплексной оценки деятельности онкологического стационара, включающие такие параметры, как уровень организации работы стационара, эффективность использования коечного фонда, достоверность статистической отчетности и качество оказываемой медицинской помощи. С учетом специфики онкологической патологии определены оптимальные методики расчета и оценки качества медицинского обслуживания в стационаре, организационной работы стационара, прослеженности отдаленных результатов лечения больных.

Впервые представлен полный набор документации, необходимой для всестороннего анализа деятельности онкологического стационара с учетом направленности его деятельности как практического или научно-практического учреждения. Работа направлена на стандартизацию требований к разрабатываемым Госпитальным раковым регистрам, что позволит в дальнейшем создать унифицированную информационно-аналитическую систему [5,7,12]. В Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте (РНИОИ) разработана унифицированная форма скрининга рака толстой кишки, целью которого является формирование группы повышенного онкологического риска и выявление среди ее контингента ранней онкологической патологии [3,5,9,10,12,14].

На основании сравнительного анализа клинико-анамнестических факторов в группе больных раком ободочной кишки (378 больных) и контрольной группе (380 человек) определены факторы риска и факторы вероятного выявления рака ободочной кишки. Разработана балльная оценка прогностических факторов и анкета, в которую включены наиболее значимые факторы риска развития рака ободочной кишки. На основе

ретроспективного анализа данных колоноскопии 1864 пациентов были сформированы группы с высокой и средней вероятностью выявления опухолей ободочной кишки. В первой группе рак был выявлен у 81 (13,8%), во второй — у 28 (6,5%) больных [2,6,7,10,12].

Представлена разработанная в РНИОИ концепция новой формы онкологического скрининга на основе самоформирования групп повышенного риска по психологическому фактору. Ее реализация, в практическом здравоохранении способствует повышению своевременной выявляемости опухолей и предопухолевых заболеваний, приближает высококвалифицированную специализированную медицинскую помощь к населению. Проведение профилактических мероприятий, построенных на концепции "открытого приема", позволяет избежать многоэтапного длительного обследования.

В литературе [1,2,4,6,10,12,15] представлен диагностический алгоритм, позволяющий оптимизировать выявляемость первичной опухоли у больных с метастазами без выявленного первичного очага [5,7,9], ускорить ее идентификацию за счет исключения тактически не оправданных исследований и своевременно начать адекватное специальное лечение. Алгоритм разработан на основе комплексной оценки эффективности диагностических мероприятий, проводившихся в процессе обследования 899 человек с метастазами злокачественной опухоли без выявленного первичного очага. Разработано решающее правило, позволяющее индивидуализировать прогноз течения заболевания с точностью 73% (чувствительность 76%, специфичность 67%). Внедрение алгоритма исследования в клиническую практику позволяет повысить выявляемость первичной опухоли до 25% (по данным литературы — 7%), сокращает время обследования, при этом экономические затраты снижаются на 35% [1,2,6].

Усовершенствована методика лапароскопического УЗИ органов брюшной полости при различной локализации злокачественной опухоли в толстой кишке. Стандартизировано место введения ультразвукового датчика в зависимости от вида оперативного вмешательства и локализации исследуемого органа. Использование методики позволяет с высокой достоверностью определить размеры злокачественной опухоли, уточнить ее локализацию, глубину инвазии кишечной стенки и окружающих тканей, прорастание опухоли в смежные органы, диагностировать интрапаренхиматозные метастазы в печени, лимфатических узлах по ходу магистральных сосудов и вдоль аорты, не выявляемые при интраоперационной ревизии.

Точность диагностики метастазов в печени соответствует 92,8%, чувствительность — 80%, специфичность — 100%, глубины инвазии кишечной стенки опухолью — 97,9, 100, 96%, метастазов в лимфатических узлах — 80, 60, 90% соответственно [4,5,11]. Разработан способ прогнозирования осложнений при панкреатодуоденальной резекции, позволяющий на основании заключения срочного морфологического исследования структуры поджелудочной железы индивидуализировать выбор методики формирования панкреатического соустья [2,7,9,15]. Эффективность методики изучена на большом клиническом материале — 258 больных раком головки поджелудочной железы и периапулярной зоны.

Методика позволяет предотвратить развитие несостоятельности культи поджелудочной железы, острого послеоперационного панкреатита, существенно сокращает частоту (на 56%) и выраженность гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде, способствует снижению послеоперационной летальности (с 36,6 до 8,4%), в основном за счет гибели от несостоятельности швов панкреато-кишечного анастомоза [4,9,12]. Снижение частоты послеоперационных осложнений ведет также к уменьшению затрат на проведение послеоперационной терапии и сокращению койко-дня [2,11,13]. В ГНЦ колопроктологии разработана методика комбинированного лечения больных раком ободочной кишки, включающая хирургическое вмешательство с интраоперационной внутрибрюшной химиотерапией митомицином С и адьювантную химиотерапию 5-фторурацилом и лейковорином начиная с 5-го дня после операции [1,2,6,7,11]. Целесообразность предложенной методики обоснована на основании сравнительного анализа эффективности проводимого лечения 164 больных. Выявлена высокая вероятность внутрибрюшной диссеминации с прорастанием серозной оболочки при местно-распространенном опухолевом процессе.

Показано, что по сравнению с группой пациентов, которым через 1 мес. после операции химиотерапия проводилась в режиме Мейо, применение методики не увеличивает число послеоперационных осложнений (97,5 и 96,4%) и летальность (0 и 0%), а также позволяет уменьшить число рецидивов заболевания (2,5 и 10,7%), в основном за счет канцероматоза брюшины (0 и 3,6%, срок наблюдения от 5 до 18 мес). Разработанная методика комбинированного лечения больных раком ободочной кишки способствует оптимизации профилактики внутрибрюшной диссеминации опухолевых клеток, оказывает раннее цитостатическое действие на субклинические метастазы в других органах [3,7,8].

Все более широкое применение в клинической онкологии стали получать малоинвазивные хирургические вмешательства. В ГНЦ колопроктологии разработана методика лапароскопической правосторонней гемиколэктомии с учетом данных интраоперационной ревизии, стандартизованы места введения троакаров. Малоинвазивное оперативное вмешательство позволяет соблюсти все онкологические принципы, обязательные в открытой хирургии, обеспечивая необходимые границы и объемы резекций. Фактическая и безрецидивная 3-летняя выживаемость составила 80,0% и 80,0%, при открытых операциях — 86,8 и 84,2% соответственно, 5-летняя — 71,4 и 71,4% по сравнению с 76,1 и 66,6% [1,9,10].

Использование лапароскопической технологии при лечении больных раком правой половины ободочной кишки по сравнению с открытым вмешательством существенно снижает травматичность операции,

уменьшает интраоперационную кровопотерю ($157,4 \pm 80,3$ и $261,2 \pm 107,4$ мл) и выраженность болевого синдрома, что обуславливает снижение потребности в наркотических анальгетиках в послеоперационном периоде ($67,3 \pm 20,3$ и $104,0 \pm 27,8$ мг). Уменьшается число послеоперационных осложнений ($6,7$ и $19,3\%$), связанных с наличием лапаротомной раны, пареза желудочно-кишечного тракта [$6,9,11,13$]. Кроме того, имеет место быстрое восстановление перистальтики кишечника ($36,6 \pm 2,8$ и $49,4 \pm 3,5$ ч) и других физиологических функций организма, способствующее более легкому течению послеоперационного периода и сокращению сроков послеоперационного пребывания пациентов в стационаре [$6,14,15$].

В МНИОИ им. П. А. Герцена разработана оригинальная методика лигирования дорсального венозного комплекса при позадилонной простатэктомии у больных локализованным и местно-распространенным раком предстательной железы [$9,10,15$]. В основе ее лежит способ пережатия тыльных сосудов полового члена, что позволяет избежать венозного кровотечения при пересечении дорсального венозного комплекса. Способ повышает радикализм и улучшает функциональные результаты операции по сравнению с радикальной простатэктомией с обработкой дорсального венозного комплекса по стандартной методике. Имеет место значимое ($p < 0,001$) уменьшение интраоперационной кровопотери, объем которой колеблется от 500 до 1300 мл (среднее значение 793 ± 211 мл) против 900—3000 мл (среднее значение 1620 ± 53 мл) в группе сравнения, что приводит к снижению потребности в гемотранфузиях (2 и 10 случаев соответственно) [$4,5,7$].

Усовершенствована методика лапароскопической брюшно-анальной резекции прямой кишки, позволяющая при наличии опухоли, ограниченной стенкой кишки, выполнить низведение ободочной кишки с опухолью через анальный канал наружу и завершить операцию промежностным способом. Определена оптимальная схема расположения троакаров, позволяющая мобилизовать левые отделы ободочной кишки. Описаны различные варианты выполнения оперативного вмешательства в зависимости от стадии процесса. Использование лапароскопической технологии позволило снизить частоту послеоперационных осложнений по сравнению с вмешательством открытым доступом ($21,4$ и $31,1\%$), в первую очередь за счет снижения частоты развития атонии мочевого пузыря ($2,4$ и $14,9\%$) и пареза желудочно-кишечного тракта (0 и $3,4\%$). Существенно снижается потребность в наркотических анальгетиках ($64,2 \pm 1,6$ и $108,2 \pm 2,2$ мг) на фоне снижения выраженности болевого синдрома. Использование методики в клинической практике способствует сокращению сроков реабилитации больных и улучшению качества их жизни [$4,9,10$].

На основе онкоэпидемиологического исследования, проведенного на территории России, определены клинические особенности наиболее часто встречающихся полинеоплазий. Проведен анализ базы данных канцеррегистра Краевого клинического онкологического диспансера Краснодара. Выявлено, что из 23063 онкологических больных первичная множественность наблюдалась у 369, из них у 84 вторая опухоль локализовалась в мочевом пузыре [$1,5$]. Установлены наиболее часто встречающиеся сочетания злокачественных опухолей при синхронном и метакронном раке мочевого пузыря с учетом пола больных [$4,6,8,14$]. У женщин рак мочевого пузыря независимо от времени манифестации второй опухоли наиболее часто сочетался с новообразованиями шейки матки. У мужчин синхронный рак мочевого пузыря наиболее часто сочетался с раком лоханки почки, желудка, прямой кишки и предстательной железы, метакронный — с раком лоханки почки, губы, гортани, желудка. Определены факторы риска возникновения рака мочевого пузыря: у мужчин преобладали поведенческие ($56,6\%$) [$4,5$], у женщин — медицинские, связанные с предшествующей лучевой терапией новообразований гениталий ($31,7\%$) [$2,4$].

Определены относительные риски возникновения рака мочевого пузыря, на основе чего разработаны показания для формирования групп риска и комплекс организационных мероприятий, направленный на раннее выявление и профилактику опухолей мочевого пузыря в мониторируемых группах. Разработанный алгоритм позволил достоверно увеличить выявляемость данной патологии в группе риска по сравнению с группой больных, не имеющих повышенного риска, и как следствие повысить долю пациентов, получивших радикальное лечение. Разработан современный высокоэффективный режим химиотерапии больных инвазивным распространенным раком мочевого пузыря, включающий введение гемцитабина и цисплатина [$3,8,10,14$].

Схема лечения в новом режиме позволяет сохранить терапевтическую дозу цисплатина без увеличения степени тяжести и длительности токсических реакций за счет удлинения интервала между курсами терапии, в течение которого полностью восстанавливается гемопоэз к началу очередного курса. Новый режим химиотерапии отличается высокой эффективностью по сравнению с традиционно используемыми схемами M-VAC и CMV. Одногодичная выживаемость пациентов составила 100%, общий эффект — 61,7%. В группе сравнения медиана выживаемости соответствовала 12,5 мес, общая эффективность не превышала 40% [$7,8,9$]. Использование нового режима химиотерапии повышает безрецидивную клиническую выживаемость больных распространенным раком мочевого пузыря, минимизирует выраженность токсических реакций, способствует повышению качества жизни пациентов.

За последнее время в мире зарегистрировано значительное количество новых ненаркотических анальгетиков, в то же время появились новые эффективные и менее безопасные лекарственные формы (трансдермальные терапевтические системы) наркотических средств. Изложены свойства и принципы назначения всех современных наркотических и ненаркотических анальгетических препаратов и их комбинаций в зависимости от длительности и интенсивности болевого синдрома, индивидуальных особенностей пациента. Определена тактика профилактики и лечения возможных осложнений, связанных с проведением

фармакотерапии болевых синдромов. В работе, что особенно важно для практикующих врачей, наряду с традиционно применяемыми в клинической практике опиоидными и неопиоидными анальгетиками представлены и самые новые высокоэффективные препараты, расширяющие возможности терапии болевых синдромов: трансдермальная система бупренорфина; заддиар, являющийся комплексом трамала с парацетамолом в одной таблетке; габапентин (нейронтин) — специальное средство лечения нейропатических болевых синдромов.

Внедрение в онкологическую хирургию микрохирургических технологий вызывает необходимость разработки дополнительных специальных мер, направленных на поддержание кровотока через сформированные сосудистые анастомозы, профилактику их тромбирования, улучшение состояния подвергающихся аноксии тканей аутотрансплантата и сохранение их жизнеспособности. Разработана тактика анестезиологического обеспечения и послеоперационной интенсивной терапии с использованием антитромботических, реологических, антиоксидантных, противоишемических средств, ингибиторов протеаз на фоне комплексной инфузионной терапии с поддержанием оптимального уровня гемодилуции при динамическом мониторинге показателей состояния больного и комплекса параметров, характеризующих свертываемость и вязкость крови.

Существенное внимание уделено использованию наиболее рациональных средств профилактики сосудистого тромбоза и нарушения кровоснабжения реплантурируемых сложных комплексов аутоклетчатой пациента, включая висцеральные (желудочно- и толсто-кишечно-сальниковые, кожно-мышечные, реберно-мышечные и т.д.). Обязательным признано профилактическое и послеоперационное использование антикоагулянта — низкомолекулярного гепарина в сочетании с интра- и послеоперационным применением активного дезагреганта — пентоксифиллина или перфторана. Разработанные мероприятия позволяют достичь хороших ближайших и отдаленных результатов пластического замещения больших раневых дефектов после удаления местно-распространенных опухолей черепно-челюстно-лицевой локализации, рото- и гортаноглотки, опорно-двигательного аппарата.

Обобщены результаты по клиническому изучению противоопухолевого препарата аранозы, синтезированного в научном мире [10,11,12,13,15]. Араноза — противоопухолевый препарат из группы нитрозопроизводных, рекомендованный к применению у больных с меланомой кожи, в том числе и диссеминированной, выгодно отличается от аналогов большей широтой терапевтических доз и возможностью применения в амбулаторных условиях. Разработаны схемы лекарственного лечения диссеминированной меланомы кожи у онкологических больных с использованием аранозы как в монорежиме, так и в составе лекарственных комбинаций. Эффективность аранозы на базе клиники РОНЦ им. Н. Н. Блохина оценена у 183 больных, из них в монорежиме у 129, в составе лекарственных комбинаций при диссеминированном процессе у 54. Применение аранозы в комбинации с другими противоопухолевыми препаратами приводит к повышению эффективности химиотерапии диссеминированной меланомы кожи и не сопровождается усилением токсичности [2,4,7,11,13].

Значительное место в исследованиях занимала проблема нейротоксичности современных цитостатиков при лечении солидных злокачественных опухолей. Представлены основные клинические симптомы и диагностические критерии наиболее распространенных проявлений нейротоксичности различных режимов химиотерапии с включением противоопухолевых препаратов (винкаалкалоидов, производных платины, таксанов, антимицетов и др.). Обсуждены вопросы патогенеза нейротоксичности. Предложены схема профилактики и комплексной терапии проявлений токсичности на различных топических уровнях нервной системы в зависимости от их тяжести, что позволяет улучшить результаты лечения и качество жизни онкологических больных [4,6,10,12]. Эффективность их оценена в динамике у 310 больных с солидными злокачественными опухолями различной локализации, получавших химиотерапевтическое лечение.

Показано, что у больных, получивших эмпирическое лечение нейротоксичности сосудистыми препаратами или их сочетанием с ноотропами, достоверно реже наблюдается прогрессирование токсической полинейропатии (23,8 и 48,2%), чаще отмечается положительная динамика (22,1 и 0%) и стабилизация (23,7 и 9,2%) по сравнению с больными не получившими лечения [1,3,8,9,15]. Продолжается научно-исследовательская работа по совершенствованию технологии онкологических оперативных вмешательств. Разработаны варианты оригинальных операций для лечения местно-распространенных форм рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки [5,9,11,13]. Объем оперативных вмешательств научно обоснован и базируется на особенностях роста и распространения злокачественной опухоли в тканях головы и шеи.

Установлен факт роста опухоли вдоль мышечных волокон, в связи с чем рекомендовано включать в блок удаляемых тканей всю пораженную мышцу до места ее прикрепления и лимфатические узлы первого барьера, наиболее часто поражаемые метастазами. Операции не увеличивают число послеоперационных осложнений и не ухудшают качество жизни пациентов. Внедрение в онкологическую практику предложенных оперативных вмешательств позволяет на 30—40% уменьшить число рецидивов заболевания и почти в 2 раза повысить процент 5-летней выживаемости больных [5,7,11].

Разработаны два варианта пластики обширных сочетанных послеоперационных дефектов лицевого скелета и мягких тканей лица с применением микрохирургической аутотрансплантации реберно-мышечных лоскутов на единой сосудистой ножке [2,4,8,11,14]. Использование методик позволило в 88,6% случаев

полностью восстановить функцию естественного питания, добиться естественного положения и объема движений глазного яблока, создать условия для дентальной реконструкции и эктопротезирования глазного яблока. Разработанные варианты микрохирургической аутотрансплантации костно-мышечных лоскутов позволяют одновременно с радикальным лечением проводить социальную реабилитацию больных с местно-распространенными опухолями челюстно-лицевой зоны.

Обобщен опыт ведущих онкологических центров мира по органосохраняющему лечению первичных злокачественных и метастатических опухолей костей и мягких тканей. Определены алгоритм предоперационного обследования и показания к выполнению органосохраняющих операций и комбинированного лечения. Разработаны варианты реконструктивно-пластических операций в зависимости от вида послеоперационных тканевых дефектов, направленные на адекватную анатомо-функциональную реабилитацию пациентов, с использованием различных аутотрансплантатов, в том числе костно-мышечных, кожно-фасциальных, сосудистых. Функцию конечности удается сохранить у 90% больных.

Представлены методики химиолучевой, термордио- и термохимиотерапии как компонентов комплексного радикального лечения пациентов [2,6,10,13]. Использование региональной перфузии химиопрепаратов, сочетающейся с гипертермией, в 20% наблюдений приводит к выраженному лечебному патоморфозу и снижению частоты рецидивов. Применение комбинированного и комплексного методов лечения позволяет расширить показания к органосохраняющему хирургическому вмешательству даже при первично нерезектабельных опухолях у 60—87% больных [3,7,9,12]. На основании анализа результатов многолетних исследований НИИ онкологии им. проф. Н. Н. Петрова предложен патогенетически обоснованный подход к формированию группы больных с первичной меланомой кожи, у которых вероятность регионарного метастазирования выше 50%.

Проведен статистически достоверный анализ зависимости частоты регионарного метастазирования от 12 клиничко-морфологических факторов, характеризующих первичную опухоль и организм больного, выявлены факторы риска метастазирования регионарного метастазирования с учетом локализации первичного очага. Показано, что выполнение избирательной профилактической регионарной лимфаденэктомии, наряду с широким иссечением меланомы кожи нижних конечностей, позволяет улучшить результаты 5-летней выживаемости на 28,8. Результаты 10-летних наблюдений свидетельствует лишь о тенденции к повышению выживаемости на 10,3% [2,3,5,9,12,14]. Разработана оригинальная методика фотодинамической терапии злокачественных опухолей кожи, характеризующихся большой площадью поражения [6,10,12].

Впервые при фотодинамическом лечении научно обоснован и внедрен прием фракционирования терапевтической дозы света, базирующийся на выявленной способности фотосенсибилизатора фотосенса длительно (до 2 мес) сохранять терапевтическую концентрацию в опухолевой ткани. Циторедуктивный эффект достигается в течение 5-10 сеансов лазерного облучения области опухолевого поражения. Способ позволяет добиться ремиссии заболевания с полной и частичной регрессией опухоли в 80% наблюдений [3,5], а также избежать непосредственных осложнений фотодинамической терапии, развивающихся при применении стандартных методик в результате аутоинтоксикации, связанной с большой площадью и глубиной некроза в зоне опухоли. Внедрение способа в клиническую практику позволит расширить контингент больных со злокачественными новообразованиями кожи, подлежащих фотодинамической терапии. Высокая эффективность методики, использование отечественного оборудования и препарата, хорошая переносимость пациентами, возможность проведения лечения также и в амбулаторных условиях делают метод перспективным и доступным для широкого применения.

Представлена комплексная система дозиметрического, технологического и компьютерного обеспечения электронной лучевой терапии, проводимой при лечении онкологических больных с помощью аппаратов последнего поколения – линейных ускорителей электронов. На сегодняшний день электроны являются практически единственным видом излучения, используемым при дистанционном варианте интраоперационной лучевой терапии (ИОЛТ), при котором возможно подведение высоких однократных очаговых доз на заданную глубину без поражения окружающих опухоль нормальных тканей [2,3,10]. В России с этой целью используют два вида ускорителей: "Микротрон-М" (Россия) и SL20 (Великобритания). Авторами [4,10,11] проведен анализ радиационных характеристик электронных пучков обоих ускорителей, рассмотрены тубусный и бестубусный варианты формирования полей облучения при проведении ИОЛТ.

Предложена формула, позволяющая выбрать адекватную энергию электронного излучения при облучении на ускорителе "Микротрон-М" с использованием болусов толщиной более 1 см. Проведен анализ изменения радиационного выхода и размера поля при проведении облучения на расстоянии источник – поверхность, отличном от номинального. Предложены формулы для соответствующих дозиметрических расчетов. Использование полученных результатов в клинической практике позволяет повысить эффективность лучевого лечения больных, а также снизить лучевые нагрузки на окружающие здоровые ткани и органы. Представлена оригинальная методика использования общей газовой гипоксии в условиях общей анестезии и искусственной вентиляции легких (ИВЛ) при ИОЛТ [8,11,15]. Способ позволяет существенно повысить дозу интраоперационного облучения без повреждения окружающих нормальных тканей, не увеличивает частоту и степень тяжести лучевых реакций и осложнений. Разработана поликомпонентная щадящая методика анестезиологического пособия. Сбалансированная анестезия включает транквилизатор (реланиум, седуксен),

анальгетик (фентанил), нейролептик (дроперидол), общий анестетик (калипсол), ингибитор кининогенеза (контрикал). Методика относится к высотам технологиям лучевого лечения и может быть осуществлена в стационарах, оборудованных ускорителями электронов [6,7,14].

Разработана оригинальная методика фотодинамической терапии (ФДТ) больных с первичным и метастатическим злокачественным поражением плевры, сопровождающимся развитием специфического экссудативного плеврита [1,2,6]. Впервые в предлагаемом способе ФДТ доставка лазерного излучения осуществляется непосредственно к опухолевым очагам на плевре путем установки и фиксации в плевральной полости нескольких цилиндрических диффузоров длиной 9 см на срок до 5—10 дней, что позволяет проводить лечение. В качестве фотосенсибилизатора использован отечественный синтетический препарат фотосенс – сульфированный фталоцианин алюминия, способный не менее 3 нед. сохранять терапевтическую концентрацию в опухолевой ткани после однократного внутривенного введения [3,7,9,13].

Циторедуктивный эффект достигается в течение 5—10 сеансов ФДТ при фракционировании терапевтической дозы облучения. Плотность энергии облучения 1 сеанса лечения составляет 50 Дж/см² для каждой зоны облучения. Способ позволяет добиться полной или частичной деструкции первичных или метастатических опухолевых очагов плевры, предотвращения возникновения и прогрессирования специфического экссудативного плеврита, возможности осуществления терапии обширных по площади опухолевых поражений. Внедрение методики в практическое здравоохранение позволяет расширить арсенал методов противоопухолевого лечения первичных и метастатических злокачественных опухолей плевры.

Разработаны варианты оперативных вмешательств, отмечены особенности бронхопластических операций и изолированных резекций бронха с моно- и полибронхиальными анастомозами и сохранением всей легочной ткани при карциномах [2,4,6,8,10]. Уточнены возможности эндоскопической хирургии как вспомогательного или радикального самостоятельного вида лечения в зависимости от морфологического варианта карциноида: при высокодифференцированном варианте центрального карциноида эндоскопическая хирургия является радикальным методом лечения. Определены основные факторы прогноза, включающие степень дифференцировки опухоли, распространенность опухолевого процесса и радикальность выполненной операции.

Адекватный объем операции и регионарной лимфаденэктомии обеспечивает 5-летнюю выживаемость у 100% больных с высокодифференцированным карциноидом, у 90% с умеренно дифференцированным карциноидом даже при регионарных метастазах, которые были выявлены у 17,5% оперированных. При низкодифференцированном карциноиде 5-летняя выживаемость больных составляет 37,9%, что приближается к таковой при мелкоклеточном раке легкого — 18,6% [2,5,11]. Разработана методика комбинированной общей анестезии при эндоскопической лазерной деструкции опухолей гортани, трахеи и бронхов, осуществляемая на основе сбалансированных доз средств общей анестезии (мидазолам, пропофол, фентанил, калипсол) в сочетании с профилактическим применением анальгетика периферического действия (кетопрофен или баралгин) и местной анестезии дыхательных путей [4,8,9,12].

Достижимые при этом анестезия и арефлексия обеспечивают выполнение лазерной деструкции опухолей гортани с сохранением адекватного самостоятельного дыхания пациента. При операциях на трахее рекомендуется комбинированная общая анестезия с объемной ИВЛ через дыхательный ригидный бронхоскоп, а при удалении опухолей нижней трети трахеи и главных бронхов — с высокочастотной ИВЛ. Такой дифференцированный подход повышает безопасность больного при этих операциях высокого риска. Разработана методика органосохраняющей операции местно-распространенного рака гортани III стадии. Новизна разработки заключается в том, что при удалении опухоли путем гемиларингэктомии на стороне поражения выполняют пластику образовавшегося тканевого дефекта заднебоковой стенки гортани верхним рожком щитовидного хряща, а боковой стенки — перемещенным шейным кожным лоскутом [1,4,7,13]. Применение методики способствует более полной функциональной реабилитации гортани после гемиларингэктомии, полная реабилитация всех функций гортани достигнута у 83,3% пациентов при одногодичной безрецидивной выживаемости 86,4% [2,5,8,12].

С целью реабилитации больных местно-распространенным раком гортаноглотки. Кроме того, разработаны оригинальные оперативные вмешательства, позволяющие при опухолевом процессе Т3 выполнять органосохраняющие, а при Т4 — реконструктивные операции [3,5,6,12]. В результате такого подхода становится возможным при резекции гортаноглотки в сочетании с ларингэктомией восстановить пищеварительную и голосовую функции. Хирургическая реабилитация проведена 216 больным местно-распространенным раком гортаноглотки, из них 101 выполнена резекция гортаноглотки с сохранением гортани, 115 — различные варианты фаринголарингэктомии. Разработанные методики функционально-щадящих операций с сохранением гортани при Т3 позволили добиться 5-летней выживаемости у 57% больных местно-распространенным раком гортаноглотки.

Методики реконструктивных операций по восстановлению пищевода после круговой или субтотальной резекции гортаноглотки в сочетании с ларингэктомией при опухоли Т4 обеспечивают хирургическую реабилитацию у 41% больных при 5-летних сроках наблюдения за ними. Хирургические операции могут быть использованы в специализированных онкологических учреждениях. Предложена эффективная методика паллиативной терапии больных с неоперабельными опухолями пищевода, включающая сочетание эндоскопической аргоноплазменной коагуляции опухоли с последующей брахитерапией с высокой

мощностью дозы излучения [6,8,14,15]. Методический прием осуществлен в НИИ онкологии им. проф. Н. Н. Петрова впервые в России. Клинический опыт применения аргоноплазменной коагуляции насчитывает 500 сеансов у 90 больных раком пищевода. При этом полный регресс опухоли отмечен в 84% наблюдений, частичный – в 93,5%. У 1/4 больных лечение проведено в амбулаторных условиях. Средняя выживаемость больных составила 15 мес. 40 больным на втором этапе лечения выполнялась внутрисветовая брахитерапия с высокой мощностью дозы излучения. Средняя выживаемость пациентов в этой группе составила 21 мес. Применение методики в клинической практике обеспечивает полную или частичную ликвидацию дисфагии при минимизации возможных осложнений у больных со стенозирующим раком пищевода.

Разработаны диагностический и лечебный алгоритмы при опухоли Вильмса у детей [4,7,8,10,14]. Существенное значение имеет использование в диагностическом алгоритме в качестве метода первичной диагностики дольчатой аспирационной биопсии с цитологическим исследованием, позволяющим не только морфологически верифицировать диагноз до начала лечения (по данным авторов, в 92,5% наблюдений), но и выявить больных в группе высокого риска. Выявление больных с анапластическим типом опухоли на этапе первичного обследования позволяет до этапа хирургического вмешательства использовать адекватные схемы полихимиотерапии.

Использование в качестве основной терапевтической программы протокола SIOP 93-01 позволяет достичь высоких результатов лечения больных с опухолью Вильмса: выживаемость при I-II стадии составила 95%, при III — 32%, при IV — 57%. Применение циторедуктивных операций (нефрэктомия и удаление солитарных метастазов) у больных с IV стадией процесса, широкое использование агрессивных схем терапии, разработанных для группы высокого риска, способствуют увеличению выживаемости почти на 30%, и сейчас она составляет 75% [1,3,5,10]. Гипербарическая оксигенация (ГБО) является эффективным средством детоксикации и стимуляции процессов регенерации. Разработаны практические рекомендации по использованию методики в раннем послеоперационном периоде с целью профилактики и лечения осложнений раннего послеоперационного периода (постгеморрагическая анемия, стимуляция перистальтики кишечника, стимуляция регенерации, уменьшение лимфорейи), а также предупреждения и купирования таких осложнений полихимиотерапии, как лейкопения (55,6% против 71,9% у больных, которым противоопухолевое лечение проводилось без сеансов ГБО [4,7,9].

Заключение. Одним из основных требований сегодняшнего дня по подготовке врача-онколога является необходимость научно-обоснованной организации работы с использованием нового подхода в приобретении знаний, умений и профессиональных навыков для определения первичной профилактики рака и формирования качественного мыслящего специалиста-онколога. Таким образом, использование в учебном процессе и практической работе нового методического пособия для хирургов-онкологов повышает их уровень знаний и существенно поможет в будущей профессиональной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохина В. В., Урляпова Н. Г. Динамика смертности населения Астраханской области. // Астраханский мед. журнал, 2006-№2-с.53-58.
2. Брамберга В. М., Сопильняк М. Г. Состояние и пути совершенствования онкологической службы в России. // Росс. журнал онкологии, 2007-№4-с.144-142.
3. Ганцев Ш. Х. Учебник по онкологии, 2006-с.333.
4. Абисатов Х. А. Клиническая онкология. В 2-х томах. / Алматы, 2007-с.367.
5. Дудик Ю. Е. Смертность от рака молочной железы в Краснодарском крае в 1995-2005гг. //Росс. онкол. журнал, 2002-№4-с.42-44.
6. Минимальные клинические рекомендации Европейского общества медицинской онкологии (ESMO). Под ред. С. А. Тюляндина, Н. И. Переводчиковой.-М., 2006.
7. Сдвижков А. М., Борисов В. И., Васильева И. Д. и др. Профилактика и ранняя диагностика рака. // Сибирский онкологический журнал, 2008-прилож.2-с.72-74.
8. Павлов К. А., Березкин Д. П., Шабашова Н. Я., Миротворцева К. С. Критерии опрееления групп населения высокого риска заболеваемости злокачественными опухолями. // Вопросы онкологии, 2004-№3-с.70-72.
9. Пачес А. И., Ольшанский В. О., Любаев В. Л. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани.- М., 2003-с.88.
10. Попова Т. Н., Артеменко Л. И. Тактика при непальпируемых доброкачественных новообразованиях молочных желез в амбулаторных условиях. // Вопросы онкологии, 2006-№4-с.67-74.
11. Цетовский М. С. Раннее выявление рака молочной железы. // Вопросы онкологии. 2008-№1-с.77-84.
12. Чаклин А. В. Основные тенденции в борьбе со злокачественными опухолями. // Росс. онкол. журнал, 2009-№1-с.123-125.
13. Waterhouse J., Muir C., Powell J., Shanmugarannam K. Cancer Incidence in Five Continents. / JARS-2003-Vol. IV.
14. Clinton S. K., Viser M. J. Nutrition and experimental breast cancer./ Cancer , Philad., 2006-Vol.58-p.1818-1825.

15. Cohen L. A., Thompson D. O., Macura Y. et al. Dietary fat and mammary cancer. Promoting effects of different dietary fats on nitrosomethyluracil induced rat mammary tumorigenesis./ J. Nat. Cancer, 1996-Vol. 77-p.33-42.

УДК 616.37-002-036.12-08

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Г. Д. Юнусходжаева

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Созылмалы панкреатиттің емі қазірге таңда өзекті мәселе қатарында. Қазіргі таңда созылмалы панкреатиттің диагностикасы УДЗ, КТ және лабораториялық диагностикасы әдістерінің нәтижесінде диагностикасы жоғары деңгейде. Консервативті ем абстиненциялық жағдайда ал катаң диетаны сақтау билиарды созылмалы панкреатитке оңтайлы нәтижесін береді.

SUMMARY

CP is the one the main issues in public health services. Nowadays, preclinical diagnosis of CP is made by the ultrasound investigation and the computer tomography and the advances in the laboratory testing procedures. In recent years there have been several important advancements in health services. One of the important advance has been made in etiotropic treatments. Abstinence plays an important role in alcoholic CP and diet plays an important role in biliary CP. CP has a tendency for relapse.

Одно из первых упоминаний о поджелудочной железе (ПЖ) обнаружено в Талмуде, где она названа «пальцем Бога». И это определение не случайно. Да и в последующем ПЖ была окружена многочисленными мифами и загадками. А все благодаря тому, что эта маленькая железа (длина у взрослого мужчины до 18 см, масса до 100 г) обладает огромными возможностями, которые трудно сопоставить с функциональными возможностями любого другого органа человеческого организма. Хронический панкреатит (ХП) входит в число важных проблем здравоохранения. К этому заболеванию относят воспалительные процессы ПЖ продолжительностью более 6 месяцев, обычно, проявляющиеся болями и диспепсией. Морфологические изменения при ХП в значительной степени сохраняются даже после того, как причина поражения ПЖ удалена. Эти изменения часто необратимы, имеют тенденцию к прогрессированию и, как результат, - ослабление или даже потеря экзокринной и эндокринной функций ПЖ.

За последние 30 лет отмечен более, чем 2-кратный рост числа хронических и острых панкреатитов. В экономически развитых странах ХП заметно «помолодел», средний возраст с момента установления диагноза снизился с 50-ти до 39 лет, на 30% увеличилась доля женщин, доля алкогольного панкреатита возросла с 40% до 75%. Регистрируется также рост заболеваемости карциномой ПЖ, которая развивается на фоне ХП. Как известно, сахарный диабет (СД) становится, буквально, болезнью века. При этом накапливается все больше фактов о связи ХП с СД. Наряду с гипергликемиями, чаще при хронических алкогольных панкреатитах, наблюдаются также и гипогликемии. Подобные «утренние» гипогликемии опасны для водителей и, особенно, для летчиков. В настоящее время заметно возросли возможности своевременного распознавания ХП, в первую очередь, за счет использования ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) и усовершенствованных лабораторных тестов. Однако, диагностика ХП остается одной из сложных проблем гастроэнтерологии.

Значительно усовершенствована лечебно-профилактическая помощь больным ХП с учетом этиологии панкреатита (билиарной или алкогольной). Лечебно-профилактические мероприятия (санация билиарной системы, алкогольная абстиненция), применение современных ферментных препаратов дают ободряющие результаты. Существенно шире стали использоваться эндоскопические методы лечения: папиллосфинктеротомия и другие средства при стенозе протоков. Клиническая анатомия и физиология ПЖ. Поджелудочная железа – один из важнейших органов пищеварения. Продукция ферментов и бикарбонатов ПЖ в значительной мере определяет эффективность пищеварения. Жизненно важной функцией ПЖ является продукция инсулина. ПЖ человека представляет собой паренхиматозный орган, делится на 4 части: головку (самая большая масса), шейку, тело и хвост.

ПЖ расположена забрюшинно. Головка железы тесно соприкасается с изгибом 12-перстной кишки (ДПК), а хвост подходит к воротам селезенки. Длина железы, в среднем, 10-15 см, ширина в области головки 2-4 см, в области тела – 1,5-3 см, в области хвоста – 1,5-2,5 см. В УЗИ-изображении эти показатели несколько меньше. Расширение и уплотнение головки железы может приводить к сдавлению общего желчного протока и вызывать желтуху. Те же процессы в хвосте поджелудочной железы ведут к нарушению проходимости селезеночной вены и развитию портальной гипертензии. Основу железы составляют ацинусы Ацинусы

образованы паренхиматозными или ацинарными (ацинозными) клетками и центрoацинарными клетками, образующими начальную часть протоков, так называемый, вставочный проток или каналец. Из вставочного протока секрет поступает во внутридольковый проток, далее - в междольковый и, наконец, в главный проток ПЖ. Последний, сливаясь с общим желчным протоком, поступает в ампулу большого дуоденального сосочка.

Примерно у 20% людей главный проток изливается в ДПК самостоятельно через малый дуоденальный сосочек. Большой дуоденальный или фатеров сосочек расположен, обычно, в 7 см от привратника. Секрет ПЖ состоит из 2-х компонентов: неорганического и органического. Дуктальный и центрoацинарный эпителий выделяет секрет, богатый электролитами, особенно, бикарбонатами, в составе водного раствора. Функция этого компонента секрета ПЖ – нейтрализация поступающего в ДПК кислого желудочного содержимого и перевод желудочного пищеварения в кишечное (полостное и начальный этап пристеночного). Основным стимулятором секреции неорганического компонента является секретин, вырабатываемый S-клетками слизистой оболочки ДПК в ответ на поступающую из желудка соляную кислоту.

Объем панкреатической секреции в сутки достигает 2,5 л (это часто больше, чем объем молока, секретиремого молочными железами женщины на пике лактации). ПЖ производит больше белка на грамм ткани, чем любой другой орган, выделяет 6-20 пищеварительных ферментов и проферментов в сутки, причем, в настоящее время выделено более 20 этих ферментов. ПЖ синтезирует и секретирует пищеварительные ферменты с огромным (приблизительно 10-кратным запасом). Такой широкий спектр ферментов и большая их масса делают ПЖ «... королевой физиологии пищеварения».

Лечение хронического панкреатита. В последние годы усовершенствованы основные лечебные мероприятия, проводимые при ХП. Это касается прежде всего этиотропной направленности лечения. В настоящее время существенно большее значение придается режиму абстиненции при алкогольном и строгому соблюдению диеты при билиарном хроническом панкреатите. Диету рассматривают как метод предупреждения провоцируемой миграции мелких желчных камней. При проведении этих мероприятий отчетливое улучшение состояния наблюдается примерно у 2/3 больных. В большинстве случаев обострение хронического панкреатита купируют с помощью консервативной терапии: используют средства для снижения функциональной активности ПЖ непрямыми методами (ингибиторы протонной помпы, блокаторы H₂-рецепторов, антациды), при наличии перипанкреатита — антибактериальные средства.

После стихания обострения применяют ферментные препараты (креон и др.). Немногим более 20% больных, поступающих в стационар в связи с обострением ХП, оказываются резистентными или относительно резистентными к консервативной терапии. Половина из них не соблюдает диеты и режима абстиненции даже в стационаре. Предлагать им операцию не следует. Другая половина выполняет все или большинство рекомендаций и всё же улучшение не достигается. У этой группы больных имеются показания к хирургическому лечению.

Консервативное лечение. Консервативное лечение ХП можно разделить на три этапа. Первый — оказание неотложной помощи больному с тяжёлым обострением ХП, приближающегося по симптоматике к острому панкреатиту. Второй — оказание помощи при обострении хронического воспалительного процесса в поджелудочной железе, не достигающего степени острого панкреатита. Третий — поддерживающая терапия после стихания явлений обострения. Неотложная помощь больному с тяжёлым обострением ХП. Характерными проявлениями болезни обычно оказываются упорные боли в верхней половине живота, нередко сопровождающиеся рвотой и симптомами общей интоксикации. Оценить тяжесть состояния таких больных и установить прогноз помогают критерии Рансона. Критерии тяжести панкреатита по Рансону (S. Ranson, 1974)

Таблица - Критерии значений показателя при поступлении

Возраст	Старше 55 лет (при ЖКБ - старше 70 лет)
Лейкоциты в периферической крови	>16-109
Глюкоза сыворотки крови	>200 мг/дл
ЛДГ сыворотки крови	> 350 ЕД/дл (норма 100 ЕД/дл)
АсАТ сыворотки крови	> 250 ЕД/дл (норма 40 ЕД/дл)
Амилаза сыворотки крови	Более, чем 10-15-кратное повышение
Через 48 ч после поступления	
Гематокрит	Снижение более, чем на 10%
Остаточный азот в сыворотке крови	Повышение более, чем на 5 мг%
Кальций в сыворотке крови	Снижение до 7,9 мг% и более
Артериальное Р02	Менее 60 мм.рт.ст.
Секвестрация жидкости	Более 6 л

К факторам, отягощающим течение и прогноз болезни следует добавить стойкую тахикардию, гипотонию (АД ниже 90 мм. рт. ст.) и уменьшение диуреза с гиперкреатининемией (уровень креатинина более

120-180 ммоль/л). Последний показатель особенно важен при тяжёлом течении панкреатита. Принципы неотложной помощи больным этой группы: Уменьшение до минимума функциональной активности ПЖ: голод, удаление содержимого желудка с помощью постоянного отсоса через назогастральный зонд, приём ингибиторов протонной помпы, антацидов или блокаторов H₂-рецепторов второго — третьего поколения, внутривенное введение сандостатина. Борьба с отёком ПЖ и парапанкреатической клетчатки (маннитол, фуросемид и др.). Предотвращение ферментной интоксикации (контрикал, гордокс и др.).

Уменьшение интенсивности болей (растворы парацетамола, анальгина или наркотических анальгетиков, часто в сочетании со спазмолитическими средствами). Коррекция водно-электролитного баланса (изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера, растворы глюкозы низкой концентрации). Предупреждение инфекционных осложнений или борьба с ними с помощью антибиотиков (цефуроксим, цефобид, ципрофлоксацин, офлоксацин и др.). 2. Терапия при обострениях ХП, не достигших степени острого. Диета. Больные, у которых часто возникают рецидивы панкреатита очень чувствительны к характеру питания. При тяжёлых обострениях ХП, обычно протекающих с ночными болями и рвотой, целесообразно прибегнуть к голоданию в течение 1-3 сут, корригируя водно-электролитный баланс парэнтеральным введением раствора Рингера, глюкозы и др. После уменьшения выраженности болей и прекращения рвоты возвращаются к пероральному питанию. Обычно начинают с диеты №16 или 16п, а далее переходят на диету №5 или 5п.

В период обострения потребление жира уменьшают до 70 - 80 и даже 50 г в сутки, белка — до 100 - 110 г, питание пяти- или шестиразовое. При подборе продуктов обращают внимание на их характеристики, в частности, рекомендуют приготовление блюд из парного мяса, живой рыбы. В первые дни обострения желательно употреблять слизистые супы, домашний творог, жидкие каши, мясные тефтели и фрикадельки, подсушенный хлеб или белые сухари. Медикаментозное лечение основано на сочетании холино- и спазмолитических препаратов с ингибиторами протонной помпы, либо антацидами и блокаторами H₂-рецепторов, анальгетиками, ферментными и антиферментными препаратами. Холино- и спазмолитические препараты (атропин, платифиллин, последние годы хорошо зарекомендовал себя селективный миотропный спазмолитик дюспаталин, тропный к сфинктеру Одди, и, соответственно, имеющий существенные преимущества) применяют в средних дозах внутрь и подкожно, как правило, при болевых формах ХП.

В качестве антацидов используют алмагель, фосфалюгель и другие жидкие щелочные смеси. При выраженном болевом синдроме широко применяют ингибиторы протонной помпы с блокаторами H₂-рецепторов (ранитидин, фамотидин и др.). Антациды в сочетании с препаратами кальция могут несколько уменьшить стеаторею. При наличии признаков внешнесекреторной недостаточности ПЖ (стеаторея, полифекалия, снижение массы тела) широко используются ферментные препараты. В настоящее время установлено, что препараты, предназначенные для заместительной терапии, должны обладать следующими свойствами: высокой специфической активностью липазы; устойчивостью к желудочному соку; быстрой эвакуацией из желудка и смешиванием с химусом; коротким временем растворения оболочки микрокапсул в тонкой кишке; быстрым высвобождением активных ферментов в тонкой кишке; активным участием в полостном пищеварении.

Современным требованиям, предъявляемым к ферментным препаратам, отвечает креон 10 000 и креон 25000, представляющие собой новую лекарственную форму для замещения ферментной недостаточности ПЖ. Препарат характеризуется быстрым и равномерным распределением активного вещества в желудке с полной защитой от инактивации ферментов кислотой желудочного сока. Это достигается путем наполнения желатиновой капсулы минимикросферами с панкреатином диаметром 1,0 - 1,2 мм, покрытых энтеросолюбильной оболочкой. Растворяясь в желудке за несколько минут, капсула освобождает минимикросферы, которые сохраняют резистентность к действию высококислотного желудочного сока в течение 2 часов. Минимикросферы равномерно смешиваются с желудочным химусом и эвакуируются в тонкую кишку, где быстро растворяются в щелочной среде, высвобождая ферменты. Таким образом, обеспечивается быстрое наступление действия препарата в тонкой кишке.

Для большинства больных с нарушением внешнесекреторной функции ПЖ приема 25000-40000 Ед. липазы во время еды вполне достаточно для ликвидации стеатореи. При добавлении к стандартному лечению панкреатином антисекреторных средств (блокаторов H₂-рецепторов, ингибиторов протонной помпы) эффективность ферментных препаратов повышается, поскольку их оптимальное действие обеспечивается при pH > 5 в просвете тонкой кишки. Препараты, содержащие желчь, следует с осторожностью применять больным хроническим гепатитом или циррозом печени, а также при холестатических заболеваниях, язвенной болезни, воспалительных заболеваниях кишки, особенно, протекающих с диареей. При тяжёлой стеаторее дополнительно назначают жирорастворимые витамины (А, Д, Е, К), а также витамины группы В.

Критерием эффективности ферментной терапии является уменьшение диспепсического синдрома, включая прекращение поносов и стабилизацию массы тела. Резкое снижение стеатореи желательно, но не является абсолютным требованием. Приём ферментных препаратов может продолжаться годами. Во всяком случае, опыт показывает, что стихание выраженного обострения ХП занимает чаще 3-5 недель, а на полное стихание явлений обострений хронического панкреатита уходит, обычно, 6-12 мес. Желательно весь этот период ферментотерапию не прерывать. Помимо заместительной терапии, экзогенные ферменты, особенно, в

сочетании с антисекреторными препаратами, по закону обратной связи обладают свойством подавлять собственную панкреатическую секрецию, дают покой железу, что приводит к уменьшению болевого синдрома. В последнее десятилетие для купирования боли при обострении ХП ферментные препараты стали назначать значительно чаще.

Обезболивающее действие их связано с тем, что попадание ферментов ПЖ, прежде всего трипсина, в ДПК приводит к разрушению регуляторных белков — рилизингпептидов секретина и холецистокинина. Разрушение этих белков экзогенными ферментами прекращает высвобождение соответствующих гормонов, снижает панкреатическую секрецию, что уменьшает давление в протоках и паренхиме ПЖ и купирует болевой синдром. В настоящее время использование панкреатических ферментов для снижения интенсивности боли вошло во многие руководства для практических врачей, например, Американской гастроэнтерологической ассоциации. Нередко обострения ХП сопровождаются развитием перипанкреатита (выявляют при выполнении УЗИ и КТ) и холангита. В этих случаях назначают антибиотики: цефобид (цефоперазон) по 1 - 2 г 2 раза в сутки внутримышечно либо внутривенно, или цефуросим (аксетин, зинафер) по 1 г 3 раза в сутки внутримышечно либо внутривенно в течение 7-10 дней.

В амбулаторной практике применяют доксициклин по 0,1 г 1 - 2 раза в сутки на протяжении 6-8 дней или ципрофлоксацин по 0,25 г 3 раза в сутки внутрь в течение 7-10 дней, либо норфлоксацин 400 мг 2 раза в день и метронидазол по 0,5- 3 раза в день, внутрь 5-7 дней. При выраженном перипанкреатите и недостаточной эффективности антибактериальной терапии возникает предположение о наличии нечувствительной микрофлоры, в частности, хламидий. В этих случаях проводят лечение абакталом (пепфлоксацин) и сумамедом (азитромицин). У сравнительно немногих больных, главным образом, при интерстициальном и паренхиматозном вариантах ХП, протекающего с выраженным отёком ПЖ, значительной и стойкой гиперамилаземией возникают показания к антиферментной терапии. Препараты этой группы вводят капельно внутривенно: контрикал 1-2 раза в сутки по 20 000 ЕД в 200-500 мл изотонического раствора натрия хлорида (курс лечения 7 -10 дней), гордокс (апротинин) в дозе 100 000 ЕД. Аллергические реакции на введение этих препаратов возникают у 7 - 10% больных. Наиболее тяжёлым осложнением является анафилактический шок. Эти отрицательные реакции существенно ограничивают возможности применения антиферментных препаратов.

У трети пациентов ХП отмечается упорный болевой синдром. На первой ступени назначаются селективные миотропные спазмолитики+ферментные препараты. Следующая ступень: НПВС и ненаркотические анальгетики: парацетамол, анальгин, баралгин. На высоте обострения вводят 2-5 мл 50% раствора анальгина внутримышечно 1-3 раза в сутки или 2-3 мл баралгина, а также пентазоцина (фортрала) в дозе 30 мг внутримышечно. После уменьшения боли принимаются эти же препараты внутрь после еды по 2-3 таблетки в сутки. Максимальная суточная доза парацетамола не должна превышать 3-4 г, а у лиц с хронической алкогольной интоксикацией доза должна быть уменьшена по крайней мере на 1/3. В отдельных случаях, особенно, при интенсивных болях, назначают наркотические анальгетики: 1 мл 1 - 2% раствора промедола подкожно или внутримышечно 1-3 раза в сутки, обычно, в течение не более 3 дней. С этой же целью применяют трамадол (трамал, синтрадон) по 1-2 ампулы (по 50 мг) внутримышечно либо внутривенно (медленно) или по 1 - 2 капсулы (по 50 мг) внутрь 1-3 раза в сутки. Используется также бупренорфин (торгезик) в дозе 300 мкг в ампуле и 200 мкг в таблетке.

Наркотические анальгетики желательно применять У трети пациентов ХП отмечается упорный болевой синдром. На первой ступени назначаются селективные миотропные спазмолитики+ферментные препараты. Следующая ступень: НПВС и ненаркотические анальгетики: парацетамол, анальгин, баралгин. На высоте обострения вводят 2-5 мл 50% раствора анальгина внутримышечно 1-3 раза в сутки или 2-3 мл баралгина, а также пентазоцина (фортрала) в дозе 30 мг внутримышечно. После некоторого уменьшения боли больные принимают эти же препараты внутрь после еды по 2-3 таблетки в сутки. Максимальная суточная доза парацетамола не должна превышать 4 г, а у лиц с хронической алкогольной интоксикацией доза должна быть уменьшена по крайней мере на 1/3.

В отдельных случаях, особенно при интенсивных болях, назначают наркотические анальгетики: 1 мл 1 - 2% раствора промедола подкожно или внутримышечно 1-3 раза в сутки, обычно в течение не более 3 дней. С этой же целью применяют трамадол (трамал, син-традон) по 1-2 ампулы (по 50 мг) внутримышечно либо внутривенно (медленно) или по 1 - 2 капсулы (по 50 мг) внутрь 1-3 раза в сутки. Используется также бупренорфин (торгезик) в дозе 300 мкг в ампуле и 200 мкг в таблетке. Наркотические анальгетики желательно применять подряд не более 3-4 дней. Почти у трети больных, длительно страдающих ХП, развиваются нервно-психические расстройства. Причины их различны: многолетние болевые атаки болезни, хроническая "ферментная интоксикация" (повышенная концентрация ферментов в сыворотке крови), недостаточное всасывание витаминов. Этим больным показаны заместительная витаминотерапия и психотропные средства. Наиболее часто используют диазепам (седуксен), мезапам (медазепам, рудатель), амитриптилин, сульпирид. В последние годы применяют также золофт (сертралин) и гептрал (адemetионин), существенно реже - небольшие дозы стелазина (2 мг), мелипрамина (10 мг). Мелипрамин также нежелательно применять более 3-4 дней из-за опасности привыкания. Через 3-10 дней от начала комплексного лечения при условии соблюдения диеты и полной абстиненции у 65 - 75% больных заметно уменьшается выраженность болевого и диспепсического

синдромов. В очень небольшом числе случаев, когда с помощью других методов лечения не удаётся ликвидировать отёк ПЖ и боли, проводят близкофокусную лучевую терапию (4-6 сеансов облучения по 30 - 40 рад), которую большинство пациентов хорошо переносят. За рубежом в этих случаях используется также чрескожная блокада стероидами чревных узлов.3. Поддерживающая терапия после стихания выраженного обострения ХП.

Поддерживающая терапия особенно важна на протяжении первых 6 -12 месяцев после стихания выраженного обострения ХП. Именно в этот период решается в значительной мере вопрос о возможности ближайших рецидивов болезни. Одной из самых важных задач является коррекция условий жизни, которую необходимо провести больному, перенесшему выраженное обострение ХП. Уже указывалось, что добиться режима абстиненции у человека, привыкшего к большим дозам спиртного, а у гурмана - соблюдения диетических ограничений, очень трудно, но необходимо. Разговор врача с больным о диетических ограничениях лучше начинать с такого положения: "Ваш характер питания - одна из причин развития болезни. Для предупреждения рецидивов необходимо его изменить". В поддерживающую терапию входят ферментные препараты, длительный приём которых необходим, а в случае появления болей используются ингибиторы протонной помпы и блокаторы H2-рецепторов. Лица, получившие в период обострения ХП психотропные препараты, продолжают их приём в течение 1-3 мес.

Вопрос о смене характера работы стоит у лиц постоянно контактирующих со спиртом или постоянно пребывающих в командировках. В первом случае ,практически, невозможно добиться режима абстиненции, во втором - самых скромных диетических ограничений. Комплексное консервативное лечение обострений ХП в специализированном отделении даёт непосредственный положительный эффект в среднем у 80 - 85% больных. Остальные 15-20% больных, лечение которых оказалось малоэффективным, делятся примерно на две равные по численности группы: 1)больные, консервативное лечение которых привело к незначительному улучшению из-за несоблюдения диеты и режима абстиненции даже в условиях стационара.

Предлагать им хирургическое лечение в отсутствие грубых анатомических изменений главного панкреатического протока, зоны ампулы большого дуоденального сосочка, а также чревного ствола нецелесообразно; 2) пациенты с доказанными грубыми анатомическими изменениями главного панкреатического протока, зоны ампулы большого дуоденального сосочка и чревного сплетения. Эти больные нуждаются в хирургическом лечении. ХП относится к заболеваниям со склонностью к рецидивам. При своевременной диагностике и тщательном лечении у 2/3 больных патологический процесс в железе стихает. Благоприятного течения болезни удается достичь лишь при точном соблюдении мер вторичной профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хазанов А.И. Хронический панкреатит. Новое в этиологии, патогенезе, диагностике. Современная классификация // Росс. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1977. – N 1. – с. 56-58.
2. Губергриц Н. Б. , Христич Т. Н. Клиническая панкреатология. – Донецк. 2002. – 413 с.
3. Клинические лекции по гастроэнтерологии и гепатологии. Том 2. Болезни кишечника и поджелудочной железы. – Под ред. Калинина А.В., Хазанова А. И. – М. – ГИУВ МО РФ. – 2002. – 325 с.
4. Дифференциальная диагностика и лечение внутренних болезней. Том 2. Болезни органов пищеварения. По ред. А. И. Хазанова. М. – М. – 480 с.
5. Маев И.В. , Казюлин А.Н., Кучерявый Ю. Н. Хронический панкреатит. М. М. – 504 с.
6. Белоусова Е.А., Златкина А.Р., Морозова Н.А., Тишкина Н.Н. Старые и новые аспекты применения ферментных препаратов в гастроэнтерологии // Фарматека. - 2003. – N 7. – С. 39-44.
7. Калинин А.В. Хронический панкреатит: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Методические рекомендации. –1999. – 27 с.
8. Каретерс Д.М. Мальабсорбция: в кн. Хендерсон Д.М. «Патофизиология органов пищеварения». М. – 1997. – С.45-89.
9. Wood J.D., Alpers D.H., Andrews P.L.R. Fundamentals of neurogastroenterology Gut 1999. – 45 (suppl. II). – 6-16.
10. Калинин А.В., Хазанов А.И., Потехин Е.А., Джанаева И. Хронический панкреатит: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Учебно-методическое пособие. – М. – ГИУВ МО РФ, ГВКГ. им.Бурденко. – 2006. – 50 с.
11. Atlas of Clinical Gastroenterology // A. Forbes? J.J. Misiewicz, C.C. Compton et al. – 3-ed/ - Edinburgh et al. : Elsevier Mosby. – 2005. – 358 p.

УДК 618.14-002:618.14-08

**ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ
(ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)***И. У. Исмаилова**Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек***ТҮЙІН**

Әдеби шолуда босанудан кейінгі инфекциялық-қабыну ауруларын емдеу мен эпидемиология, этиология, патогенез, клиника мәселелері сарапалады және жалпыланады, осы мәселе бойынша зерттеулерді әрі қарай жүргізу қажеттілігі мен өзектілігі негізделді.

SUMMARY

In the literature review analyses and summarizes the questions of epidemiology, etiology, pathogenesis, clinic and treatment of postpartum infectious and inflammatory diseases, justified the relevance and need for further research on this issue.

Послеродовые инфекционно-воспалительные заболевания представляют важную медицинскую и социальную проблему, так как в настоящее время являются одной из основных причин материнской заболеваемости и смертности [1, 2]. Частота послеродовых воспалительных заболеваний остается достаточно высокой, не имеет тенденции к снижению и находится в пределах 5–26 %, при этом на долю материнской смертности от септических осложнений приходится 5–15 % [3]. По результатам исследований последних лет частота инфекционно – воспалительных осложнений после кесарева сечения колеблется от 13 до 54 %, а у женщин с высоким инфекционным риском достигает 91%. При этом послеродовой (послеоперационный) метрозэндометрит нередко является начальным этапом еще более тяжелых инфекционных осложнений: параметрита, тромбофлебита, перитонита, сепсиса и септического шока [4,5].

Риск формирования послеродовых инфекционно – воспалительных заболеваний во многом зависит от иммунного статуса беременных женщин и состояния биоценоза родовых путей в гестационном периоде и непосредственно перед родами [6]. После приобретения независимости Кыргызстан взял курс на построение демократического государства с рыночной экономикой. Однако разрыв многих хозяйственных связей советского периода, резкий спад экономического производства привели к снижению социально-экономического уровня населения, а система здравоохранения столкнулась с проблемой недостаточности финансовых ресурсов. В последние 15 лет в Кыргызстане резко снизилась обращаемость женщин за медицинской помощью к акушерам и гинекологам, участились случаи самолечения.

Согласно данным Минздрава КР из 5 млн. 400 тысяч населения республики 51% составляют женщины, а из них 50% - это женщины детородного возраста. Среди стран СНГ Кыргызстан стоит на первых местах по материнской смертности. По мнению Ника Волкера, постоянного представителя ООН в Кыргызской Республике, в Кыргызстане официальная статистика по материнской смертности - одна из самых точных в Центральной Азии. Правдивая статистика позволяет эффективнее бороться с существующими проблемами и, в частности, с материнской смертностью [7]. Уровень материнской смертности в Кыргызстане составляет 104 случая смертельного исхода на 100,000 живорождений, и за последние 10-15 лет радикальных признаков улучшения ситуации не наблюдается.

По показателям Минздрава, в республике наблюдается волнообразное движение материнской смертности. В Кыргызстане в 2009 году рост материнской смертности составил 15,5%. Рост показателя материнской смертности регистрируется в Нарынской, Ошской и Чуйской областях, а также городе Оше. Анализ причин материнской смертности показывает, что почти каждая третья умершая женщина (36,1%) не находилась под наблюдением медицинских работников [8]. Несмотря на внедрение в акушерскую практику современных методов диагностики, профилактики и терапии послеродовых заболеваний, отчетливой тенденции к снижению их частоты не наблюдается.

Это связано с рядом факторов, составляющих особенности современной медицины и расширяющих пути инфицирования беременных и родильниц: широкое использование современных инвазивных методов диагностики и терапии, значительное увеличение частоты оперативных вмешательств при родоразрешении, нерациональное применение антибактериальных препаратов, приводящее к накоплению в клиниках антибиотикорезистентных видов и штаммов микроорганизмов, применение лекарственных препаратов, в том числе кортикостероидов, обладающих иммунодепрессивным действием и т.д. [9, 10].

Кроме того, изменился контингент беременных и родильниц: преобладают пациентки с экстрагенитальными заболеваниями, с различными формами бесплодия, после гормональной и/или хирургической коррекции невынашивания беременности, со смешанной вирусно-бактериальной инфекцией, относящиеся к группе высокого риска инфекционных осложнений. Также отмечается высокий уровень урогенитальных инфекций, что может привести к серьезным проблемам во время беременности и в

послеродовом периоде, а также внутриутробному инфицированию плода и новорожденного. Одной из наиболее распространенных форм гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде является послеродовой эндометрит. Частота его после самопроизвольных родов составляет 2-5%, после кесарева сечения 10-20%, по некоторым данным до 50% [11]. Из 100 случаев послеродовых эндометритов 80 сопряжены с операцией кесарева сечения. Частота тяжелых осложнений эндометрита, к числу которых относятся перитонит, тазовые абсцессы, сепсис, тромбозы вен таза, составляет менее 2% от общего количества эндометрита. Но именно на их долю приходится значительное количество случаев материнской смертности [12].

Эндометрит является начальным локализованным проявлением динамически развивающегося септического процесса. Запоздалая его диагностика и нерациональное лечение могут привести к дальнейшему распространению инфекции, вплоть до возникновения ее генерализованных форм. В ряде случаев послеродовой эндометрит имеет стертое или бессимптомное течение. В этих случаях прогрессирование воспалительного процесса в матке может наступить после выписки родильницы из стационара. Эндометрит полимикробное заболевание, которое может быть вызвано условно патогенными бактериями, микоплазмами, хламидиями, вирусами и т.д. В подавляющем большинстве случаев (80-90%) это ассоциации аэробных и анаэробных микроорганизмов: стрептококки группы В, *Staphylococcus* spp., *E. coli*, *Proteus* spp., *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *Bacteroides* spp., *Peptostreptococcus* spp., *G. vaginalis*, *C. trachomatis* (вызывает поздние формы послеродового эндометрита, развивающиеся через 2 сут - 6 нед после родов) [13, 14, 15].

В последнее время этиологическая картина инфекционных послеродовых осложнений становится все более подвижной. Причиной этого явления считается частое и не всегда достаточно обоснованное назначение антибиотиков. В настоящее время среди возбудителей преобладают микст-инфекция и комбинация условно патогенных возбудителей, составляющих нормальную флору человека. Это аэробно-анаэробные ассоциации. Прежде всего, речь здесь идет о факультативных анаэробах. Примерно в третьей части случаев послеродового эндометрита приходится иметь дело с кишечной палочкой. Реже встречаются протей и энтерококки.

Среди анаэробных бактерий встречаются бактероиды, пептококки, пептострептококки. Микробные ассоциации обладают более выраженными патогенными свойствами, чем монокультуры, за счет их синергизма [16, 5, 17]. Установлено, что патогенность анаэробов повышается в присутствии факультативно-аэробных микроорганизмов, в частности кишечной палочки [18]. От характера возбудителя также зависит и выраженность клинических проявлений. При легких формах заболевания ассоциации микроорганизмов выявлены у 29,1%, при тяжелых — у 62,5% больных [17]. По данным В.И. Кулакова и соавт. 2004, в аспирате из полости матки у родильниц с эндометритом после кесарева сечения в 82,7% наблюдений преобладают неспорообразующие анаэробы и их ассоциации с аэробными микроорганизмами. Возрастает количество ПЭ, вызванных микроорганизмами, передаваемыми половым путем (хламидии, микоплазмы, вирусы и др.). Следует отметить, что микоплазмы (10%) и хламидии (2%) вызывают вялотекущие формы заболевания, нередко присоединяясь к первичным возбудителям инфекции [19].

Гораздо чаще сейчас встречаются энтерококки (их еще называют стрептококки группы Д или *Str. faecalis*). Примерно в каждом втором случае послеродового эндометрита приходится сталкиваться с этой инфекцией. В настоящее время это характерно также и для акушерства и гинекологии, и для педиатрии, и для абдоминальной хирургии. Такой невероятный рост энтерококков связан, в основном, с проведением антибактериальной терапии в указанных областях медицины, а именно с широким применением аминогликозидов и цефалоспоринов, к которым энтерококки нечувствительны. Кроме того, в настоящее время значительную роль играют и облигатные анаэробы. Среди них *bacteroides* fr. встречается в 40-96% случаев [20]. Диагностика послеродового эндометрита основывается на данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования, среди которых огромное значение имеют: цитологическое и микробиологическое исследование лохий, эхографическое, гистероскопическое и морфологическое исследование соскоба эндометрия [21, 22].

Сочетанное применение эхографии и гистероскопии позволило ряду исследователей выделить клинико-патогенетические варианты этого заболевания: эндометрит на фоне патологических включений в полости матки (задержка выделений, децидуальная ткань, сгустки крови и т.д.) и условно чистый эндометрит [23, 24, 25, 26]. Для первого варианта характерно, что после удаления морфологического субстрата (путем промывания во время гистероскопии или вакуум-аспирации содержимого полости матки, бережного выскабливания) происходит быстрое купирование воспалительного процесса.

Основными компонентами лечения эндометрита являются антибактериальная, инфузионная, десенсибилизирующая, утеротоническая, местная, при необходимости – антикоагулянтная, гормональная, иммуностимулирующая терапия, а также немедикаментозные методы. Терапия так называемого чистого эндометрита, по мнению авторов, представляет более сложную задачу и требует комплексного подхода. Высокоэффективным оказалось применение местной терапии: аспирационно-промывное дренирование матки и введение в её полость многокомпонентных мазей на гидрофильной основе (левомеколь, диоксициноловая мазь и т.д.) [27, 28]. Весьма перспективно включение в комплексное лечение послеродовых эндометритов ферментативного кюретажа стенок матки пролонгированными протеолитическими ферментами (профезим), так как повышает эффективность лечения и снижает число развития осложнений.

Учитывая вовлечение всех регулирующих систем организма в ответ на внедрение инфекции, на современном этапе представляется перспективным рассмотрение патогенеза послеродовых осложнений с позиций реакции организма как проявления начальной стадии синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) [29]. Развитие эндотоксикоза, выраженное углубление иммуносупрессии, нарушение нейроэндокринной регуляции, повреждение сердечно-сосудистой, иммунной, эндокринной и других систем организма в результате медиаторных нарушений (эндотоксин, цитокины, гистамин, эйкозаноиды, свободный кислород выделяются вследствие воспалительной реакции в очаге инфекции) свидетельствуют о развитии ССВО. Возбудители инфекции запускают цитокиновый каскад; если очаг не удастся санировать, защитная реакция организма в случае сепсиса оказывается чрезмерной.

Представление патогенеза инфекционных осложнений как проявление ССВО позволяет рекомендовать существенные дополнения в комплекс лечебных мероприятий. Эфферентные методы лечения, сорбционная терапия, иммунокоррекция способствуют совершенствованию лечения. Одновременное воздействие на очаг инфекции и уменьшение уровня медиаторов воспаления с помощью дискретного плазмафереза в сочетании с хирургическим лечением, антибиотико- и инфузионной терапией у больных с акушерским сепсисом позволило снизить летальность в 4 раза [30]. Не подлежит сомнению, что главная составляющая общего лечения - системное применение антибактериальных препаратов. Актуальность поиска оптимальных препаратов и режимов их применения в клинике септического акушерства обусловлена нестабильностью микробного пейзажа пуэрперальных воспалительных осложнений.

Широкое применение антибактериальных препаратов с профилактической и лечебной целями достаточно быстро привело к селекции резистентных штаммов бактерий [31]. Распространение в клиниках условно-патогенных микроорганизмов, продуцирующих β -лактамазы, которые обеспечивают устойчивость к антибиотикам, высокая эффективность новых β -лактамов в отношении как факультативных (в том числе энтерококков), так и облигатных анаэробов, а также возможность монотерапии по сравнению с традиционной комбинированной антибиотикотерапией позволяют считать полусинтетические пенициллины с добавлением ингибиторов β -лактамаз в настоящее время препаратами выбора для лечения больных с ПЭ. Широкое распространение в условиях стационара полирезистентных штаммов условно-патогенных бактерий (особенно синегнойной палочки и других неферментирующих бактерий, а также клебсиелл, энтеробактеров, протей и коагулазоотрицательных стафилококков) на фоне применения цефалоспоринов второго-третьего поколения и аминогликозидов привело к ситуации, когда эта комбинация как стартовая терапия не только не дает эффекта, но особенно в условиях профилактического применения этих препаратов содействует селекции полирезистентных штаммов.

Именно поэтому в современных условиях становится оправданным соблюдение принципа дэскалационной терапии тяжелых форм инфекций, а именно назначение с первых дней заболевания комбинации антибиотиков, максимально перекрывающих спектр резистентности возможных возбудителей (карбапенемы + аминогликозиды + метронидазол), затем на фоне положительной динамики в состоянии больной и получения результатов микробиологического исследования переход на монотерапию препаратами более узкого спектра действия [32].

Таким образом, современные принципы ведения больных с ПЭ основаны на широком использовании высокоинформативных средств диагностики и выборе оптимального сочетания общих и местных лечебных воздействий, позволяющих предупредить переход локализованных форм гнойно-воспалительных осложнений в генерализованный процесс, сохраняя репродуктивную функцию женщин. Проведение профилактики и комплексного, своевременного лечения гнойно-воспалительных заболеваний послеродового периода способствует значительному уменьшению частоты тяжелых форм послеродовой инфекции. Сохраняющаяся актуальность проблемы гнойно-воспалительных осложнений послеродового периода объясняет необходимость искать резервы в работе и проводить дальнейшие научные исследования, являющиеся результатом коллективной деятельности клиницистов, клинических фармакологов, специалистов ультразвуковой диагностики, врачей-лаборантов, морфологов, иммунологов и микробиологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Серов В.Н., Фомин М.Д., Каншина Л.Г. и др. // Матер. Всерос. форума "Мать и дитя". – 2002. – С. 538–542.
2. Токова З.З., Мекша Ю.В. // Матер. Всерос. форума "Мать и дитя". – М., 2005. – С. 257.
3. Тохиян А.А., Ковтун О.Г., Карапетян Т.Э. // Матер. Всерос. форума "Мать и дитя". – М., 2005. – С. 656.
4. Стрижаков А.Н., Лебедев В.А., Баев О.Р., Асланов А.Г. // Акуш. и гинек. – 2004.-№5. – с.37-41.
5. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Анкирская А.С., Антонов А.Г. Актуальные проблемы антимикробной терапии и профилактики инфекций в акушерстве, гинекологии и неонатологии. Акуш и гин 2004; -с. 1- 3.
6. Кузнецов А.А., Вербицкий В.С., Завьялова Н.В.// Новости хирургии. – 2004.-№2. – с.73-74.
7. <http://www.for.kg/ru/news/110667/>.
8. <http://www.epidemiolog.ru>.
9. Кулинич С.И., Трусов Ю.В., Сухинина Е.В. Современные особенности послеродового эндометрита.// Вестник Рос. Ассоциации акушеров гинекологов-2000 г.-№1.-с.47-51.

10. Куперт М.А., Солодун П.В., Куперт А.Ф. Эндометрит после родов (группы риска, особенности клиники и диагностики). Рос вестнакуш-гин 2003; 4: 42-6.
11. Гуртовой Б.Л., Серов В.Н., Макацария А.Д. Гнойно-септические заболевания в акушерстве. – М.,-2002. – с.67-69.
12. Куперт М.А., Куперт А.Ф. Новый подход к лечению эндометритов после родов. Рос вестнакуш-гин 2004; 1: 33—6.
13. Мельникова С.Е. Прогностическая значимость результатов гистологического исследования последа в развитии послеродовых инфекционных заболеваний, применение лучей лазера в профилактике и лечении этих осложнений: Автореф. дис. ... канд. мед. Наук. – С.Пб. – 1998.
14. Полевая С.П. Прогноз и профилактика послеродовых гнойно-септических осложнений: Автореферат дис. ... канд. мед. Наук.-Винница.,2002г.
15. Русова М.Р. //Акуш. и гинек. – 2003.-№4.-с.4-7.
16. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. М 2004; 127.
17. Пекарев О.Г. Современные принципы профилактики и лечения острых неспецифических послеабортных и послеродовых метроэндометритов. Учебно-метод. пособие. Новосибирск 2004; 28.
18. Краснопольский В.И., Мареева Л.С. Инфекция в акушерстве.-М.,-1997.-с.87-92.
19. Орджоникидзе Н.В., Федорова Т.А., Данелян С.Ж. Эндометрит и раневая инфекция у родильниц. Проблемы и пути их решения. Акуш и гин 2004; 5: 3-8.
20. Кочиева С.К. //Акуш. и гинек. – 2002.-№1.-с.6-8.
21. Кузнецов А.А., Вербицкий В.С., Завьялова Н.В.// Новости хирургии. – 2004.-№2. – с.73-74.
22. Куперт М.А., Солодун П.В., Куперт А.Ф. Эндометрит после родов (группы риска, особенности клиники и диагностики)//Российский вестник акушера-гинеколога – 2003 г.-№4-с.42-46.
23. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. – М.,-1999.
24. Стрижаков А.Н., Баев О.Р. //Акуш. и гин. – 1999.-№5. – с.21-27.
25. Горин В. С., Серов В.Н., Семеньков Н.Н., Шин А.П. Диагностика и лечение послеродового эндометрита. Акуш и гин 2001; 6: 10-4.
26. Тютюнник В.Л., Гуртовой Б.Л. Профилактика и лечение эндометрита после родов и кесарева сечения// РМЖ, 2002 г., том 10 №18.
27. Потапов М.Е. Комплексная терапия и профилактика эндометрита после кесарева сечения с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения: Автореф.дис. ...канд. мед. наук. – М.,1994.
28. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Клиническая трансвагинальная эхография. – М. – 1997.
29. Серов В.Н. Акушерская патология и синдром системного воспалительного ответа. РМЖ 2004; 13: 741-42.
30. Серов В.Н. Пути снижения акушерской патологии. Акушерства и гинекология 2007; 5: 8-2.
31. Chelmow D., Hennesy M., Evantash E.G. Prophylactic antibiotics for nonlaboring patients with intact membranes undergoing cesarean delivery: an economic analysis. Am J ObstetGynec 2004; 91: 5: 661-665.
32. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Анкирская А.С., Антонов А.Г. Актуальные проблемы антимикробной терапии и профилактики инфекций в акушерстве, гинекологии и неонатологии. Акушерство и гинекологии 2004; -с. 1- 3.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.22-022.1-053.31

ОСТРЫЙ ЛАРИНГИТ У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ

*Е.И. Карасавиди**Городская детская больница №1 г.Тараз, Жамбылская область*

ТҮЙІН

Жедел ларингит – жоғарғы тыныс жүйесінің кеңінен тараған түрлерінің бірі. Мақалада жағдайдың аурлығына байланысты жедел ларингиттің клиникалық түрлері және ерте жастағы нәрестелерді өз уақытында ауруханаға жіберу қажеттігі көрсетілген.

SUMMARY

Acute laryngitis is one of the widespread upper respiratory tract infection. The article shows a clinical manifestation of acute laryngitis, depending on the severity and the need for timely hospitalization of young children.

Острый ларингит, ларинготрахеит – это воспаление слизистой оболочки гортани, приводящее к сужению ее просвета, а также острое воспаление трахеи, чаще развивается у детей с 6 месяцев до 3 лет и вызывается чаще всего парагриппом 1-2, гриппом А, РВ – вирусом, аденовирусами. Возникает на 1-2 сутки, реже 3-5 сутки от начала ОРВИ. Первые симптомы – лающий кашель, изменение голоса, затрудненный вдох, на фоне температуры 37,5 – 39,0С, возбуждение, рвота, судороги. Стеноз гортани может быть чисто аллергическим или как осложнение ОРВИ. В зависимости от степени сужения различают 4 степени тяжести: 1 степень – компенсированный стеноз; приступ кашля короткий. 2 степень - субкомпенсированный стеноз; в дыхании участвует вспомогательная мускулатура грудной клетки, втяжение надключичной и яремной ямки, цианоз носогубного треугольника, тахикардия. 3 степень – декомпенсированная стадия: резкое втяжение уступчивых мест грудной клетки, цианоз, ребенок резко беспокоен, холодный пот, тахикардия, симптомы гипертензии в легких. 4 степень - асфиксическая стадия, цианоз резко выражен, ребенок без сознания, может наступить остановка сердца. Приводим пример: ребенок С. 6 месяцев, доношенный, отягощен аллергоанамнезом – у мамы пищевая аллергия, поллиноз.

Находится на смешанном вскармливании с 2,5 месяцев жизни, тогда и появились умеренные проявления атопического дерматита, которые обострялись при нарушении питания. С 3,5 месяцев страдает рецидивирующим отитом. За свои 6 месяцев жизни перенес дважды ОРВИ и оба раза с обструктивным бронхитом. На прием ампициллина дал дважды обильную аллергическую сыпь и отек Квинке. Имеет ЖДА 1 степени с 5 месячного возраста (НВ 104 г/л), периодически неустойчивый стул. 20.02.2010 года у ребенка повысилась температура тела до 38,2, насморк, чихание. Дома ОРВИ болел старший ребенок, школьник. Вызвали участкового педиатра: состояние расценено средней тяжести, умеренная бледность, затруднение носового дыхания, редкий сухой кашель. Кожные покровы – сухие, на щеках гиперемия. Зев гиперемирован, в легких без особенностей, дыхание 50, тахикардия, сердцебиение 155 в минуту, на верхушке сердца систолический функциональный шум. Живот мягкий, безболезнен, печень + 2,5 см., селезенка не увеличена. Стул был трижды, кашицеобразный.

При надавливании на трагус с обеих сторон резкий плач ребенка. От госпитализации родители категорически отказались, и участковый педиатр назначил цефазолин, интерферон через каждые 2 часа, обильное питье. Ночью состояние ребенка резко ухудшилось: появился лающий кашель, охриплость голоса, одышка усилилась, с втяжением всех уступчивых мест грудной клетки, частота дыхания 70, пульс 180, беспокоен, временами заторможен. Вызвали скорую и ребенка, минуя приемный покой, госпитализировали в реанимационное отделение. Диагноз: ОРВИ, ринофарингит. Атопический дерматит дермомукозный синдром: АТ + рецидивирующий отит. ЖДА 1 степени смешанного генеза. Лекарственная аллергия на пенициллиновый ряд, перекрестная аллергия на цефалоспорины. Пищевая аллергия. Дисбиоз. Вторичный ИД. В реанимации ко всему + ларингит, ларингостеноз 2-3 степени. Ребенка спасли благодаря грамотному лечению в стационаре.

Выводы: Детей первого года жизни с ОРВИ категорически нельзя оставлять лечиться на дому. Обязательно учитывается преморбидный фон ребенка. Дети с отягощенным аллергоанамнезом чаще дают ларингиты, обструктивные бронхиты и лекарственные аллергии на пенициллиновый ряд, и перекрестную аллергию на цефалоспорины 1-2 поколений. Ошибка участкового врача была в первую очередь в том, что сразу не настоял на госпитализации, вызвав бригаду скорой помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Таточенко В. К. Педиатру на каждый день – 2007 г.
2. Справочник по лекарственной терапии. г. Москва, 2008 г.;
3. Аллергология и иммунология. Под общей редакцией А. А. Баранова и Р. М. Хаитова. Москва, 2008-2009 г.г.

4. Краснов В. В. Инфекционные болезни в практике педиатра. Нижний Новгород, 2002.
5. «Острые инфекции дыхательных путей: клинические варианты. Диагностика и лечение детей с частыми респираторными заболеваниями. Конспект участкового педиатра». Учебное пособие для врачей педиатров. Москва, 2008.

УДК 616.24-007.2-053.2

СИНДРОМ КАРТАГЕНЕРА У ДЕВОЧКИ 6 ЛЕТ

Е.И. Карасавиди

Городская детская больница №1 г.Тараз, Жамбылская область

ТҮЙІН

Бұл мақалада әкпе бронх жүйесінің сирек кездесетін туа біткен ақауы - Картагенер синдромы жазылған және оны ерте диагностикалау айтылады және жұмыс бабында кездескен жағдайлардан мысал келтірілген.

SUMMARY

This article describes a rare case of congenital bronchopulmonary apparatus which is called. Kartagener's syndrome and the need for its early diagnosis. Here is a clear presentation of this disease.

Существуют данные, что ВПР бронхолегочного аппарата встречается, не так редко, а чаще всего редко распознаются. По данным Ленинградского пульмонологического института с доказанными ВПР до 2-х летнего возраста было 7,7 %, от 2 до 14 лет -18,4%. В диссертационной работе Садыковой В.Б ВПР составили 9,2 % из 254 детей с ХНЗЛ. Пороки развития легких часто осложняются развитием воспалительного процесса или фиброза легочной ткани. Это чрезвычайно затрудняет установление ВПР по морфологическим данным. Чем младше ребенок, тем чаще среди патологических нарушений преобладает острая дыхательная недостаточность (ОДН). Раннее развитие гипоксемии наблюдается при диспропорции легочного кровотока и вентиляции (агенезия легкого, артериовенозные легочные аневризмы, атрезии и стенозы легочной артерии, стенозы трахеи), но у части детей может наступить компенсация таких нарушений.

Ранние острые и тяжелые нарушения дыхания могут быть обусловлены повышением внутри и вне легочного напряжения. Внутриклеточное напряжение возникает при лобарной эмфиземе, врожденных кистах. Внелегочное напряжение – в связи с проникновением воздуха в плевральную полость при разрыве кист или буллезных пузырей легкого, может возникнуть клапанный механизм, и воздух накапливается в плевральной полости. Хроническая нарастающая ДН наблюдается при ряде пороков легкого (кистозная гипоплазия, прогрессирующий пневмосклероз и прогрессирующая злокачественная легочная гипертензия при аномалиях легочной артерии), но она развивается в более старшем возрасте.

Хронические инфекции легкого у большинства больных с ВПР определяются плохим дренированием полостей, нарушением бронхиального дренажа, изменением кровотоков в больном легком. С ВПР легких могут сочетаться наследственные иммунодефицитные состояния (ИД) предрасположением к развитию нагноений. По данным Левашова Ю. Н. и Стручкова В. И. взрослые больные с ВПР у 90 % имеют тяжелые нарушения вентиляции и большинства из них инкурабельны. Поэтому важен ранний диагноз. Как показывают многочисленные исследования, посвященные диагностике ВПР всегда запаздывает своевременная ранняя диагностика ВПР и только у 1 из 10 диагноз устанавливается в первые 2 года жизни. Навести на мысль о ВПР легких могут некоторые особенности течения болезни, рентгенологические и функциональные находки, а также несоответствие комплексного лечения таких больных ожидаемым результатам. У детей первых 2-х лет жизни причиной обращения к врачу чаще всего бывают рецидивирующие или прогрессирующие дыхательные нарушения. Дети старше 2 лет поступают на обследование по поводу затяжных, рецидивирующих или хронических бронхолегочных воспалительных процессов.

Приводим случай из практики: Девочка К. 6 лет поступает в стационар с жалобами на кашель с гнойной мокротой, субфебрильную температуру тела, с выраженной бледностью кожных покровов, умеренной одышкой в покое, снижением аппетита, умеренным отставанием в физическом развитии. Из анамнеза: первый ребенок в семье, доношенная, находилась на грудном вскармливании до 1 года. С возраста 1 год 7 месяцев часто болела пневмониями, ОРВИ, ринитом и гайморитами. Жили в сельской местности, лечились в основном амбулаторно и у экстрасенсов, народных целителей. При осмотре в приемном отделении: кашель с гнойной мокротой, температура тела 37,8, выраженная бледность кожных покровов, умеренная одышка в покое, аппетит снижен, умеренное отставание в физическом развитии, интеллект не нарушен. Кожные покровы бледные, умеренный цианоз носогубного треугольника. Частый кашель с гнойной мокротой. Увеличены все группы лимфоузлов. Грудная клетка несколько бочкообразная, имеется сколиоз грудного отдела позвоночника. Ногти в виде часовых стекол, пальцы утолщены в виде барабанных палочек. Язык обложен белым налетом, миндалины гипертрофированы. Дыхание через нос затруднено. При аускультации органов грудной клетки: стойкие влажные хрипы с обеих сторон, укорочение перкуторного звука

над отдельными участками легких. Сердце прослушивается с правой стороны, печень пальпируется слева, живот мягкий безболезнен. Стул и диурез в норме. В анализе крови: лейкоцитоз 11 тысяч с палочкоядерным сдвигом (9 %) , ускоренное СОЭ 28 мм в час.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и придаточных пазух носа: обратное расположение органов, деформация легочного рисунка, кистозные образования, снижение прозрачности гайморовых и лобных пазух. Проведены бронхоскопия и бронхография: выявлены диффузный гнойный эндобронхит, деформация бронхов, бронхоэктазы в нижних отделах справа. При определении ФВД выявлены нарушения смешанного характера - рестриктивные и обструктивные.

На основании анамнеза, триады симптомов: обратное расположение органов, хроническая бронхолегочная патология, риносинусопатия, данных осмотра - наличие признаков хронической гипоксии, одышка в покое, ногти в виде часовых стекол, пальцы в виде барабанных палочек, а также параклинических исследований – анализ крови, рентгенография органов грудной клетки и придаточных пазух носа, бронхоскопия и бронхография выставлен диагноз: Синдром Картагенера, двусторонний хронический бронхолегочный процесс с преимущественным поражением базальных сегментов, гнойный эндобронхит, цилиндрические бронхоэктазы, двусторонний гайморит. В стационаре девочка получила комплексную и антибактериальную терапию, санацию бронхиального дерева, физиолечение, дренажный массаж, витаминотерапию, кислородные коктейли, лечение в соляной шахте, иммунокорректирующую терапию. Выписана в фазе ремиссии под диспансерное наблюдение участкового врача, но родители через 3 недели переехали в Россию на постоянное место жительства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Орлова Н. В., Парийская Т. В. Пульмонология. Современный справочник для педиатров. г. Москва, г. Санкт-Петербург, 2004 г., стр. 212-240»
2. Речинский С. В., Таточенко В. П. Болезни органов дыхания. « Медицина» ,г. Москва, 1987 г., стр 284-311.;
3. Таточенко В. П. Педиатру на каждый день- 2007 г. Справочник по лекарственной терапии. Москва, 2008 г.

УДК 616.832-009.614

СЛУЧАЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ

А.В. Антоненко

ЮКО г.Сарыағаш, Сарыағашская ЦРБ

ТҮЙІН

Ота кезіндегі арқа-ми анестезиядан кейінгі неврологиялық асқынулардың даму жиілігі осы күнге дейін өзекті. Постпункциялық синдромның алдын-алу үшін Whitacre (25-27 G) типті жіңішке инесін қолдану керек. Постпункциялық синдромда төсек тәртібі, анальгетиктер, суды көп ішу керек.

SUMMARY

Frequency of neurological complications development after cerebro-spinal anesthesia during an operation is actual through present. Narrow needles “Whitacre (25-27G) have to be used to prevent post lumbar puncture syndrome. Bed regime, plenty of drinking and analgesics are recommended in post lumbar puncture syndrome.

Частота развития неврологических осложнений после спинномозговой анестезии во время операции является редкими осложнениями этого метода анестезии. Мучительным осложнением для пациента может стать цефалгия. Постпункционная головная боль (ППГБ) на протяжении многих лет считается достаточно распространенным осложнением пункции твердой мозговой оболочки. В настоящее время частота её существенно снижена и составляет в среднем около 3%. Механизм возникновения ППГБ объясняют снижением субарахноидального давления за счёт подтекания спинномозговой жидкости через дефект мозговой оболочки. Возникает вероятность «смещения» интокраниальных структур с натяжением мозговых оболочек и богатых ноцицепторами кровеносных сосудов. Возникающие при этом болевые импульсы, проводятся по тройничному нерву в область лба, по языкоглоточному нерву, ветвям блуждающего нерва и шейным нервам – в область затылка и шеи.

В ряде случаев пациенты с ППГБ отмечают некоторое снижение слуха. Данный эффект считают следствием изменении внутричерепного эндолимфатического давления и натяжение VIII пары черепно-мозговых нервов за счет смещения интокраниальных структур. Приводим наш пример: Больной Н. 28 лет, история болезни № 6675. D/S: Травматический перелом 1/3 правого бедра со смещением. Больной в плановом порядке подготовлен к операции – остеосинтезу правого бедра. ОАК: Hb – 129г/л, Э – 3,7., L – 6,9., СОЭ – 12 мм/час. ОАМ: Цвет - соломенно-желтый, уд.вес – 1014, белок – abs, сахар крови – 4,8; мочевины 8,0; общий

белок – 76,6. Больной взят на операцию. Произведена под местной анестезии спинномозговая пункция иглой 20G на уровне L4-L5 и введено 80мг лидокаина.

В операционном периоде на вторые сутки у больного появились мучительные головные боли в области лба и затылка, снижение слуха, шум в ушах. Больному назначены обезболивающие средства, обильное питьё, постельный режим. Произведено пломбировка аутокровна 15,0 на 1 сегмент ниже места пункции. Головная боль, снижение слуха, шум в ушах прошли в течение 3 дней.

Выводы: Для профилактики постпункционного синдрома следует использовать тонкие иглы типа Whitacre (25-27G). При постпункционном синдроме рекомендуется постельный режим, анальгетики, обильное питьё жидкости. При не эффективности – пломба с аутокровью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Е.М.Ширман, Г.В. Филиппович. «Спинномозговая анестезия в акушерстве» ООО «Издательство» «Интелтек», - Петрозаводск. 2005.
2. Основы регионарной анестезии. Под редакцией Майкла Ньюмена. Санкт-Петербург 2005.
3. Калашников Р.Н. Незашковский Э.В. Практическая пособия по оперативной техники для анестезиолога и реаниматолога.

УДК: 616.211

СЛУЧАЙ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ПОЛОСТИ НОСА. РИНОЛИТ

И.С. Шакиров

ЮКО г.Сарыагаши, Сарыагашская ЦРБ

ТҮЙІН

Мұрының бөгде денесі жиі кездеседі. Мұрын аймағының бөгде денесі көбінесе жас балаларда, өздерінен мұрындарына әр түрлі заттарды: сүйектер, қағаздар, жемістердің сүйекшелері, және т.б. Бөгде дене мұрын ішінде ұзақ уақыт тұрып қалатын болса, извест тәрізді және фосфарлы тұздар жиналып тасқа айналады (ринолит). Бөгде дене мұрында болғанда бір жақты мұрыннан су ағады және серозді-ірінді болінділер бөлінеді: Бір сондай оқиға болған. Алты айлық баланың ата-анасы оториноларинголог дәрігеріне қаралады, шағымы: баласының мұрнымен демалуының қиындауына, оң жақ мұрнынан ірінді бөлінділер шығуына, басының ауыруына. 6 айдан бері ауырады. Риноскоппен қарағанда шырышты қабаты ісінген, қызарған, сиырышті-ірінді бөлінділер тағымсыз иіспен. Мұрын қуысын жуып тазалағанда адреналин 1:1000 қатынасымен енгізгенде ісіктері қайты, мұрын ішін көруге жол ашады. Мұрын пердесі және төменгі мұрын раковиналарының арасында кара түсті бөгде дене анықталды. Крючекпен алынып, қараған кезде размері 1,5x0,7см, кара-сарғыш түсті 0,5x0,5см батарейка болып шақты, ол ойыншықтың батарейкасы.

SUMMARY

The foreign bodies of the nasal cavity is often observed. Moreover, its mostly fourth in young children, who introduced themselves in different objects: buttons, pieces of paper, sponges, beads, berry seeds, pebbles and etc. For a long time they are in the nasal cavity, grows with lime and phosphate salts and turn into stone. The presence of a foreign body in the nasal cavity is accompanied by unilateral cold, mucopurulent discharge from the nostrils or the corresponding pure. For a long time observation of a foreign body is located in the nasal cavity (rhinolith). The parents of, 6-year-old children go to a doctor with complaints in shortness of nasal breathing, purulent discharge in the right side of the nose, and headaches. The length period of this disease is about 6 month.

Инородные тела полости носа наблюдаются часто. Инородные тела полости носа встречаются преимущественно у детей младшего возраста, которые вводят себе в нос различные предметы: пуговицы, кусочки бумаги, губки, бусы, ягодные косточки, камушки и т.д. Инородные тело, длительное время находящиеся в носовой полости, обрастают известковым и фосфорными солями и превращаются в камень (ринолит). Наличие инородного тела в носовой полости сопровождается односторонним насморком, слизисто-гнойнными выделениями из соответствующей ноздри или чисто гнойнными выделениями.

Приводим наш случай наблюдения длительно находящегося инородного тела в полости носа (ринолит). Родители ребёнка К., 6-ти лет, обратились к врачу оториноларингологу с жалобами на затрудненное носовое дыхание у сына, гноинные выделения из правой половины носа, головные боли. Болеет в течение 6 месяцев. При риноскопии слизистая носа отёчна, гиперемирована, слизисто-гноинные выделения с неприятным запахом. После проведенного туалета полости носа, введением турунды с адреналином 1:1000, что уменьшает отёк слизистой полости носа, улучшает видимость в полости носа.

Между перегородкой носа и нижней носовой раковиной определяется инородное тело тёмно-пепельного цвета. Тупым крючком инородное тело частями удалено (инородное тело рыхлое, крошится). При

осмотре инородного тела – размерам 1.5*0.7 см, тёмно-жёлтого цвета, ядром которого была окисленная батарейка 0.5*0.5см, округлой формы от детской игрушки (телефон).

Выводы: 1) Инородные тела носа встречаются чаще у детей младшего возраста, которые вводят в полость носа различные предметы: пуговицы, кусочки бумаги, губки, бусы, ягодные косточки, камушки и т.д. 2) Длительно находящиеся инородные тела в полости носа приводят к образованию ринолита. 3) Инородное тело носа сопровождается односторонним насморком, слизисто-гнойными выделениями или гнойными выделениями из полости носа, головными болями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская оториноларингология. Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И. Изд. «МАОРИФ», Душанбе 1985г.
2. Практическая оториноларингология. Медицинское информационное агентство, г.Москва 2006г.
3. Руководство по детской оториноларингологии. Шеврыгин Б.А. г.Москва «Медицина», 1985г.

УДК: 616.321

ЖИВОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ГЛОТКИ

И.С. Шакиров

ЮКО г.Сарыагаш, Сарыагашская ЦРБ

ТҮЙІН

Жұтқыншақтың тірі бөгде денелері. Бөгде денелерден тірі бөгде денелер кездеседі (сүлік, аскардалар). Сүліктер жұтқыншаққа арықтан су ішкен кезде түсуі мүмкін. Сүліктің жұтқыншаққа түскен кездегі симптомы, оның сорып орналасқан жеріне байланысты. Көбінесе устама тәрізді жөтел пайда болады, тілді қозғатқанда қиындықтар болуы мүмкін, қанда пайда болуы мүмкін. Көбінесе сүліктер мұрын-жұтқыншақта, кеңірдекте, трахея мен бронхтарда орналасып, асфиксия тудыруы мүмкін. Жұтқыншақта тірі бөгде дене (сүлік) ні бақылап көрейік. Наукас М., 39 жаста 08.08.2010ж Аудандық орталық ауырхананың қабылдау бөліміне келіп түсті. Шағымы: тамағының ауысынуына, жұтыну кезінде ауырсынуына, қан қақыруына, жөтелуіне. Науқастың айтуы бойынша арықтан су ішіп жатқан кезінде сүлікті байқаусызда ішіп қояды. Түнде жөтел мен қан қақыру пайда болды. Ал таңертең жоғарыдағы шағымдарымен келген. Фарингоскопиямен көрген кезде алдыңғы дужкалары қызарған, миндалиналары басаңсып кеткен, жұтқыншақтың жанында дужканың артында қара қоңыр түсті тірі бөгде дене көрінеді, оны түрткен кезде еріксіз жиырылады. D/S: Жұтқыншақтың тірі бөгде денесі (сүлік). Сүлікті корнцангмамен усталып, сүліктің басын гипертониялық ерітіндімен (натрия хлорид) сүртіп алынып тасталынды.

SUMMARY

There ve some foreign boolics which are alive (luses, roundnorm). Leeches can be caught in the throat while drinking from stagnant ponds, irrigation ditches. Symptoms depend on their place suction. Alsually it often occurs paroxysmal cough, sometimes difficulty in tongue movement, there may be blood. Because of leeches can migrate to the nasopharynx, larynx, trachea and bronchi, it can develop asfiksiya. There are some observations of living leech in the throat. Patient M., 39 appealed to the emergency room CDH 8. 8. 2010 complaining of a sore throat while swallowing, coughing up blood. According to the patients nords the night before while he has drinking the water from the ditch, accidentally he swallowed a leech. The symptoms were night cough, hemoptysis. The symptoms were the same in the morning.

Из инородных тел встречаются живые инородные тела (пиявки, аскариды). Пиявки могут попасть в глотку во время питья из стоячих водоёмов, арыков. Симптомы при попадании в глотку пиявок зависят от места их присасывания. Наиболее часто возникает приступообразный кашель, возможно затруднение при движении языка, может появиться кровь. Поскольку пиявки могут мигрировать в носоглотку, гортань, трахею и бронхи, может развиться асфиксия. Приводим наше наблюдения живого инородного тела (пиявки) в глотке. Больной М., 39 лет обратился в приёмный покой ЦРБ 8.08.2010г с жалобами на боли в горле при глотании, кровохарканье, кашель.

Со слов больного накануне вечером пил воду из арыка и нечаянно проглотил пиявку. Ночью появился кашель, кровохарканье. Утром обратился с выше перечисленными жалобами. При фарингоскопии передние дужки гиперемированы, миндалины рыхлые в пределах дужек, задняя стенка в крови, за задней дужкой на боковой стенке глотки определяется инородное тело тёмно-бурого цвета, которое при прикосновении сокращается. D/S: Живое инородное тело глотки (пиявка). Пиявка захвачена корнцангами; головка пиявки смочена гипертоническим раствором (натрия хлорид) и пиявка удалена.

Выводы: Профилактика попадания пиявок в глотку, носоглотку, ротоглотку – не употреблять воду из застойных водоёмов и арыков. Клиника при попадании пиявок в глотку сопровождается кровохарканьем, приступообразным кашлем, болью в горле.

УДК: 618.1

ГИНАТРЕЗИЯ

А.В. Антоненко, М.И. Мамадалиев, Н.К. Еримбетов, И.С. Шакиров, А.К. Айдаров, С.С. Байменова
ЮКО г.Сарыағаш, Сарыағашская ЦРБ

ТҮЙІН

Гинатрезия (Hymen imperforatus) – жыныс жолдарының өткізшітігің бұзылуы? Мюллерлік жолдарының ауытқуымен дамидын және екінші реттік қайталанатын кольпиты зардабымен балалық жасында аурғанда және тыртық үрдістерінің зақымдануы немесе қынаптың дифтириялық жарасы. Бұл патология менархе жасында шабуылдайтынын көрсетеді және жедел хирургиялық көмекті жиі талап етеді (қажет етеді). Диагностикалау барысында уақытқа қиындау аудару қажет және ауырсыну синдромын күшейте түсетіндігіне, кіші жанбас қуысындағы ісік тәрізді көлеміне, қынапқа кіреберіс жолында гимен атрезиясы көгілдір түсті болады. Ол сыртқы жыныс жолдарын қарағанда жақсы көрінеді. Емдеу гименді кесу.

SUMMARY

Hymen imperforates is an infringement of passable ness of the sexual chanel caused by anomaly of development muller of courses and also by a consequence colpitis, transferred in children's age, menarche and often requires the urgent surgical help. During diagnostics it is necessary to pay attention on time and intensity ache syndrome, and as the sizes swelling of education in a small basin. At hymen imperforates in the field of an input (entrance) in vagina prominent education light-blue of color, which is well visible at survey of outside sexual bodies. The treatment is held in a section hymen.

Введение: Гинатрезия (hymen imperforatus) – нарушение проходимости полового канала, обусловленное аномалией развития мюллеровых ходов или рубцовых процессов после травмы либо дифтерийной язвы влагалища. Это патология проявляется с наступлением возраста менархе и часто требует неотложной хирургической помощи. Во многих случаях допускают диагностической ошибки: ставят диагноз опухоли яичника, аппендицита и т.д. Девушек с острыми болями внизу живота ошибочно подвергают необоснованным чревосечениям. В процессе диагностики необходимо обращать внимание на время и интенсивность болевого синдрома, а также размеры опухолевидного образования в малом тазе. При атрезии гимена в области входа во влагалище выбухает образование синюшного цвета, которое хорошо видно при осмотре наружных половых органов. Лечение заключается в рассечении гимена.

Приводим наш случай наблюдения гинатрезии. Больная С., 1995г.р., поступила в ЦРБ г. Сарыағаш 5.03.2009г. в 17:50 часов. Жалобы при поступлении на боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту, отсутствие аппетита. Болеет в течение суток. Из анамнеза из перенесённых заболеваний простудные заболевания, ангины, менструации нет. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Тоны сердца ритмичные, АД 100/60 мм.рт.ст. Рс-84 уд.в минуту. В лёгких везикулярное дыхание. Язык сухой, слегка обложен белым налётом. Живот мягкий, отмечается локальная болезненность в правой подвздошной области. Симптом Воскресенского, Образцова положительные, симптом Щёткина – Блюмберга слабopоложительный. Печень и селезёнка не пальпируется. Мочиспускание свободное, болезненное. Стул в норме. ОАК: Нв – 88, Эр – 2,8*10¹²/л, L – 8,8*10⁹/л, СОЭ – 18 мм.час. ОАК: цвет соломенно-жёлтый, реакция кислая, белок-0,066%, L – 1-2 в п/зр.

Был выставлен диагноз острый аппендицит и больная в экстренном порядке взята на операцию. Операция: лапаротомия по Волковичу-Дьяконову. Послойно вскрыта передняя брюшная стенка; при вскрытии брюшины в брюшной полости обнаружено кровь около 250 мл тёмного цвета. Червеобразный отросток не изменён. Рана послойно ушита. Заподозрено апоплексия яичника. Под эндотрахеальным наркозом произведена нижнесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости: матка плотная, нормальной величины, яичники с обеих сторон без патологии. Слева маточная труба не изменена, справа маточная труба отёчная, гиперемирована. В дуглосовом пространстве определяется образование, которое выбухает в брюшную полость из полости малого таза, тугоэластической консистенций. Заподозрено гинатрезия.

После санации брюшной полости рана ушита послойно. Больной произведён осмотр наружных половых органов в области входа во влагалище выбухает образование синюшного цвета и отсутствует отверстие в девственной плеве. Выставляется диагноз: гинатрезия, гематокольпос. В асептических условиях произведён крестообразный разрез девственной плевы: выделилось около 400,0 тёмной желеобразной крови. В после операционном периоде назначена антибактериальная, общеукрепляющая терапия и санация влагалища. Послеоперационный период протекает без осложнений. Швы сняты на 7-ые сутки. Выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы: Гинатрезия проявляется с наступлением возраста менархе, что требует обязательного прямокишечно-брюшно-стеночного исследования. Гинатрезия ошибочно диагностируются под другими диагнозами (опухоли яичника, острого аппендицита и т.д.) и часто девушек с острым животом подвергают необоснованным чревосечениям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шаш Михаль и Ковач Лайош. Гинекология детского возраста. Изд. «Медицина».1967г.
2. Н.Д. Селезнёва. «Неотложная помощь в гинекологии. Изд. «Медицина».1986г.
3. Л.С. Персианинов. «Справочник по акушерству и гинекологии».1971г.
4. Кобозева Н.В. «Гинекология детей и подростков» Изд.«Медицина».1981г.

УДК 616.24-089

ЭХИНОКОКК ЛЁГКОГО

*А.В.Антоненко**ЮКО г.Сарыагаш, Сарыагашская ЦРБ*

ТҮЙІН

Өкпе эхинокогі ленталық ішек курттының (*Echinococcus granulosus*) дамуынан пайда болады. № өкпенің зақымдалуы (15%-20%) баур зақымдалуынан (80%) кеін екінші орында турады. өкпенің гидатиозды эхинококті көп жылдар бойы симптомсыз болып өтуі мүмкін. Кистаның бронхқа, плевраға немесе перикардқа жарылуы анафилактикалық шакқа алып келеді: уртикалық бөрітпе, рецидивтеуші безгек, лоқсуы, қусуы, бронхоспазм, бетінің қызаруы (улы токсикалық) эхинококкты сұйықтықтың синуі салдарынан. Анафилактикалық шоктан кейін науқастарда кеш асқынуы дамиды (аллергиялық миокардит, гломерулонефрит, гепатит).

SUMMARY

Lung *Echinococcus* represents a stage of development tape intestinal worm (*Echinococcus granulose*). The defeat lung on frequency borrows (occupies) the second plase (15-20%) after a defeat of a liver on (80%). The break cele in bronch, pleura or in pericarditis is accompanied by a heavy anafilactic a shockit be: can fever, nausea, vomiting, bronchi, sometimes appear urtikalis a rash, febris recurens. Very often at the patients is the afteranafilactic of a shock ,so-called late complications (allergic miocarditis, glomerulonephritis, hepatitis) develop.

Эхинококк лёгких представляет собой стадию развития ленточного глиста (*Echinococcus granulosus*). Эхинококк лёгкого встречается в виде гидатидной (однокамерной) формы. Поражение лёгких по частоте занимает второе место (15-20%) после поражение печени (80%). Эхинококк легкого встречается в виде гидатидной (однокамерной) формы. Гидатиозный эхинококк лёгкого может оставаться бессимптомным на протяжении многих лет. Заражение нередко происходит в детском возрасте при общении с заражённым скотом и собаками в местности, где эхинококк имеет распространение. Клиническое же проявление отмечается значительно позже.

Различают четыре стадии эхинококка: первая - латентная, с момента инвазии онкосферы (проникновение в организм), до появления субъективных признаков. Вторая – слабовыраженные симптомы, преимущественно субъективные расстройства: тупые боли в груди, иногда отдышка, кашель. Третья – стадия развитых клинических проявления – возникают и прогрессивно нарастает отдышка, гемодинамические расстройства. Четвёртая – стадия возникновения осложнений – наиболее часто это прорыв кисты в бронх с кашлем, значительным количеством слизи, в которой могут содержаться элементы хитиновой оболочки, дочерние кисты.

Прорыв кисты в плевральную полость относится к крайне тяжёлым осложнением. Это обусловлено коллабированием лёгкого, нарастающей дыхательной недостаточностью. Прорыв кисты в бронх, плевру или в перикард сопровождается тяжёлым анафилактическим шоком: может появиться уртикарная сыпь, рецидивирующая лихорадка, тошнота, рвота, бронхоспазм, покраснения лица (вследствии всасывания токсической эхинококковой жидкости и воздействием её на рецепторный аппарат). Нередко у больных после анафилактического шока развиваются так называемые поздние осложнения (аллергический миокардит, гломерулонефрит, гепатит). Приводим наше наблюдение эхинококковой кисты легкого у ребёнка.

Больная А., 1998г.р. поступила в ЦРБ г. Сарыагаш 23.08.2008г. (История болезни № 5050) в 20:35 часов. Состояние при поступлении тяжёлое. Жалобы на отдышку, кашель с кровавистой пенистой мокротой, боли в грудной клетки слева, тошноту, рвоту, температура тела 39,0С. Объективно: Лицо гиперемировано с цианотичным оттенком (цианоз носогубного треугольника). Передняя поверхность грудной клетки, живот, предплечий покрыта уртикарной сыпью. Дыхание учащенное, с участием вспомогательной мускулатуры.

Грудная клетка слева отстает в акте дыхания. В лёгких справа жёсткое дыхание, выслушиваются сухие и влажные разнокалиберные хрипы, слева резко ослаблено, в нижних отделах не прослушиваются; перкуссия грудной клетки слева – притупление лёгочного звука в нижних отделах на уровне VI ребра. На R-грамме грудной клетки определяется горизонтальный уровень жидкости с газовым пузырьём над ней. Сердце смещено вправо. Контуры диафрагмы и плевральные синусы не выявляются. Под местной анестезии произведена пункция плевральной полости слева – получено около 100,0 серозной жидкости с примесью крови. Выставлен

диагноз: разрыв эхинококковой кисты легкого, осложнённый пневмотораксом. Под эндотрахеальным наркозом больной произведена торакотомия. В плевральной полости серозная жидкость с примесью крови, в нижней доли вскрывшаяся эхинококковая киста с наличием в полости сгустка крови. Кровоточащие сосуды ушиты, полость обработано трижды 70% спиртом; полость ликвидирована (капатотаж). Плевральная полость дренирована по Бюлау.

На вторые сутки после операции торакотомии у больной развился парез кишечника с явлением перитонита. На УЗИ органов брюшной полости – подозрение на наличие эхинококковой кисты печени и наличия количество свободной жидкости. Под эндотрахеальным наркозом произведена лапаротомия: в брюшной полости около 600,0 серозной жидкости, печень увеличена в размерах, отёчная тёмно-багрового цвета. Эхинококковая киста в печени не обнаружена. Произведена санация и дренирование брюшной полости. После операционный период протекает тяжело. На вторые сутки после лапаротомии у больной появилась жёлтушность склер, кожных покровов. Биохимический анализ крови: общий белок – 56, креатинин – 93, АЛат – 2,85, АСаТ – 1,05, общий билирубин 28,7 (10,3 – 18,4) О.А.К. Нв-92, э-3,0, э-4, СОЭ-24 мм/час.

Лечение: антибактериальная терапия, инфузионная терапия (кристаллоиды, плазмозаменители), общеукрепляющая терапия, белковые препараты (альбумин, СЗП), десенсебилизирующая терапия. На восьмые сутки после операции лапаротомия биохимические показатели крови нормализовались - общий белок – 62,8, мочевины -4,6, креатинин – 66, АЛат – 0,58, АСаТ – 0,45, общий билирубин 10,04 (4,8 – 5,24). На 35-ые сутки больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы: Разрыв эхинококковой кисты лёгкого может протекать с развитием анафилактического шока или анафилактических реакций. После анафилактического шока возможно развитие поздних осложнений в виде аллергического гепатита, миокардита, гломерулонефрита.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.Д. Адо. Частная аллергология. М.: -М 1976.
2. Руководство по интенсивной терапии под редакцией А.И. Трещинского. Киев.
3. М.И. Кузин хирургические болезни.
4. М.А. Вайман, В.Е. Аваков. Критические и неотложные состояния в медицине. М.: - Вече 2003.

УДК 616.346.2-002.1

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Е.К.Давренов

Районная больница «Абай» Сарыагайский район, ЮКО

ТҮЙІН

Бұл мақалада жіті аппендицитпен ота жасалған 309 науқастың гистологиялық тексеру нәтижелері мен клиникалық көріністері салыстырмалы түрде көрсетілген.

SUMMARY

Changes identified in the course of operations do not always match morphologists' decision in practice. Absence of inflammatory changes is observed in seemingly enough circumscribed morphological forms. 309 histological investigations were carried out in apposition with clinical facts.

Давно доказано, что гистологический метод исследования открывает наиболее тонкие изменения в тканях и служит самым надежным средством проверки клинических диапазонов. Однако, гистологические исследования, производимые без сопоставления с клиническими фактами, могут иногда сами служить источником ошибочных заключений [2]. В практической работе изменения, обнаруживаемые во время операции, не всегда совпадают с заключениями морфологов, при, казалось бы, достаточно четко очерченных морфологических формах наблюдается отсутствие воспалительных изменений в удаленных отростках установлено более чем у 30% больных с отчетливой картиной острого аппендицита. При этом отмечено полное выздоровление с исчезновением болей после операции в 71,9-91% случаев.

В то же время известно, что аппендэктомия в подобных ситуациях не является безопасным вмешательством. По мнению Д.А.Арапова(1966), «все случаи непроходимости, как правило, возникают после сомнительных аппендицитов». Сообщения о неудовлетворительных результатах лечения простого аппендицита периодически продолжают появляться в печати [1]. Мы хотели поделиться со скромным опытом лечения больных с острым аппендицитом, приведенным в следующей таблице.

Таблица – Результаты гистологического исследования червеобразных отростков при остром аппендиците.

Клинический диагноз	Число наблюдений	Гистологический диагноз	Число наблюдений
Простой аппендицит	2	Флегманозный диагноз	2
Флегманозный аппендицит	261	Итого	2
		Катаральный аппендицит	85
		Флегманозный аппендицит	171
		Гангренозный аппендицит	4
		периаппендицит	1
Гангренозный аппендицит		Итого	261
		Катаральный аппендицит	7
		Флегманозный аппендицит	18
		Гангренозный аппендицит	17
		периаппендицит	3
Итого		45	
Всего обследовано		308	

Из таблицы видно, что во всех группах имеются расхождения между представлением клинициста о предлагаемых изменениях в червеобразном отростке и действительными находками. Эти расхождения имели различный характер: 1) вместо предлагаемого простого аппендицита оказался флегмозный аппендицит в 100% случаев; 2) вместо флегманозного аппендицита установлено: катаральный аппендицит в 32%; гангренозный 1,5%; периаппендицит 0,3% случаев; 3) вместо гангренозного аппендицита установлены: катаральный-49%; флегманозный-40%; периаппендицит -6,6%. Гистологический в 92 случаях (30%) установлен простой (поверхностный, катаральный) аппендицит. У 2(9%) больных боли сохранились и после выписки стационара, в дальнейшем, обследовании выявлены у одного нефроптоз справа, у второго хронический аднексит. Полное выздоровление с исчезновением болей после операции наступил у остальных 90 больных (91%). По нашему мнению, каждый случай расхождения клинического и морфологического диагнозов должен обсуждаться (желательно до выписки больного из лечебного учреждения). Если после аппендицита нет морфологического подтверждения клинического диагноза, то следует не допущена ли клиницистом ошибка в диагнозе; необходимо установить, не страдает ли больной заболеванием, симулирующим острый аппендицит [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Бисенков Л.Н., соавтор: Неотложная хирургия груди и живота. Руководство для врача-СПб:Гиппократ, 2002г. 307-308стр.
2. Колесов В.И. «Клиника и лечение острого аппендицита», М:1972г. 97-108 стр.

УДК 616.345-007.26

ТРАГИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ОГИЛВИ

Н.И.Ахментаев

Районная больница с.Абай Сарыагашский район, ЮКО

ТҮЙІН

Бұл мақалада тәжірибемізде кездескен Огилви синдромын диагностикалаудағы кателегіміздің фатальді нәтижемен аяқталғандығын жаздық.

SUMMARY

The causes of Ogilva's syndrome development are unknown. Contributory causes are surgical interference, general anesthesia, various medicaments, purulent and infectious complications, lung pathologies, neurological diseases, and diabetes mellitus. Plan radiography of abdominal space is necessary for diagnosis.

Синдром Огилви (Ogilvie) проявляется острой дилатацией толстой кишки без видимого механического препятствия или воспаления толстой кишки. Другие его названия – «острый нетоксический мегаколон» и «острая псевдообструкция толстой кишки», (2). При прогрессировании заболевания расширение толстой кишки ведет к перфорации, перитониту, сепсису и смерти. (1). Причины развития синдрома Огилви неизвестны. Предрасполагающими факторами к его развитию являются: хирургическое вмешательство, наркоз с искусственной вентиляцией легких, различные лекарственные препараты, правожелудочковая сердечная

недостаточность, гнойно-инфекционные осложнения, хронические обструктивные заболевания легких, некоторые неврологические заболевания, сахарный диабет, уремия, перелом бедренной кости, водно-электролитные нарушения, прием нестероидных анальгетиков, опиатов, антидепрессантов, нейролептиков, противосудорожных препаратов, антацидов и др. Для диагностики необходима обзорная рентгенография брюшной полости с приемом *рег ос* рентгеноконтрастной массы, а также колоноскопия, чтобы отвергнуть наличие механического препятствия в дистальных отделах толстой кишки.

Лечение: необходимо отменить препараты, составляющие группу риска, а при возможности все немедленно установить назогастральный зонд. Нужно активизировать больного. Требуется адекватная терапия, корригирующая водно-электролитные, метаболические и гипоксические нарушения. Для немедленной декомпрессии толстой кишки необходима колоноскопия с аспирацией газов и жидкости из просвета толстой кишки. Бесполезны и даже вредны клизмы (особенно сифонные), пероральное слабительное, церукал, холинергические препараты и другие (2).

При отсутствии эффекта от консервативной терапии или при невозможности выполнения эндоскопической декомпрессии толстой кишки показано наложение ценостомы (1). Приводим описание течения острого нетоксического мегаколон у больной Ж., 64 года. В 29.09.2010 г. в хирургическое отделение поступил больной с симптомами кишечной непроходимости в точности соответствующими указанному синдрому. Сопутствующие заболевания: посттравматическая энцефалопатия с эпилептическими припадками. Накануне поступления получал лечение по поводу неврологического статуса: нейролептики, противосудорожные. Общее состояние средней тяжести. Язык влажный, пульс 78 раз в мин, жалуется на рвоту, вздутие живота, боли. По желудочному зонду получено обильное застойное содержимое. Газы не отходят. Перистальтика усилена.

Рентгенография: толстая кишка резко раздутая, единичными уровнями жидкостей. Показатели крови в пределах нормы. С диагнозом толстокишечной непроходимости назначены высокие сифонные клизмы, спазмолитики, общее состояние прогрессивно ухудшилось, появились признаки перитонизма. Произведена лапаротомия, обнаружена резко раздутая петля толстого кишечника без никакого механического препятствия. Наложена трансанальный зонд по Шалимову, санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде продолжены антибактериальная, обезболивающая терапия, на 2-сутки наступил летальный исход на фоне продолжающегося пореза кишечника. Мы были незнакомы с таким сложным синдромом и это привело к постановке неправильного диагноза и как следствие к неадекватному лечению (сифонные клизмы, спазмолитики). Все это побудило нас поделиться своим наблюдением. Знание симптомов этого грозного синдрома поможет в его диагностике и лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мак Нелли П.Р. Секреты гастроэнтерологии. М.: Ст. Петербург, 1999 г., 1024 стр.
2. Тимофеев 2005 г., №6, 66-67 стр.
3. Матяшин И.М. «Симптомы и синдромы в хирургии», Киев «Здоровье», 1982 г., 107 стр.

УДК 617.7 : 615.276

КӨЗ ҚАСАҢ ҚАБЫҒЫНЫҢ ШЕЛ БАСУЫ ЖӘНЕ ОҒАН ҚАРСЫ ЖАСАЛҒАН ШАРАЛАР

К.М. Ауезова

Сарыағаш аудандық аурухана, Сарыағаш қ., ОҚО

РЕЗЮМЕ

Аурудың бастапқы кезеңінде дер кезінде емдеу көру қабілетін сақтау мүмкіншілігін береді. Бұл аурудың қайталануына қарсы әрекеттің бірі болып табылады.

SUMMARY

Early incipience treatment allows protecting sense of vision on the high level. It is a specific prevention against palindromia.

Оңтүстік Қазақстанда оның ішінде Сарыағаш ауданында көз ауырулары жиі ұшырасады. Бұның бір себебі ауарайына байланысты деп есептеледі. Оның үстіне сусыздық гигиенаның сақтала бермеуі аудан орталығынан шалғай жатқан ауыл тұрғындарының дер кезінде дәрігерге көріне алмауы себеп болды. Көз ауыруларының ішіндегі көп кездесетін түрі бұл қасаң қабықты шел басуы. Мысалы ауданға жақын орналасқан ауылдармен шалғайдағы ауылдарды салыстырсақ екіншісінде 70 % ке дейін шел басу бар. Олар Бозай Әлімтау ауыл тұрғындары.

Егер ауданға жақын жерде көздің шелбасуы I-II ші дәрежедегі түрі кездесе шалғайда тұратын тұрғындарда III-IV ші дәрежедегі түрі көбірек кездеседі. Үгіт насихат жұмыстары жүргізілгенмен айтарлықтай

нәтиже әзір жоқтың қасы. Осыны ескере отырып бір неше ауыруларды аудан орталығында облыстық ауыруханада ота жасадық. 1-жылға дейін бақылауда болған ауырулардың халдері келесідей болды.

I-II ші дәрежедегі ауыруларда отадан кейін рецидив байқалмады, III-IVші дәрежедегі ауыруларда отадан кейін рецидив 20 % ке дейін жетті, бұның себебі дәрі дәрмекті уақтылы қолдандауы, екіншіден ауарайының әсер етуі деп айтуға болады. Ота жасалған мен себебі жойылмаған. Біздің аудандық денсаулық бөлімі мен дәріханалар екуара келісіп шалғай ауылдағы тұрғындарға дер кезінде дәрі дәрмек жектізу жолға қойылды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015».
2. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы.
3. Отчет Министерства здравоохранения по итогам 2010 года, г.Астана, 2010 г.

УДК 617.726-009.12-085(574.5)

ИРИФРИН, ПРИ СНЯТИИ СПАЗМА АККОМОДАЦИИ

К.М. Ауезова

Сарыағашская районная поликлиника, г.Сарыағаш

ТҮЙІН

Атропин ерітіндісін қолданғанда аккомодация паралича пайда болады. Көз қарашықтары кеңейіп көру қабылты 10-15 күнге дейін нашарлайды ол оқушылардың толық қанды оқуына теріс әсер етеді. Ирифринның ондай әсері жоқ. Егерде ұстаздармен қосылып сабақ үстінде екі үш минуттық жаттығу жасап және ирифринды тоқсанына бір кур алыб отырса балалар оқуына толыққанды қатыса алады.

SUMMARY

Nowadays one often comes across amblyopia in school age and preschool age children caused by significant eye-strain in childhood. Frequent mobile and computer games, where a child spends hours playing, irrational and bad nutrition cause accommodation spasms.

В связи со значительной зрительной нагрузкой в детском возрасте в настоящее время часто приходится сталкиваться с ослаблением зрения у детей школьного и дошкольного возрастов. Частые игры на сотовых телефонах, компьютерные игры, когда ребенок часами просиживает за игрой, нерациональное и неполноценное питание, все это приводит к спазмам аккомодации.

При профилактическом осмотре школьников г.Сарыағаша в 2011 году выявили, что до 40 % учащихся в начальных классах жалуются на слабое зрение, которое увеличивается в количественном отношении уже у старшеклассников 7- 9-х классов. Данные факты не могут не насторожить не только врачей, но и родителей. В чем причины? Либо слабое освещение в школах, либо ежедневные перегрузки без физкультурных пятиминуток, либо небогатый рацион питания во время их активного роста, либо повышенная требовательность педагогов к получению знаний и соответственно оценок по ЕНТ, промежуточные государственные экзамены у школьников четвертых и девярых классов.

Таблица 1 – Анализ проведенных профилактических осмотров у школьников г.Сарыағаша в первом квартале 2011 года.

Дз классы	1-4	5-8	9-11кл
Спазм аккомодации	40%	45%	50%
Миопия	15%	20%	18%
гиперметропия	2%	5%	5%

Для снятия спазма аккомодации и установление диагноза миопии или гиперметропия была отобрана группа из 15-ти учеников, которым инстиллировался раствор Атропина 1% по 2 капли 2 раза в течение 3-х дней. Таким образом, добивались полного паралича аккомодации. Затем пациентам подбиралась очковая коррекция зрения. Недостатком данной методики является то, что дети (особенно младшие группы) чувствуют некоторый дискомфорт, так как происходит светобоязнь, затуманивание зрения до 2-х недель.

Во второй группе находились дети со слабой степенью миопической рефракции, которым было назначено инстилляция ирифрина по 2 капле 2 раза утром и вечером перед сном до 10-15-ти дней. Расширение зрачка длилось до 2,5- 3 часов, затем оно проходило, и ребенок практически не чувствовал дискомфорта. На 10-

ый день определялась рефракция в 90 % случаях. Зрение восстанавливалось, как показывает практика, до 09-1,0. Далее, чтобы закрепить успех в классе совместно с учителями разрабатывались и применялись 2-3-х минутные специальные упражнения для глаз. Снятие усталости и дискомфорта проходило 2 раза в день, что помогало всем учащимся восстановить зрение.

Таблица 2 - После лечения мидриатиком ирифрин

Дз классы	1-4	5-8	9-11кл
Спазм аккомодации	5(40%)	2(45%)	5(50%)
Миопия	15 (улуч. 90%)	20(улуч 70%)	18(улуч 80%)
гиперметропия	2(в увеличении гипрметр)	5(улуч. 100%)	5 (улуч. 100%)

Как видно из таблицы при периодическом увеличении детей в школах, возрастает роль классного руководителя, который вместе с учителями не забывает проводить физические упражнения. Это необходимо ученикам всех возрастных групп. Что касается детей, обучающихся в младших классах, то занятия должны проводиться в виде игр. Таким образом, можно добиться значительного улучшения зрения. Действия ирифрина не парализуют аккомодацию, ребенок не чувствует дискомфорта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015».
2. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы.
3. Отчет Министерства здравоохранения по итогам 2010 года, г.Астана, 2010 г.

УДК 617.7(574.5)

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ САРЫАҒАШ АУДАНЫНДАҒЫ КӨЗ АУЫРУЛАР ЖАҒДАЙЫ

К.М. Ауезова

Сарыағаш аудандық аурухана, Сарыағаш қ., ОҚО

РЕЗЮМЕ

Предупредить воспалительные процессы оболочек глаза можно усилиями не только врачей-офтальмологов. Провизоры должны оказывать квалифицированную помощь клиентам аптечных учреждений при подборе лекарственных средств, так как к ним обращаются в первую очередь в надежде получить должную консультацию. Важно добиться определенных знаний в данной области при подготовке аптечных работников, так и врачей общей практики. Главным остается просветительская, профилактическая работа, проводимая в различных группах населения: на производстве, в школах, высших учебных заведениях, среди взрослых и детей, особенно среди будущих матерей. Все эти меры позволят в будущем значительно снизить офтальмологические заболевания.

SUMMARY

Sclerotic coat inflammatory processes' prevention is possible due to the efforts of an oculist. Pharmacists have to provide drug-store clients with a qualified assistance in selecting medicaments as they are addressed mainly with a hope to provide this help. It is necessary to obtain particular skills in this field while training both pharmacists and family doctors. The main thing is prophylactic and educating work conducted in various population groups: at schools, at factories, at higher educational institutions, among adults and children, especially among future mothers. All these preventive measures will allow reducing considerably ophthalmological diseases.

Оңтүстік Қазақстанда әсіресе жазғы кезде шырышты қалықтарының қабынуы көбейеді, оған әр түрлі себептер бар. Біріншісі сусыздық, шаң тозаңның көп болуының әсері. Екіншісі Оңтүстікте көбінесе бақша өнімдерімен айналысуына байланысты аллергиялық факторлердің әсері. Үшіншісі гигиенаның сақтамауы. Осы факторлердың зардабынан мамыр айының қыркүйек арасында шырыштық қабықтырдың қабынуы күрт көбейеді.

Осы ауырулардың алдын алу мақсатында көптеген іс-шаралар жүргізілуде. Облыс басшылар тарапынан жазғы айларда бір неше рет үгіт бригадалар құрылып «нұрлы жол» сияқты акциялар өткізілді. Бұхаралық ақпарат арқылы мекемелерде, мектептерде қабырғы газеттерді шығару арқылы үгіт насихат жұмыстары жүргізілді және дарыхана қызметкерлеріне осы алдыңғы қабат қабықтарының қабынуына қарсы дәрі дәрмек тізім берілді. Соның нәтижесінде алдыңғы жылдарға қарағанда едәуір төмендегені байхалады.

Дз классы	2009	2010	2011
Жедел конъюнктивит	20 мың	22 мың	8 мың
Кератит	18 адам	9 адам	2 адам
Дакриоцистит	20 адам	15 адам	3 адам

Дер кезінде әр аурудың алдын алып дайындық пен келген кезде көз ауруларының азайуын қамтамасыз етуге болады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015».
2. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы.
3. Отчет Министерства здравоохранения по итогам 2010 года, г.Астана, 2010 г.

УДК 617.741-004.1-053.9

СЛУЧАИ КАТАРАКТЫ У ВЗРОСЛЫХ И У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

И.М.Рустамов

ГККП «Районная больница «Абай», Сарыагашский район, ЮКО

ТҮЙІН

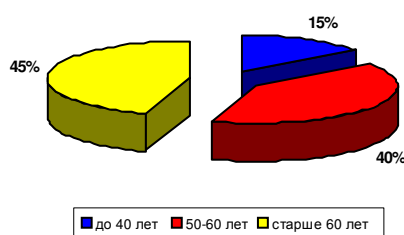
Катарактаның пайда болу табиғаты оңай: бейімділік. Егер жанұяда туа біткен катарактасы бар туыскандар бар болса бұл ауру тұқым қуалап берілу мүмкіндігі жоғары. Алайда, бұл аурудың басталу себептері осы күнге дейін анықталмаған- көбінесе туа біткен катарактасы бар балалардың ата - анасы сау болып келеді.

SUMMARY

Nature of cataract incidence is hereditary. If there are relatives in your family who have congenital cataract, there is a major risk to transmit this pathology hereditarily. However, the exact causes of cataract incidence are not found yet – it often happens that children with congenital cataract have healthy parents.

На диспансерном учете в районной больнице «Абай» Сарыагашского района Южно-Казахстанской области за последние только три года состоят 86 человек, из них 53 взрослых и 33 ребенка. На данных диаграммах видно количественное соотношение больных с офтальмологическими заболеваниями по возрастам у взрослого и детского населения.

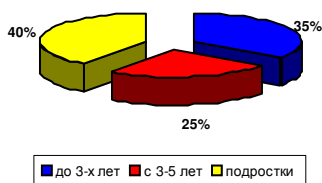
Диаграмма 1 – Количественное соотношение взрослых больных по возрастам за 2009-2011 годы.



На диаграмме видно, что катаракта чаще всего встречается у лиц старше 60-ти лет. То есть 45% данных больных, чей возраст определяется термином «старше 60 лет». Все они под пристальным наблюдением у врачей, и стоят на диспансерных учетах в районной поликлинике. Далее. К группе определенного риска отнесены пациенты, чей возраст перешагнул 50-ти летний рубеж, мы их отнесли в группу «от 50-ти до 60-ти лет». Они составляют 40%. Что же касается пациентов, чей возраст трудоспособный, то есть до 40 лет, то их количество соотносено в 15%.

На сегодня катаракта все чаще «завоевывает» наших детей и подростков. Так, на диспансерном учете состоят 33 ребенка. Если их разделить по возрастным группам, то до 3-х лет - 10 детей, старше 3-5 лет - 6 детей, и 11 подростков.

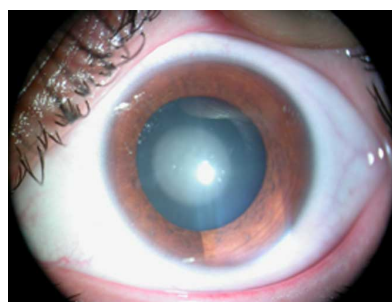
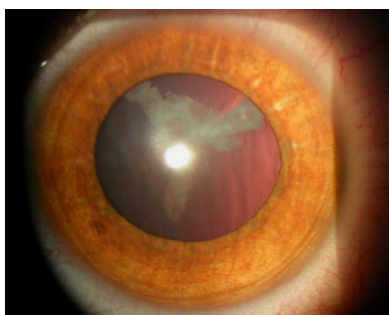
Диаграмма 2 – Количественное соотношение детей, страдающих катарактой по возрастам, за период с 2009 по 2011 годы.



Как не парадоксально, но 40% подростков входят в эту группу. Дети до 3-лет составляют 35 %, а вот с 3-х до 5-ти лет – 25%. Если говорить об оперативных вмешательствах, то один ребенок в возрасте до 3-лет был прооперирован; два ребенка в возрасте от 3-х до 5-ти лет выдержали «экзамен» у врачей-офтальмологов. Пятерым подросткам за этот период были сделаны также операции.

Все они были направлены по квоте в Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней в Алматы. Дети находятся на диспансерном учете и под наблюдением оперирующего хирурга в течение 2-х лет, а также под наблюдением окулиста по месту жительства. Районную поликлинику посещают 4 раза в год. Если вести акцент на осложнения и сопутствующие изменения, то косоглазием сходящимся страдает один ребенок– 1; микрофтальм и микрокорнея наблюдается у 3-х; сочетания косоглазия, нистагма и микро офтальма у 4-х; косоглазия и помутнения стекловидного тела у 3-х%, а атрофия ДЗН и дистрофия сетчатки у 3-х пациентов. Всего же их 14.

И все же, что такое врожденная катаракта? Так, внутри глаза располагается прозрачная двояковыпуклая биолинза, которая называется хрусталик. Врожденная катаракта – это помутнение хрусталика, появившееся с рождения.



Рисунки 1,2 – Глаза с различными видами врожденных катаракт

Природа возникновения заболевания проста: предрасположенность. Если в семье есть родственники с врожденной катарактой, велика вероятность передачи этой патологии по наследству. Если мама во время беременности перенесла или являлась носителем различных инфекций (краснуха, герпес, цитомегаловирусная инфекция, корь, грипп и ряд других), подвергалась воздействию радиации, принимала сильнодействующие лекарства - возможно рождение ребенка с врожденной катарактой. Однако, точные причины возникновения этого заболевания не выяснены до сих пор – часто у детей с врожденной катарактой совершенно здоровые родители.

Когда лечить врожденную катаракту? При этом заболевании чрезвычайно важным является фактор времени. Чем раньше будет выполнена операция, тем больше шансов получить высокое зрение. Многие виды врожденных катаракт необходимо удалять до 1 месяца жизни. Острота зрения у детей, оперированных в первые 10-ти недель жизни выше, чем у детей прооперированных в более позднем возрасте. Появление косоглазия и нистагма свидетельствует о завершении сенситивного периода в развитие зрительных функций и о более низких функциональных результатах после удаления катаракты. Поэтому, если Вашему ребенку поставили диагноз «врожденная катаракта», надо как можно быстрее проконсультироваться в специализированной глазной хирургической клинике, у детского офтальмолога.

Часто нас спрашивают: всегда ли требуется операция? В подавляющем большинстве случаев требуется операция. В редких случаях можно обойтись без хирургического вмешательства или отложить его на несколько месяцев или лет. Однако в этот период дети должны постоянно находиться под наблюдением врача-офтальмолога и принимать назначенное лечение. В чем заключается операция при врожденной катаракте? Суть операции заключается в удалении мутного хрусталика (катаракты). Состояние глаза без хрусталика называется афакия. Однако, ограничиться просто удалением мутного хрусталика нельзя.

Дело в том, что отсутствие естественной биолинзы ведет к неточной фокусировке лучей света на сетчатке, и, как следствие, к низкому зрению с расплывчатым изображением. Поэтому необходимо возместить удаленный хрусталик – то есть провести коррекцию афакии. У детей коррекция афакии имеет чрезвычайно

важное значение: сетчатка, получая нефокусированные изображения, «привыкает лениться». Такое состояние, или, вернее, заболевание, называется амблиопия. У детей она быстро закрепляется и очень трудно поддается лечению. Как осуществляется коррекция афакии? Коррекцию афакии можно проводить следующими основными способами: 1) Очки. 2) Контактные линзы. 3) Интраокулярные линзы (по-другому – искусственные хрусталики). Очки и контактные линзы назначаются после операции экстракции катаракты.

Контактные линзы в Уфимском НИИ глазных болезней производятся в собственной лаборатории и подбираются детям с возраста нескольких недель. Искусственный хрусталик имплантируется непосредственно во время операции. Обычно ни линзы, ни очки в последующем не требуются. В нашей клинике искусственные хрусталики вставляют детям, начиная с 4-недельного возраста. Различают первичную имплантацию, когда в ходе одной операции выполняется и удаление катаракты, и имплантация искусственного хрусталика. Также существует вторичная имплантация, которая проводится при афакии – то есть детям, которым несколько лет назад удалили катаракту. Хрусталик им вставляется вторым этапом, в ранее оперированный глаз. В Уфимском НИИ глазных болезней осуществляются все вышеперечисленные способы коррекции, однако предпочтение отдается искусственному хрусталику. Без хрусталика операции выполняются в тех случаях, когда его имплантация может привести к серьезным осложнениям.

Почему операция с имплантацией искусственного хрусталика лучше, чем без него? Размещение искусственного хрусталика внутри глаза обеспечивает: постоянство коррекции афакии, в отличие от контактных линз или очков, которые на какое-то время снимаются. Это приобретает особое значение для детей, которых непросто заставить носить контактные линзы или очки. Кроме того, процесс надевания-снятия линз требует от родителей большого терпения. Искусственный хрусталик вставляется один раз - нет необходимости менять его в течение жизни. Возникает лучшее качество зрения, так как искусственный хрусталик составляет с глазом единую оптическую систему, по строению максимально приближенную к естественной.

Какие виды искусственных хрусталиков применяются у детей? Искусственные хрусталики, имплантируемые детям, можно условно разделить на жесткие и мягкие. Первые изготавливаются на базе института, показания к их применению в детском возрасте ограничены – обычно они используются при вторичной имплантации. Для детей наиболее оптимальными являются мягкие хрусталики, так как они вводятся через маленький разрез, не требуют наложения шва и вызывают меньше осложнений. В Уфимском НИИ глазных болезней имплантируются мягкие хрусталики производства ведущих зарубежных фирм. Требуется ли дальнейшее лечение после операции удаления детской катаракты? Обязательно. Родители должны знать, что операция – только первый шаг на пути к хорошему зрению. После хирургического вмешательства необходимо прежде всего проводить профилактику и лечение амблиопии. Это занимает не один год, и длится в большинстве случаев до 14-16 летнего возраста ребенка, являясь наиболее эффективным в возрасте до 3 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербех А.И. Офтальмо журн. 1987. - №5. С. 283 – 286.
2. Аветисов В.Э. Белалова Г.В. Вестник офтальмолог. 1985г.
3. Аветисов С.Э. Микрохирургия глаза. Тезисы докладов конференции, посвященной 100-летию кафедры офтальмологии. Ленинград – 1990г.
4. Азнабаев М.Т. Азнабаев Р.А. Смольникова О.Г. Офтальмохирургия. – 1990. - №1-2.
5. Бушуева Н.Н. Актуальные вопросы детской офтальмологии. Сб науч. тр. : -Уфа. 1988. С – 47-52.

УДК 616.143.372:616:61-52

ВЗАИМОСВЯЗЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ И ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Ж.С. Султанова

Международный казахско-турецкий университет им. Ясауи, г.Шымкент

ТҮЙІН

Аллергиялық аурулары мен асқорыту жүйесінің патологиясы бар 22 бала зерттелген. Аталған жүйелердің аурулары арасындағы байланыстар анықталған.

SUMMARY

22 children at the age from 6 months till 12 years with allergic diseases of digestive organs are surveyed. The interrelation between the data pathological is revealed.

Одной из ведущих мест в структуре детской заболеваемости ведущее место занимают аллергические заболевания. При этом, по данным статистики аллергические болезни в большинстве случаев встречаются в сочетании с патологией желудочно-кишечного тракта.[1,2].

Целью нашей работы явилось выявление взаимосвязи аллергических болезней и патологии органов пищеварения.

Объект и методы исследования. Были обследованы 22 ребенка в возрасте от 6 мес. до 12 лет, имеющие различные аллергические заболевания. Среди обследуемых были 12 мальчиков, 10 девочек. Были использованы следующие методы исследования: общеклинические исследования; биохимические анализы крови; исследование кала на дисбиоз кишечника; УЗИ желудочно-кишечного тракта; аллергологические пробы.

Результаты. У 12 детей в возрасте от 6 мес. до 1,5 лет диагностирован атопический дерматит, у 3-пищевая аллергия, у 2-х-крапивница, у 1-аллергический ринит, у 4-рецидивирующий обструктивный бронхит.

Атопический дерматит у большинства детей был представлен младенческой формой, намного реже отмечались эритематозная и локализованная формы. У 82% обследуемых детей отмечались жалобы на периодические боли в животе после приема жирной, жареной пищи, а также после физической нагрузки. 50% детей отмечали тошноту, отрыжку, снижение аппетита. Запоры, вздутие живота наблюдались у 25% детей. У детей старшего возраста отмечался выраженный абдоминальный синдром, у детей более младшего возраста аллергические кожные проявления. У 92% детей была наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям, у остальных – по органам пищеварения.

Сочетания кожного и абдоминального синдрома наблюдались у большинства обследуемых детей. Кожные проявления у детей раннего возраста клинически проявлялись гиперемией, мокнутием кожи, папулезными элементами, струпом, у более старших детей преобладала сухость кожи, шелушение, образование трещинок, лихенизация кожи, поражения кожи носила локализованный характер. Чаше отмечались изменения кожи в области лучезапястных, локтевых суставов. Также у них выявилось болезненность в эпигастральной области точках Дижардена, Мейо-Робсона, зонах Шоффара, чаще были запоры. У большинства детей в копрологии обнаружены нейтральный жиры, крахмал, мышечных волокна, жирные кислоты.

В общих анализах крови была умеренная эозинофилия, в биохимических анализах показатели были в норме. При исследовании кала на дисбиоз у детей раннего возраста наиболее часто высевалась клебсиелла, золотистый стафилококк, у старших детей кишечная палочка, энтерококки. При УЗИ исследовании органов пищеварения часто выявлялись нарушения моторики желчевыводящих путей у старших детей, у младших детей – повышение эхо - плотности поджелудочной железы. Аллергические пробы были сделаны 4 детям, у которых была выявлена сенсibilизация к яйцам, полыни. Таким образом, сочетание аллергического заболевания и болезней желудочно-кишечного тракта наблюдалось у детей с атопическим дерматитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Студеникин М.Я., Балаболкин И.И. Аллергические болезни у детей. М, 2002г.
2. Балаболкин И.И., Мазо В.К., Никитина. И.П. Всасывание белковых антигенов в желудочно-кишечного тракте при пищевой аллергии у детей // Педиатрия.-2004.№5.

УДК 616.24.002.3:52

ЗНАЧЕНИЕ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

Ж.А. Пазылбекова

Городская поликлиника № 6, г. Шымкент

ТҮЙІН

6 айлық балалардың денсаулығының ретроспективті сараптамасы жүргізілген. Тек қана ана сүтімен қоректенген балалар аралас және жасанды тамақтандырудағы балаларға қарағанда әр түрлі аурулармен сирек ауыратыны дәлелденген.

SUMMARY

Health condition of children aged 6 months was retrospectively reviewed. It was found, that children who were breast – fed less likely so suffer from various diseases than children in mixed and artificial feeding.

Вскармливание материнским молоком остаётся самым полноценным для грудных детей. Материнское молоко содержит в оптимальных количествах и в идеально сбалансированных соотношениях все необходимые для ребёнка пищевые вещества, целый комплекс защитных факторов и биологически активных соединений. Оно обладает родственной связью с тканями младенца и полностью обеспечивает пластическую и

энергетическую функцию его организма.[1,2]. Для оптимального роста, развития и здоровья детей грудного возраста необходимо исключительно грудное вскармливание в течении первых 6-ти месяцев жизни.

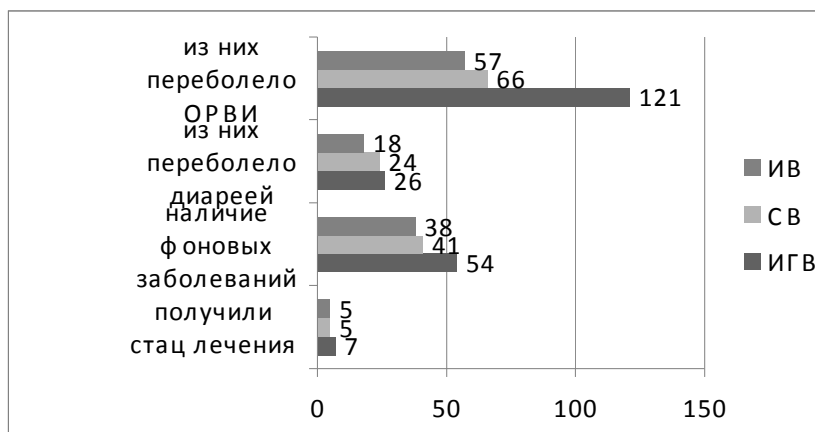
Целью исследования явилось изучение влияния исключительно грудного вскармливания на здоровье детей первых 6-ти месяцев жизни.

Таблица 1 - Заболеваемость детей, достигших 6 месяцев жизни за 2010 год.

Виды вскармливания	Из них переболело ОРВИ	Из них переболело диареей	Наличие фоновых заболеваний	Получали стационарное лечение
Число детей находящихся на ИГВ до 6 мес. жизни	25	7	18	14
Число детей находящихся на СВ до 6 мес. жизни	34	20	22	27
Число детей находящихся на ИВ до 6 мес. жизни	42	34	25	35

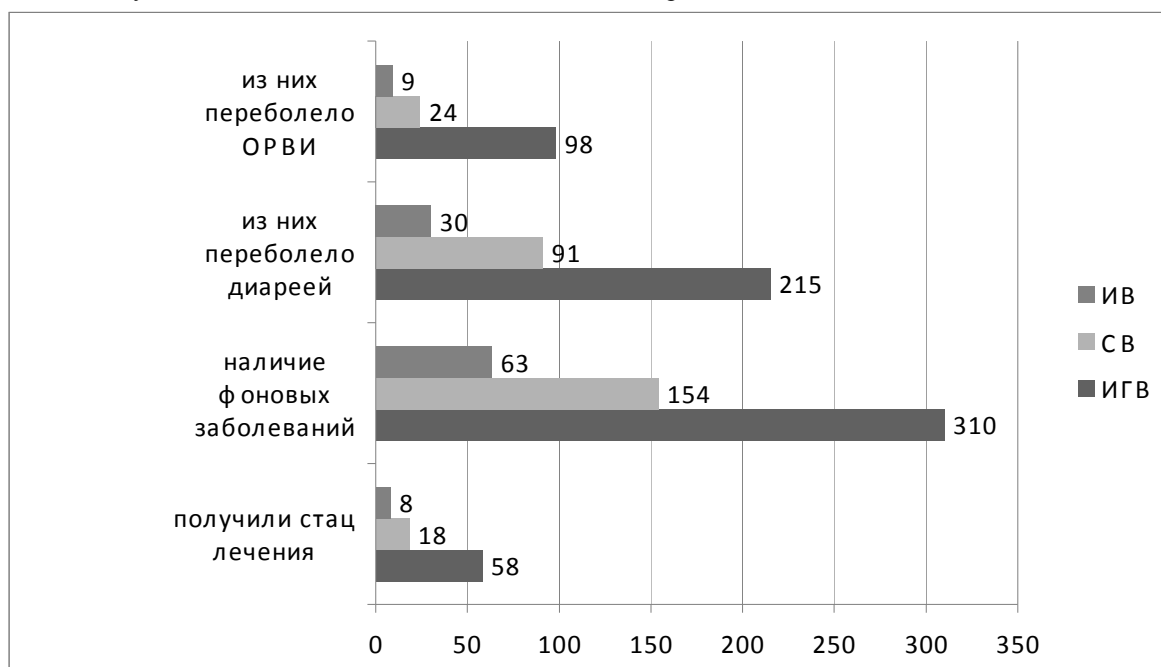
В таблице 1 показаны результаты ретроспективного анализа здоровья детей, достигших 6 месячного возраста в 2009г. на педиатрическом участке. В зависимости от характера вскармливания детей, были сформированы 3 группы наблюдения: в 1-ю группу вошли дети, находящиеся на исключительно грудном вскармливании до 6-ти месяцев; во вторую дети, получавшие в течение первых 6-ти месяцев наряду с материнским молоком дополнительное питание или питьё – смешанное вскармливание; 3-ю группу составили дети, не получавших молоко матери с рождения или переведённые на искусственное вскармливание в течение первых 2-х месяцев жизни – искусственное вскармливание. Заболеваемость детей первых месяцев жизни в значительной степени зависела от вида вскармливания (рис. 1,2)

Рисунок 1 - Из общего числа детей достигнувших 6 месяцев



Заболеваемость ОРВИ в 1-й группе была ниже 64% по сравнению с 3-й группой и на 8% по сравнению со 2-й группой. Заболеваемость диареей в 1-й группе была ниже на 8% по сравнению с 3-й группой и на 7% по сравнению со 2-й. Заболеваемость фоновыми заболеваниями составила в 1-й группе 38%, тогда как в 3-й группе составила 54% и во 2-й группе 41%. При изучении числа полученных стационарных лечений по 3-м группам, определили, что дети с 3-й группы на 2% больше получали стационарное лечение по сравнению с детьми 1-й и 2-й группы.

Рисунок 2 - Из числа находящихся на данном вскармливании



Таким образом, проведенные исследования показали значение исключительно грудного вскармливания для здоровья детей 6-ти месяцев жизни. Выявлено, что дети, находившиеся на исключительно грудном вскармливании, значительно меньше болеют инфекционными, фоновыми заболеваниями и по сравнению с детьми на смешанном и искусственном вскармливании, значительно легче переносят заболевание, что подтверждено результатами стационарного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазурин А.В. Питание детей раннего возраста. Москва, 2007.
2. Н.П.Шабалов. Детские болезни. С-Пб: – Медицина,2008.

УДК 615.457 : 617.7-053.2

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «КЕНАЛОГ» В ЛЕЧЕНИИ ХАЛЯЗИОНА У ДЕТЕЙ

А.Н. Сагандыкова

Центр глазной хирургии, г. Тараз, Жамбылская область

ТҮЙІН

Осы зерттеу мақсаты - «кеналог» препаратының осы ауруды консервативті емдеудегі тиімділігін білу. Қазақстан Республикасының Жамбыл облысының Тараз қаласының көз хирургия орталығында емделіп жатқан барлық ауруларға жалпы тексеру жүргізіледі. Зерттеу нәтижелері оң динамиканы түйіннің азаюын көрсетті.

SUMMARY

The goal of the very investigation was to study the “kenalog” medicament effectiveness in conservative treatment of the very disease. All of the patients who undergo treatment in the center of eye-surgery of the Taraz city, Zhambyl oblast, Republic of Kazakhstan had General examination. The investigation results showed a positive dynamics.

Халязион или градина является хроническим, вялотекущим воспалительным процессом с преобладанием пролиферации и гиперплазии в области хряща века. В некоторых случаях он развивается после острого мейбомита и образуется в толще хрящевидной ткани века округлой опухоли величиной от спичечной головки до крупной горошины. Лечение, как правило, оперативное в амбулаторных условиях. У детей до 10-12 лет хирургические вмешательства проводятся под общей анестезией, что небезразлично для детского организма. Поэтому остается актуальным вопрос неоперативного лечения халязиона. Для рассасывания и уменьшения воспалительных явлений применяют в виде инстилляций антибиотики, как 0,1% раствор или

суспензию дексаметазона или 1% эмульсию гидрокортизона, закладывание глазных мазей: 0,5% гидрокортизиновой и 1% желто-ртутной, а также на начальных стадиях инъекции в толщу халязиона 0,4% дексаметазона (0,2 мл.), что чаще бывает малоэффективным.

В связи с этим **целью настоящего исследования** явилось изучение эффективности препарата «кеналог» в консервативном лечении данного заболевания.

Препарат «кеналог»(триамцинолона) ацетонид – глюкокортикостероид, который помимо противовоспалительного действия, тормозит соединительно-тканые реакции в ходе воспалительного процесса и снижает возможность образования рубцовой ткани. По противовоспалительной активности в 6 раз активнее гидрокортизона, дексаметазона.

Материалы и методы. Пролечено 18 детей(15глаз) в возрасте от 2,5 до 15 лет. Из них: в возрасте 2,5-5 лет – три ребенка, до 12 лет и старше 12 лет – 4 ребенка. Все больным, находящимся на лечении в центре глазной хирургии г.Тараза Жамбылской области Республики Казахстан, проводили общий осмотр методом бокового освещения, детям старше 3 лет – биомикроскопию, визометрию, скиаскопию. Дети были разделены на две группы: исследуемая - 10 больных, а контрольной – 8. Всем им проведена стандартная терапия (в инстилляциях антибиотики, дексаметазон, закладывание мазей). В контрольной группе в толщу халязиона вводился дексаметазон, в исследуемой – препарат «кеналог» 0,2 мл, разведенный 2» раствором лидокаина. Повторные исследования проводились через 10 дней и через один месяц.

Результаты исследований показали, что положительная динамика: уменьшение образования, его размягчение, наблюдалась у 8 пациентов центра глазной хирургии г.Тараза в исследуемой нами группе и у 2-х в контрольной. Через один месяц на оперативное лечение направлены: из исследуемой только 2 ребенка, из контрольной – 6 детей.

Вывод. Препарат «кеналог» является эффективным противовоспалительным и рассасывающим препаратом и может быть рекомендован для лечения халязиона как альтернатива оперативному методу.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.И.Морозов, А.А.Яковлев. Фармакотерапия глазных болезней. М.:-Медицина, 2010.
2. Э.С.Аветисов, Е.И. Ковалевский. Руководство по детской офтальмологии.М.:-Медицина, 2009.

УДК 617.753-007-084

ГИГИЕНА ЗРЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ АНОМАЛИЙ РЕФРАКЦИИ У ДЕТЕЙ

А.Н. Сагандыкова

Центр глазной хирургии, г.Тараз, Жамбылская область

ТҮЙІН

Сығырлықты алдын – алудың негізін бала мен жасөспірімнің организмін жалпы нығайту және физикалық дамыту құрайды. Сондай-ақ оқу мен жазуға дұрыс үйрету маңызды. Ұзақ оқу және компьютерде жұмыс, телевизиялық бағдарламаларды ұзақ қарау көзге күш түсуге әкеп соғады, ал бірыңғай қимылсыз жағдай жалпы қажытады, іш қуысы мен жамбас органдарында қанның ұюына әкеп соғады. Көзбен жұмыстан кейін ең жақсы демалыс – белсенді, қимылды.

SUMMARY

The foundation of myopia prevention is general child and teenager's body growth promotion and development. Correct teaching of writing and reading. Longtime reading and computer work, watching TV are always accompanied by intensive eye-strain and the motionless posture leads to general fatigue and blood congestion in abdominal cavity and pelvic organs. The best rest after visual performance is an active one.

На первом месте среди патологии глаз в детском возрасте стоят аномалии рефракции. Так, по результатам профилактических осмотров школьников Жуалинского района Жамбылской области частота миопической рефракции составляет 49,6%, гиперметропии 29,7%, а среди городских учащихся по данным городской поликлиники №1 г.Тараза соответственно – 67,3% и 14,7%, частота астигматизма – 9,5%, спазма аккомодации – 4,7%.

Рост частоты аномалий рефракции связан со значительной интенсификацией школьного образования, особенно в специализированных школах. Это является причиной большей встречаемости миопии среди городских школьников. Разница между частотой миопии среди учащихся школ города и села, по нашим данным, составляет 17 %. В происхождении этих расстройств зрения, особенно миопии, важная роль принадлежит неблагоприятным гигиеническим условиям зрительной работы. Хотя эти условия реализуются только при наличии наследственного предрасположения или ослабленной аккомодационной способности, соблюдение элементарных гигиенических требований – важное условие сохранения зрения.

Основу профилактики близорукости составляет общее укрепление и физическое развитие организма ребенка и подростка. Повышение двигательной активности, физическая культура имеют важное значение для учащихся городских школ, особенно для специализированных школ с преподаванием на иностранных языках, физико-математических, музыкальных и др. Также имеет значение правильное обучение чтению и письму. Особое внимание следует обращать на соблюдение оптимального (30-35 см) расстояния от глаз до книги или тетради, а также постоянное чередование зрительной фиксации близких и далеких объектов. Длительное чтение и работа за компьютером, длительные просмотры телевизионных передач всегда сопровождаются сильным напряжением глаз, а однообразная неподвижная поза ведет к общему утомлению и застою крови в брюшной полости и тазовых органах. Самый лучший отдых после зрительной работы – активный, в движении. Несколько гимнастических упражнений и ходьба по комнате быстро снимают утомление, дают отдых глазам, восстанавливают работоспособность. Особенно полезен для зрения свежий воздух, прогулки, игры, которые способствуют лучшему кровоснабжению глаз и постоянному притоку к ним крови, обогащенной кислородом. Также полноценный отдых – здоровый сон, который защищает нервную систему и глаза от переутомления. Спать детям нужно не менее 9 часов.

Большое значение имеет правильное и достаточное освещение для работы и занятий. Лучшим видом освещения, конечно, является дневное. Помимо высоких световых качеств, солнечный свет оказывает благотворное влияние на физиологические процессы, повышает обмен веществ. Прямые солнечные лучи, проникающие в помещение, согревают и обеззараживают воздух, очищают его от возбудителей многих болезней (вирус гриппа, бактерии туберкулеза). Для устранения препятствий к проникновению света в учебное помещение необходимо содержать в чистоте оконные стекла, не загромождать подоконники посторонними вещами. В третьем от окон ряду парт в пасмурную погоду освещенность может быть недостаточной, поэтому целесообразно каждую учебную четверть пересаживать школьников, меняя ряды парт.

Большую роль в сохранении зрения играет регулярное и полноценное питание. Для нормальной деятельности сетчатки необходим витамин А, который способствует восстановлению зрительного пигмента. Содержится он в продуктах животного происхождения – сливочном масле, молоке и др., богаты им рыбий жир, говяжья печень, петрушка, морковь, щавель, шиповник, томаты и др. Полезен для зрения и витамин В2(рибофлавин). Больше всего он содержится в дрожжах, печени, почках, а также в шпинате, яйцах, молоке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Э.С. Аветисов, Е.И. Ковалевский, А.В.Хватова. Руководство по детской офтальмологии. М.: - Медицина. 2003.
2. В.И.Белецкая, Н.В. Шубина. Гигиена зрения. М.: - Медицина, 2007.
3. Э.С.Аветисов. Охрана зрения детей. М.: - Медицина, 2005.

УДК 616.718-001.5-089.227.84

ПРЕИМУЩЕСТВА БЛОКИРУЕМОГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Р.Ж. Юсупов
ГБ №1, г. Тараз

ТҮЙІН

Шадеректерлер әдебиеттің салалықұбырлы сүйек сынықтары көпшілік және қосылмалы жаракатта 8-10% келеді. Шабољамдар ғаулесті салмақолардың өс-болады. Сол, в біріншікезекті, ана, не үшінсоңғы 20 жаскөліктің көптеген сүлденің ауыр бұзылуларымен қосаберіл- жаракаттылығының шақырай ганкөтермелеу құрылыстық, және тұрмыстық кесімдібелгілен.

SUMMARY

This article is about the advantages of lockable intramedullary osteosynthesis by treatment fracture of long tubular bone.

По данным литературы переломы длинных трубчатых костей при множественной и сочетанной травме составляют 8-10%. По прогнозам удельный вес их будет неуклонно расти. Это, в первую очередь, обусловлено тем, что за последние 20 лет отмечается резкое повышение строительного, транспортного и бытового травматизма, который нередко сопровождается тяжелыми повреждениями скелета. При переломах костей имеется нарушение кровоснабжения мягких тканей и костных отломков, поэтому создание биологических предпосылок для регенерации является очень актуальным. Оно еще больше усугубляется при хирургическом лечении и зависит от травматичности, и контакта имплантата с костью. Интрамедулярный остеосинтез с блокированием уже давно зарекомендовался, и широко применяется как метод выбора в лечении переломов трубчатых костей конечностей. Российские и европейские травматологи утверждают, что БИОС

(блокируемый интрамедуллярный остеосинтез) в настоящее время является «золотым стандартом» в хирургическом лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей.

С 2009г. и по настоящее время в травматологическом отделении ГБ№1 г. Тараза успешно применяется БИОС канюлированными стержнями с рассверливанием и без рассверливания костно-мозгового канала фирмы «ChM»(Польша) для плечевой, большеберцовой и бедренной кости. Нами выполнено 95 операции у 93 больных. Из них на бедренной кости - 24 операции, 1-PFN, на большеберцовой кости – 50 операции, на плечевой – 20 операции. Сроки выполнения операций колебались от 1 до 15 суток. Закрытым методом произведен – 75(85%) больным, обнажение места перелома потребовалось 20 больным в связи с поздним сроком после травмы, образованием ложного сустава, поперечным расположением костных осколков. Операции выполнялись по стандартной методике антеградного остеосинтеза из минимального разреза. В 2 случаях операция проводилась ретроградным путем введения стержня при низком расположении перелома бедренной кости. Важным моментом при выборе остеосинтеза является правильное определение вида, характера и уровня перелома. Так, при оскольчатых, косых, винтообразных переломах применялся статический режим блокирования. При поперечных переломах – динамический режим. В первые сутки после операции больные начинали разработку смежных суставов поврежденной конечности. На вторые сутки больные с переломами голени и бедра могли самостоятельно передвигаться со средствами опоры с дозированной нагрузкой. На 6-7 сутки после операции больные переводились на дальнейшее лечение в отделение реабилитации и восстановительное лечение при нашей больнице. У одного больного после БИОС плечевой кости развилась нейропатия лучевого нерва, которая через 3 недели разрешилась. Воспалительных осложнений после БИОС не отмечено. В процессе наблюдения за результатами после БИОС через 1,5 -2 месяца на рентгенограмме отмечалось образование хорошей костной мозоли поврежденной кости. Полный объем движений конечностей восстанавливался через 2,5-3 месяца после операции. Результаты лечения изучены у 55 больных: отличные анатомо-функциональные результаты отмечены в 70% больных, хорошие в 25,8%, удовлетворительные в 3%, неудовлетворительные в 1,2% случаев.

Таким образом, применение блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза длинных трубчатых костей позволяет добиться стабильной фиксации отломков из минимального доступа без обнажения места перелома, создает оптимальные условия для ранней активации больного и возвращению пострадавшего к нормальной жизнедеятельности, снижает затраты государства во время нахождения больного в стационаре и на больничном листе. Наш опыт применения блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза при повреждениях трубчатых костей позволяет сделать вывод об определенных преимуществах и перспективности этого метода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корж А.А., Горидова Л.Д. Наш опыт лечения переломов длинных костей// Ортопедия, травматология и протезирование. 1996.-№3-с.35-38.
2. Мюллер М.Е.,Альговер М., Шнейдер Р., Виллинегер Х. Руководство по внутреннему остеосинтезу.-М. Ad Marginen,1996.-750с.

УДК 616.728.2-089.28-089

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ЕГО РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЯХ

*Р.Ж. Юсупов
ГБ№1 г. Тараз*

ТҮЙІН

Шажеңілістің жиілігінің дегенеративно-дистрофикалық үдеріспен жамбас буын бірінші жерді түпкіліктің буындарының арасында қарызға алады. Еңжікездестір- диагноз сол коксартроз, осы буының ірі және жүкте- бола, өтеолай айт- ондаөтіп кет- өткіржәне созылмалы үдерістеріне деген сезімтал. Оның сыбағасына барлық буынның патологиясы және 40-50% артрозов 20%. Соңғыжылдар жамбас буынның жеңілісінің жиілігі тоқтамай үдейді, жәнекемтарлық өседі.

SUMMARY

This article is about experience of total hip replacement by its different pathology.

По частоте поражения дегенеративно-дистрофическим процессом тазобедренный сустав занимает первое место среди суставов конечностей. Наиболее часто встречаемый диагноз это коксартроз, поскольку этот сустав будучи самым крупным и более нагружаемым, очень так сказать чувствителен к острым и хроническим процессам протекающих в нем. На ее долю приходится около 20% всей суставной патологии и 40-50%

артроз. Последние годы частота поражений тазобедренного сустава неуклонно нарастает, растет и инвалидность. Также снижается эффективность консервативных мероприятий. Уменьшение болевой реакции, вследствие без контрольного применения НПВС, все более истощаются вплоть до полного срыва компенсации котралатерального тазобедренного сустава и коленного сустава. Благодаря высокой эффективности эндопротезирование тазобедренного сустава находит все большее применение в лечении его тяжелой патологии. Эндопротезирование тазобедренного сустава завоевывает все большее признание как за рубежом, так и в регионах Казахстана, в связи с одновременным достижением – опороспособности и подвижности сустава, и выделением для граждан Казахстана квот для приобретения имплантов.

В отделении травматологии ГБ№1 за период 2009-2011гг. выполнено 102 операций тотального эндопротезирования тазобедренного сустава 100 больным. Двум пациентам произведена операция на 2 суставах с промежутком между операциями от 6 месяцев до года. 1 больному операция по замене тазобедренного сустава на одну сторону выполнено в НИИТО г. Астаны, другую в нашем отделении. Установлены следующие модели эндопротезов DePu – 20, фирмы Страйкер – 82. Применялся как бесцементный способ фиксации – 77, так и цементный способ фиксации в 20 случаев, в 5 случаях применен гибридный способ фиксации (Exeter). Возраст оперированных пациентов колебался от 27 до 77 лет. Эндопротезирование проводилось при таких заболеваниях как: 1. Артроз (идиопатический, диспластический, травматический) тазобедренного сустава 2-3 степени – 68 пациентов. 2. Асептический некроз головки бедренной кости 3-4 стадии – 19 пациентов. 3. Ложный сустав шейки бедренной кости – 9 больных. 4. Перелом шейки бедренной кости – 6 больных. 5. Застарелый центральный вывих головки бедренной кости – 1 больной. 6. Фиброзный анкилоз тазобедренного сустава – 1 больной. Более 40% оперированных больных имели избыточную массу тела. Операция производилась по стандартной методике в положении больного на спине (полубок) из разреза по Хардингу 10-12 см. 85% больным использовалась спимозговая анестезия (лидокаин, бупивакаин). На 2 сутки больным разрешалось садиться в постели, на 7-8 сутки больные самостоятельно передвигались с помощью костылей (молодые) или ходунков (старше 50 лет). Ближайшие послеоперационные результаты в сроки от 1 месяца до 2 лет изучены у всех пациентов. Послеоперационной летальности не было. Хорошие и удовлетворительные результаты наблюдались у 100 человек (99%) и характеризовались отсутствием болевого синдрома, восстановлением опороспособности конечности и увеличением подвижности в оперированном суставе. Плохие результаты отмечены у 2 больных. У одной сохранялся болевой синдром в ягодичной области. У другого наблюдался нестабильность ножки эндопротеза в следствии ранней нагрузки на оперированный сустав при избыточной массе тела (105кг). Осложнений воспалительного характера не отмечалось. Введение больных проводилась стандартная: два антибиотика, антикоагулянты, препараты улучшающие кровообращение, витамины, спазмолитики, НПВС, перевязки, ношение эластического чулка до 6 мес. Н 10-12 сутки больные продолжали лечение в отделении реабилитации и восстановительного лечения в стенах нашей клиники (УФО, УВЧ, соллюкс, массаж здоровых конечностей и прочее).

Вывод: Таким образом, тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава при коксартрозе, ложных суставах и переломах шейки бедренной кости у лиц пожилого возраста является наиболее эффективным, а, порой, и единственным методом лечения, позволяющим в довольно кратчайшие сроки восстановить функцию конечности и улучшить качество жизни наших пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистические данные ГБ №1 г. Тараз за 2009-2011 годы.
2. Корж А.А., Горидова Л.Д. Наш опыт эндопротезирования // Ортопедия, травматология и протезирование. 1996.-№4-с.55-58.
3. Мюллер М.Е., Альговер М., Шнейдер Р., Виллингер Х. Руководство по внутреннему остеосинтезу и эндопротезированию.-М. Ad Marginen,1996.-750с.

УДК 616.832-009. 614-001. 895

ПРИМЕНЕНИЕ БУПИВАКАИНА ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ

А.С. Абдраимов

Городская больница №1, г. Тараз

ТҮЙІН

Бупивакаинөзін тиімді, ұзақ моноанестезия үшін қауіпсіз анальгетик ретінде көрсетті. Атап өткен нозологиялық бірліктерде қолданған кезде ол қосымша уақытты созуды, анальгетиктермен қиыстыруды және улылығына байланысты мөлшерін азайтуды талап етпейді.

SUMMARY

This article is about using of bupivacaine by huping anesthesia in traumatology.

Бупивакаин (син: маркаин, карбостезин) изобарический 0,5% раствор для инъекции 5мг/мл амидного типа является препаратом для местной анестезии длительного действия. Фармакокинетика: Высокая степень связывания с белками плазмы 96%, жирорастворим, метаболизируются в печени, меньше вызывают аллергические реакции, чем эфирные местные анестетики. Фармакодинамика: блокирует проведение импульсов по нервному волокну за счет влияния на натриевые каналы, оказывает гипотензивное действие, замедляет частоту сердечных сокращений. Побочные действия: Центральная нервная система: головокружение, головная боль, парестезия; брадикардия; Нарушения желудочно - кишечного тракта: рвота; нарушение в кровеносной системе: гипертензия. Характерен отсроченное или медленное начало действия и длительный эффект.

В США для спинальной анестезии (СА) применяют только на основе глюкозосодержащих растворов, в Великобритании и странах Европы- изобарические растворы. Спинальная анестезия бупивакаинном в травматологии ГБ №1 при эндопротезировании тазобедренного сустава (однополустная и тотальная) проводилась пациентам разных возрастных групп и пола. СА произведено 63 пациентам с различными повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Предоперационная подготовка включает информированное согласие больного на анестезию, физикальное обследование, учёт лабораторных данных назначение «водной нагрузки» в объеме до 1000 мл жидкости (коллоиды и кристаллоиды), реокорректоры, с целью профилактики тромбоэмболических осложнения назначены низкомолекулярные гепарины -эноксапарин, фраксипарин. Примедикация стандартная: антигистаминные, холинолитики, наркотики. У больных с лабильной ЦНС - эффект отсутствия. После обработки операционного поля в условиях асептики и антисептики, инфильтрации 0,25% раствора новокаина проводилась пункция субарахноидального пространства в положении сидя на уровне L3-L4 иглой Спинакан типа Квинке-Бэбкока 22-25G с направителем длиной 100мм средним доступом. После появления ликвора в павильоне иглы производилась вращение иглы на 360 градусов для правильного место нахождения. Если ликвор не поступал из всех квадрантов, то это расценивалось как нахождение иглы рядом дуральной муфтой и от введения анестетика отказывались во избежания травмы и неадекватной блокады. При предъявлении жалобы на резкую боль в спине, что свидетельствует о повреждении корешков спинного мозга игла вынималась, проводилась повторная пункция на один позвонок выше. Бупивакаин вводили в дозе 15мг без вазоконстрикторов (ведение адреналина не влияет на продолжительность действия блока) У пациентов пожилого возраста с сопут. патологией дозировку. Бупивакаин снижали до 12-13мг. Несмотря на то, что Бупивакаин является изобарическим раствором (относительная плотность 10058) больному придавалась возвышенный головной конец.

Блок оценивали, исходя из правил дифференциальной блокады: уровень симпатической блокады находится выше уровня сенсорной который в свою очередь выше уровня моторной (разница приблизительно два сегмента). Сенсорный блок оценивали тестом с помощью иглы, моторный - по шкале Бромеджа. Проводился неинвазивный мониторинг гемодинамики (АД, пульс SaO2 пульсоксиметром). Серьезных токсических действий и передозировки препарата не наблюдалось, исключение составило артериальное гипотония, брадикардия, снижение сатурации кислорода до 80% боль в спине, мышечная дрожь, постпункционная головная боль. Такие осложнения наблюдались у 10 пациентов (10%). Артериальная гипотония, брадикардия за частую обусловлена интраоперационной кровопотерей за счет тяжести и объёма операции, наличии исходной анемии. Учитывая данные критерии, больному заблаговременно назначалась трансфузионная готовность, кроме больных являющихся Свидетелями Иеговы, которые категорически отказываются от переливания крови и её компонентов.

Своевременное восполнение ОЦК, при снижении сатурации крови ИВЛ + O2 масочным методом, внутривенное ведение ингибиторов протеаз (контрикал, апротинин) –ингибиторы фибринолиза; при брадикардии по показаниям вводилась ваголитики, при этом сохранялась спинальный блок до 3х- 4х часов за счёт высокой степени связывания бупивакаина с белками плазмы. Встречалась у 15 больных (16%). Постпункционная головная боль и боль в спине, в ранний послеоперационный период наблюдалось чаще у женщин, чем у мужчин. Купировалось адекватной инфузионной терапией, концентрированные раствора глюкозы, анальгетики. Мышечная дрожь, является одним из частых побочных эффектов препарата, если в операционной соблюдается температурный режим и отсутствует гипотермия у больного. В клинической практике хорошо купируется в/в или в/в кап 25% раствором MgSO4 с 0,9% раствором NaCl. В процессе использования Бупивакаина при СА у травматологических больных отмечалось положительное впечатление о препарате, достигли 74% хорошего результата. Конечно же, препарат дает некоторые осложнения, которые имеют свои методы и способы борьбы с ними.

ЛИТЕРАТУРА

1. Морган Д. Э. Клиническая анестезиология / Морган Д. Э., Михаил М.С.- Т3. М.: Бином, 2006. С. 88-92
2. Морган Д. Э. Клиническая анестезиология / Морган Д. Э., Михаил М.С.- Т3. М.: Бином, 1998. С. 283-290.

3. Корячкин В.А. Страшнов В.И. Спинномозговая и эпидуральная анестезия 1998.с. 21-30

УДК 616.832-009. 614-001. 895

КЛИНИЧЕСКИ ОПЫТ И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

А.С. Абдраимов

Городская больница №1, г. Тараз

ТҮЙІН

Келтірілген клиникалық зертеудің және жергілікті анестетиктердің салыстырмалы анестетиктердің жаңа үлгілерін қолдану аясын кеңейтуін, одан бұрын бел анестезиясында қолданылып келген препараттарды ауыстыру қажеттілігін негіздейді.

SUMMARY

This article is about clinical experience and comparative analysis using of local anesthetic by region anesthesia of patients surgical profile.

Со времени первоначального описания в 1899 году Августом Биром спинномозговая анестезия (СА) испытала и периоды популярности, и забвения. Популярность связана с несомненными достоинствами метода: простотой и доступностью, способностью надежно блокировать болевую импульсацию, обеспечением релаксации, предотвращением развития многих нейровегетативных реакций, сохраненным сознанием больного. Наркоз расширил область вмешательства хирурга; наркоз стал продолжительнее и глубже. Очень своевременно, при первых серьезных осложнениях, связанных с наркозом, прозвучали мудрые слова великого ученого Н.И. Пирогова: "От того вида анестезии, в котором бывает уничтожена или значительно ослаблена рефлекторная деятельность, до смерти один только шаг. Существенное значение имела идея Крайля использовать наркоз только для выключения сознания, а обезболивание и расслабление мышц производить с помощью местной анестезии (1914). До недавнего времени к методам регионарной анестезии среди хирургов и анестезиологов было сдержанное отношение. С нашей точки зрения в основе такого отношения лежали следующие причины: 1. Низкая квалификация анестезиологов. 2. Недостаточная управляемость регионарной анестезии. 3. Малоэффективность наиболее доступных местных анестетиков. Всё это ограничивало показания к применению регионарной анестезии. С появлением более эффективных и сильнодействующих местных анестетиков расширились границы использования регионарной анестезии, в частности, у больных хирургического профиля. Такими препаратами стали бупивакаин гриндекс (Латвия), наропин (ропивакаин), фирмы «AstraZeneca», поступающий последние годы на Казахстанский рынок. Методы регионарной анестезии (спинальной, эпидуральной) с момента открытия и по сей день не потеряла своей актуальности. Появление новых безопасных и эффективных видов местных анестетиков (бупивакаин, ропивакаин) на рынке Казахстана позволяют получить адекватную анестезию у больных хирургического, травматологического, гинекологического профиля, поэтому повышение эффективности и безопасности СА является одной из основных проблем регионарного обезболивания.

Цель и задачи исследования. 1. Изучить характер и течение СА, осложнения и побочные эффекты при использовании местных анестетиков нового поколения бупивакаин гриндекс и наропина фирмы «AstraZeneca». 2. Провести сравнительный анализ течения СА при использовании бупивакаина гриндекс и наропина с другими местными анестетиками при сходных методах проведения обезболивания.

Материалы и методы. На базе городской больницы №1 города Тараз за 9 месяцев 2011 года нами проведено исследование у 319 больных хирургического профиля оперированных под регионарной анестезией. Возраст больных составлял от 23 до 70 у мужчин и от 21 до 85 лет у женщин; из них мужчин – 178, женщин - 138. Операция проводилась в экстренном и плановом порядке. Наряду с исследованием был проведен сравнительный анализ местных анестетиков: 2% раствора лидокаина, 0,5% раствора бупивакаина и 0,2% раствора наропина у больных хирургического профиля.

Производились следующие оперативные вмешательства: эндопротезирование тазобедренного сустава (93), Остеосинтез крупных трубчатых костей (154). Аппендэктомия (1), Кольпоперинеорафия (2), Удаление кандиломатоза вульвы (1), Удаление бартолиновой железы (1). Гинекологические (удаление кандиломатоза вульвы и бартолиновой железы, пластические операции) - у 8 больных; травматологические операции (операции на костях и суставах) составили 298 случаев. В этой группе СА проводилась 0,5% изобарическим раствором бупивакаина «Гриндекс».

Таблица 1 – Распределение больных по характеру оперативного вмешательства, объему и концентрации используемых местных анестетиков.

Местный анестетик	Лидокаин 2 %	Бупивакаин 0,5%	*Наропин 0,2%
Количество больных	215	93	11
Возраст (лет)	21 – 70	23 – 85	24 - 72
Распределение по полу Муж/Жен.	122/91	53/40	3/7
Абдоминальные операции.	-	1	11
Гинекологические операции.	4	4	-
Операции на конечностях	211	87	-

*Примечание: 0,2% раствор наропина был использован через эпидуральный катетер у больных хирургического профиля после абдоминальных операции в ранний послеоперационный период.

Распределение больных по характеру оперативного вмешательства, объему и концентрации используемых местных анестетиков представлено в таблице №1. Из таблицы видно, что оперированы были в основном лица мужского пола, основными анестетиками были, 2% раствор лидокаина который был применён у 215 больных, и 0,5% раствор бупивакаина был применён 93 больных. Новый локальный анестетик фирмы «AstraZeneca» 0,2% раствор наропина. Способ введения препарата указано в примечании в таблице № 1. с учётом низкой концентраций анестетик был использован только для обезболивания больных хирургического профиля в частности после абдоминальных операции в ранний послеоперационный период. Условия подготовки больных, техника и обеспечение СА были идентичными во всех группах. Накануне операции назначалось плановым и экстренным больным «водная нагрузка» до 1000мл у больных травматологического профиля, в частности при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава с учётом объёма операции и возможной кровопотери назначалось трансфузионная готовность по приказу МЗ РК от 6 ноября 2009г № 666. Производилась стандартная премедикация с использованием холинолитиков, наркотиков, и антигистаминных препаратов. В операционной начиналась инфузия кристаллоидных препаратов 10-15 мл/кг.

В положении сидя пунктировалось субарахноидальное пространство на уровне L2-3-4-5 при помощи "стандартной" иглы типа Квинке-Беккока 22-25G длиной 80 мм срединным доступом по общим правилам. При поступлении ликвора в павильон иглы производилось ее вращение на 360° для подтверждения правильного местонахождения. Если ликвор не поступал из всех квадрантов, то это расценивалось как нахождение иглы рядом с дуральной муфтой и от введения анестетика отказывались, во избежание травмы и неадекватной блокады. Бупивакаин вводили в течение 1-2 мин, не смешивая с ликвором, в дозе 15 мг при операциях на нижних конечностях и 15-20 мг при полостных операциях. Лидокаин вводили от 80 до 100мг преимущественно пациентам молодого возраста, больным пожилого возраста дозировку уменьшали до 50-60 мг. После введения изобарического раствора больной находился в горизонтальном положении с возвышенным головным концом. Блок оценивали, исходя из правила дифференциальной блокады: уровень симпатической блокады находится выше уровня сенсорной, которая в свою очередь выше уровня моторной (разница приблизительно 2 сегмента). Сенсорный блок оценивали тестом с помощью иглы, моторный - по шкале Бромэджа. Мониторинг особенно тщательно осуществляли каждые 3 мин в течении первых 20 мин, учитывая факт постепенной фиксации МА структурами спинного мозга (Duthie, 1987; V.G. Covino, 1989). Производилось измерение АД, пульса и SpO2 (пульсоксиметр).

Результаты и их обсуждение. Начало действия блока наблюдалась от 10 до 15 мин у лидокаина, от 15 до 30 мин у бупивакаина в связи физико-химической характеристикой препарата, при этом длительность блока у бупивакаина была очевидной – 3,5 – 4 часа при моноанестезии и не требовалась «эффекта отсутствия», тогда как у лидокаина до 1,5 часов, короткая продолжительность последнего требовало дополнения к спинальной анестезии введения внутривенных анестетиков и седативных препаратов. При СА бупивакаинотмечался центральный седативный эффект примерно в 50% наблюдений. Моторный блок оценивался как адекватный в 97,6%, за исключением недостаточности блока (2,4%). Сенсорный блок считался недостаточным когда по уровню не соответствовал ожидаемому, либо когда возникала необходимость в/в введения НА, кетамина и др.

В группе при применении лидокаина чаще имели место эпизоды нестабильной гемодинамики: снижение АД на 50-60 мм рт.ст. и урежение ЧСС могло произойти на любом этапе операции и ближайшего послеоперационного периода, в связи с этим проводилась инфузия коллоидов, а приблизительно половине - коррекция выраженной брадикардии атропином. В группе при применении бупивакаина изменения гемодинамики носили более мягкий и управляемый характер: АД снижалось до 90мм рт. ст. при имплантации цемента в костную ткань при эндопротезировании тазобедренного сустава, после введения глюкокортикоидов состояние относительно стабилизировалось, а введение атропина потребовалось не более чем в 5% случаев. Анестезия бупивакаинотмечалась мягкостью и предсказуемостью: коллоиды применялись в случаях по поводу кровотечения, введения вазопрессоров не требовалось. В группе при использовании лидокаина отмечено 3 случая депрессии дыхания, в то время как, при применении бупивакаина нарушения дыхания не

отмечено. К осложнениям мы отнесли выраженную гипотонию до 60 мм рт.ст и ниже (в группе №1(Л).- 20,6%, в №2(Б). - 2,4%). К побочным эффектам были отнесены постпункционные головные боли (ПГБ), тошнота, рвота, транзиторные расстройства мочеиспускания, кожный зуд. Побочные эффекты тоже были более выражены в группе №1. В группе №2 с применением бупивакаина ПГБ, в двух случаях чаще у женщин. Наблюдался один случай мышечной дрожи (купировался введением сульфата магния).

Вывод: применение анестетиков нового поколения амидного типа (бупивакаин) по результатам клинического исследования и сравнительного анализа (лидокаин) отличается эффективностью и высокой безопасностью при проведении регионарной анестезии у больных хирургического профиля. И дает возможность не использования наркотических средств обезболивания в ранний послеоперационный период (2-3 часа после операции).

ЛИТЕРАТУРА

1. Морган Д. Э. Клиническая анестезиология / Морган Д. Э., Михаил М.С.- Т3. М.: Бином, 2006. С. 88-92.
2. Морган Д. Э. Клиническая анестезиология / Морган Д. Э., Михаил М.С.- Т3. М.: Бином, 1998.С.283-290.
3. Чибуновский В.А. Новые подходы к трансфузии и лечебной практике. Практическое пособие. – Алматы. 2001г.
4. Приказ и. о. МЗ РК от 6 ноября 2009 года № 666 «Об утверждении Номенклатуры, Правил заготовки, переработки, хранения реализации крови и ее компонентов, а также Правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов».
5. Анестезиология и реаниматология Казахстана №2 (5) 2010 Научно практический журнал Республиканского общественного объединения «Федерация анестезиологов и реаниматологов» С. 3-5.

УДК 616.5-002.957.5(574)

ДИНАМИКА ПОРАЖЕННОСТИ ПЕДИКУЛЕЗОМ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА УРАЛЬСКА ЗА 2005-2010 ГОДЫ

Н.Б. Артюкова, Л.М. Ажгалиева

РГКП «Уральская городская дезинфекционная станция» КГСЭН МЗ РК, г.Уральск, Казахстан

ТҮЙІН

Зерттелген жылдарда тұрғындардың контингенті арасында педикулезге шалдығудың төмендеуі байқалады, бұл санатқа тұрақты тұрғын жері жоқ адамдар кірмейді. Тұрғындардың нақты топтарының арасында оқушылар мектепке дейінгі балалар, студенттер, стационар аурулар педикулезге жүйелі тексерулер жүргізілуде. Қалалық дез станция мамандары барлық анықталған педикулез ошан тазалап, санациялады.

SUMMARY

There is a pediculosis attack reduction in all society layers besides persons with no fixed adobe during the years of investigation. Systematic examination of the certain population layers has been imposed (preschool children, pupils, students, patients). Sanitation of all detected focuses of disease according to the place of living is carried out by the specialists of the local disinfectant station.

Пораженность педикулезом населения города Уральска в 2010 году по сравнению с 2005 годом снизилась в 4,3 раза. Соответственно изменился и показатель пораженности, несмотря на незначительное увеличение численности населения. В 2006 году несколько возросла численность городского населения, страдающих данным заболеванием в отличие от районного. Это связано с увеличением миграции людей, часть из которых переселилась из сельской местности в город.

Таблица 1 - Пораженность педикулезом населения города Уральска за 2005-2010 годы.

Годы	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Кол-во населения, тыс.чел.	225,9	229,8	236,1	238,3	243,1	254,8
Кол-во пораженных, чел.	1299	1366	949	778	424	300
Показатель пораженности на 100 тыс. населения	575,0	594,4	401,9	326,5	174,4	117,7

Пораженность педикулезом по контингентам населения за указанный период распределилась следующим образом:

Таблица 2 - Распределение случаев педикулеза по контингентам и месту выявления за 2005-2010 годы.

Кол-во случаев педикулеза, выявленных по контингентам	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Число пораженных	% от городских пораженных	Число пораженных	% от городских пораженных	Число пораженных	% от городских пораженных	Число пораженных	% от городских пораженных	Число пораженных	% от городских пораженных	Число пораженных	% от городских пораженных
Всего зарегистрировано пораженных	1299		1366		949		778		424		300	
1. Районных случаев всего:	607		537		320		335		208		153	
2. Городских случаев всего:	692		829		629		443		216		147	
2.1. Организованное население												
Школьники	83	0,1	62	7,5	55	8,7	64	14,4	48	22,2	53	36
Дети ДДУ	1	0,1	0	0,0	1	0,2	0	0	5	2,3	-	-
Уч-ся ВУЗ, колледжей, ПЛ, ПТШ, ПТЛ	28	4,0	21	2,5	26	4,1	27	6,1	11	5,1	1	0,7
2.2. Неорганизованное население	580	83,8	746	90,0	547	87,0	352	79,5	152	70,3	93	63,3
Неработающее население	344	49,7	351	42,3	286	45,5	152	34,3	123	56,9	52	35,4
Неорганизованные дети	31	4,5	19	2,3	13	2,4	18	4,1	26	12,0	8	5,4
Работающее население	10	1,5	12	1,4	15	2,4	4	0,9	3	1,4	6	4,08
3. Лица без определенного места жительства	195		364		233		178		360		1571	

С 2005 по 2010 годы пораженность педикулезом организованного населения города Уральск снизилась в 1,8 раза, неорганизованного населения – в 3,8 раза, лиц без определенного места жительства увеличилась в 1,8 раз, что связано с активным выявлением данного контингента в 2010 году РГКП «Уральская городская дезинфекционная станция» (далее - горdezстанция). В городе Уральск постоянно проводится комплекс противопедикулезных мероприятий. Налажен систематический осмотр определенных групп населения на наличие педикулеза (школьники, дети дошкольного возраста, больные стационаров).

Таблица 3 - Количество обработанных очагов педикулеза за 2005-2010 годы.

Годы	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Количество обработанных очагов	692	383	396	309	607	462

Организованы массовые осмотры студентов на педикулез 2 раза в год перед заселением в общежития и обработка пораженных в санитарном пропускнике горdezстанции. Проводятся обработка и санация всех выявленных очагов педикулеза по месту жительства, постоянная профилактическая работа с населением (санитарные бюллетени, лекции) и в хронических очагах педикулеза (осмотры, беседы о профилактике педикулеза, обработка лиц, пораженных педикулезом).

Таблица 4 - Количество обработанных от педикулеза в санитарном пропускнике РГКП «Уральская горdezстанция» за период 2005-2010 гг.

Годы	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Обработано	133	233	165	158	379	181

пораженных						
------------	--	--	--	--	--	--

Вывод: за период с 2005 по 2010 гг. наблюдается снижение пораженности педикулезом среди всех контингентов населения, за исключением лиц без определенного места жительства.

УДК 618.2.082:616.084(574.5)

АНАЛИЗ РАБОТЫ ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА №2, КАК РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ III УРОВНЯ

А.Б. Аринова

Областной перинатальный центр №4, г.Шымкент

ТҮЙІН

№2 облыстық перинаталдық орталық III деңгейде босануға көмек көрсететін мекеме табылады. Бұл мекеме акушерлік және неонатальды көмек көрсету кезеңіндегі аймақтық принципі бойынша жұмыс істейді. №2 облыстық перинаталдық орталықта ана қауіпсіздігі бағдарламасы іске қосылған. Ана қауіпсіздігі бағдарламасының қағидаларын ұстану ана, перинаталды өлімді төмендетуге, медициналық көмек сапасын, пациенттердің өмірін жақсартады. Ана қауіпсіздігі бағдарламасының нәтижесінде жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңдерде қажетсіз дәрігерлік іс-әрекеттерді төмендетуге алып келді.

SUMMARY

Thus, the Regional perinatal center №2 is obstetrical establishment of III level which works by a according to the principle of a regionalization of the perinatal help. In Regional perinatal center №2 strategy of Safe Motherhood is introduced. The result of introduction of the strategy of Safe Motherhood was creation of effective functioning model of health services of women, children and their families with orientation to the rights of the patients, based on experience of the World medical community and the demonstrative medicine confirmed with results. As a result of introduction of the program Safe Motherhood positive dynamics of the basic quality indicators of activity of service of obstetric aid is marked.

Четвертый год в родовспомогательных учреждениях области медицинская помощь оказывается по принципу регионализации. Начат процесс регионализации перинатальной помощи после национального совещания 28-29 января 2008 года по регионализации родовспомогательной службы ЮКО при технической поддержке ВОЗ (1). Суть программы заключается в том, что женщина рождает в таком стационаре, который по своему уровню помощи соответствует степени риска, связанного с ее беременностью и родами. В области разработана схема регионализации с учетом географической доступности, кадровых и материально-технических ресурсов организации родовспоможения. Количество родовспомогательных учреждений в ЮКО по уровням на 2009г. 1 уровень – 15 (2 роддом, 13 родильных отделений при ЦРБ и РБ). 2 уровень – 4 (3 род.отделения ЦРБ, 1 роддом). 3 уровень – 4 (ОПЦ №1, ОПЦ №2, ОПЦ №3, ОПЦ №4). С 2010 года согласно приказа о регионализации перинатальной помощи городской родильный дом переименован в Областной перинатальный центр и является лечебным учреждением 3 уровня (2).

На сегодня он обслуживает население Аль-Фарабийского района. Общее население – 120851, женское население - 61841, в том числе женщин фертильного возраста - 40947. Мощность перинатального центра составляет 205 коек: родильное отделение на 110 коек: ОПБ - 20 коек; гинекологическое отделение - 45 коек; 2 этап выхаживания новорожденных – 18 коек; ОРИТН - 12 коек.

С целью создания максимально благоприятных условий для сохранения жизни и здоровья каждого рожденного ребенка на базе ОПЦ №2 в феврале 2010 года развернуто отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных. В отделение подлежит госпитализации следующий контингент: недоношенные в возрасте 32 недели и менее, новорожденные 0-28 дней жизни с любой патологией, нуждающиеся в реанимационном и интенсивном лечении. Ввиду этого показатели работы неонатальной службы не подлежат сравнению с показателями предыдущих лет. В феврале этого же года организовано отделение второго этапа выхаживания недоношенных новорожденных. Кадровый состав: в роддоме работают 52 акушера - гинеколога, 6 анестезиологов, 10 неонатологов, 2 терапевта, врач-эпидемиолог, 2 врача-лаборанта. 50,6% от общего числа врачей и 41,8% среднего медицинского персонала имеют квалификационные категории.

Таблица 1 - Квалификационные категории врачей

Категория	6 месяцев 2009г.	6 месяцев 2010г.
Высшая	4 - 5,5%	3 - 3,8%
Первая	25 - 31,6%	27 - 34,2%
Вторая	9 - 11,3%	10 - 12,6%

Всего	38 - 48,4%	40 - 50,6%
-------	------------	------------

Таблица 2 - Квалификационные категории среднего медицинского персонала

Категория	6 месяцев 2009г.	6 месяцев 2010г.
Высшая	48 - 25,8%	60 - 30,6%
Первая	14 - 7,9%	16 - 7,6%
Вторая	9 - 4,8%	6 - 3,6%
Всего	71 - 38,5%	82 - 41,8%

Анализ коечного фонда ОПЦ №2 показал следующее:

Таблица 3 - Анализ коечного фонда ОПЦ №2 (1 полугодие 2009-2010г.)

	Развернуто коек			Пролечено больных		Выполнено к/дней		Занятость койки		Оборот койки		Ср пребы вание б-го на койке	
	На начало года	На конец года	Ср годовые	2009	2100	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Родильное	120	110	114	3551	3475	18143	16945	147	149	29,6	30,4	4,9	4,9
Патология	45	20	45	770	390	4125	2393	91,6	120	17,1	19,5	5,3	6,1
Гинекология	40	45	40	1145	1064	4310	4893	108	109	28,6	23,6	3,8	4,6
2 этап	-	15	13	-	117	-	1765	-	136	-	9	-	15,1
Всего	205	205	205	5466	5072	26578	26422	129,6	129	26,7	24,7	4,9	5,2

В рамках программы «Безопасное материнство» большое значение придается созданию и совершенствованию стандартов ведения беременности и родов, способствующих улучшению перинатальных исходов (3). В связи с активным внедрением программы «Безопасного материнства» снизилось количество показаний к стационарному лечению беременных, что привело к снижению проведенных койко-дней и работы койки по отделениям.

Таблица 4 - Коечный фонд родильного отделения и его использование

	1 полугодие 2008г	1 полугодие 2009г	1 полугодие 2010г
Поступило больных	3536	3608	3608
Выписано больных	3535	3550	3550
Проведено койко-дней	18266	17663	16945
Средняя длительность пребывания больного на койке	5,2	4,9	4,9
Работа койки	162	147	149
Оборот койки	31,4	29,6	30,4

Родильное отделение ОПЦ №2 развернуто на 110 коек. Средняя длительность пребывания на койке снизилась с 6,0 в 2006г. до 4,9 в 2010г., при этом родильницы после операции чревосечения выписываются на 4-5 сутки, после вагинальных родов – на 2-3 сутки. В отделении увеличено количество индивидуальных родильных палат с 5 в 2008г. до 10 в 2010г. Все родовые палаты оснащены специализированным оборудованием для оказания квалифицированной помощи роженицам и адекватному проведению первичной реанимации новорожденным. В 2005г. партнерские роды были единичными, к 2010г. их количество достигло 80%. В 2005г. 98% родов принимались в положении литотомии, в 2010г. их количество резко уменьшилось до 10% (преимущественно у женщин с тазовым предлежанием и преэклампсией тяжелой степени). Обучены технике акушерских операций 5 врачей акушер-гинекологов со стажем работы до 5 лет. С целью улучшения качества оказываемой помощи организованы бригады акушер-гинекологов, осуществляющие экстренную помощь беременным и роженицам.

Таблица 5 - Основные показатели работы родильного отделения

	1 полугодие 2008г.	1 полугодие 2009г.	1 полугодие 2010г.
Родов всего	3099	3104	3056
в т.ч. сельских	333-10,7%	481-15,4%	350-11,5%
Преждевременных родов	127-4,1%	194-6,2%	365-11,9%

Многоплодных родов	22-0,7%	40-1,2%	51 (2тр)-1,7%
Патологических родов	885-28,6%	1040-33,5%	1380-45,2%
Домашних родов	21-0,7%	18-0,6%	20-0,2%
Родилось живыми	3101	3109	3071
Мертворожденных	20-6,4‰	35-11,1‰	38-12,2‰
из них – антенатально	16-80%	33-94,3%	32-84,2%
Интранатально	4-20%	2-5,7%	6-15,8%
Недоношенных	10-50%	22-62,9%	34-89,5%
Умерло детей всего	30-9,7‰	22-7,1‰	84-27,3‰
Из них недоношенных	16-53,3%	18-81,8%	75-89,3%
Ранняя неонатальная смертность	24-7,7‰	17-5,5‰	74-24,1‰
Перинатальная смертность	44-14,1‰	52-16,5‰	112-36‰

Таблица 6 - Анализ мертворождаемости

	6 месяцев 2008	6 месяцев 2009	1 полугодие 2010
Всего	20	35	38
Из них село	1-5%	8-22,9%	6-15,8%
Город	19-95%	27-77,1%	32-84,2%
Роды	16-80%	33	30
недоношенные	7-43,8%	20-66,6%	27-90%
Кесарево сечение	4-20%	2	8
недоношенные	3-75%	2-100%	7-87,5%
По нозологии			
Асфиксии	19-95%	33	35
Из них недоношенных	9-47,4%	20-66,6%	31
ВПР	1-5%	2	1
Из них недоношенных	1-100%	2-100%	1-100%
Родовая травма	-	-	2
Из них недоношенных	-	-	2-100%

Все случаи мертворожденных и умерших детей разобраны на заседаниях ЛКК. Как видно из таблицы №5, количественный показатель преждевременных, патологических родов и показатели перинатальной смертности выросли. Это связано с изменением контингента госпитализируемых беременных, рожениц и новорожденных согласно уровню оказания медицинской помощи.

Таблица 7 - Заболевания, осложнившие роды и послеродовый период

Осложнения	1 полугодие 2008г.	1 полугодие 2009г.	1 полугодие 2010г.
Кровотечения при ПОНРП и ПП	40-1,3%	113-3,6%	128-4,2%
Преэклампсии	821-26,5%	283-9,1%	275-9%
Болезни мочеполовой системы	508-16,4%	465-14,9%	492-16,1%
Анемии	1862-60%	1924-62%	1833-60%
Болезни системы кровообращения	163-5,2%	124-4%	93-3%
Аномалии плодовых оболочек (Многоплодие, маловодие)	129-6,9%	217-6,9%	156-5,1%
Кровотечения в послеродовом и последовом периодах	33-1,1%	57-1,8%	149-4,9%
Сепсис	-	-	-

Анализ количества преэклампсий в сравнении с 2008г. показал значительное уменьшение (от 26,5% до 9%), оно приблизилось к мировым показателям, что можно объяснить улучшением диагностики и приверженности к

республиканским клиническим протоколам. Увеличение числа родов с кровотечениями объясняется третьим уровнем госпитализации.

Таблица 8 - Кесарево сечение

Операции	1полугодие 2008г.	1полугодие 2009г.	1 полугодие 2010г.
Всего	373-12,0%	400-12,9%	402-13,1%
Из них плановых	149- 40%	152-38%	192-47,8%
Экстренных	224-60%	248-62%	210-52,2%
С ампутацией	5-1,3%	11-2,8%	8-2%
С экстирпацией	3-0,8%	4-1%	1-0,2%

Несмотря на экстренность оказываемой акушерско-гинекологической помощи беременным г.Шымкент в сроке гестации 22-32 нед. Отрядным является факт увеличения количества плановых оперативных родоразрешений (с 38% до 48,8%).

Таблица 9 - Показания к операции кесарево сечение

Показания	1 полугодие 2008г.	1 полугодие 2009г.	1 полугодие 2010г.
Рубец на матке	94	109	116
Слабость родовой деятельности	6	19	12
Кровотечения	39	45	60
Асфиксия (Дистресс плода)	40	47	43
Клинич. узкий таз	25	25	24
Неправильное положение плода	42	67	53
Анатомич узкий таз	11	2	-
ЭГЗ	24	20	17
Гипертенз. состояния при берем.	17	30	29
ОАА	73	36	45
Операции после родов	2	2	2
Релапаротомия	-	3	2
Ампутации после кес сечения	5	11	8
Экстирпации после кес сечения	3	4	-
В -20	-	2	3

В связи с изменением уровня оказания перинатальной помощи отмечается резкое увеличение числа операций кесарево сечение по поводу кровотечений (с 39 до 60 случаев).

Таблица 10 - Мониторинг операций кесарева сечения

	6 месяцев 2008	6 месяцев 2009	6 месяцев 2010
1. Всего родов	3099	3104	3056
2. Из них путем кес сечения	373-12%	400-12,9%	402-13,1%
3. Из них	224-60%	248-62%	210-52,2%
- в плановом порядке	149-40%	152-38%	192-47,8%
4. Среди показаний к операциям кес.сечения На I месте	Рубец на матке 94-25,2%	Рубец на матке 109-27,3%	Рубец на матке 116-28,5%
На II месте	ОАА 73-19,6%	Неправильное положение плода 67-16,8%	Отслойка 60-14,9%
На III месте	Неправильное положение плода 42-11,2%	Дистресс плода 47-11,8%	Неправильное положение плода 53-13,2%
5. Перинатальные потери при операции кес сечения	15	6	26
Мертворожденных	4	2	8
Умерло от 0 до 6 суток –	11	4	18
6. Среди мертворожденных			
Недоношен	3	2	7
Доношен	1	-	1

7. Среди умерших			
Недоношен	8	4	17
Доношен	3	-	1
8. Объем операций был расширен: до надвлагалищной ампутации матки	5	11	8
до экстирпации матки	3	4	1
9. Осложнения после операции кесарева сечения	-		
10. Релапаротомии	-	3	2

Как видно из таблицы, уменьшилось число гистерэктомий. В 2010 году был только один случай гистерэктомии по поводу безуспешной консервативной терапии кровотечения и безуспешного хирургического гемостаза. Региональная анестезия в 2009 году в родах и при операции кесарево сечение применялась в единичных случаях. Процент этого вида обезболивания в 2010 году достиг 32%. Среднее время пребывания послеоперационных женщин в условиях ОРИТ сократилось до 12 часов. Ниже приводятся показатели неонатальной службы в ОПЦ №2.

Таблица 11 - Анализ работы неонатальной службы

Показатели	За 6 месяцев 2008	За 6 месяцев 2009	6 месяцев 2010
Родилось живыми	3099	3109	3071
Из них недоношенных	122-3,9%	194-6,2%	354-11.5%
Мертворожденные	20-6,4‰	35-11,1‰	38
Антенатально	16	33-94,3%	32-84.2%
Интранатально	4	2-05,7%	6-15.8%
Родилось больными	173	203	402
Из них недоношенных	58-33,5%	87-42,8%	266-66.2%
% преждевременных родов	127-4,1%	194-6,3%	365-11.9%
Показатель заболеваемости	55,8	65,2	130,9
Умерло всего	30	22	84
Недоношенные	16	18-81,8%	75-89.3%
Доношенные	14	4-18,2%	9-10.7%
Умерло 0-6 суток	24	17	74-
Доношенные	12	2-11,7%	4-5.4%
Недоношенные	12	15-88,3%	70-94,6%
Умерло 0-24 часов	6	5	34
Доношенные	1-16,7%	-	2-05,9%
Недоношенные	5-83,3%	5-100%	32-94,1%
Умерло от 7-27 суток	6	5	10
Доношенные	2-33,3%	2-40%	2-20%
Недоношенные	4-66,7%	3-60%	8-80%
Переведено в др стационары всего	40	72+16 здоровых	-
В ШГДБ №2 всего	27	-	-
В ОПН	-	-	-
В ОРИТ	-	-	-
В ОДБ всего	-	-	-
В ОДХ	1	-	-
В ОРИТ ОДБ	-	-	-
В ОПЦ (2 этап выхаживания недоношенных)	12	-	-
Количество детей от ВИЧ-позитивных матерей	7	5	3
АРВ-терапия у новорожденных	7	5	3
ВСЕГО			
Количество экстренных извещений по ГСИ	-	-	-

В 2010 году отмечается увеличение более чем в два раза показателя заболеваемости и детей родившихся больными, увеличение числа недоношенных детей (87 в 2009г. до 266 детей в 2010г.). Все эти изменения связаны, как говорилось ранее, с изменением уровня оказания перинатальной помощи. Отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Отделение рассчитано на 12 коек. Укомплектованность кадрами: врачи-неонатологи 5,5ст.; средн.мед.персонал 19,5ст.; млад.мед.персонал 7,5ст.; 1 врач имеет первую квалификационную категорию, 1 врач имеет вторую квалификационную категорию. 4 мед. сестры имеют высшую и 1 мед. сестра первую квалификационные категории. Все врачи и мед. сестры (100%) обучены Эффективной перинатальной помощи и уходу в неонатологии. Оборудование: инкубаторы – 9шт., аппараты ИВЛ – 9шт., прикроватные мониторы – 4шт., инфузоматы – 11шт., облучатели фототерапевтические – 2шт., отсасыватели медицинские – 2шт., столы системы для обогрева – 2шт., электронные весы – 2шт., ларингоскоп – 2шт., мешки «Амбу» - 2шт. В 2010 году дополнительно получены 3 инкубатора, 5 облучателей фототерапевтических, 4 электронных весов.

В 2010 году в ОРИТН внедрены принципы ухода и лечения зарубежных клиник: создание и поддержание чувства защищенности у новорожденного, антибиотикотерапия в период новорожденности. С 01.01.2010г. поступило 438 детей, из них 122 ребенка находились на респираторной поддержке аппаратами ИВЛ, 31 ребенок поступил согласно приказу №140-П от 03.03.2010г. «О регионализации перинатальной помощи в Южно – Казахстанской области» из родильных домов города Шымкента. Отделение для выхаживания недоношенных детей рассчитано на 15 коек. В июне 2010 года дополнительно получено к имеющимся двум инкубаторам 2 инкубатора фирмы «Atom» с фотолампами, 3 аппарата для проведения фототерапии.

Таблица 12 - Количество переведенных детей из родильных домов по нозологиям

№	Наименование нозологии	I полугодие 2010 г.
1	Поражение нервной системы	104 - 83%
2	ВПР ЦНС	1 – 0,8%
3	Анемия недоношенного	25 - 20%
4	Болезнь Дауна	3 – 2,4%
5	ВПС	6 – 5%
6	ВЖК	1 – 0,8%
7	Паховая грыжа	1 - 0,8%
	Поражение периферической нервной системы	1 – 0,8%

За I полугодие нейросонография была проведена 15 детям. Из них у 9 детей (60%) диагностировано ПВК - 1-2 степени, у 6 детей - гипоксические изменения мозга. УЗИ сердца проведено 5 детям. Отделение патологии беременных развернуто на 20 коек. С конца 2009 года идет планомерное перепрофилирование коек отделения внутри лечебного учреждения: 15 коек передано на 2 этап выхаживания новорожденных, 5 коек передано в гинекологическое отделение и 5 коек в акушерское отделение. Эта реорганизация была необходима в связи с внедрением программы «Безопасное материнство» и неукоснительным следованием его принципам.

Таблица 13 - Коечный фонд и его использование

	6 месяцев 2008	6 месяцев 2009	6 мес. 2010
Поступило	915	785	393
Выписано больных	916	770	390
Проведено койко-дней	6516	4125	2393
Работа койки	124	91,6	109
Оборот койки	17,4	17,1	19,5
Средний срок пребывания на койке	7,1	5,3	6,1

Как видно из таблицы, уменьшилось количество проведенных койко-дней (с 6516 до 2393).

Таблица 14 - Качественные показатели отделения по полугодиям за три последних года.

Показания	6 месяцев 2008	6 месяцев 2009	6 мес. 2010
Преэклампсия	305-33,2%	169-21,9%	79-20,2%
Анемия	631-68,8%	392-50,9%	191-49%
Пиелонефрит	293-31,9%	201-26,%	109-27,9%

Невынашивание	314-34,3%	441-57,2%	234-60%
ССЗ	22-2,4%	15-1,9%	5-1,3%
Эндокринные заболевания	37-4,0%	22-2,9%	12-3,1%
Многоводие	79-8,6%	47-6,1%	23-5,9%
Маловодие	60-6,6%	20-2,6%	10-2,5%
Органы дыхания	58-6,3%	82-10,6%	43-11%
Органы пищеварения	28-3,1%	18-2,3%	8-2%
Варикозные болезни	62-6,8%	12-1,5%	9-2,3%

Согласно утвержденным протоколам диагностики и лечения заболеваний МЗ РК такие нозологии как маловодие, многоводие, фето-плацентарная недостаточность не подлежат стационарному лечению в ОПБ. Объясняется уменьшение количества пролеченных беременных с данными нозологиями. Анализ качественных показателей демонстрирует уменьшение количества пролеченных беременных с преэклампсией: 2008 год – 33,2%, 2009 год - 21,9%, 2010-20,2%, что связано с внедрением в практику протоколов диагностики и лечения заболеваний. Увеличилось число пролеченных с невынашиванием беременности в 2008 - 314-34,3%, в 2009 году - 441-57,2%, в 2010 году – 234 - 60%. В гинекологическом отделении с сентября 2009 года количество коек увеличено с 40 до 45 за счет отделения патологии.

Таблица 15- Коечный фонд и его использование

	6 месяцев 2008	6 месяцев 2009	6 месяцев 2010
Поступило	958	1165	1092
Выписано	946	1145	1064
Проведено койко-дней	5244	4310	4893
Работа койки	131	108	109
Оборот койки	23,7	28,6	23,6
Средний срок пребывания на койке	5,6	3,8	4,6
Хирургическая активность	62,9%	69,0%	61,6%

Результатом внедрения стратегии «безопасного материнства» стало создание эффективной функционирующей модели медицинского обслуживания женщин, детей и их семей с ориентацией на права пациентов, основанной на опыте Всемирного медицинского сообщества и подтвержденной результатами доказательной медицины. В результате внедрения программы БМ отмечается положительная динамика основных качественных показателей деятельности службы родовспоможения. Соблюдение принципов Безопасного материнства снизило материнскую, перинатальную смертность, улучшило качественные показатели работы, улучшило качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ МЗ РК № 746 от 12.12.2007г. «О регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан».
2. Приказ УЗ ЮКО №512 от 25.07.2008г. по регионализации «О городском родовспомогательном учреждении 3 уровня на базе роддома №4 г.Шымкент»
3. Приказ МЗ РК №335 от 02.10.2006г. «О внедрении эффективных технологий по перинатальному уходу в практику родовспомогательных организаций».

УДК 618.146-006.6-07

СКРИНИНГ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Ж.К. Джарылкасинова

Жамбылский областной онкологический диспансер, г.Тараз

ТҮЙІН

Санитарлық ағарту жұмыстарын нығайту және өз денсаулығына жауапкершілікті күшейту скрининг – жұмыстарына нәтиже берер еді.

РЕЗЮМЕ

Эффективная организация санитарного просвещения, усиление ответственности населения за свое здоровье, а также проведение скрининга по заболеваниям среди женщин сказалось на результативности работ врачей-онкологов.

Рак шейки матки (РШМ) все еще остается одной из наиболее распространенной формой новообразований, занимая 6-7 место среди всех злокачественных новообразований (ЗНО) и 2 место среди злокачественных новообразований у женщин (после рака молочной железы). РШМ составляет 9,8% всех ЗНО у женщин. По данным международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируется 40000 новых случаев РШМ и ежегодно умирают от него 20000 женщин. Большинство случаев РШМ (78%) встречаются в развивающихся странах, где он составляет 15% от всех ЗНО у женщин и является 2-ой наиболее частой причиной смерти от рака, тогда как в развитых странах он составляет только 4,4% от новых случаев рака. Наибольшее частота РШМ отмечается в Южной Африке и Юго-восточной Азии составляемый от 17,4 до 93,8 на 100000 женского населения.

В странах Северной Америки и Европе отмечается довольно низкая степень частоты РШМ, менее 14 на 100000 женщин. Очень низкая частота, отмечена в Китае, в странах Западной Азии. Показатели заболеваемости и смертности от РШМ не только в различных странах мира, но и в различных областях одной и той же страны отличаются, что связано с социально-экономическими условиями, национальными традициями, уровнем образованности населения, степенного развития здравоохранения, проведением программы скрининга.

В Жамбылской области рак шейки матки занимает 2-ое место в структуре заболеваемости женского населения и 6 место в общей структуре заболеваемости всего населения. В 2008 году заболеваемость составляла 5,6 на 100000 населения; в 2009 году – 6,0 на 100000 населения; в 2010 году – 4,7. В 2009 году отмечается высокий пик роста заболеваемости рака шейки матки.

Отмечается достаточно высокий удельный вес больных РШМ репродуктивного возраста, от всех заболевших. Увеличение числа заболевших женщин фертильного возраста является тревожным фактом, так как этот контингент пациенток представляет собой не только репродуктивную значительную часть женского населения, но и активную в социальной сфере группу. 38% первично выявленных больных в возрасте от 50 до 69 лет. Эта группа женщин часто оказывается вне рамок диспансеризации по фоновым заболеваниям и соответственно, у них наиболее часто встречается распространенная форма рака. С 2007 года в рамках реализации государственной программы обследование женщин с целью выявления рака шейки матки на ранних формах проводится цитологический скрининг. Несмотря на проводимые мероприятия процент выявляемости крайне низкий. В 2010 году в Жамбылской области процент выявляемости составил всего 0,003% и 0,0037% – в 2009г. При профилактическом осмотре взято- 29081 цитологических мазков, выявлено только 1 больная с раком шейки матки. Это свидетельствует о преследовании цели количественной реализации на участках, проводимых проф.осмотр, в ущерб качеству осмотров, что сказалось прежде всего, на низком проценте профилактической выявляемости и росте запущенных форм шейки матки. Анализируя данные по запущенным стадиям рака шейки матки за последние 2 года, нужно отметить, что показатели запущенности в III – IV стадии не снизились, если в 2009 году оно составило 10,9%, то в 2010 году увеличилось в 2 раза, достигло 21,3%.

Выводы. Для своевременности выявления рака шейки матки необходимо: широко оповещать население в средствах массовой информации о целях и задачах профилактических осмотров. Проводить разъяснительную работу среди женщин на местах. Качественно поставленная задача при проведении профосмотров позволит анализировать выявленные патологии на участках. Неоспоримым помощником в деле должны быть обязательные цитологические исследования женщин, прошедших через смотровой кабинет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байназарова А.А. Шалбаева Р.Ш. Профилактика и ранняя диагностика рака шейки матки. Алматы – 2003г.
2. Новик В.И. Цитологический скрининг предрака и рака шейки матки (образ) II вопросы онкологии – 1990 Т36 №12 С 1411-1418.
3. Новик В.И. Эпидемиология рака шейки матки, факторы риска, скрининг II Практическое онкология 2002 Т3 №3 С 156-163.

УДК 725.512 : 616-006.6(574.5)

СМОТРОВЫЕ КАБИНЕТЫ, КАК ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗВЕНО ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОПАТОЛОГИИ В ПОЛИКЛИНИКАХ

Ж.К. Джарылкасинова

Жамбылский областной онкологический диспансер, г.Тараз

ТҮЙІН

Тексеру бөлмелерінің жұмыстары дұрыс бағытқа қойылса, ісік ауруларының алғашқы топта анықталған саны көбейер еді.

В Казахстане проводятся широкомасштабные мероприятия по улучшению охраны здоровья населения, увеличению средней продолжительности жизни. На это и направлено диспансеризация населения, онкологический компонент, который должен обеспечить предупреждение и активное выявление злокачественных новообразований у практически здорового населения. Важным звеном по раннему выявлению злокачественных новообразований являются смотровые кабинеты поликлиник, входящие в качестве функциональных подразделений в состав отделений профилактики, или являющиеся структурным подразделением поликлиник.

На должность акушерки смотрового кабинета назначается лицо со средним медицинским образованием в соответствии с действующими правилами допуска к медицинской деятельности. В обязанности акушерки женского смотрового кабинета вменяется выявление гинекологических заболеваний предопухолевых и раковых заболеваний женских половых органов и других видимых локализаций (кожи, губ, молочных желез и прямой кишки). Поэтому необходимым условием допуска акушерки к работе в смотровом кабинете является подготовка ее на базе территориального онкологического диспансера, где проводится обучение акушерок основным диагностическим навыкам и методам выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований наружной локализации. Такая подготовка и тесная связь в повседневной работе акушерок смотровых кабинетов и онкологов позволит повысить эффективность этой формы профилактических обследований.

Размещение смотрового кабинета. Смотровой кабинет должен располагаться на первом этаже поликлиники, недалеко от регистратуры, или на этаже, где ведется основной прием больных. В функции акушерки входят: первичная сортировка женщин на здоровых и требующих обследований по подозрению на предопухолевые заболевания или на злокачественную опухоль наружной локализации и передача женщин с выявленным заболеванием на дообследование и на санацию врачом соответствующих специальностей. Для обеспечения максимального охвата женщин обследованием, смотровой кабинет должен работать на протяжении полного рабочего дня поликлиник, т.е. в две смены. На видном месте рядом с регистратурой, в холлах, где больные ожидают приема врача, должны быть вывешены объявления о необходимости обследования в смотровом кабинете, месте его размещения и часах работы.

Работники регистратуры должны направлять на обследование в смотровой кабинет всех женщин с 18 лет и старше, первично обратившихся в поликлинику в текущем году. Участковые сестры и сестры, работающие с врачами-специалистами, подготавливая амбулаторные карты к приему, должны обращать внимание на наличие отметки о прохождении обследования в смотровом кабинете и направлять в смотровой кабинет женщин, не имеющих в амбулаторной карте отметки. Активный вызов женщин для обследования в смотровом кабинете осуществляется двумя путями. При отсутствии нагрузки кабинета, акушерка активно напоминает участковым врачам, о необходимости направить женщин, ожидающих приема к врачу, в смотровой кабинет, а женщинам, ожидающим приема, разъясняют необходимость посещения смотрового кабинета. Кроме того, осуществляя активные вызовы для диспансерного наблюдения лиц, должны следить за тем, чтобы вызванные женщины посетили смотровой кабинет. В задачу акушерки не входит установление точного диагноза заболевания. Она должна только заподозрить патологию и направлять к врачу на углубленное обследование. При выявлении патологических изменений женских половых органов больную направляют к гинекологу. При выявлении патологии кожи, полости рта, щитовидной железы, лимфатических узлов, молочной железы и прямой кишки направляют больных на дообследование к хирургу районной поликлиники. Обнаружив явные опухолевые образования любого органа, акушерка должна направить больную непосредственно к онкологу. Акушерка должна точно знать, в какое лечебное учреждение нужно направить женщину с той или иной патологией на дообследование. Акушерка составляет списки для женщин отдельно направляемых к гинекологу, к хирургу и онкологу. Списки с выявленной патологией передают второй акушерке поликлиники или онкологический диспансер, т.е. списки являются документом, обеспечивающим преемственность между акушеркой смотрового кабинета и врачами, проводящими дообследование и лечение женщин, нуждающихся в этом. Медицинские учреждения, получившие списки больных из смотрового кабинета, обязаны в кратчайший срок привлечь указанных в списке женщин к дообследованию и санации. К концу года все женщины направленные из смотрового кабинета должны быть дообследованы и санированы. Выводы. Правильная постановка работы смотрового кабинета решила бы огромную проблему по раннему выявлению онкологических заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.В.Старинский, Б.Н.Ковалев, А.А.Пупова, М.А.Винокур. Методические рекомендации. М.: Московский НИИ онкологии им. П.А.Герцена. Минздрав РСФСР. – 1989.

2. Приказ МЗ РК №540 от 12.08.2011г. «Об утверждении Положения о деятельности организации здравоохранения, оказывающий онкологическую помощь населению РК».

УДК 618.2-085.851.8-053.2(574.5)

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР, КАК ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ

Г.Ж. Жангалиева

Областной реабилитационный центр «Материнства и детства», г.Тараз

ТҮЙІН

ОРТАЛЫҚ, МЕМЛЕКЕТ ҮШІН КЕРЕКТІ ІС ОРЫНДАЙДЫ - ҰЛТТЫҢ ГЕНОФОНДЫНЫ ЖАҚСАРТАДЫ. ҚАЗІРГІ ДЕМОГРАФИЯ ШАРТТАРЫҢДА БҮДАН МАҢЫЗДЫЛАУ БОЛА АЛАДЫ. ЖАН ҰЯНЫҢ РЕПРОДУКТИВТІК ДЕНСАУЛЫҚ ҚОРҒАУ БОЙЫНША ТИІМДІЛІК ТУРАЛЫ ШАРАНЫ ЦИФРЛАРДА КӨРСЕТІЛЕДІ. ЕМДЕУ ТИІМДІЛІГІ 95% ҚҰРАЙДЫ. ТӨМЕНДЕТІЛГЕН САЛМАҚПЕН БАЛАЛАР САЛМАҚ ҚОСАДЫ, ГЕМОДИНАМИКАЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІ ЖАҚСАРАДЫ. ДЕМЕК, ОРГАНИЗМНЫҢ ҚАРСЫЛАСУ ДӘРЕЖЕСІ ЖОҒАРЫЛАЙДЫ, ОРНЫҚТЫ ИММУНДІК ЖҮЙЕ КҮШЕЙЕДІ.

SUMMARY

CENTER FOR STATE WITH THE DESIRED BUSINESS – IMPROVES NATION'S GENE POOL. WHAT COULD BE MORE IMPORTANT THAN THAT IN THE CURRENT DEMOGRAPHIC. ON THE EFFECTIVENESS OF MEASURES TO REPRODUCTIVE HEALTH FAMILY BY INTRODUCING A NEW ORGANIZATION OF REHABILITATION MOTHER AND CHILD CARE CAN BEST SAY THE FIGURES. EFFECTIVE TREATMENT IS 95%. CHILDREN WHO ARE UNDERWEIGHT GAIN WEIGHT, IMPROVES HEMODYNAMIC VARIABLES. THEREFORE, INCREASES RESISTANCE TO BECOME MORE THE IMMUNE SYSTEM.

Областной реабилитационный центр «Материнства и детства» Жамбылской области был открыт в 1996 году с целью оказания лечебно-профилактической и реабилитационной помощи беременным женщинам и детям. Центр рассчитан на 150 коек, из них 70 коек - отделение реабилитации беременных и 80 коек - детское отделение. В центре созданы все условия для отдыха и полноценного лечения. Чистый воздух, обилие зеленых насаждений и уютные палаты на двоих - все это благоприятно влияет на здоровье пациентов. Работают следующие диагностические и лечебные подразделения: физиотерапевтическое отделение; стоматологический кабинет; кабинет лазерной терапии; кабинет лечебной физкультуры; кабинет мануальной терапии; массажные кабинеты; кабинет ингаляции; кабинет кислородного коктейля и кислородотерапии; водолечебница (ванны, подводный массаж); клиническая лаборатория.

Главными задачами центра являются: проведение полного комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий, восстановительного лечения - на современном уровне с учетом характера патологии, возраста и индивидуальных особенностей ребенка; проведение полного комплекса реабилитационных мероприятий среди беременных женщин и матерей по уходу с учетом имеющейся патологии; пропаганда среди родителей и детей здорового образа жизни; закаливание детей, стимуляция адаптационных и иммунологических возможностей детского организма с использованием природных и физических лечебных факторов.

Отличительной чертой центра является совместное пребывание матери и ребенка, что создает благоприятный психоэмоциональный покой, и одновременно решает медицинские, социальные и экономические проблемы. В настоящее время отбор беременных женщин и детей осуществляется врачами поликлиник, семейных врачебных амбулаторий. Работаем также в тесном контакте с Перинатальным центром, центром «Брак и семья» и другими областными и городскими лечебными организациями. Для реабилитации в ОРЦ «М и Д» направляют женщин фертильного возраста с 18 до 49 лет, в том числе беременных с момента взятия на учет и до 32-х недель беременности с экстрагенитальной и акушерской патологией. Показаниями для госпитализации являются следующие виды экстрагенитальной патологии: анемия I II ст.; заболевания почек в период ремиссии; заболевания сердечно – сосудистой системы без нарушения кровообращения; заболевания органов дыхания вне обострения; заболевания желудочно – кишечного тракта. Показаниями для акушерской патологии являются: плацентарная недостаточность; привычное невынашивание без угрозы прерывания беременности.

Реабилитация и лечение девочек–подростков с гинекологической патологией проводится по направлению детского акушер–гинеколога. Для оздоровления в ОРЦ «М и Д» направляются дети до 18 лет со всеми нозологическими формами заболеваний, нуждающихся в реабилитации: ЧБД (часто и длительно болеющие); анемия I II ст.; перинатальное поражение ЦНС; ДЦП с сохраненным интеллектом; заболевания сердечно-сосудистой системы без нарушения кровообращения; заболевания мочеполовой системы вне обострения; заболевания желудочно-кишечного тракта вне обострения; бронхолегочная патология вне обострения. Средний курс реабилитации составляет 20 дней. Оказание реабилитационной помощи при наличии путевок оказывается в рамках государственного заказа: детям до 18 лет; беременным женщинам; мамам по уходу за детьми до 6 лет. Теперь, спустя почти 15 лет можно с уверенностью сказать, что центр оправдывает

свое предназначение. За это время здесь отдохнули и поправили свое здоровье более 40 тыс. человек, 43% - беременные женщины и 14% - матери по уходу за детьми. По нозологическим формам среди беременных на 1 месте - анемии I и II степени - 40%, на 2 месте - заболевание почек - 20%. Среди детей заболевания по нозологическим формам на 1 месте - заболевания дыхательных путей - 46%, в т.ч. часто болеющие дети; на 2 месте - болезни крови - 21,6%; на 3 месте - болезни нервной системы - 21,2%.

Несмотря на то, что больные поступают с санаторно-курортными картами они нуждаются в дополнительном обследовании. Для уточнения диагноза и правильного своевременного лечения больные обследуются в нашей клинической лаборатории, проводится УЗИ, консультируются узкими специалистами (эндокринолог, невропатолог). Отдыхающие получают сбалансированное диетическое пятиразовое питание. Проводится работа по пропаганде среди родителей и детей здорового образа жизни, беседы по вопросам правильного воспитания, развития личности ребенка, формирования ответственности за восстановление здоровья ребенка. Медперсонал заботится о стимуляции адаптационных и иммунологических возможностей детского организма с использованием природных и физических лечебных факторов. Ведется работа по программам ВОЗ. Это планирование семьи, грудное вскармливание, предупреждение кишечных и вирусных заболеваний, профилактические прививки. По этим темам проводятся лекции, идет показ видеофильмов, оказывается практическая помощь. Основная задача нашего Центра в оздоровлении матери и ребенка посвящена исключительно важной теме - повышению эффективности мер по охране репродуктивного здоровья семьи путем внедрения новой организации реабилитационной помощи матери и ребенку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Устав ГКП на ПХВ ЖОРЦ «М и Д» УЗД акимата Жамбылской области. Устав зарегистрирован 6 апреля 2010 года департаментом юстиции Жамбылской области за №11230-1919-МК.
2. Лицензия Ж-Лп 01118 ДН серия №0004410 от 26 мая 2010.

УДК 616-002.446

ЭРОЗИИ И ПСЕВДОЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Г.У. Асанбаева

Городская поликлиника №8, г.Тараз

ТҮЙІН

Сонғы он жылда жатыр мойнының рагының алғашқы сатысының формасы 35 өсті. Бұдан шығатын қорытынды осы ауруларға көп көңіл бөліну керек. Бірақ, сонымен қатар жас ауруларда бірнеше қайтара жатыр мойнын күйдіру анықталмаған жатыр рагын өткізіп алу қаупі бар, жүктіліктің және босанғаннан кейінгі асқынға апаруы мүмкін.

SUMMARY

Over the last 10 years number of patients with initial forms of a cancer cervix of the uterus under the data resulted by E.G.Novikova (1994), have increased by 35%. It testifies necessity of special attention to this age group of patients. However it is necessary to warn and form unjustified radicalism under the authority of young patients; a multiple "cauterization" of a cervix of the uterus can promote distribution of not diagnosed malignant processes and formation leukoplakia cervix of the uterus and other pathological processes promoting the complicated current of pregnancy sorts and after the patrimonial period.

Термин «эрозия» происходит от латинского слова erosio - разъедание и в медицинском понимании этого слова означает поверхностное повреждение эпителия кожи или слизистых оболочек. Под эрозией шейки матки следует понимать дефект эпителия, покрывающего влагалищную часть шейки матки. Этот дефект возникает вследствие отторжения многослойного плоского эпителия, покрывающего наружную поверхность шейки матки (экзоцервикс) в результате острого воспалительного процесса, ракового процесса, химических, лучевых воздействий, травматических и других повреждений. Такие эрозии ранее называли «истинными эрозиями», тем самым подчеркивая их происхождение и противопоставляя так называемым псевдоэрозиям («ложным эрозиям»), которые не обусловлены истинным повреждением многослойного плоского эпителия, а представляют собой замещение (нарастание) плоского эпителия на цилиндрический и при визуальном осмотре весьма напоминают эрозированную поверхность.

Эрозии шейки матки встречаются достаточно редко, составляя по данным различных авторов от 5 до 10% в структуре заболеваний шейки матки, существуют не долго и достаточно быстро эпителизируются. Исключение составляют дефекты на шейке матки, вызванные злокачественным процессом. Лечение «истинных» эрозий шейки матки по существу направлено на ликвидацию патологического процесса, их вызвавшего, и никогда не требует локальной деструктирующей терапии с применением физиохирургического воздействия (лазеро-, крио-, диатермокоагуляция и др.), так как они безусловно усугубляют патологический процесс и могут способствовать его распространению, вызывая еще большее эрозирование поверхности и дефект подлежащих тканей. Согласно последней отечественной классификации, предложенной Е.Б.Рудаковой (1996), следует выделять следующие основные виды псевдоэрозии: врожденная, приобретенная и рецидивирующая после уже проведенной ранее терапии шейки матки.

Врожденная псевдоэрозия представлена двумя формами - эктопией и эктропионом и встречается у 11,2 % женщин с псевдоэрозиями. Доказано, что в патогенезе врожденная эктопии и эктропиона большую роль играют гормональные

факторы, в частности, воздействие большего количества эстрогенов, продуцируемым материнским организмом, состояние местного гуморального иммунитета (Купер А.Ф., 1989, 1997) и другие еще до конца не выясненные причины. Термин «эктопия» означает неправильное расположение ткани в несвойственных их местах. В данном случае речь идет о смещении границ цилиндрического эпителия эндоцервикса за пределы наружного зева на влагалищную часть шейки матки. Как известно, в норме у женщин репродуктивного возраста эта граница находится на уровне наружного зева, и цилиндрический эпителий, покрывающий цервикальный канал, не виден. Во внутриутробном периоде процесс смещения цилиндрического эпителия за внутренний зев является нормальным этапом развития шейки матки и, как правило, с возрастом граница двух эпителиев уже не видна. Однако это смещение цилиндрического эпителия на экзоцервикс может сохраняться вплоть до репродуктивного возраста, это же относится и так называемому «зиянию» или «вывороту» цервикального канала определяемому как врожденный эктропион, который встречается чрезвычайно редко.

Врожденная эктопия не требует локального воздействия на шейку матки, т.е. удаления цилиндрического эпителия с помощью физиохирургических методов, так же как и применения различных спринцеваний, мазей с алоэ, облепиховым маслом и другие, многие из которых являются биостимуляторами и могут привести к нарушению дифференцировки тканей. Большинство эктопий со временем не диагностируются в виду образования нормальной границы между двумя эпителиями благодаря естественным процессам, развития организма женщины. Эктопии являются врожденной, как правило «временной» патологией, не опасной в отношении малигнизации. Пациенток следует осматривать 1 раз в полгода с помощью кольпоскопии и PAP-тестах без использования биопсии шейки матки. При нарушениях менструального цикла - лечение этих нарушений, назначение рациональной контрацепции с использованием трехфазных препаратов.

Совершенно другим как по этиологии и патогенезу, так и по подходам к методам лечения, являются «приобретенные псевдоэрозии», возникающие по влиянием тех или иных факторах. Они рассматриваются как полиэтиологическое заболевание, обусловленное воспалительными заболеваниями нижнего и верхнего отделов половых путей, в том числе заболеваний, передающихся половым путем, различными оперативными вмешательствами, особенно многократными абортми, беспорядочной половой жизнью, иммунологическими и гормональными нарушениями, травматическими воздействиями. Так, по данным В.Н.Прилепской и Т.А.Фокиной (1990), частота псевдоэрозий шейки матки у женщин с нарушениями менструального цикла в 5-6 раз превышает таковую в популяции, что является косвенным доказательством роли гармонального гомеостаза в ее этиопатогенезе.

Приобретенные псевдоэрозии - наиболее часто встречаемая доброкачественная патология шейки матки (65,6 % по данным Рудаковой Е.Б., 1996). Нередко приобретенная псевдоэрозия осложняется (или сочетается) с воспалительными процессом шейки матки, нарушениями менструального цикла, деформацией шейки матки и при отсутствии адекватного метода лечения - диспластическими изменениями той или иной степени выраженности. Подход к лечению больных в каждом конкретном случае должен определяться врачом индивидуально с учетом данных комплексного обследования.

Диагностический поиск при приобретенной псевдоэрозии всегда должен быть направлен на исключение (или выявление) возможной малигнизации процесса. с этой целью используется комплекс различных методов исследования: клинический, расширенная кольпоскопия с применением пробы с ацетоуксусной кислотой и пробы Шиллера, цитологические, гистологическое исследование, исследование на основные виды сексуально-трансмиссивных инфекций, изучение функции яичников по данным тестов функциональной диагностики и при необходимости - по уровню гормонов в плазме крови. Пациентки в неосложненной псевдоэрозией, как правило, не предъявляют жалоб. Жалобы появляются при наличии воспалительных процессов (бели, зуд и др.), нарушений менструального цикла, бесплодия. В случаях присоединения процессов малигнизации могут появляться сукровичные или контактные кровянистые выделения.

Лечение. Лечебные мероприятия при приобретенной псевдоэрозии должны быть направлены на ликвидацию сопутствующего воспалительного процесса шейки матки и влагалища, нарушений менструального цикла, удаление патологически измененной ткани шейки матки или стимуляцию регенерации многослойного плоского эпителия. Воспалительные процессы влагалища и шейки матки, безусловно, играют большую роль в персистенции псевдоэрозии кроме того они не позволяют провести полноценное обследование пациенток и изменяют цитологическую картину мазков - отпечатков.

Стимуляция регенерации многослойного плоского эпителия может быть достигнуто путем использования энергии низко частотного ультразвука и гелий - неоновый лазер (Костава М.Н., 1994). Следует еще раз предостеречь врачей о использования с этой целью различных биологически активных средств в виде мазевых тампонов, гелей и т.д. Удаление патологически измененной ткани достигается с помощью физиохирургических методов, к которым относятся: коагуляция; криогенное воздействие; лазерокоагуляция; хирургические методы.

При осложненной псевдоэрозии в сочетании с воспалительными процессами вульвы и влагалища различной этиологии необходимо устранение воспалительного процесса, в зависимости от выявленной этиологии (противотрихомонадные, противогрибковые, противовирусные, противохламидийные и другие средства.) по общепринятым в клинической практике схемам в соответствии с данными предварительного бактериоскопического и бактериологического и других методов лечения. Для лечения псевдоэрозии используются химические коагулянты, в частности, препарат солковагин (фирма «Солко», Базель, Швейцария). Эффективность лечения при неосложненных формах псевдоэрозии у молодых нерожавших женщин составляет 74,3% (Костава М.Н., 1994). При псевдоэрозии у больных с нарушениями менструального цикла производится предварительная коррекция цикла гестагенными препаратами из группы норстероидов (Норколут, примолот-нор) с 16-го по 25-й день менструального цикла по 1 таблетке в течение 3-4 месяцев под динамическим

кольпоскопическим контролем и только после этого - локальное воздействие (крио-, лазеродеструкция и др.). При нарушенной архитектонике шейки матки - ее деформация в сочетании с псевдоэрозией- лазеродискрукция, диатермокоагуляция, хирургическое лечение в зависимости от выраженности процесса. При выявлении у больных с псевдоэрозией диспластических процессов тактика ведения определяется степенью их выраженности (CIN 1, CIN 2, CIN 3). Безусловно, больные с подтвержденной (CIN 3) подлежат лечению только у онколога, ведение больных с CIN 1 и CIN 2 может осуществляться квалифицированным гинекологом по всем общепринятым стандартам.

Профилактика. Для профилактики заболеваний шейки матки необходимо проведение своевременного лечения воспалительных процессов влагалища, шейки матки, матки и ее придатков; своевременная коррекция нарушений менструального цикла; рациональное ведение родов; предотвращение аборт; пропаганда культуры сексуальных отношений, использование современных методов контрацепции, и что особенно важно, при профилактике ятрогенной патологии - своевременная и правильная тактика ведения больных уже при первом обращении больной с применением скринингового исследования для предотвращения последующей малигнизации процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заболевание шейки матки, влагалища и вульвы» под редакцией профессора В.Н.Прилепской;
2. Рудакова Е.Б. «Псевдоэрозия шейки матки // Автореф.дис....док. мед.наук»-М.1996.
3. Фокина Т.А. «Комплексная терапия заболеваний шейки матки у больных с нарушением менструального цикла»// Автореф.дис...канд.мед.наук.- М., 1990.

УДК 616.24-002.3 : 615.844.6

ВНУТРИЛЕГОЧНОЙ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ АНТИБИОТИКОВ ПРИ АБСЦЕДИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

Г.В.Какенова

Акмолинская областная больница, г. Кокшетау

ТҮЙІН

Тыныс алу жолдарының ауруы - өнеркәсіп дамыған елдер тұрғындарының ортақ аурулар құрылымында бірінші орын алады. Оны емдеуде гальванды ток пен антибиотикті қоса тамыр ішілік тамшы түрінде қолдану тиімді әдістердің бірі болып табылады. Бұл әдіспен пульмонология бөлімшесінде 96 науқастар емделді. Клиникалық емделіп шыққандар - 41,6% болса, 58,4% толық емделіп шыққан науқастар.

SUMMARY

Respiratory diseases took first place in the structure of overall morbidity of the population of industrialized countries. One effective way of physiotherapy is the combined application of constant galvanic current and antibiotics enter the body by intravenous drip through. This method of treatment in pulmonology department received 96 patients. Clinical recovery was observed in 41,6% of patients, made a full recovery in 58,4% of patients.

Болезни органов дыхания занимают первое место в структуре общей заболеваемости населения промышленно развитых стран. Согласно прогнозу экспертов ВОЗ, до 2020 г. ожидается дальнейший рост числа больных с респираторной патологией. В структуре легочной патологии гнойные заболевания занимают особое место, и лечение их по-прежнему представляет большие трудности. Наиболее распространенными гнойными заболеваниями легких являются бронхоэктатическая болезнь, абсцесс легкого, плеврит. Лечение нагноительных процессов в дыхательной системе предполагает назначение этиотропной антибактериальной терапии, пассивных и активных санационных мероприятий. Для повышения эффективности лечения целесообразно включение в лечебные комплексы методов физической терапии; обязательным условием является возможность дренирования полости абсцесса и плевры. Действие физических факторов направлено на улучшение проходимости дыхательных путей, повышение эвакуаторной функции бронхов, уменьшение воспалительного потенциала, стимуляцию трофических и репаративных процессов, улучшение функционального состояния дыхательной мускулатуры, функции внешнего дыхания.

Материал и методы. Одним из эффективных методов физиолечения является сочетанное применение постоянного гальванического тока и антибиотиков, поступающих в организм внутривенным капельным путем. В основе метода лежит принцип электроолиминации – выход лекарств из сосудов в ткани под влиянием электрического поля постоянного тока и создание повышенной концентрации их в патологическом очаге. Под влиянием гальванического тока повышается проницаемость гистогематических барьеров и за счет увеличения концентрации медикаментов повышается их лечебное действие. Данную технологию осуществляют после

санации гнойных полостей при экранирующем действии антибактериальной терапии. При капельном внутривенном введении гальванизацию проводят после того, как введено 1/2 -2/3 объема лекарственного раствора. Процедуры проводят при помощи аппарата «Поток -1». Электроды размером 10x10 см каждый накладывают на грудную клетку таким образом, чтобы очаг поражения находился в межэлектродном пространстве. Плотность тока составляет 0,05-0,1 мА/см², длительность 20-40 минут. Курс лечения устанавливается индивидуально в зависимости от лечебного эффекта и составляет от 6 до 10 процедур.

Курсовое применение метода вызывает стимуляцию репаративных процессов, ускоряет закрытие полости с исходом в пневмосклероз. Данную методику лечения в пульмонологическом отделении получили 96 больных. По нозологическим формам: абсцесс легкого -10 больных; абсцедирующая пневмония -47 больных; крупозная пневмония -39 больных. Под влиянием «внутриканевого электрофореза» антибиотиков наблюдалось быстрое разрешение острого воспаления с нормализующей клинической картиной заболевания, что выражалось в ослаблении кашля, уменьшении количества мокроты и гнойных элементов в ней, уменьшение влажных и сухих хрипов, улучшение показателей гемограммы и протеинграммы. Клинический эффект подтверждался на рентгено- и томограммах. Клиническое выздоровление отмечено у 41,6% больных, полное выздоровление у 58,4% больных. Применение данного метода физиотерапии позволило значительно сократить среднюю продолжительность пребывания больных в стационаре в среднем на 4,1 койко - день.

Выводы. Таким образом надо отметить, что «внутриканевый электрофорез» назначается на фоне медикаментозной противовоспалительной терапии после санации гнойных полостей. Его целесообразно подключать для повышения эффективности лечения. Под влиянием этого метода наблюдается более быстрое разрешение гнойного процесса, что сокращает сроки лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боголюбов В.М. Физиолечение и курортология. – Москва.- 2008.- С. 110-122;
2. Улашин В.С. Теория и практика лекарственного электрофореза. – Минск.- 1976. - 216 с.;
3. Баров В.А. Лечение абсцедирующих пневмоний с применением физиотерапевтического комплекса// Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК.- 1987.- №2. – С. 13-16.

УДК 615.015.1 : 615.83-03

ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Г.В. Какенова

Акмолинская областная больница, г. Кокшетау

ТҮЙІН

Аортакоронарлық ұштастыру операциялары жасалған науқыстарды сауықтыру кешенді жүйесінде физикалық сауықтыру рөлі анықталған. Физикалық сауықтыру негізгі ұстанымдары: ерте бастау, кезең бойынша, кешенділік, үздіксіздік. Физиотерапия әдістемелері, емдік дене шынықтырулар, емдік укалау наукастарды артатын тұрмыстық жүктемелерге және белсенді қозғалу тәртібіне ауысуға дайындайды. Сауықтыру бөлімшесінің стационарлық кезені жүрек-тамырлы, тыныс алу, орталық жүйке жүйесі, операциядан кейінгі асқинулардың алдын алу және жою, наукастардың психикалық статусін қалпына келтіру, бейімделу-тенгерме үдірістерінің, ағзаның қордағы мүмкіндіктерінің бұзылған функциялар жағдайын қалпына келтіру үрдісінде негізгі болып табылады.

SUMMARY

Defined the role of physical rehabilitation in a comprehensive system of rehabilitation of patients after coronary bypass surgery. The basic principles of physical rehabilitation is an early start, phasing, comprehensiveness, continuity. Methods of physical therapy, physical therapy, therapeutic massage prepare patients for increasing domestic pressures and the transition to the active motor mode. Stationary phase in the rehabilitation department is central to the process of restoring the disturbed state of the cardiovascular, respiratory, central nervous system, in the elimination and prevention of postoperative complications, the normalization of the mental status of patients, improvement of the adaptive-compensatory processes, back-up of the body.

Хирургические методы реваскуляризации миокарда остаются наиболее радикальным методом лечения ишемической болезни сердца (ИБС). Наибольшее распространение получило аортокоронарное шунтирование (АКШ) с использованием венозных артериальных трансплантантов. Низкие показатели смертности, высокая клиническая эффективность и увеличение продолжительности жизни больных свидетельствуют о преимуществе АКШ перед медикаментозным лечением, особенно при многососудистых поражениях. Целью реабилитации больных ИБС после хирургического лечения является: раннее восстановление трудоспособности; снижение частоты инвалидизации больных; урежение обострений ИБС. В связи с общей тенденцией омоложения атеросклероза большинство оперированных больных являются лицами молодого и среднего (35-50 лет), т.е. трудоспособного возраста, что и предопределяет у них актуальность реабилитационных мероприятий.

Проведение комплексных реабилитационных мероприятий способствует оптимизации результатов АКШ, более полному и быстрому улучшению качественных показателей кардио-респираторной системы и восстановлению трудоспособности. В послеоперационном периоде больной находится в кардиохирургическом отделении 10-14 дней (до снятия послеоперационных швов), после чего переводится в реабилитационное отделение, где и осуществляется в полном объеме весь комплекс медикаментозной, физической реабилитации. Этот этап является основным в процессе восстановления нарушенного состояния функций сердечно сосудистой, дыхательной, центральной нервной системы, в ликвидации и предотвращении серьезных послеоперационных осложнений, нормализации психического статуса больных, улучшении адаптационно- компенсаторных процессов, резервных возможностей организма.

Задачи восстановительного лечения весьма многочисленны. При помощи медикаментозного лечения, физических факторов (лечебной физкультуры (ЛФК), физиотерапии), психотерапевтических и психологических мер необходимо воздействовать на процессы регенерации, состояние коронарного, коллатерального кровообращения и метаболизм миокарда, на экстракардиальные факторы с целью уменьшения коронарной недостаточности, улучшения сократительной функции миокарда, нормализации электрической активности сердца.

Цель работы: изучение эффективности физического аспекта реабилитации- различных видов ЛФК, лечебного массажа, методов физиотерапии после АКШ в ранние сроки. Для определения объема и интенсивности физической терапии наряду с клинической оценкой состояния больных необходимо проведение функциональных проб с физической нагрузкой. Это различные виды ЛФК-лечебная гимнастика, дозированная ходьба, спортивные игры, дозированные тренировки на велоэргометре. Проведение этих исследований позволяет оценить сердечный и коронарный резервы, физическую работоспособность, состояние респираторной системы. В задачи лечебной гимнастики входит восстановление полноценного дыхания, ликвидация послеоперационных осложнений, стимулирование экстракардиальных факторов кровообращения, улучшение функционального состояния центральной нервной системы (ЦНС) и мозгового кровообращения, повышение уровня адаптации организма больного к физическим нагрузкам, в том числе бытового характера. Лечебная гимнастика проводится групповым методом один раз в день, продолжительность 15-20 минут. Включает в себя упражнения на дыхание, координацию и расслабление. В занятиях используют гимнастические снаряды (палки, мячи). Комплекс гимнастики строится в зависимости от сроков после операции, функционального класса и энергетических затрат.

Дозированная ходьба является режимом аэробической активности пациента. Ко времени выписки из хирургического отделения больной проходит 200-400 м в течении 10 минут, со скоростью 70-80 шагов в минуту. После проведения велоэргометрической пробы, когда определена тренирующая нагрузка, увеличивается расстояние и скорость ходьбы. Ко времени выписки из реабилитационного стационара больной обычно ходит 25-30 минут со скоростью 90-100 ш/мин. (от 3-6 км). При подъеме на ступеньки лестницы рекомендуется первые две недели подниматься не более чем на 1-2 этажа. С третьей недели темп подъема 20-30 восхождений в минуту, в 2-3 приема, продолжительностью до 5 минут. После каждой минуты подъема рекомендуется отдых 1-2 минуты. Критериями адекватности физической реабилитации являются учащение пульса во время лечебной гимнастики, ходьбы либо бытовых нагрузок более чем на 25 уд/мин. или не выше 100 уд/мин., отсутствие приступов стенокардии, одышки, слабости, подъем или снижение (по сравнению с состоянием покоя) систолического АД не более чем на 10 мм.рт.ст. При нарушениях указанных симптомов темп нагрузки снижается, а при развитии острой сердечной недостаточности, острых нарушениях ритма и проводимости, острого нарушения коронарного или мозгового кровообращения полностью прекращается. Процедуры проводят под контролем пульса, артериального давления и ЭКГ. Существенное место в комплексе ранней реабилитации данной категории больных занимает лечебный массаж. Его применяют для снижения болевого синдрома как последствие стернотомии, снятия напряженности в мышцах спины, грудной клетки, для рассасывания инфильтратов и стимуляции регенеративных процессов, повышения газообмена в органах и тканях. Используют все приемы классического массажа (поглаживание, растирание, непрерывистую лабильную вибрацию). Противопоказаниями являются: нестабильная стенокардия IV ФК, сердечная недостаточность выше II стадии, острые флебит и тромбофлебит, медиастенит, лихорадочное состояние, кожная гиперестезия. Массаж назначают курсом до 10-15 процедур. Длительность процедуры в начале курса составляет: массаж спины- 7 минут, передней поверхности грудной клетки- 5 минут. К середине курса длительность процедуры увеличивается: массаж спины- до 12 минут, грудной клетки –до 6 минут. После процедуры массажа больные должны отдыхать не менее 40-60 минут.

Физиотерапия. Методы физиотерапии преследуют цель улучшить функциональное состояние сердечно сосудистой и нервной системы. Используют такие методы физиотерапии, которые мало влияют на гемодинамику, т.е. являются малонагружающими и могут быть применены у больных даже с тяжелой формой ИБС. К таким методам относится низкоинтенсивное лазерное излучение (НЛИ), которое оказывает непосредственное действие на биологические клеточные мембраны. Результатом этого действия являются изменения липидного слоя клеточных мембран и активизация связанных с ними ферментов. Таким образом повышается метаболизм ишемизированных кардиомиоцитов, активно не сокращающихся, но сохраняющих определенный уровень метаболизма и обеспечивающих их жизнедеятельность. НЛИ показано пациентам в ранние сроки после хирургической реваскуляризации миокарда, у которых отсутствуют серьезные внутри и послеоперационные осложнения. Лазеротерапия рекомендуется при наличии у больных выраженных болей в области послеоперационных швов, корешковых болей, болевых проявлений плекситов, воспалительных

явлений в области послеоперационных рубцов, а также больным с оставшейся стенокардией при удовлетворительной сократительной функции миокарда, относительной сохранности коронарного резерва. Улучшение функционального состояния миокарда у этих больных происходит в результате генерализованной реакции организма на усиление микроциркуляции, что повышает перфузию миокарда.

Процедуры проводим от аппарата «Рикта 04/4». Методика проведения процедур: контактный способ; длина волны непрерывно инфракрасного излучения -0,85 мкм, мощность излучателя 30 мВт, магнитная индукция постоянного магнитного поля 35 мТл, частота импульсов от 5-100 гц. Воздействуют по стабильной методике на три поля: область верхушки сердца, среднюю треть грудины и левую подлопаточную область. Время воздействия на каждое поле -1 мин. с 1 по 5 процедуру и 2 мин. – с 6 по 10 процедуру. Курс лечения -10 ежедневных процедур. Фактором выбора для кардиохирургических больных является низкочастотное магнитное поле (НМП). Включение в реабилитационный комплекс НМП подготавливает больных к включению щадящее тренирующих и тренирующих воздействий реабилитационных факторов. Существенно, что НМП способствует ликвидации таких послеоперационных осложнений, как травматические плевриты, пневмонические невралгии, обострение остеохондроза, также существенно затрудняющих начало активных реабилитационных мероприятий. При воздействии НМП паравертебрально на уровне сегментов C_{v1}- Th II повышается сократительная функция миокарда, восстанавливается гемокоагуляционный потенциал в результате дезагрегационного и антикоагуляционного эффектов. В силу того, что НМП не приводит к резким сдвигам центральной гемодинамики и системе гемокоагуляции возможно его включение в реабилитационные мероприятия с самых ранних сроков после реваскуляризации миокарда.

Методика проведения процедур: используют аппарат «Полус-1», выходная мощность 35мТл, воздействуют паравертебрально на уровне сегментов C_{v1}-Th II. Применяются цилиндрические индукторы с разноименными полюсами с зазором между ними 5-7 см; длительность экспозиции -15 мин. Процедуры проводятся ежедневно, на курс -15-20 процедур. На раннем этапе реабилитации основным принципом построения лечебных комплексов является щадящий режим. С открытием кардиологического реабилитационного отделения на базе Акмолинской областной больницы курс ранней реабилитации получили 206 больных после операции АКШ. С первого дня пребывания больного в реабилитационном отделении для него разрабатывается комплексная программа. Комплекс включает- различные виды лечебной физкультуры: лечебная дыхательная гимнастика, дозированная ходьба, дозированные тренировки на велотренажере, лечебный массаж, один из вышеизложенных методов физиотерапии. При нарушениях сна, невротических реакциях возможно использование физиотерапевтических методов, оказывающих седативное действие: электросон, электрофорез седативных лекарственных средств, гальванические воротники. Длительность пребывания больных в реабилитационном кардиологическом отделении в среднем составляет 20-21 день. За это время больные проходят комплексный курс реабилитации.

Перед выпиской из стационара пациент получает рекомендации по физической активности в домашних условиях на 6 месяцев. После выполнения реабилитации на стационарном этапе физическая работоспособность больных после операции АКШ увеличивается на 29%. Увеличение происходит у 72% больных, из них у 20% это увеличение равно двум ступеням нагрузки, т.е. 50 Вт. Происходит сдвиг в сторону субмаксимальной нагрузки до 39% и уменьшения пороговой усталости до 54%. Выражена явная тенденция к увеличению максимального потребления кислорода у 74%, частота сердечных сокращений уменьшается в среднем на 8-9 уд./мин. кислородный пульс увеличивается у 68% больных с 12,2 мл/уд до 13,9 мл/уд.

Выводы: Физическая реабилитация больных ИБС после операции АКШ является неотъемлемой частью восстановительного лечения. Физический аспект включает различные виды лечебной физкультуры, лечебный массаж, физиотерапию, которые подготавливают пациентов к возрастающим бытовым нагрузкам и переводят на активный двигательный режим. Для определения объема и интенсивности физической терапии необходимо проведение функциональных проб с физической нагрузкой. Физические методы лечения способствуя физической реабилитации и оказывая действие на нарушенное функциональное состояние ЦНС, на вегетативную нервную систему, улучшают психический статус больных, повышают уровень психической деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.М. Боголюбов. Физиотерапия и курортология. - Москва, 2008.- С. 29-38;
2. В.Е.Маликов. Руководство по реабилитации больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования.- Москва. Издательство НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 1999. – 106 с.;
3. Скурихина Л.А. Физические факторы в лечении и реабилитации больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. М . Медицина -1979. 208 с.

УДК 617.735-053.32

РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ*Л.Б. Кесикбаева**Областной офтальмологический центр, г.Тараз.*

Витреоретинальное сосудисто-пролиферативное поражение глаз у недоношенных детей чаще приводит к необратимой слепоте. Патогенез заболевания: окончательно не выяснен, но общепризнано, что в основе лежит нарушение нормального васкулогенеза сетчатки в результате воздействия негативных перинатальных факторов. К факторам риска относятся неонатальные, как гестационный возраст, масса тела, длительность ИВЛ и оксигенотерапии, колебания уровня газов крови, эпизоды апноэ, ВЖК 3-4 степени, БЛД, ВУИ, пневмония. К интранатальным факторам - многоплодие, отслойка плаценты, патологическое предлежание плаценты, длительный безводный период, преэклампсия.

Рассмотрим частоту ретинопатии недоношенных среди групп риска, к примеру, в Российской Федерации 17 – 40 %. Если наблюдать по городам России, то 33,9 % приходится на Москву (Е.И.Сидоренко, 2010); 14 – 19 % на Санкт – Петербург (Э.И.Сайдашева, 2011); 30 % на Калугу и Калужскую область (МНТК Федорова, Терещенко А.В., 2007). Классификация ретинопатии недоношенных (РН) (принято в Чикаго в 1984 году) рассматривается: по стадиям; по распространенности; по зонам; по активности течения.

Международная классификация ретинопатии недоношенных (ICROP1984., 2005г.) включает: фазы заболевания (активная, рубцовая); стадии заболевания (1-5); локализация процесса (Зоны 1,2,3); протяженность процесса (по часовым меридианам); плюс болезнь; пре-плюс болезнь. Задняя агрессивная РН разделяется на стадии. Первая стадия заключается в демаркационной линии, которая разделяет васкулярную зону сетчатки от аваскулярной. Сосуды сетчатки расширены и извиты. Вторая стадия.

Демаркационная линия становится выше, шире, приподнимаясь над плоскостью сетчатки. Характерно увеличение числа артериовенозных периферических шунтов. Третья стадия. Гребень с экстраретинальной и фиброваскулярной пролиферацией. Пучки новообразованных сосудов 4А и 4В стадии РН. Отслойка сетчатки А – без захвата макулы. Б – с захватом макулы. Четвертая и пятая стадии. 4-частичная отслойка сетчатки. 5 - тотальная отслойка сетчатки (воронкообразная). 5 стадия РН - тотальная отслойка сетчатки.

Определение предпороговой и пороговой РН по данным STOP-ROP. Type 1- ROP. Зона 1- любая стадия РН с «плюс» болезнью. Зона 1- стадия 3 без «плюс» болезни. Зона 2- стадия 2-3 с «плюс» болезнью. Пороговое состояние: стадия 3, «+» болезнь. При резком увеличении калибра вен и выраженной извитости сосудов сетчатки, ригидности зрачка и рубцозе радужки используют термин «плюс» - болезнь, как показатель злокачественности процесса. Протяженность патологического процесса на сетчатке – 5 непрерывных или 8 суммарных часов.

Плюс болезнь – неблагоприятная форма активной РН (резкое расширение сосудов, помутнение стекловидного тела, кровоизлияния по ходу сосудов, расширение сосудов радужки). Задняя агрессивная РН характеризуется злокачественным, молниеносным течением (резкое сужение сосудов сетчатки и ее выраженный ишемический отек, почти всегда круговое поражение в 12ч. меридианах, локализация процесса в заднем полюсе).

Скрининг при ретинопатии недоношенных: масса тела при рождении меньше 1500 граммов. Гестационный возраст меньше 32 недель. Недоношенные дети с ВЖК 3- 4. Дети с частными, глубокими апноэ. Длительная экспозиция вдыхаемого кислорода (более 30 дней) или наличие признаков бронхолегочной дисплазии. Активный скрининг ретинопатии недоношенных является единственным способом ранней диагностики заболевания.

Первичный осмотр недоношенных детей. По международным и по нашим данным, первый осмотр должен проводиться на 3 – 9 неделе жизни младенцев, но не раньше, чем ребенок достигнет 31 недель гестационного возраста.

Выводы. 1. Активный скрининг РН в условиях перинатальных центров является на сегодняшний день единственным способом ранней диагностики заболевания. 2. Диагностика ретинопатии недоношенных на ранних ее стадиях возможна только при современной оснащенности и специальной подготовке врачей-офтальмологов. 3. Своевременное проведение профилактической лазеркоагуляции сетчатки в активной стадии процесса, может обеспечить большую эффективность лечения ретинопатии недоношенных, что в дальнейшем приведет к снижению уровня инвалидности у детей с раннего возраста по зрению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015».
2. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы.

СОДЕРЖАНИЕ

ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ	
ЧЕРЕЗ ТЕРНИИ К ЗВЕЗДАМ ИЛИ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОДАРЕННОГО ЧЕЛОВЕКА, СПОСОБНОГО ПРЕДВИДЕТЬ МАСШТАБЫ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА СТЫКЕ ТЫСЯЧЕЛЕТИЙ, ПЕРВОГО РЕКТОРА ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ АКАДЕМИИ ЕСБОЛГАНА ТЕГИСБАЕВИЧА ТЕГИСБАЕВА, ОТМЕТИВШЕГО СВОЙ 80-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ <i>Б.К. Махатов, Р.А. Шаймерденова</i>	3
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОБЛАСТНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА <i>А.С. Шуленбаева</i>	5
ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «ХОНДРОКСИД ®» У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ <i>Г.Ж.Жайынбаева</i>	8
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭБРАНТИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ЮКО <i>Г.М. Сейтжанова</i>	9
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦЕФДИМА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЯХ <i>С. Е. Тнымкулова</i>	11
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКВАТОРА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>О.К. Абиев</i>	12
ПРИМЕНЕНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ АМЛОДИПИНА И ВАЛСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>О.К. Абиев</i>	13
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ РЕВМОКСИКАМА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ <i>А.Е. Туртаева, О.К. Абиев, Р.Н. Кенжеханова, Г.И. Оразбаева, Ж.Т. Аширова</i>	15
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХОНДРОИТИНА СУЛЬФАТА ПРИ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ <i>А.Е. Туртаева, О.К. Абиев, Р.Н. Кенжеханова, Г.И. Оразбаева, Ж.Т. Аширова</i>	16
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТРУКТУМА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ <i>А.Е. Туртаева, О.К. Абиев, Р.Н. Кенжеханова, Г.И. Оразбаева, Ж.Т. Аширова</i>	17
ПРИМЕНЕНИЕ МОВАЛИСА У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Г.И. Оразбай</i>	18
ПРИМЕНЕНИЕ СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Г.И. Оразбай</i>	20
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КУРСА ФЕНОТРОПИЛА В ЛЕЧЕНИИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ <i>Е.В. Семикина</i>	21
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОПАНТЕНОВОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ, КАК СЛЕДСТВИЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС <i>Б.Ж. Молдалина</i>	22
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИФИФОРМА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ <i>Ж. Т. Мусаева</i>	24
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «ФЕРКАЙЛА» В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ <i>Х.Н. Байтурсунова</i>	25
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ГЛЮКОВАНС» В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА <i>К.К.Абетаева</i>	26
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВАЛСАРТАНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Б.Дадикбаева</i>	28
РОЛЬ МАГНИЯ В КРОВИ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ <i>Л. Т. Татыбаева</i>	30
ПРИМЕНЕНИЕ ТОБРЕКСА В ДЕТСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>А. К. Беккулиева</i>	32
СОЗДАНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СПРАВОЧНО-ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ <i>Г.Ж. Умурзакова, М.М. Сапақбай, Л.А. Букина, У.Б. Төжибаева</i>	33
ФАРМАЦЕВТИҚ ПАЦИЕНТПЕН ТИІМДІ ӨЗАРА ӨРЕКЕТТІ ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ ҮШІН ҚАРЫМ-ҚАТЫНАСТЫҚ ВЕРБАЛДЫ ЖӘНЕ ВЕРБАЛДЫ ЕМЕС ТӘСІЛДЕРІН ПАЙДАЛАНУ <i>Ғ.Ж. Умурзақова, М.М. Сапақбай, У.Б. Төжибаева</i>	35

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА, ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	
О ПРИМЕНЕНИИ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ТАРИФОВ В КРУГЛОСУТОЧНЫХ СТАЦИОНАРАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПО ВИДАМ ОКАЗАНИЯ В 2010 ГОДУ <i>В.В. Койков, А.С. Айкешева, С. Б. Абдраимов, А.К. Альмадиева</i>	38
ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ДО ВНЕДРЕНИЯ ЕДИНОЙ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН <i>В.В. Койков, Г.Т. Корабаева, А.Б. Абдрахманов, А.К. Альмадиева</i>	41
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ В XIX В. (НА МАТЕРИАЛАХ ПО АКМОЛЕ, КАРКАРАЛЫ И АКТОБЕ) <i>Ш.Н.Саяхимова, Ж.А.Ергалиева</i>	44
АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ДИАБЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ <i>Г.О. Сапарова, К.Т. Курбанова, Г.О. Доланова</i>	47
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА <i>Г.О. Сапарова, К.Т. Курбанова, Г.О. Доланова</i>	50
К ВОПРОСУ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКИ ТАНАТОГЕНЕЗА И МЕХАНИЗМА ОБРАЗОВАНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ, СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ДОРОЖНО- ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ <i>К.П. Таштемиров</i>	54
ОБ ОПЫТЕ ОЦЕНКИ УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА В ЮЖНО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>К.М.Маширова</i>	57
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ <i>Л.З.Исаева</i>	60
РЕАБИЛИТАЦИЯ- СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ В ПРОГРАММЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ <i>А. С. Сайдұллаева</i>	62
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СПЕКТРА И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ДЕЙСТВИЯ, ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ РИСПОЛЕПТА - КОНСТА И ГАЛОПЕРИДОЛ ДЕКАНАТА <i>М. Ж. Мырзахметова, С. О. Оспанова, Н. С. Жылкыбаев, С. Т. Кетебаева, Ш. У. Шайлауов</i>	63
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ И ПРОФИЛАКТИКА ДЦП <i>Б.Ж. Молдалина</i>	68
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЗАПОРА У БЕРЕМЕННЫХ <i>Г.Ж. Жангалиева</i>	70
МАСТОПАТИЯ <i>Г.У. Асанбаева</i>	73
ХРОНИЧЕСКИЕ, АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ <i>Л.А. Гончар</i>	75
ЛЕЧЕБНО- РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС В ЛЕЧЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ <i>Н.Е. Столярова</i>	77
САНИТАРНО - КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ОЗДОРОВЛЕНИЕ В АКУШЕРСКО - ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ САРЫАГАШСКОЙ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД ЗА 2009 ГОД <i>А.А. Мельдеева</i>	78
МЕТОДИКА ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ В МАЛЫХ ГРУППАХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОБУЧАЮЩИХ ТЕСТОВ <i>А. К. Патсаев, Л. А. Дильдабекова, Х. Б.Алиханова, Ш. С. Шыназбекова</i>	80
БРОНХИТТИ ЕМДЕУДЕГІ ОКСИГЕНОТЕРАПИЯНЫҢ МАҢЫЗЫ <i>Г.Ш. Елтаева, А.К.Назарова, Ш.Б. Байдаулетова, Г.С.Муратова</i>	83
ШУМ – КАК ВРЕДНЫЙ ФАКТОР ОКАЗЫВАЮЩЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ВЛИЯНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА <i>У. Ж. Тагайбекова</i>	84
АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ НА ОБЪЕКТАХ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА <i>У. Ж. Тагайбекова</i>	85
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ С С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №1 Г. ШЫМКЕНТ <i>Х.Т. Байтурсунова</i>	87
ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Б. Дадикбаева</i>	89
БАС МИЫНЫҢ ЖАРАҚАТТЫҚ ЗАҚЫМДАЛУЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ЕРТЕ ОҢАЛТУЫНДА КОГНИТИВТИ ҚЫЗМЕТТЕРДІҢ ҚАЛПЫНА КЕЛУІНЕ ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОРЛАРДЫ БАҒАЛАУ <i>Б. И. Ақулов</i>	91
ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА <i>М.К. Омышева</i>	92

ПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА <i>Л. Г. Маджуга, К. Б. Даумбаева, М. Е. Столярова, Б. М. Манахаев, Ж. С. Сабиров.....</i>	93
ОЦЕНКА ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ МЕТОДОМ ТЕСТИРОВАНИЯ <i>Г. Д. Юнусходжаева.....</i>	96
ТАКТИКА ВРАЧА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКЦИИ <i>С. А. Калкабаева, Э.Р. Алимбаева, К.О. Акимбаева, А.М. Мамадияров, Н.Ж. Тулегенова, Ж.К. Абильдаева</i>	98
АУРУХАНАҒА ДЕЙІНГІ ЭТАПТА МЕДИЦИНАЛЫҚ ЭТИКА МЕН ДЕОНТОЛОГИЯ <i>С. А. Калкабаева, Э.Р. Алимбаева, Ж.К. Абильдаева, Н.Ж. Тулегенова, А.М. Мамадияров.....</i>	99
ЧАСТОТА АНОМАЛИЙ РЕФРАКЦИИ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА ТАРАЗА <i>А.К. Беккулиева.....</i>	100
КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: КАЧЕСТВО УПРАВЛЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ ПРЕДПРИЯТИЯМИ <i>Т.С. Саткалиева, А.М. Сейтказиева, А.Б. Махатова, А.Е. Рахимбекова.....</i>	101
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	
МЕХАНИКАЛЫҚ САРҒАЮДЫҢ ТҮБЕГЕЙЛІ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУДЕН КЕЙІНГІ ИММУНОКОРРЕКЦИЯ <i>А.Е. Алибеков.....</i>	103
ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ГОРМОНОВ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ <i>Ф. Д. Хатамов, П. Е. Калменова, С. А. Туктибаева, Л. В. Ахметова, Г.И. Туктибаева.....</i>	105
ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИОКСИДИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>К.Р.Рысмухамедова.....</i>	108
ОСОБЕННОСТИ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ <i>Л.З.Исаева.....</i>	109
ДИСБИОТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ БИОТОПОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ И МАТЕРЕЙ ГРУППЫ РИСКА <i>Г.А. Абдиханова.....</i>	111
МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С «БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ» <i>Д.А. Азимова.....</i>	113
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ИРРИТАТИВНЫХ РАСТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Н.У. Шардарбеков.....</i>	115
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЛОР – ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ <i>Б.У. Тышканбаев.....</i>	116
СОЗЫЛМАЛЫ СПОНДИЛОГЕНДІ ДОРСАЛГИЯНЫ ЕМДЕУ МҮМКІНШІЛІКТЕРІ <i>Б. И. Акулов.....</i>	119
ИНСУЛЬТКЕ ҰШЫРАҒАН НАУҚАСТАРДАҒЫ ДЕПРЕССИВТІ БҰЗЫЛЫСТАРДЫ ЕМДЕУ МҮМКІНШІЛІКТЕРІ <i>Б. И. Акулов, М.К. Омышева</i>	120
ДИСЦИРКУЛЯТОРЛЫ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДАҒЫ ДЕПРЕССИВТІ БҰЗЫЛЫСТАРДЫ ЕМДЕУ МҮМКІНШІЛІКТЕРІ <i>Б. И. Акулов, М.К. Омышева</i>	122
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА «НЕМЫХ» ЛАКУНАРНЫХ ИНФАРКТОВ МОЗГА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>М.К. Омышева.....</i>	123
ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ <i>Ж.И. Сатенова, Г. Е. Калдыгозова.....</i>	125
ТЕЗИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЫВОРОТКИ КРОВИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ ГАЙМОРИТОМ <i>К.Т. Ауезов.....</i>	126
ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ ГАЙМОРИТАХ <i>К.Т. Ауезов.....</i>	129
ИНФРАКРАСНАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ ГАЙМОРИТОМ В ДИНАМИКЕ ОЗОН/NO- УЛЬТРАЗВУКОВОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>К.Т. Ауезов.....</i>	131
ТЕМІР ТАПШЫ АНЕМИЯСЫ ЖӘНЕ АНЫҚТАУ ӘДІСТЕРІ <i>Ш.Ө. Ералиева.....</i>	133
СОЗЫЛМАЛЫ ЛИМФОЛЕЙКОЗДЫҢ ҚАЗІРГІ ЗАМАНДАҒЫ ЕМІ <i>С. Н. Абдулова.....</i>	136
ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА 4-Х ЛЕТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ <i>Т.Т. Жуманов.....</i>	138
ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ И ДРУГИХ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ <i>У. Ж. Чулпанов, С.Ж. Мамедов, М.Ш. Ильясов, М.Т. Токмырзаев, Б.Б. Мырзахметов.....</i>	139

ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ <i>М.Т. Токмурзаев</i>	142
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫМ РЕБЕНКОМ НА УЧАСТКЕ <i>А.У. Ниязова</i>	144
ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Р.Р. Ажибаева</i>	146
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ Г. ШЫМКЕНТА <i>Э.У. Сауленбаева</i>	147
КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ <i>Э.У. Сауленбаева</i>	148
АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ГРЫЖ БРЮШНОЙ СТЕНКИ <i>К.А. Намаева</i>	150
ОСТРЫЙ ГАЙМОРИТ: ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ <i>Ж.Б. Медеров</i>	152
СТАФИЛОКОККИ, КАК ОСНОВНЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ МАСТИТОВ У ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ <i>Г.М. Ахметова</i>	153
ПРОФИЛАКТИКА ВОСХОДЯЩЕЙ УРОИНФЕКЦИИ В КОМПЛЕКСЕ МЕР ПО ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ БОЛЬНЫХ ОРИТ <i>Б.Т.Токкулиев</i>	154
АНЕМИЯ, ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ <i>К.А. Амрекулов</i>	157
АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ: ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА <i>С.А. Шералиев</i>	158
ОБЗОР	
ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРГЕ ҚАУІПТІЛІГІ ЖОҒАРЫ НАУҚАСТАРДА АЛҒАШҚЫ СКРИНИНГТІ ДИАГНОСТИКАНЫҢ ТИІМДІЛІГІН КӨТЕРУ ӘДІСТЕРДІҢ ЖЕТІЛДІРУ ЖОЛДАРЫ <i>Р.Т. Тажимурадов, Р.А. Мусиралиев, С.Ш. Ескулов, Н.А. Турлыбаев, М.Ю. Саранова</i>	160
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРИМЕНЕНИЮ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ <i>Р.Т. Тажимурадов, Р.А. Мусиралиев, С.Ш. Ескулов, С.Г. Рахметов, М.Ю. Саранова</i>	165
СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА <i>Г. Д. Юнусходжаева</i>	173
ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР) <i>И. У. Исмаилова</i>	178
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ	
ОСТРЫЙ ЛАРИНГИТ У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ <i>Е.И. Карасавиди</i>	182
СИНДРОМ КАРТАГЕНЕРА У ДЕВОЧКИ 6 ЛЕТ <i>Е.И. Карасавиди</i>	183
СЛУЧАЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ <i>А.В. Антоненко</i>	184
СЛУЧАЙ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ПОЛОСТИ НОСА. РИНОЛИТ <i>И.С. Шакиров</i>	185
ЖИВОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ГЛОТКИ <i>И.С. Шакиров</i>	186
ГИНАТРЕЗИЯ <i>А.В. Антоненко, М.И. Мамадалиев, Н.К. Еримбетов, И.С. Шакиров, А.К. Айдаров, С.С. Байменова</i>	187
ЭХИНОКОКК ЛЕГКОГО <i>А.В. Антоненко</i>	188
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА <i>Е.К. Давренов</i>	189
ТРАГИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ОГИЛВИ <i>Н.И. Ахментаев</i>	190
КӨЗ ҚАСАҢ ҚАБЫҒЫНЫҢ ШЕЛ БАСУЫ ЖӘНЕ ОҒАН ҚАРСЫ ЖАСАЛҒАН ШАРАЛАР <i>К.М. Ауезова</i>	191
ИРИФРИН, ПРИ СНЯТИИ СПАЗМА АККОМОДАЦИИ <i>К.М. Ауезова</i>	192
ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ САРЫАҒАШ АУДАНЫНДАҒЫ КӨЗ АУЫРУЛАР ЖАҒДАЙЫ <i>К.М. Ауезова</i>	193
СЛУЧАЙ КАТАРАКТЫ У ВЗРОСЛЫХ И У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ <i>И.М. Рустамов</i>	194
ВЗАИМОСВЯЗЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ И ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА <i>Ж.С. Султанова</i>	196
ЗНАЧЕНИЕ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ <i>Ж.А. Пазылбекова</i>	197

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «КЕНАЛОГ» В ЛЕЧЕНИИ ХАЛЯЗИОНА У ДЕТЕЙ <i>А.Н. Сагандыкова</i>	199
ГИГИЕНА ЗРЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ АНОМАЛИЙ РЕФРАКЦИИ У ДЕТЕЙ <i>А.Н. Сагандыкова</i>	200
ПРЕИМУЩЕСТВА БЛОКИРУЕМОГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ <i>Р.Ж. Юсупов</i>	201
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ЕГО РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЯХ <i>Р.Ж. Юсупов</i>	202
ПРИМЕНЕНИЕ БУПИВАКАИНА ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ <i>А.С. Абдраимов</i>	203
КЛИНИЧЕСКИ ОПЫТ И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ <i>А.С. Абдраимов</i>	205
ДИНАМИКА ПОРАЖЕННОСТИ ПЕДИКУЛЕЗОМ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА УРАЛЬСКА ЗА 2005-2010 ГОДЫ <i>Н.Б. Артюкова, Л.М. Ажғалиева</i>	207
АНАЛИЗ РАБОТЫ ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА №2 КАК РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ III УРОВНЯ <i>А.Б. Аринова</i>	209
СКРИНИНГ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ <i>Ж.К. Джарылқасинова</i>	215
СМОТРОВЫЕ КАБИНЕТЫ, КАК ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗВЕНО ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОПАТОЛОГИИ В ПОЛИКЛИНИКАХ <i>Ж.К. Джарылқасинова</i>	216
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР, КАК ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Г.Ж. Жанғалиева</i>	218
ЭРОЗИИ И ПСЕВДОЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ <i>Г.У. Асанбаева</i>	219
ВНУТРИЛЕГОЧНОЙ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ АНТИБИОТИКОВ ПРИ АБСЦЕДИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ <i>Г.В. Какенова</i>	221
ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ <i>Г.В. Какенова</i>	222
РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ <i>Л.Б. Кесикбаева</i>	225

СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

1. Статья должна быть напечатана в 2-х экземплярах на одной стороне листа А-4, не более 30 строк на странице, с полуторным (1,5) интервалом между строками. Times New Roman Times New Roman KZ -12 кегль, поля сверху и снизу 2 см., слева 4 см., справа 2см.
2. Статья может содержать до 6 страниц машинописи, список использованной литературы (библиография), резюме на трех языках (на русском, английском и казахском, если статья на казахском языке; если статья на русском языке — резюме составляется на казахском, английском и русском языках; если статья на английском языке - резюме, соответственно, на казахском, русском и английском языках). Резюме должно быть составлено из нескольких предложений, отражающих суть проблемы, изложенной в статье. Обязательны инициалы и фамилии авторов, указанных в статье.
3. Статья должна иметь визу руководителя кафедры, учреждения на право опубликования и сопроводительное письмо руководства учреждения на официальном бланке (или заверенное печатью).
4. Вверху первой страницы статьи пишутся: УДК, инициалы и фамилии авторов, название статьи, 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).
5. Статья должна быть тщательно выверена автором. Корректурa авторам не высылается, сверка проводится по авторскому оригиналу, на новой дискете (без вирусов и повреждений).
6. Фотографии, диаграммы, рисунки, сканируются и вносятся в текст на дискете по ходу статьи.
7. Сокращение слов, имен, названий, кроме общепринятых не допускается. Меры даются в системе СИ. Аббревиатуры расшифровываются после первого упоминания в тексте и остаются неизменными.
8. Список литературы составляется по ходу статьи, по мере употребления в тексте. В тексте дается библиографическая ссылка на порядковый номер источника в квадратных скобках.
9. Редакция оставляет за собой право сокращения или исправления статей. Направление в редакцию работ, ранее опубликованных или предоставленных в другие редакции для опубликования не допускаются. За дополнительной информацией и по всем интересующим вопросам обращаться по телефону 40-22-08, 40-82-22 (внутр.113). E-mail: UKGMA Vestnic@mail.ru, E-Mail: medacadem@rambler.ru, http://www.ukgma.kz