

# ХАБАРШЫСЫ

№ 6 (51), 2010

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Основан с мая 1998 г.

**Учредитель:** «Республиканское государственное казенное предприятие «Южно-Казахстанская государственная медицинская академия»

Журнал зарегистрирован в Министерстве информации и общественного согласия Республики Казахстан  
Регистрационное свидетельство № 106-ж от 20.01.1998 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 «Вестник» включен в Перечень изданий для публикации основных результатов диссертаций.**

Компьютерный набор и верстка:  
Суюнбаева Н.С., Жилин Д.А.

**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**

Е-Mail: [medacadem@rambler.ru](mailto:medacadem@rambler.ru)  
<http://www.Ukgma.kz>

Тираж 57 экз., объем 15,6 п.л.

**Главный редактор**

Сексенбаев Б.Д., доктор медицинских наук, профессор

**Заместитель главного редактора**

Югай Н.В., 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)

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.24-07-084

## МЕДИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДЫХАНИЯ ДЕТЕЙ И У ПОДРОСТКОВ В ЦЕЛЯХ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХНЗЛ

*М.А.Булешов, С.А.Диханбаева, Ж.Аубакирова**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
Институт педиатрии, г.Алматы*

## ТҮЙІН

Ғылыми мақалада техникалық колледждің 248 оқушы қыздары мен ұлдарынтексеру қорытындысы жарияланған. Сұрақнама жүргізу нәтижесінде оларды екі топқа бөлуге жағдай туды: іс жүзінде дені сау (54,8%) және созылмалы бейспецификалық өкпе ауруы туу қаупі бар тұлғалар (45,2%). Соңғы топқа жататындар колледждің ересек сыныптарында ұлғая түседі. Олардың сыртқы тыныс алу қызметі көрсеткіштері нашарланды. Осы қауіптің артуына темекі тартудың да әсері бар екендігі анықталды. Ал, тыныс жүйесіндегі қызметтік ауытқуларды дер кезінде қалпына келтіру балалар мен жасөспірімдер денсаулығын күшейтуге ықпалын тигізеді.

## SUMMARY

Presents the results of a survey 248 men and women - students at technical colleges. When survey were allocated into two groups: almost healthy (54.8%) and face the threat of COPD (45.2%), the number of the latter increases at higher rates. Accordingly, increasing the number of people who have had reductions in airflow obstruction. Identified the value of smoking in the development of a state of "threat". Concluded that the timely correction of functional disorders of students will promote the health of children and adolescents.

В условиях интенсификации современного производства вопросы совершенствования профилактических основ здравоохранения, в частности, в плане сохранения трудовых ресурсов, приобретают особое значение. Они являются базисными и при подготовке квалифицированных кадров в системе образования, так как именно фактор здоровья в значительной мере определяет и профпригодность, и профустойчивость молодежи.

Вместе с тем, необходимо отметить, что существующая в настоящее время система мероприятий медицинского профотбора, несмотря на ее повсеместное внедрение, оказывается недостаточно эффективной. Требуется серьезного внимания то обстоятельство, что часть подростков, обучающихся в технических колледжах, прекращают обучение по состоянию здоровья. Уровень отчисляемости учащихся из-за болезни, несмотря на тенденцию к снижению, остается значительным, причем в структуре этого показателя фактор ухудшения состояния здоровья за период обучения является ведущим. Анализ литературы, медицинской документации в технических колледжах и базовых медицинских учреждениях указывает на значительную представленность у детей и подростков НЗЛ, являющихся одной из существенных причин отчисления их из технических колледжей [2, 4]. Несмотря на то, что в детском и подростковом возрасте ХНЗЛ встречаются относительно редко и их клинические проявления возникают - обычно в возрасте после 20—30 лет, следует отметить, что детский и подростковый период является значимым для формирования данной патологии у учащихся технических колледжей.

Особенности анатомо-физиологических перестроек в подростковом и юношеском возрастах, изменение социального статуса и жизнедеятельности в условиях обучения в системе технического образования, контакт с производственной средой, а также интенсивное приобщение к курению табака обуславливают значительную степень риска возникновения ХНЗЛ у данной группы населения.

Одним из возможных путей совершенствования работы по медицинскому профотбору и врачебной профессиональной консультации учащихся технических колледжей нам представляется разработка прогностического направления, которое бы основывалось на донозологических исследованиях функционального состояния и адаптивных реакций организма. При таком подходе основным предметом медико-физиологического обследования становится не только и не столько диагностика заболеваний, сколько выявление факторов риска развития отклонений в состоянии здоровья детей и подростков и определение функционального резерва их организма.

Следует отметить, что данный аспект медико-физиологического прогнозирования профадаптации наименее освещен в литературе и, вместе с тем, может иметь наибольшее прогностическое значение для повышения профессиональной устойчивости детей и подростков.

В работе представлены результаты исследований, целью которых являлась экспериментальная проверка методики выявления преморбидных состояний и хронических заболеваний легких у детей и подростков, обучающихся в технических колледжах [1].

Методика обследования подростков состояла из 2 этапов. На этапе скрининга проводили анкетирование, позволяющее выявить наличие экзо- и эндогенных факторов риска и клинических симптомов заболеваний легких, осмотр и крупнокадровую флюорографию в двух проекциях. На основании данных

исследования было выделено три группы: практически здоровые, лица с угрозой возникновения ХНЗЛ и больные.

Лицам второй и третьей групп проводили спирографическое исследование. По показаниям осуществлялись консультации врачей-специалистов, устанавливался диагноз и определялся комплекс необходимых мероприятий по первичной и вторичной профилактике ХНЗЛ.

Исследования проводили на базе технических колледжей г.Шымкента, подготавливающих учащихся по основным профессиям, для работы на предприятиях промышленного производства сельскохозяйственной продукции. Условия труда на промышленном производстве связаны с вредными факторами, которые могут способствовать развитию ХНЗЛ. К числу таких факторов относятся: повышенная запыленность, загазованность и бактериальная обсемененность воздуха рабочей зоны; неблагоприятные микроклиматические параметры рабочей среды (температура, относительная влажность и скорость движения воздуха), контакт с животными [3]. Обследовано 248 юношей и девушек — учащихся колледжей I, II, III курсов. На основании анкетного опроса были выделены две группы подростков: практически здоровые (54,8%) и лица с угрозой возникновения ХНЗЛ (45,2%). Количество учащихся с угрозой развития ХНЗЛ составило на I курсе 36,2%, на II — 59,3%, на III — 56,4%. При анализе функционального состояния системы дыхания учитывались показатели, характеризующие вентиляционную способность легких: ЖЕЛ, ОФВ1, тест Тиффно, максимальная объемная скорость при выдохе первой—третьей четвертей ФЖЕЛ (МОС25-75).

Выявлено, что из 112 человек групп «угрозы» 14 подростков (12,5) имели умеренное по сравнению с возрастной нормой снижение ЖЕЛ, ОФВ1, теста Тиффно. При сравнении показателей ФВД у учащихся I, II и III курсов выявлено, что у 10,8% учащихся I курса имелось умеренное снижение ЖЕЛ, ОФВ1, теста Тиффно; на II и III курсах число таких учащихся было существенно больше (соответственно 32,2 и 22,6%). Большая группа «угрозы» по курсам обучения указывает на возможную тенденцию развития преморбидных состояний системы дыхания у учащихся в процессе обучения. Это подтверждают и данные функционального обследования. Следует отметить то обязательство, что развитие состояния «угрозы» в процессе обучения и снижения показателей ФВД совпадают. При анализе зависимости развития состояния «угрозы» от разнообразных экзо- и эндогенных факторов риска, учитываемых в карте-анкете, установлено, что одним из наиболее значимых факторов является распространенное среди учащихся колледжа — курение табака. По данным анкетного опроса число курящих подростков в процессе обучения возрастает и составляет на I курсе 39,7%, II — 51,9%, III-61,6%.

Важно отметить, что доля курящих в группе «угрозы» в сравнении с группой практически здоровых подростков существенно выше (соответственно 57,6 и 30,1%) , а среди некурящих (соответственно 15,8 и 10,5%). Такого рода исследования степени здоровья учащихся колледжей, осуществляемые в русле профилактического направления деятельности органов здравоохранения, предполагают не только диагностику, но и возможности коррекции преморбидных отклонений на самых ранних стадиях развития заболеваний. Можно полагать, что эффективная реализация этого подхода откроет возможность более тесного взаимодействия медицинских и педагогических работников колледжа, персонала санаториев-профилакториев, общественных и других организаций с целью оптимизации условий обучения и воспитания подростков. Своевременная коррекция функциональных отклонений в состоянии здоровья.

Выводы. Представлены результаты обследования 248 юношей и девушек — учащихся средних профтехучилищ I-III курсов. При анкетировании были выделены две группы: практически здоровые (54,8%) и лица с угрозой возникновения ХНЗЛ (45,2%), число последних возрастало на старших курсах. Соответственно увеличивалось и число лиц, имевших снижение показателей ФВД. Выявлено значение курения при развитии состояния «угрозы». Своевременная коррекция функциональных отклонений и профнаправленности учащихся будет способствовать успешной профадаптации молодежи на производстве.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Булешов М.А., Жаксыбергенов А.М., Адилбекова Г.С. Мектеп жасындағы балалар мен жасөспірімдердің даму мьаселелері// «Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік медицина академиясының хабаршысы», ғылыми урнал —Шымкент 2008.№2(39) 45-46 бет.

УДК 616.24-07-084

#### ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БРОНХО-ЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПЕРЕХОДЕ ДЕТЕЙ В СТАРШИЕ ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ

*М.А.Булешов, С.А.Диханбаева, Ж.Аубакирова  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
Институт педиатрии, г.Алматы*

#### ТҮЙІН

Бұл мақалада балалардың ересектер тобына өту барысында аурушандық деңгейі күрт өзгеретіндігі анықталған. Балалардың ересектер тобына өту кезеңінде оларды медициналық тіркеу және диспансеризациямен

камту жұмыстарын ұйымдастыруды жетілдіру қатжет. Себебі педиатрлар мен учаскелік терапевттерарасындағы байланыс дұрыс қалыптаспаған. Оған дәлел ретінде жасөспірімдер тобына өту кезеңінде зерттелген балалар тобының бронх-өкпе патологияларымен ауыру деңгейі күрт төмендеп, диспансерлік есепте тұратындар саны азайғандығын алға тартуға болады.

**SUMMARY**

Preliminary results of the evaluation of the STI broncho-pulmonary diseases in the transition of children in the older age groups under firm the need to improve organizational forms of medical nance adolescents in adult clinics and appropriate allocation among children at risk for developing chronic broncho-pulmonary diseases.

Вопросу преемственности медицинской помощи при переходе детей в возрастные группы подростков и взрослых справедливо уделяется большое внимание. Как известно по литературным данным, в 15—19 лет отмечается самый низкий уровень заболеваемости НЗЛ, а с 20 лет — его подъем. Этот «провал» показателя заболеваемости в подростковом и молодом взрослом возрастах объясняется, отчасти, нарушением принципа непрерывности медицинского обслуживания больных с пульмонологическими патологиями. Так, по данным отдельных авторов (1,2) из-за отсутствия преемственности уровень регистрируемой заболеваемости болезнями бронхо-легочной системы среди подростков и лиц молодого возраста в 1,5— 2 раза ниже, чем среди детей (соответственно, 4,1 и 7,8—8,4%). Это свидетельствует о том, что после передачи подростков, больных бронхо-легочными заболеваниями, на обслуживание участковых терапевтов учтенными оказываются лишь больные с выраженными клиническими проявлениями заболевания.

В двух поликлиниках г.Шымкента нами были изучены анамнестические данные от момента рождения 2249 (100%) детей 12—13-летнего возраста. Индивидуальное наблюдение указанных детей включавшее регистрацию всех случаев бронхолегочных заболеваний и двухкратное обследование на «Пневмоскрине» с целью выявления нарушений ФВД, осуществлялось в течение трех лет в базовых поликлиниках. По достижении 15-летнего возраста за всеми — теперь уже подростками — индивидуальное наблюдение было продолжено еще три года. Одновременно взяты под наблюдение все больные ХНЗЛ в возрасте 18—25 лет, известные в поликлиниках, территориально и организационно соответствующих исследуемым группам.

Таким образом, была предпринята попытка исследовать эпидемиологический и организационный аспекты заболеваемости НЗЛ и формирования ХНЗЛ в возрастном периоде от рождения до 25 лет. Наше исследование отличается от предшествующих тем, что оно было сплошным (т. е. наблюдение велось за всеми подростками, а не только больными ХНЗЛ), динамическим, включающим 6-летний период индивидуального наблюдения, проводилось с учетом катамнеза от момента рождения и с обследованием ФВД у всех детей. Эти отличия от других исследований являются и его преимуществами, которые позволили: провести группировку всех находящихся под наблюдением детей с выделением здоровых, группы риска по формированию ХНЗЛ и больных ХНЗЛ; изучить взаимосвязь острых и хронических НЗЛ на протяжении всей жизни подростков; изучить организационные вопросы преемственности медицинской информации при передаче подростков во взрослую группу.

Поскольку одной из задач исследования является изучение наличия или отсутствия взаимосвязи частоты и длительности острых НЗЛ с формированием рецидивирующих и хронических НЗЛ, постольку распределение детей на здоровых и группу риска было проведено по признаку накопленной к 12 годам заболеваемости. При этом ориентиром служила группа детей с установленными и подтвержденными диагнозами ХНЗЛ, у которых также была проанализирована заболеваемость за 12 лет. Группа больных ХНЗЛ составляет от общего числа детей 2,2%. Структура ХНЗЛ следующая: РБ – 4,8, АБ -61,2, БА – 32,5, ХП – 1,5%. Распространенность ХНЗЛ у детей от 0 до 15 лет по нашим данным составляет 15,6 случая на 1000. Распространенность же ХНЗЛ у подростков значительно выше, чем среди всей группы детей, и составляет 23,1 случая на 1000. Отобранная группа больных составила 3,0%, группа риска составила 4,4% от всех детей этого возраста, остальные 92,6% детей отнесены к здоровым.

Результаты группировки представлены в таблице. Из таблицы видно, что по всем показателям, характеризующим заболеваемость НЗЛ, т. Е. по числу случаев и дней болезни и по средней продолжительности каждого случая, группы больных ХНЗЛ, риска и здоровых существенно отличаются друг от друга. Группы больных ХНЗЛ и риска, имеющие сходные характеристики накопленной к 12 годам заболеваемости НЗЛ, к подростковому периоду начинают различаться весьма значительно: в обеих группах отмечается тенденция к снижению частоты и продолжительности заболеваний, но в группе риска это снижение выраженное-почти в 2 раза за 3 года наблюдения, а в группе больных – незначительное.

На основании этого можно сказать, что у детей, больных ХНЗЛ, по мере взросления не происходит типичного уменьшения частоты и продолжительности случаев заболеваний НЗЛ, а уровень заболеваемости становится в 2 раза выше, чем в группе риска, и почти в 4 раза выше, чем среди здоровых подростков.

Накопленная и текущая бронхо-легочная заболеваемость подростков 1993—1994 г. рождения

Показатели	Накопленная заболеваемость к 12-13 годам	Текущая заболеваемость		
		2007 г	2008 г	2009 г

	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Среднее число случаев острых НЗЛ на одного ребенка	13,7	34,1	32,8	0,7	2,2	1,8	0,8	1,8	1,9	0,6	1,4	1,8
Среднее число дней болезни на одного ребенка	122,9	450,1	455,9	6,5	21,3	23,228	7,4	19,1	21,3	5,7	14,1	20,5
Средняя длительность одного случая острого НЗЛ	8,9	13,2	13,9	9,3	9,7	12,9	9,3	10,6	11,2	9,5	10,1	11,4

Примечание: 1— здоровые дети, 2 группа риска, 3 –больные НЗЛ. Всего отобрано.

Правильность группировки, произведенной нами по признаку частоты заболеваний острыми НЗЛ, (здоровые – в среднем 1 раз в год, продолжительностью 8-9 дней; группа риска – в среднем 2,5-3 раза в год, суммарной продолжительностью 30-40 дней в год) подтверждается последующим наблюдением за этими группами.

Индекс выявления новых случаев ХНЗЛ практическими врачами поликлиник, которым наша группировка их неизвестна, составил среди здоровых 1,4 на 1000, а в группе риска — 26, т. Е. в 18,6 раз выше. Мы проследили за всеми больными ХНЗЛ подростками, переданными во взрослую сеть. Нужно отметить, что в поликлиниках работают пульмонологи, перед передачей все больные были обследованы, диагнозы верифицированы, переводные эпикризы написаны.

Из 4-х поликлиник, куда были переведены подростки, пульмонолога нет только в одной. Именно в ней оказалась учтенной лишь шестая часть известных поликлиник больных детей ХНЗЛ. Но и в тех поликлиниках, где имеются штатные пульмонологи, значительная часть информации о больных ХНЗЛ подростках не учитывается. В целом, по всем проанализированным поликлиникам число больных ХНЗЛ, учтенных и взятых под наблюдение составило лишь 23% от числа детей переданных в подростковую группу.

Организационно этому способствует то обстоятельство, что все дети передаются под наблюдение в подростковый кабинет, в котором система работы во многом копирует организацию обслуживания взрослых, т. Е. ориентирована на обращаемость. И до тех пор, пока подросток сам не придет к подростковому врачу со специфическими жалобами на обострение ХНЗЛ (а подростки в этот период по многим причинам больше заинтересованы считаться здоровыми), информация, передаваемая педиатрами, фактически игнорируется.

Предварительные результаты позволяют с уверенностью указать на необходимость совершенствования организационных форм медицинского обслуживания подростков и целесообразность выделения среди детей группы риска по формированию ХНЗЛ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бөлешов М.Ә. Балалар мен жасөспірімдер гигиенасы. Алматы «Эверо» 2010. -160 бет.
2. Булешов М.А., Жаксыбергенов А.М., Адильбекова Г.С. Мектеп жасындағы балалар мен жасөспірімдердің денсаулығы мен дене бітімінің дамүмәселелері// Ғылыми журнал «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының хабаршысы».-Шымкент. 2008.№2 (39).45-46 бет.

УДК 616.24-07-084

### РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ДИСПАНСЕРНОГО МЕТОДА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

*М.А.Булешов, С.А.Диханбаева, Ж.Аубакирова*

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
Институт педиатрии, г.Алматы*

#### ТҮЙІН

Жиі және ұзақ ауыратын балалардың отбасылық диспансеризациясы мен реабилитациясын ұйымдастыратын кабинеттің жұмысы жүргізілді. Оның барысында бронх-өкпе ауруларының профилактикасы мен реабилитациялық шараларының экономикалық, әлеуметтік және медициналық тиімділігі көрсетілген.

#### SUMMARY

The analysis of the study of family medical examination and rehabilitation and often long-term ill children. Shows the economic, social and medical effectiveness of comprehensive rehabilitation in the prevention of bronchopulmonary diseases.

Проведен анализ работы кабинета семейной диспансеризации и реабилитации часто и длительно болеющих детей. Показана экономическая, социальная и медицинская эффективность комплексных реабилитационных мероприятий в профилактике бронхолегочной патологии.

Наиболее оптимальным методом внедрения профилактического направления в практику здравоохранения является диспансеризация. Эффективность ее зависит от сроков выявления заболевания, возможности диагностики предболезни, своевременной постановки полного и точного диагноза, расшифровки и устранения патогенетических и этиологических основ болезни. Такое комплексное изучение патологии возможно лишь при изучении семьи в целом, поэтому наиболее эффективной формой диспансеризации мы считаем семейную диспансеризацию (СД). Под СД подразумевается изучение состояния здоровья в семьях с различными биологическими, психологическими и социальными особенностями во всей совокупности их взаимосвязей и взаимодействий; активизация механизмов саногенеза путем одновременного лечения всех членов семьи с отклонениями в здоровье; внедрение внутри этой микросоциальной ячейки здорового образа жизни, предполагающего, в частности, рациональный быт и питание, здоровый психологический климат, отказ от вредных привычек, занятие физкультурой, закаливание, высокий уровень санитарно-гигиенических знаний.

Прообразом будущих семейных диспансеров является созданный нами на базе 4-й детской поликлиники кабинет семейной диспансеризации и реабилитации (КСДР) часто и длительно болеющих детей. Здесь прошли оздоровление 123 семьи (в т. ч. 150 детей, 122 матери, 108 отцов, 69 других членов семьи, всего 618 человек). Здесь же развернули КСДР для детей с респираторными аллергиями и БА. К настоящему времени здесь под наблюдением находится 76 семей (268 человек, из них 76 пробандов, 51 сибс, 76 матерей, 65 отцов). Организация работы кабинетов предусматривает проведение обследования и лечения в удобное для родителей и детей время, организацию приемов в вечерние часы, «семейных суббот», что значительно экономит трудовые ресурсы, не мешает учебному процессу. Комплексная бригада врачей осматривает всю семью одновременно в составе: пульмонолога, терапевта, аллерголога, оториноларинголога, психоневролога, гастроэнтеролога, стоматолога, генетика, врача функциональной диагностики, фтизиатра.

Мы считаем, что только такой осмотр позволяет составить целостную картину болезни, найти ведущие и провоцирующие факторы страдания. Обследование направлено на выявление следующих основных моментов: психологического климата семьи, отношения к болезни ребенка, уровня медицинских и санитарно-гигиенических знаний, вредных привычек и их роли в формировании заболевания в данной семье; спектра сенсibilизации и его значения в обострении заболевания, изучения реактивности бронхорецепторов (адренергических, холинергических, гистаминовых) и определения толерантности к физической нагрузке в семейном аспекте; состояния иммунологического статуса всех членов семьи, наличия очагов хронической инфекции, определения гено-фено-типических взаимоотношений в развитии заболевания.

Многолетние наблюдения за больными детьми убедили нас в том, что БА развивается у детей с измененным психологическим статусом. При этом, чем выраженнее акцентуация характера, тем тяжелее протекает заболевание. Изучение психологического статуса у 203 детей, больных БА, по 9 чертам темперамента (ритмичность, приближение, активность, адаптабельность, настроение, интенсивность, отвлекаемость, порог, внимание) выявило достоверные отличия темперамента больных детей от здоровых (обследовано 1588 детей того же возраста) почти по всем показателям. И поэтому мы особое значение придаем вопросам взаимочастотных отношений между больным ребенком с различными формами акцентуации и членами семьи, и в первую очередь матерью, а также членами коллектива (детский сад, школа) и воспитателями. Этому вопросу пока что уделяется мало внимания, а между тем личностные взаимоотношения в значительной степени определяют прогноз. Длительные наблюдения за детьми с тяжелыми формами БА показали, что даже в межприступном периоде не наблюдается восстановления показателей психологического статуса.

Мы считаем, что отклонения психологического статуса во многом определяются семейным окружением, что обусловлено отсутствием достаточной информации в семье о болезни ребенка, этиологических и, особенно, психологических факторах формирования, возможности их устранения. Это способствует «акценту» на болезнь ребенка, формированию невроза «ожидания» как у больного, так и у родителей. В беседах с родителями показывается связь обострений заболевания с психологическим климатом семьи, необходимость оптимистического отношения к болезни. Одновременно даются подробные инструкции по тактике поведения родственников при обострении заболевания ребенка, что с одной стороны устраняется возможность «самолечения», а с другой — позволяет добиться лечебного эффекта в оптимально короткие сроки. Наряду с этим решаются и вопросы профориентации детей старшего возраста.

Другой аспект проблемы связан с изучением влияния пассивного курения на состояние здоровья детей [1]. При аллергическом обследовании всех членов 38 семей, в которых проживают курильщики, у 14 детей (36,8%) с респираторными аллергиями и БА и у 9 взрослых (12,7%) пассивных курильщиков была выявлена сенсibilизация к экстракту табака, которым пользуется курильщик данной семьи. При этом существенное значение имеет тот факт что у 4 детей экстракт табака был единственным причинно-значимым аллергеном (возможность активного курения у них исключена полностью, так как все 4 ребенка были в возрасте до 7 лет). Следовательно, нами впервые показано, что пассивное курение может привести к сенсibilизации организма к белковым компонентам табака. Это обстоятельство диктовало проведение более активной антитабачной пропаганды. Санитарно-просветительная работа привела к тому, что в 8 семьях родители полностью

прекратили курить, в 24 - значительно уменьшили количество выкуриваемых сигарет и перестали курить в квартире в присутствии детей.

Продолжающийся рост числа больных детей с рецидивирующим бронхообструктивным синдромом (РБОС) требует повышенного внимания к этому факту. Как показывают наши наблюдения РБОС в своем происхождении гетерогенен. В его основе лежат гипо- и (или) гиперфункция бронхорецепторов (адренергических, холинергических, гистаминовых (H<sub>1</sub>-H<sub>2</sub>), простагландиновых и брадикининовых), которые, в целом, определяют гиперреактивность бронхов. Гетерогенные и провоцирующие РБОС факторы: иммунные и неиммунные механизмы, инфекционные агенты, физическая нагрузка, стрессовые ситуации. Дети с гиперреактивностью бронхов - метеолабильны, у них слизистые дыхательных путей имеют повышенную чувствительность к холодному воздуху, к различным химическим раздражителям, в том числе табачному дыму. Поэтому особое значение в профилактике и лечении детей с РБОС придавали изучению состояния рецепторов бронхов. Дисбаланс рецепторных структур определяли с помощью ингаляционных тестов с бронхоконстрикторами (ацетилхолин, гистамин) и бронходилататорами (астмопент, атропин, теофиллин) со спирографической регистрацией результатов (рассчитывались коэффициенты бронхо-спазма и бронходилатации по ОФВ<sub>2</sub> ФЖЕЛ, ПТМВыд.) Положительным считали изменение показателей на 20% и более от исходных.

Изучение бронхомоторного тонуса в 41 семье, где проживали дети с рецидивирующим обструктивным бронхитом, показало, что из 41 пробанда у 24 было повышение чувствительности бронхиального дерева к бронхоконстрикторам (14-к ацетилхолину, 5 - к гистамину, 5 - к двум констрикторам одновременно), остальные дети не обследовались из-за того, что либо получали специфическую гипосенсибилизацию, либо были в возрасте до 5 лет. При этом у 4 детей была выявлена высокая пороговая чувствительность к ацетилхолину (Ю-г-900 мкг) при низком коэффициенте реактивности (14-23), одновременно у 3 была снижена функция рурецепторов. Заболевания у них протекали более тяжело, что привело к формированию АБА. У детей с повышенной чувствительностью к двум бронхоконстрикторам одновременно отмечалось более длительное течение приступного периода, сложность в подборе адекватной бронхолитической терапии. У 3 детей этой группы отмечался также бронхоспазм на физическую нагрузку. Существенное значение имеют данные, полученные при изучении бронхомоторного тонуса сибсов и родителей пробандов. Из 27 сибсов, считавшихся практически здоровыми, у 10 детей была выявлена повышенная пороговая чувствительность (4 - к ацетилхолину, 6 - к гистамину). Эти дети редко болели и не обращались к врачам. Из 41 матери 19 и из 33 отцов 18 также оказались «гиперреакторами».

Таким образом, воздействуя на бронхорецепторный аппарат стимулирующими препаратами (ацетилхолин, гистамин), мы имели возможность судить о функциональном состоянии соответствующих рецепторов, дифференцировать природу обструкции, и тем самым с одной стороны, выявить ведущие механизмы РБОС у данного больного, а с другой - дифференцированно подойти к лечению этих больных. Кроме того, эти исследования, проведенные в динамике, позволили судить об эффективности лечения и прогнозе заболевания.

В генезе рецидивов бронхолегочных заболеваний велика роль хронической очаговой инфекции. Поскольку семья представляет собой микроколлектив, и дети тесно контактируют с родителями, бабушками, дедушками, придавали особое значение наличию очагов хронической инфекции в семье. Санация всех членов семьи одновременно проводилась с учетом микрофлоры, высеваемой из очагов, и ее чувствительности к различным антибактериальным препаратам; широко применялись травы, адаптогены и биостимуляторы по разработанной нами схеме, по показаниям - оперативное лечение.

Была проведена семейная диспансеризация 54 часто и длительно болеющих детей (большинство из которых страдали РБ). Группу сравнения составили 40 часто и длительно болеющих детей (без членов семьи), которым проведены аналогичные реабилитационные мероприятия (данные за 1981-1985 гг.). В основной группе «хорошие» результаты были получены у 3 (5,6%) детей, «удовлетворительные» - у 49 (90,7%), «неудовлетворительные» - у 2 (3,7%). В группе сравнения «хороших» результатов не было отмечено ни у одного ребенка, «удовлетворительные» - у 29 (72,5%), «неудовлетворительные» - у 11 (27,5%) детей. При семейной реабилитации 39 (72,5%) часто болеющих детей перешли в группу здоровых, при реабилитации детей без семьи - только 10 (25%). Улучшилось также состояние здоровья родителей часто болеющих детей. Социальная эффективность лечения выразилась в уменьшении числа больничных листов по уходу на 53,8% (в контрольной группе только на 17,65%), потери рабочих дней ни ним на 54,9% (на 24,4% в контрольной группе), количество справок и потери рабочих дней по ним на 70,5 и 73,2% (7,3 и 8,2% соответственно). «Чистый» экономический эффект в основной группе составил 12 281 руб. 35 коп., а в контрольной - отсутствовал и требовалось дополнительно 1449 руб. 60 коп. из государственного бюджета на покрытие стоимости оздоровительного лечения.

Таким образом, именно в семейной диспансеризации и реабилитации мы видим залог успеха борьбы с растущей бронхолегочной заболеваемостью, так как она обеспечивает раннюю диагностику состояния предболезни и факторов риска, одновременное лечение всех членов семьи что в значительной степени обеспечивает профилактику хронизации процесса, эффективную борьбу с вредными привычками, внедрение здорового образа жизни и высокую экономическую, социальную и медицинскую эффективность.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Булешов М.А., Чуриева Я.Г. Совершенствование организации амбулаторно-поликлинической помощи населению на дому // вестник Южно-Казахстанской государственной медицинской академии. Шымкент.2009 №3.С.17-20.

УДК 614.2:618.179-084

**ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВА НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН  
- РАБОТНИЦ**

*М. А.Булешов, Л.Л. Сайдилдина*

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
АО «Национальный научный центр материнства и детства», г. Астана*

## ТҮЙІН

Ғылыми әдебиеттің талдауы бойынша өндірістердегі қызметкер әйелдердің денсаулығына негативті ықпалын тігізетін өндірістік - кәсіби, экологиялық және тұрмыстық факторлардың аралас әсеріне душар болатынын куәландырады.

## SUMMARY

The analysis of the scientific literature testifies that the women occupied in manufacture, are exposed сочетанному to influence of some industrial-professional, ecological and household factors which can make negative impact on reproductive health of working women.

Репродуктивное здоровье можно рассматривать как конечный результат влияния социальных, медицинских и биологических факторов, так как репродуктивная система женщины очень чувствительна к воздействию неблагоприятных факторов среды. Воспроизведение здорового населения вообще и трудовых ресурсов в частности зависит от решения вопросов улучшения условий труда, выполнения государством социальных гарантий по защите здоровья работающих, в том числе женщин, особенно в период беременности, а также от состояния организации здравоохранения [1]. В Казахстане решение таких важных проблем, как благосостояние населения, демографическая ситуация и экологическая устойчивость предусмотрены Указом Президента «О концепции перехода Республики Казахстан к устойчивому развитию на 2007-2024 годы» [2]. В бурный век урбанизации и развития промышленного производства чрезвычайно актуальным остается проблема сохранения здоровья человека и повышения качества его жизни. За последние годы стала успешно развиваться новая отрасль медицинской науки – медицина труда, призванная изучать концептуальные социально-гигиенические и эпидемиологические основы влияния производственно-профессиональных факторов на здоровье работающих [3].

В стратегии Президента страны Н.А. Назарбаева «Казахстан – 2030» намечено выполнение долгосрочных приоритетов, в том числе, «Здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана». Данный приоритет среди многих направлен на предотвращение заболеваний и «сокращение объектов, загрязняющих окружающую среду, наносящих экологический вред, аналогичные меры по снижению других факторов риска» [4].

Анализ научной литературы свидетельствует, что женщины, занятые в производстве, подвергаются сочетанному воздействию ряда производственно-профессиональных, экологических и бытовых факторов, которые могут оказывать негативное влияние на состояние здоровья женщин и их специфические функции – менструальную, генеративную и др. [5]. Поэтому пристального внимания заслуживает принятие необходимых мер по укреплению здоровья населения, и в первую очередь, направленные на совершенствование системы охраны репродуктивного здоровья семьи, особенно женщин. Защита материнства и детства, охрана здоровья матери и ребенка в стране осуществляется в соответствии с ежегодными Посланиями Президента Республики Казахстан народу Казахстана и Государственной Программой «О реформировании и развитии здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы», где разработан блок социальных и медицинских подходов. Реализация таких важных социально-экономических преобразований позволила за последние годы стабилизировать и улучшить демографическую ситуацию в стране [2].

При работе в неблагоприятных условиях развивается акушерско-гинекологическая патология в форме нарушений специфических функций женского организма, течения беременности и родов, здоровья новорожденных. Считается, что под влиянием неблагоприятных факторов окружающей, в том числе, производственной среды формируется около 30,0% нарушений здоровья. При многих видах работ на разных производствах женщины подвергаются воздействию таких вредных факторов, как токсичные и канцерогенные вещества, неблагоприятный микроклимат, тяжелый и напряженный труд, вибрация, ионизирующие электромагнитные излучения. С увеличением стажа работы в неблагоприятных условиях (сочетанное действие значительной физической нагрузки и нагревающего микроклимата) достоверно возрастает частота профессионально обусловленных нарушений репродуктивного здоровья работниц [7,8,9,10]. Вместе с тем, отсутствие полноценных социальных выплат для женщин, работающих в сфере промышленного производства, делают их позицию более уязвимой по сравнению со стабильной мужской рабочей силой и диктует



необходимость повышенного внимания к социальному сектору, инфраструктуре социальной защиты уязвленных групп населения – беременных, женщин и детей [11,12].

Несмотря на проводимые исследования о роли риска в экологии человека и влиянии производственных факторов на здоровье женщин-работниц, данных по взаимообусловленности системы «производство-здоровье» недостаточно. Более того, исследования разных авторов проведены в рамках одного вида производства. Комплексного изучения состояния репродуктивной системы с акцентом на оценку профессионального риска, управление им, устранение или снижение вредных факторов производственной среды в сравнительных аспектах различных видов производства, создание системы мониторинга репродуктивного здоровья женщин, работающих в сфере промышленного производства, не проводилось. Наряду с изучением социально-гигиенических и медико-организационных основ по совершенствованию системы охраны здоровья работающих женщин на промышленных предприятиях, важным направлением исследований остается правовое регулирование взаимоотношений государства с хозяйствующими субъектами [13].

Изучение значимости тяжелых металлов, влияющих на формирование здоровья населения, предполагает использования оценки риска и последовательного системного рассмотрения всех аспектов воздействия экологических факторов, включая количественную и качественную характеристику вредных эффектов, способных развиваться в результате воздействия факторов среды обитания человека на конкретную группу людей при специфических условиях экспозиции. Методология оценки риска здоровью населения занимает в настоящее время ведущее положение в системе химической безопасности окружающей среды [14]. В условиях экономической нестабильности, падения рождаемости и высокого уровня общей смертности проблема охраны репродуктивного здоровья населения приобретает особую социальную значимость. Уже несколько лет уровень рождаемости в 2 раза ниже необходимого для простого воспроизводства населения [15], причем, по оценкам экспертов, негативные тенденции будут сохраняться ближайшие 20 лет [16].

В последние десятилетия продолжают нарастать негативные явления в состоянии здоровья женщин благоприятного репродуктивного возраста, обусловленные социально-экономической и политической нестабильностью, ухудшением санитарно-гигиенической и эпидемиологической обстановки, процессами урбанизации и миграции населения [17,18,19,20,21,22,23,24]. Постоянное увеличение доли женщин, работающих на промышленных предприятиях, расширение диапазонов их профессиональной занятости делают актуальным изучение воздействия на их организм производственных факторов, особенно профессиональных вредностей [25,26,27]. Большинство женщин выполняют производственную функцию при наличии неблагоприятных факторов, что влечет за собой высокую частоту репродуктивной патологии, осложнений течения беременности и родов [28,29].

В настоящее время разрабатываются основы общей и частной экологической репродуктологии, одним из фундаментальных положений которой является тезис об особой высокой чувствительности репродуктивной системы женщины к воздействию внешних факторов любого происхождения и различной (в том числе малой) интенсивности [30]. Профилактика нарушений репродуктивной функции женщины остается задачей, далекой от разрешения [31]. Вновь полученные научно-обоснованные факты о влиянии вредных и опасных профессиональных факторов на репродуктивное здоровье женщин – работниц промышленного предприятия позволят прогнозировать нарушения репродуктивного здоровья, разработать меры профилактики для снижения уровня заболеваемости, смертности матери и плода. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья работающих женщин является одной из приоритетных проблем здравоохранения в современных условиях жизни общества. Воспроизведение здорового населения вообще и трудовых ресурсов в частности зависит от решения вопросов улучшения условий труда, выполнения государством социальных гарантий по защите здоровья работающих, в том числе женщин, особенно в период беременности, а также от состояния организации здравоохранения.

За прошедшие годы в практическое здравоохранение были внедрены новые критерии классификации труда по степени вредности и опасности, тяжести и напряженности, нормы предельно допустимых нагрузок, которые являются основными при гигиенической оценке условий и характера труда и разработке требований санитарного надзора. В связи с этим появилась необходимость в изучении условий труда и разработке оздоровительных мероприятий с учетом современных гигиенических критериев и научных подходов, особенно женского труда.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента Республики Казахстан «О концепции перехода Республики Казахстан к устойчивому развитию на 2007-2024 годы» №21 от 14 ноября
2. Указ Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года №1438 «О государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы»
3. Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә.Назарбаевтың Қазақстан халқына жолдауы «Жаңа онжылдықта – жаңа экономикалық өрлеу – қазақстанның жаңа мүмкіндіктері» // Астана, 2010. 48 б.
4. Назарбаев Н.А. Казахстан 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев. Послание Президента народу Казахстана // Казахстанская правда. – 1997, 11 октября, С.2.
5. Нукушева С.Г. Управление репродуктивным здоровьем в Республике Казахстан в современных условиях // Автореф. дис. докт. мед. наук. – Алматы. – 2003. – с.46

6. Карабалин С. Научные основы оптимизации условий труда и состояния здоровья женщин, работающих в современных предприятиях хлопчатобумажной промышленности // Автореф. дис. докт. мед. наук. - Алматы, 1998 – с.48
7. Шалбаева А.Д. Медико-организационные аспекты репродуктивных потерь в Республике Казахстан // Автореф. дис. канд. мед. наук. - Алматы, 2002. - с.29
8. Джусубалиева Т.М. Медико-социальные технологии управления репродуктивным здоровьем женщин в условиях крупного города // Автореф. дис. канд. мед. наук – Алматы, 2001. - с.18
9. Кулкибаев Г.А., Булешов М.А., Жетибаев Б.К. Тактика санитарно-эпидемиологического надзора при оценке степени риска для здоровья неблагоприятных факторов внешней среды // Управление качеством медицинской и санитарно-курортной помощи в современных условиях: Материалы международного симпозиума. Астана-Чолпон-Ата, 2005, с. 470-474
10. Сакиева К.Ж. Особенности беременности, родов и состояния новорожденных в экологических и социально-экономических условиях нефтегазового региона Западного Казахстана. Автореф. дис. докт. мед. наук. Москва, 2003, с.37
11. Гайнуллина М.К. Профессиональный риск нарушения репродуктивного здоровья женщин-работниц и меры профилактики. Автореф. дис. докт. мед. наук. Москва, 1999, с.47
12. Баличиева Д.В. Медико-биологическая проблема влияния производственной вибрации на репродуктивную систему и пути профилактики. Автореф. дис. докт. мед. наук. Москва, 1991, с.48
13. Федорова Е.В. Влияние условий труда и быта женщин-маляров на состояние здоровья их детей. Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва, 1992, с.24
14. Фридлянд И.Г. Значение неблагоприятных производственных факторов в возникновении и течении некоторых заболеваний. Ленинград: Медина, 1966, с.236
15. Домшляк М.Г. Количественные критерии предупреждения увеличения генетического груза, вызванного действием химических веществ на низких уровнях // Здоровье и химическая безопасность на пороге XXI века: Материалы международного симпозиума. Санкт-Петербург:
16. Сивочалова О.В., Фесенко М.А. репродуктивное здоровье работающих // Медицина труда. Введение в специальность / Под ред. Н.Ф. Измерова, А.А. Коспарова. Москва, 2002, с.392
17. Конвенция ООН «О ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин». Нью-Йорк, 1979, с.6
18. Права человека. Международный билль о правах человека. Нью-Йорк: ООН, 1996, с. 11
19. Указ Президента Республики Казахстан от 16 ноября 1998 №4153 «О государственной программе «Здоровье народа» с изменениями, внесенными Указом Президента Республики Казахстан от 15.01.2003 года №1016», с.32
20. Указ Президента Республики Казахстан от 15 августа 2003 года №1165 «О дальнейших мерах по реализации стратегии развития Казахстана до 2030 года», с.25
21. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 2000 году. Статистические материалы. Астана, 2001, с.420
22. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 2001 году. Статистические материалы. Астана, 2002, с.320
23. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 2002 году. Статистические материалы. Астана, 2003, с.110
24. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 2003 году. Статистические материалы. Астана, 2004, с.123
25. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 2004 году. Статистические материалы. Астана, 2005, с.405
26. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 2005 году. Статистические материалы. Астана, 2006, с.237
27. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 2006 году. Статистические материалы. Астана, 2007, с.277
28. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 2007 году. Статистические материалы. Астана, 2008, с.329
29. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 2008 году. Статистические материалы. Астана, 2009, с.332
30. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 2009 году. Статистические материалы. Астана, 2010, с.105
31. Сивочалова О.В. Основные факторы риска в развитии нарушений репродуктивного здоровья женщин // Социально-экологический риск: концепция, методология анализа, практика управления. Москва: Экономика и информатика, 1998, с. 105-113

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОЧИХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ.

С.М. Саркулова

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

### ТҮЙІН

ЩҚЗ әртүрлі цехтардың 1370 жұмысшысына кешенді түрде гигиеналық, клиникалық-функционалды, зертханалық тексерулер жүргізілді. Алынған мәліметтер негізінде жүрек-қан тамыр жүйесінің, липидтер алмасуының, психоэмоциональді статустың физикалық еңбекке қабілеттіліктің инегрирленген көрсеткіштері бойынша нозологияға дейінгі критерилері анықталды.

### SUMMARY

It is spent complex hygienic, clinic-functional, laboratory researches of 1370 working various shops of Shymkent lead factory. On the basis of the received data have been revealed before nosology criteria from the integrated indicators of functioning of cardiovascular system, a metabolism of fats, the psycho-emotional status, physical working capacity.

Принципиальная ориентация медицины на нозологический подход к оценке здоровья привела к тому, что и меры первичной профилактики заболеваний разрабатываются по отношению к определенным видам вероятной патологии. Однако, отсутствие патологического отклонения, которые необходимы для постановки диагноза, несмотря на наличие определенных факторов риска, дает врачу основание отнести пациента к категории здоровых или практически здоровых. Вместе с тем, как известно, болезнь не возникает внезапно. Она является результатом снижения адаптационных возможностей организма и развивается постепенно через стадии донозологических и преморбидных состояний. Функциональное состояние в интервале между нормой и патологией определяет риск возникновения и развития болезней. В связи с этим уровень здоровья можно определить как способность организма противостоять болезни. Оценка донозологического статуса направлена на объективизацию адаптационной деятельности организма в процессе сохранения здоровья, формирования донозологических состояний, предшествующих развитию нозологически очерченных форм патологии, что составляет предмет донозологической диагностики. Профилактическая медицина издавна изыскивает методы и способы оптимизации состояния здоровья с целью предупреждения перехода донозологических состояний в стадию болезни [1,2]. Стратегической целью профилактической медицины должна стать разработка новых подходов, направленных на коррекцию состояния здоровья людей в абиотической среде обитания [3], на профилактику возникновения и развития донозологических состояний [4]. Проблема оценки текущего уровня индивидуального здоровья и контроля за его изменениями приобретает все более важное значение для населения в целом, но особенно для лиц, подверженных высоким психо – эмоциональным, физическим нагрузкам, воздействию агрессивных условий труда.

Цель исследования. Разработать принципы донозологической диагностики, профилактики и реабилитации сердечно-сосудистых заболеваний у рабочих свинцового производства.

Материалы и методы. Проведено комплексное гигиеническое, клинико-функциональное, лабораторные исследования 1370 рабочих различных цехов ШСЗ. Все обследуемые мужчины, средний возраст 37,2 + 1,42; где средний стаж работы 12,8 + 0,43 года.

Результаты исследования. Исходя из полученных нами результатов исследования по раннему развитию психо-вегетативных, метаболических, гемодинамических нарушений, значительной распространенности сердечно – сосудистых заболеваний, приоритетным направлением в оздоровлении рабочих свинцового производства должна стать профилактика атеросклероза и артериальной гипертензии. В связи с этим все рабочие свинцового завода (всего 1370) были разделены на 3 группы (таблица 1):

Таблица 1 - Распределение рабочих ШСЗ по «группам здоровья».

Наименование группы	Группа	Частота	
		абс	%
1. Практически здоровые - Здоровые - Предболезнь: А) Донозологическое состояние Б) Предпатологическое состояние	I - III	823	60,1
	I	258	18,8
	II- III	565	41,2
	II	301	22,0
2. Сердечно – сосудистая патология - Артериальная гипертензия - Ишемическая болезнь сердца	III	264	19,3
	IV	547	39,9
		518 (575*) 89**	37,8 (42*) 6,5
3. Всего	I - IV	1370	100,0

## Примечания

1\* - случаи АГ с учетом сочетания с ИБС

2\*\* - из них 57 случаев ИБС в сочетании с АГ

В I группу (физиологическая норма) вошли 258 (18,8%) рабочих, имеющих не более 1 фактора риска поведенческого характера (курение, алкоголь), с высоким уровнем физического состояния, физиологическими колебаниями системы кровообращения, сохраненным вегетативным балансом в покое, без симптомов дезадаптации в психоэмоциональной сфере, с нормальной картиной крови.

В другую группу (565 рабочих) вошли практически здоровые лица, т.е. рабочие без явной сердечно-сосудистой патологии, но с функциональным напряжением, имеющие 2 и более фактора риска, нарушениями вегетативного баланса. Она была обозначена как группа с предболезненным состоянием или с доклиническими изменениями. По определённой нами степени адаптации эта категория обследованных лиц была неоднородной и разделена на 2 подгруппы: собственно II и III группы. II группа – 301 человек (22%), лица с донозологическим состоянием, с напряжением адаптации, имеющие 2 и более факторов риска (отягощенная по ССЗ наследственность, повышенная масса тела, гиперхолестеринемия и др.), с отклонениями психовегетативного статуса умеренной степени, с высокой физической работоспособностью и адекватным гемодинамическим обеспечением, нормальными показателями крови и медико – биологического мониторинга.

В III группу вошли 264 (19,3%) рабочих с предпатологическим (преморбидным) состоянием – практически здоровые, но со сниженным резервом адаптации – с неудовлетворительной адаптацией. Это лица с нарушенным вегетативным балансом, гемодинамическими сдвигами, напряжением в психоэмоциональной сфере, с высоким уровнем тревожности, нейротизма, депрессии, со сниженным уровнем физической работоспособности, с признаками вегето – сосудистой дистонии, с подъемом АД до уровня ВНД, признаками миокардиодистрофии, гипертрофии, нарушениями ритма и проводимости на ЭКГ.

IV группа – 547 человек (39,9%), лица с патологическим состоянием – больные сердечно – сосудистыми заболеваниями: различные формы ИБС, артериальная гипертония.

Таким образом, категория практически здоровых рабочих, определенная при «общеклиническом» обследовании, самая многочисленная (60,1%), при оценке уровня адаптации оказалась далеко неоднородной. Она включала как собственно здоровых с большим резервом адаптации, высоким уровнем физического состояния и сохраненным психо – вегетативным балансом, так и лиц с донозологическими и предпатологическими состояниями, то есть с нарушением и снижением адаптации, комплексами факторов риска, нарушениями вегетативного, метаболического и психоэмоционального статуса, снижением функционального резерва сердечно – сосудистой системы. При этом большинство (68,6%) лиц, признанных практически здоровыми, составили работники с донозологическим и предпатологическим состоянием. Эта группа рабочих – практически здоровых, представляет собой не только клинический, но и социальный интерес. Потому как наиболее многочисленная, представленная квалифицированными трудоспособными лицами, подлежащая первичной профилактике с наиболее благоприятным ожидаемым эффектом и прогнозам, и потому требующая наиболее дифференцированного и рационального подхода к проведению оздоровительных мероприятий.

Полученные результаты углубленных исследований физического, психоэмоционального состояний, функционального резерва сердечно – сосудистой, вегетативной, нервной систем, определения факторов риска, способствовавших развитию ССЗ, показали и дали возможность установить различные степени функционального состояния данной категории исследуемых. Оценка функционального состояния основывалась на совокупности признаков, характеризующих активность вегетативной нервной системы, резерва адаптации ССС, уровень психоэмоционального статуса, гемодинамики, физического состояния, метаболического гомеостаза. При этом основополагающим в определении функционального состояния организма явилась интегральная оценка адаптационного потенциала – индекса функциональных изменений (ИФИ) по А.П. Берсеновой [1].

Результаты наших исследований показали, что интегральный показатель ИФИ достаточно адекватно отражает клиническое состояние обследуемых. Как отмечалось выше, на основании вычисленных доверительных интервалов информативных параметров основных систем были определены критерии оценки донозологических и предпатологических состояний системы кровообращения. На основании полученных данных нами была разработана карта донозологической оценки функционального состояния работающих (таблица 2), позволившая, в конечном итоге, оценить степень адаптации, функционального резерва организма и провести дифференциацию донозологических и предпатологических состояний. Исходя из вышеизложенного, с нашей точки зрения, эта категория рабочих нуждается в дифференцированном подходе при проведении оздоровительно – профилактических мероприятий, в строгом соответствии с уровнем функционального состояния и индивидуально–типологическими особенностями организма. На основании комплексной интегральной оценки функционального состояния организма рабочих предлагаем дополнить классификацию состояния здоровых с учетом донозологических изменений, соответственно критериям донозологических и предпатологических состояний, и подразделять работающих на «группы здоровья»:

I группа – Здоровые (функциональная норма); II группа – Практически здоровые. Донозологическое состояние (с указанием изменений); III группа – Практически здоровые. Предпатологическое состояние (с указанием изменений); IV группа – Больные с сердечно – сосудистой патологией (диагноз). Примеры

формулировки: Практически здоров. Удовлетворительная адаптация. (группа 1). Практически здоров. Донозологическое состояние. Фактор риска – ИМТ = 29,4 ед. Состояние тревожности и депрессивности средней степени. Умеренная ваготония. (группа II). Практически здоров. Предпатологическое состояние. Факторы риска: курение. ДЛП (II а), ИМТ=30,1 ед. ВНД. Комбинированная гипертрофия желудочков. Выраженная симпатикотония. (группа III). Артериальная гипертония 3 степени. Очень высокий риск. СН II ФК. ХСИ I степени. Истощение функциональных резервов (IV группа).

С учетом предложенной классификации уровня здоровья была создана концептуальная модель донозологической диагностики и профилактики ССЗ среди работников промышленных предприятий, которая предусматривает несколько этапов. На I этапе в результате скрининг – тестов, анкетирования, объективного осмотра, морфометрии, функциональных исследований сердечно – сосудистой, вегетативной нервной системы, медико – биологического мониторинга, основываясь на карте донозологической диагностики (таблица 2), среди практически здоровых лиц выделяют вышеописанные 4 группы рабочих: I группа здоровых лиц; II группа – лица с донозологическими состояниями, III группа – лица с предпатологическими состояниями и IV группа – лица с сердечно – сосудистой патологией.

**Таблица 2 - Критерии оценки донозологического и предпатологического состояния системы кровообращения.**

Параметры	Функциональная норма	Донозологическое состояние	Предпатологическое состояние
Состояние вегетативного баланса	Наличие вегетативного баланса	Преобладание симпатического отдела НС	Резкое преобладание симпатического отдела НС
ЧСС, уд./мин	72-76	77-82	83 и более
САД мм.рт.ст.	120-125	126-129	130 и более
ДАД, мм.рт.ст.	78-85	86-87	88 и более
СДД мм.рт.ст.	95,5-100,4	100,5-105,0	Более 100,5
ОПСС дин/см*с*10 <sup>-5</sup>	1650-1864	1865-2100	Более 2100
МОС, л	3,5-6,0	3,1-4,0	Менее 3,0
СИ, л/мин/м <sup>2</sup>	2,6-2,2	2,1-1,8	Менее 1,8
АМ <sub>0</sub> , %	51-54	55-57	Более 57
ПАРС, у.е.	2,78-3,39	3,40-4,00	Более 4,00
QRS, с	0,06-0,08	0,09-0,10	Более 0,010
Q – T, с	0,36-0,37	0,38-0,39	Более 0,40
SV <sub>5</sub> , мм	2,0-3,4	3,5- 4,0	Более 4,0
УРWC, сГ*м/кг	14 и более	12,0-13,9	Менее 12
УМПК, мл/мин/кг	43,0 и более	40,0-42,9	Менее 40,0
Масса тела, %	Отсутствие избыточного веса или астенизации	Избыток или дефицит массы тела до 10%	Избыток или дефицит массы тела у женщин на 15%, у мужчин на 10%
Общий холестерин, моль/л	3,8-5,2	5,3-6,2	Более 6,2
Триглицериды, моль/л	0,5-2,25	2,26-2,90	Более 2,90
Ситуативная тревожность	1-44	45-49	Более 50
Нейротизм	0-16	17-24	Более 24
Депрессивность, балл	0-54	55-59	Более 60
Δ АЛК мочи, мкмоль/л	17,5-18,5	18,6-19,5	Более 19,5

На II этапе производится планирование, организация и проведение оздоровительных мероприятий в центрах здоровья, профилакториях, МСЧ.

III этап оздоровительно – реабилитационных и лечебных мероприятий включает анализ и контроль эффективности проведенных мероприятий и мониторинг функционального состояния рабочих I - IV групп с последующей коррекцией в ранжировании «групп здоровья» и подбором индивидуальной превентивной программы.

В программу оздоровительно-профилактических мероприятий для рабочих II группы с донозологическими состояниями были включены: 1) коррекция образа жизни с устранением факторов риска ССЗ; 2) занятия ЛФК; 3) занятия в спецгруппах здоровья; 4) лечебное питание и фитотерапия; 5) психокоррекция; 6) рефлексотерапия; 7) мануальная терапия; 8) лечебный массаж; 9) оздоровительные мероприятия в профилактических учреждениях.

Программа оздоровительно-профилактических мероприятий для лиц III группы с предпатологическими состояниями была более обширной и содержала дополнительные методы обследования: определение психотипа, оценка углеводного и липидного состава крови, консультация врачей – специалистов. Этой группе

работников наряду с вышеуказанными оздоровительными мероприятиями рекомендованы физиотерапия, санаторно–курортное лечение. Для работников IV группы с сердечно – сосудистыми заболеваниями в программу реабилитационно-оздоровительных мероприятий вместе с профилактическими рекомендованы лечебные мероприятия в амбулаторных и стационарных условиях, основанные на принципах доказательной медицины. Практически все вышеуказанные оздоровительные мероприятия рекомендованы с учетом «группы здоровья» рабочих, уровня функционального состояния организма, подробно представленные в методических рекомендациях.

Особое внимание необходимо, по нашему мнению, уделять рациональному или сбалансированному питанию для рабочих свинцового производства. Нами были рекомендованы принципы сбалансированного питания (по Куперу), редуцированной, разгрузочной диеты для лиц III, IV групп. Лечебно – профилактическое питание (ЛПП) рабочих свинцового производства строится с учетом метаболизма металла в организме и защитной роли отдельных компонентов пищи при воздействии химического соединения и вредного влияния физических факторов производства. ЛПП активизирует связывание и выведение из организма ядов или продуктов обмена [5].

Наряду с традиционным подходом к проблеме питания и роли пищевых продуктов в состоянии здоровья человека в последние годы получило развитие новое направление – так называемое функциональное питание, основными категориями которого являются: пищевые волокна, эйкоса – пентаиновая кислота, олигосахариды, продукты, содержащие бифидобактерии.

Особое значение в программе профилактики и реабилитации рабочих свинцового производства придается использованию растительных средств - фитотерапии. Применение лекарственных растений в практике обусловлено наличием в их составе биологически активных веществ, которые при введении в организм даже в очень малых количествах вызывают определенный физиологический эффект [6]. Были разработаны рекомендации по фитотерапии для лиц с функциональным напряжением (гр. II), со снижением резервов адаптации (гр. III) и срывом адаптации (гр. IV).

Закключение. Таким образом, распространенность факторов риска, сердечно – сосудистых заболеваний (АГ, ИБС) по данным наших эпидемиологических исследований среди рабочих свинцового производства представляется напряженной. Что свидетельствуют о формировании сердечно–сосудистого рисков у лиц, работающих в условиях основного свинцового производства.

Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация с ИБС, АГ, факторами риска влечет за собой рост кардиоваскулярных осложнений, что настоятельно требует разработки системы мониторинга психического, общесоматического здоровья рабочих, их социально – поведенческих характеристик, пополняющаяся в диагностике рядом медико – психологических и других параметров для выбора программы конкретных превентивных (лечебно–оздоровительных психокорректирующих, реабилитационных) мероприятий.

Формирование подобной базы данных на всех работающих обеспечит эффективное управление состоянием здоровья. Это должно быть основой модели медико – психологических аспектов профилактики сердечно – сосудистых заболеваний на свинцовом предприятии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Берсенева А.П. Принципы и методы массовых донологических обследований с использованием автоматизированных систем. Автореф. ... докт. мед. наук. - Киев, 1991. - 36 с.
2. Краснюк Е.П. Эффективность сублимата папайн как средства детоксикации при хронической интоксикации свинцом. //Мед. труда и пром. экология. – 1999. - № 4. - С. 43 – 46.
3. Джангозина Д.М. Цитогенетические и клеточномолекулярные изменения при воздействии некоторых производственных факторов. //Мед. труда и пром. экология. - 2002. - № 11. - С. 20 – 24.
4. Рахманин Ю.А., Ревазова Ю.А. Донологическая диагностика в проблеме окружающей среда – здоровье населения. //Гиг. и сан. – 2004. - № 6. - С. 3 – 5.
5. Фроля Л.М. Ремоделирование левого желудочка у больных с артериальной гипертонией. //Кардиология. – 1997. - № 5. - С. 63 – 70.
6. Решение научно – практической конференции «Проблемы диагностики донологических состояний в профилактической и клинической медицине». //Гиг и сан. - № 1. - 2004. - С. 69 – 70.

#### СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПОДРОСТКОВ Г.ШЫМКЕНТА ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА

*Л.Ц. Миронова, Т.В. Сысоева, Г. А.Салыкбаева, Б.С.Шилмурзаев*  
АО «ЖГМК»

*ОКБ, г.Шымкент*

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

## ТҮЙІН

Жүрек-қан тамыр аурулары жасөспірімдер арасында жетекші орынды алады. Кеңінен таралған нозологияларға нейроциркуляторлы дистония жүрек дәнекер тінінің дисплазиясы жатады. Бұл диспансерлеуді, емдік- сауықтыру кешенін, санитарлық- ағарту шараларын қажет етеді.

## SUMMARY

Cardiovascular diseases take a leading place in the general disease of teenagers. The most widespread nозологиями are neurocirculatory a dystonia, dysplasia connecting fabric of heart. It demands carrying out of prophylactic medical examination, a complex of medical-improving, sanitary-educational actions.

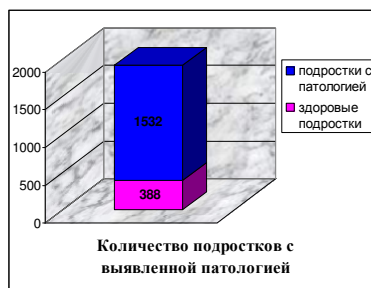
Неблагоприятная экологическая обстановка промышленных городов, имеющих заводы по производству свинца, фосфора, нефтепродуктов, способствует росту заболеваемости и смертности населения. Это заставляет чаще задумываться о состоянии здоровья подростков – будущего государства, его генофонда.

Основы здоровья каждого поколения закладываются в детском возрасте, поэтому оздоровление детей и подростков имеет особое значение для формирования здоровья популяции в целом. Заболевания сердечно-сосудистой системы в структуре общей заболеваемости и смертности населения всегда составляли значительную долю. Среди подростков данная патология тоже встречается довольно часто и занимает одно из ведущих мест.

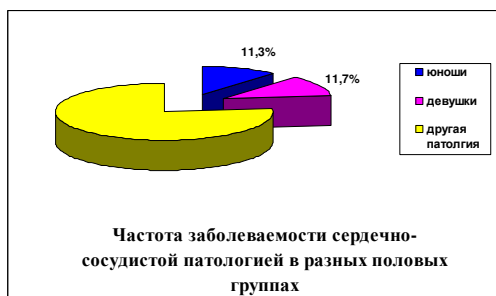
Цель: изучить распространённость сердечно-сосудистой патологии среди подростков в возрасте 15 – 17 лет в г.Шымкент за 2006 год.

Материалы и методы: Проведен углубленный медицинский осмотр 1920 подростков, в том числе 921 юношей и 999 девушек следующими специалистами: подростковым врачом-терапевтом, хирургом, ортопедом, ЛОР, офтальмологом, неврологом, стоматологом, гинекологом в сочетании с лабораторными и инструментальными методами обследования. Физическое развитие оценивалось по таблице центильного типа.

Результаты исследования: Подлежало профилактическому осмотру 2134 подростка в возрасте 15 – 17 лет, в том числе юношей 978 (45,8%) и девушек 1156 (54,2%). Осмотрено 1920 (89,9%) подростков, из них юношей – 921(94,1%), девушек – 999 (86,4%). В ходе профилактических осмотров у 1532 подростков была выявлена та или иная патология, что составило 79,3% от общего числа осматриваемых. Причём обращает на себя внимание тот факт, что у 1532 подростков было диагностировано 2051 заболевание, то есть среди обследованных нередко имеет место сочетанная патология.

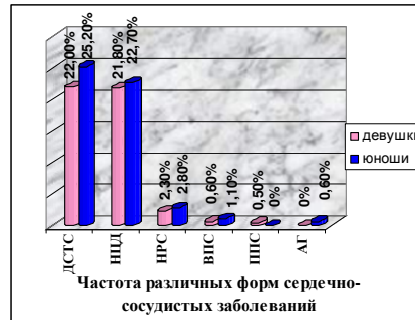


При анализе заболеваемости было установлено, что среди подростков преобладает сердечно-сосудистая патология, на долю которой приходится 23% от общего числа заболеваний. В группе юношей распространённость сердечно-сосудистых заболеваний составила 11,3%, у девушек – 11,7%. Данные показатели свидетельствуют о практически одинаковой распространённости этой патологии в половых группах.



Среди нозологических форм сердечно-сосудистых заболеваний были выявлены: нейро-циркуляторная дистония (НЦД), дисплазия соединительной ткани сердца (ДСТС), врождённые пороки сердца (ВПС), приобретенные пороки сердца (ППС), нарушения ритма сердца (НРС), артериальная гипертензия (АГ). При этом наибольшую распространённость в обеих половых группах имела ДСТС, что составляет 10,9% от общей

заболеваемости и 47,2% от заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС). У юношей частота этой патологии составила 22%, у девушек – 25,2%. Дисплазия соединительной ткани сердца в основном проявлялась различными аномалиями в структуре сердца, выявленных при эхокардиографии: удлиненные дополнительные хорды, пролабирование створок митрального, аортального клапанов.



Далее по распространённости следует ИИД, которая встречается в 10,2% случаев от общей заболеваемости в 44,5% случаев среди сердечно-сосудистой патологии. Частота ИИД у юношей была – 21,8%, девушек – 22,7%.

Другие формы сердечно-сосудистой патологии были выявлены у 38 (2,3%) подростков, что в структуре сердечно-сосудистых заболеваний составило 8%. Необходимо отметить, что среди юношей значительно чаще встречалась такая сердечно-сосудистая патология, как: дисплазия соединительной ткани сердца, нарушения ритма, врождённые пороки сердца и артериальная гипертензия.

Полученные данные свидетельствуют о неблагоприятном состоянии здоровья подростков 15-17 лет г.Шымкент, что требует эффективной диспансеризации и проведения комплекса лечебно-оздоровительных, санитарно-просветительных мероприятий. Вместе с тем, обращает на себя внимание недостаточная оснащённость лечебно-профилактических организаций, оказывающих медицинскую помощь подростковому населению в г.Шымкент. В отличие от других областных центров отсутствуют молодёжные центры здоровья, профилактории. Учитывая плотность населения в ЮКО, значительную долю которого составляет молодёжь, необходимо повысить качество лечебно-оздоровительных мероприятий подросткам.

**Выводы.** Установлена высокая частота общей заболеваемости среди подростков (79,3%).

Сердечно-сосудистая патология является преобладающей среди общей заболеваемости подростков (23%).

Среди юношей значительно чаще встречаются такие сердечно-сосудистые заболевания, как дисплазия соединительной ткани сердца, нарушения ритма, врождённые пороки сердца и артериальная гипертензия.

## ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА СВИНЦОВОМ ПРОИЗВОДСТВЕ.

*С.М. Саркулова, М.Ш. Латыева, Р.С. Маханбетов, Р.А. Сметова, З.У. Умиралиева  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент*

### ТҮЙІН

Жүрек-қан тамыр жүйесінің аурулары қорғасын өндірісінің жұмысшылары арасында кеңінен таралған. ИИД, АГ, ЖИА ең жиі кездесетін патологияларға жатады. Бұл осы назологиялық профилактикасы, ерте диагностикалау және өршуінің алдын алу мақсатында іс-әрекеттерді қажет етеді.

### SUMMARY

Diseases of cardiovascular system are the most widespread among workers of lead manufacture. Neurotsirkulatornaia the dystonia, an arterial hypertension, ischemic illness of heart concern the most often meeting pathologies. It demands carrying out of actions for preventive maintenance, early diagnostics and to the prevention of progressing of the given pathology.

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются главной причиной инвалидности и смертности населения во многих странах мира. Тенденцией является то, что поражению подвержены люди молодого трудоспособного возраста[1].

Рабочие промышленных предприятий в процессе трудовой деятельности подвергаются дополнительным производственным стрессорным факторам, что оказывает неблагоприятное влияние на сердечно-сосудистую систему [2-5]. Остается малоизученной проблемой сердечно-сосудистой патологии у рабочих свинцового производства. Влияние свинца и его соединений по данным современных исследований на сердечно-сосудистую систему сложно и многогранно. В промышленных условиях токсическое воздействие



свинца на организм рабочего приравнивается как экстремальное. В этих случаях одним из первых в механизм адаптации и поддержания гемостаза организма включается сердечно-сосудистая система.

Цель исследования: Изучить частоту встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний среди рабочих современного свинцового производства.

Материалы и методы: Проведено общеклиническое, кардиологическое, скринирующее обследование включая: ЭКГ, по показаниям ЭхоКГ, ВЭМ, функциональные пробы; анкетирование для определения наличия ФР и ССЗ; гигиенические методы оценки условий труда работающих в основных и вспомогательных цехах ШСЗ (АО «Южполиметалл»). Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы EXCEL 7.0 для среды WINDOWS.

Результаты исследования. АО «Южполиметалл» находится в черте города. Исследования уровня загрязнения свинцом зоны города показал, что более 60% рабочих свинцового производства подвергаются «двойной экспозиции» промышленных ядов: на производстве и в быту, что значительно увеличивает опасность риска состоянию здоровья.

Как показали наши исследования в структуре общей заболеваемости патология сердечно-сосудистой системы среди различных заболеваний органов и систем одна из преобладающих (12,7%), с четкой тенденцией к росту. Частота сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у рабочих основных цехов с максимальной степенью риска условиями труда (основная группа) и вспомогательных служб с минимальной степенью риска (группа контроля) представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Частота сердечно-сосудистых заболеваний у рабочих свинцового производства.

Заболевания	Профессиональные группы		Р I, II
	Контрольная n=160	Основная n=620	
Нейроциркуляторная дистония	8,8 + 2,2	17,7 + 1,5	p < 0,05
Артериальная гипертония	21,3 + 3,2	53,8 + 2,7	p < 0,001
Ишемическая болезнь сердца	2,5 + 1,2 5,0 + 1,7	5,5 + 0,9 9,5 + 1,2	p < 0,001
ИТОГО:	11,2 + 1,1	29,5 + 0,8	p < 0,001

Среди рабочих вспомогательных служб основных цехов НЦД различных типов встречается в 8,8-17,7%, реже ИБС в 2,5-9,5%, но чаще всего АГ в 21,3-53,8% соответственно. Данные об ИБС приведены с учетом строгих критериев к которым относятся случаи перенесенного инфаркта миокарда, медицински документированные или рубцовые изменения на ЭКГ с категориями МК I-II-1-2,7, стенокардия напряжения; безболевого форма ИБС с категориями МК 4-1,2 и 5-1,2, без 3-1,3. При проведении стандартизации по возрасту и стажу за стандарт были приняты показатели основной группы. Таким образом, как видно из таблицы 1, по всем нозологическим формам ССЗ частота их достоверно выше в основной группе по сравнению с контролем. Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается с возрастом обследуемых. Но данное исследование показало наличие достоверно высокого уровня сердечно-сосудистых заболеваний и среди лиц молодого контингента рабочих основных цехов (23,9%) (p < 0,05) по сравнению с контролем (рис 1). С увеличением стажа работы отмечается значительное возрастание ССЗ уже после достижения 6 лет стажа, что связано с напряжением и срывом адаптации (рис 2) на ранних этапах в условиях максимального риска.

Рис. 1

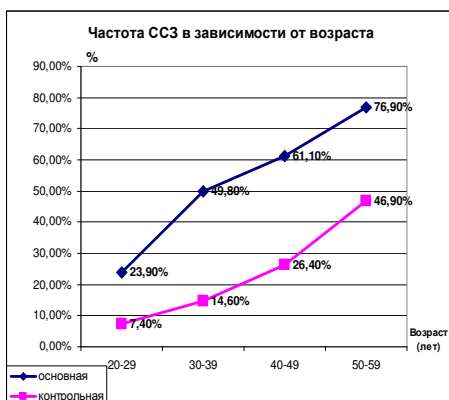
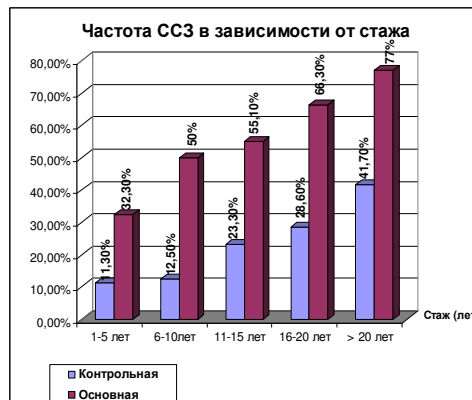


Рис. 2



Частота ССЗ в дальнейшем замедляется (от 5,1 до 11,2%), что обусловлено естественным отсевом больных и процессами адаптации к условиям труда оставшихся. Максимальный уровень (77%) частоты ССЗ достигает у высокостажированных рабочих основного производства. При сравнении основных форм ССЗ, НЦД выше у лиц молодого возраста (20-29 лет): 27 и 14,8% (p < 0,05), и при малом стаже – до 5 лет: 30,8 и 11,8% (p < 0,001), соответственно и в старшей возрастной категории отмечается значительное различие (50-59 лет): 9 и 3,1% (p < 0,001). С увеличением возраста у рабочих вспомогательных служб наблюдается тенденция к снижению частоты

этой патологии (3,1%) (50-59 лет), в отличие от рабочих основных цехов (после 40 лет) частота НЦД несколько возрастает.

Надо отметить, что у рабочих основного производства наиболее часто встречается НЦД по гипертоническому типу: 19,8 и 7,4% у лиц молодого возраста (20-29 лет), по мере увеличения возраста и стажа частота ее убывает, что может быть обусловлено переходом функциональных нарушений ССС в органические. Напротив, с нарастанием возраста и стажа распространенность НЦД по кардиальному типу нарастает, достоверно опережая показатели контрольной группы после 10 лет работы ( $p < 0,05$ ). Среди рабочих различных служб и цехов распространенность АГ не была равномерной и в целом составила 28,4%. У рабочих основных цехов с условиями труда максимальной степени риска частота АГ наиболее высокая. АГ встречается почти у одной четверти работающих молодого возраста (20-29 лет) основного производства. Частота АГ нарастает значительно после достижения 30 лет в основной группе (в 25%), в отличие от рабочих этой возрастной категории рабочих вспомогательных служб (7%) ( $p < 0,001$ ). Распространенность АГ продолжает нарастать при достижении 40 лет (на 10,7%), после 50 лет более значительно (на 15%) ( $p < 0,05$ ). У рабочих вспомогательных служб в отличие от основной группы рабочих значительное нарастание частоты АГ отмечается после 50 лет и достигает максимального уровня 40,6%, что в 1,8 раз ниже, чем у рабочих основных цехов. У рабочих основного производства при стаже от 6 до 10 лет частота АГ быстро нарастает (на 16,9%) и сравнительно меньше - при стаже 11-15 лет (на 4,2%). Отмечается значительное увеличение распространенности АГ после 16 и 20 лет работы (на 10%).

Данная закономерность, по-видимому, обусловлена адаптацией организма на начальном периоде работы, с последующим срывом адаптации, и естественным отсеком больных АГ после 10 лет стажа. Агрессивные условия труда и высокая концентрация свинца после 16 лет работы вновь приводят к срыву адаптации и развитию АГ. Таким образом, предоставленная динамика частоты АГ в стажевом и возрастном аспектах, отражает процесс формирования АГ у рабочих в экстремальных условиях свинцового производства, что в конечном итоге приводит к высокой распространенности этой патологии.

Клиническая картина ИБС у рабочих, длительно контактирующих с высокими концентрациями свинца, малосимптомная, характерно часто безболевого течения, что представляет определенные трудности в ее диагностике и требует более тщательного подхода с использованием дополнительных методов исследования. Как отмечалось выше различные формы ИБС, достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) имеют место у рабочих основного свинцового производства. С увеличением возраста имеется тенденция к нарастанию всех форм ИБС. Однако у рабочих основных цехов эта патология развивается в более молодом возрасте (30-39 лет), а по расширенным критериям данные опроса и ЭКГ, еще раньше – в 20-29 лет в опережающем темпе. Частота ИБС по строгим критериям быстро нарастая, становится достоверно выше: 6,3 и 3,8 % соответственно ( $p < 0,05$ ) у рабочих основных цехов уже в возрасте старше 40 лет. У рабочих основного производства ИБС по строгим критериям, как стенокардия напряжения и безболевая ИБС, отмечается уже после 6 лет работы (2,3%), а после 10 лет стажа значительно возрастает: от 5,1% до 11% у высокостажированных лиц при стаже 20 лет. У рабочих вспомогательных служб, как отмечено нами, формы ИБС возникают у тех лиц, чей стаж составляет свыше 15 лет работы (3,6%), а у высокостажированных – в 5,5%. По сравнению с рабочими вспомогательных служб в старшей возрастной группе (50-59 лет) у рабочих основных цехов ИБС встречается в 2 раза чаще: 13,5 и 6,2% - в целом 2,2 раза (таблица 2).

Таблица 2 - Частота различных форм ИБС у рабочих основных и вспомогательных цехов.

№ п/п	Формы ИБС	Группы				Р I, II
		Контрольная (n=160)		Основная (n=620)		
		Абс	%	абс	%	
1.	Опред. ИМ	-	-	3	0,5±0,2	-
2.	Стенокардия напряжения	2	1,3±0,9	19	3,1±0,7	>0,05
3.	Безболевая ИБС	2	1,3±0,9	12	1,9±0,6	>0,05
4.	Всего по строгим критериям	4	2,5±1,2	34	5,5±0,9	<0,05
5.	Возможный ИМ	-	-	2	0,3±0,2	-
6.	Возможная ИБС по ЭКГ	4	2,5±1,2	23	3,7±0,7	>0,05
7.	Всего возм. ИБС	4	2,5±1,2	25	4,0±0,8	>0,05
8.	Всего ИБС по расш. крит.	8	5,0±1,7	59	9,5±1,2	<0,05

То есть у рабочих основного свинцового производства, по сравнению с контролем ИБС, особенно диагностируемых по строгим критериям, идет в опережающем темпе и частота ее достоверно выше по всем стажевым группам. Таким образом, частота сердечно-сосудистых заболеваний: НЦД, АГ, ИБС значительно выше у рабочих основного свинцового производства, имеющих длительную экспозицию высоких концентраций свинца, чем у лиц, работающих в условиях без превышения ПДУ свинца в рабочей зоне.

Основной, ведущей сердечно-сосудистой патологией в свинцовом производстве является АГ, проявляющаяся уже у малостажированных в молодом возрасте (в 23,9%), быстро нарастая по частоте у высокостажированных рабочих старше 50 лет (74,6%). По данным наших исследований средний показатель распространенности АГ в основном свинцовом производстве – 53,8%, что превышает в 1,8 раза данные скрининга у рабочих промышленных предприятий других отраслей (Дрозденко). Сравнительная характеристика распространенности АГ в обследуемых группах говорит в пользу доминирующего влияния на формирование этой патологии производственных факторов, ведущим из которых является высокая концентрация аэрозолей свинца.

**Выводы.** Высокая концентрация свинца существенно повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний – ИЦД, АГ, ИБС среди рабочих. Высокая частота АГ даёт основание рассматривать её у работающих в условиях воздействия высоких концентраций свинца как производственно-обусловленное заболевание. Риск развития АГ, ИБС у рабочих свинцового производства диктует необходимость проведения мероприятий направленных на их профилактику, раннюю диагностику и предупреждение прогрессирования.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Чазов Е.И. Проблемы первичной и вторичной профилактики сердечно –сосудистых заболеваний / Тер. архив, 2002, №9, С. 5-8.
2. Кулқыбаев Г.А. Патогенез фосфорной интоксикации и факторы питания / Алматы- Караганда, Гылым, 1994, 313с.
3. Пенкнович А.А., Каляганов П.И. В кн. Материалы I Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье», 2002, С.229-231.
4. Измеров Н.Ф. Условия труда как фактор риска развития заболеваний сердечно- сосудистой системы / Вестник РАМН., 2003, №12, С.38-40.
5. Гребнева О.В. Состояние кардиореспираторной системы горнорабочих на протяжении стажа / Сб. науч. Ст., Караганда, 2001, С.52-58.
6. Дроздецкий С.И. Классификация, принципы лечения и профилактики артериальной гипертензии, Н-Новгород, 2002.

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА СВИНЦОВОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

*С.М. Саркулова, Л.Ц. Миронова, З.У. Умиралиева, А.К. Жиен, Б.С. Шилмурзаев, Г.К. Асабаев  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
АО «ЖГМК»*

*Областная клиническая больница, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Артериялық гипертензия қорғасын өндірісіндегі негізгі цехтар жұмысшыларының арасында кеңінен таралған жүрек- қан тамыр жүйесінің ауруына жатады және түрлі клиникалық сиптомдармен көрінуі мүмкін.

#### SUMMARY

The arterial hypertension is the most widespread cardiovascular disease at working producing departments of lead manufacture and is shown by various clinical symptoms.

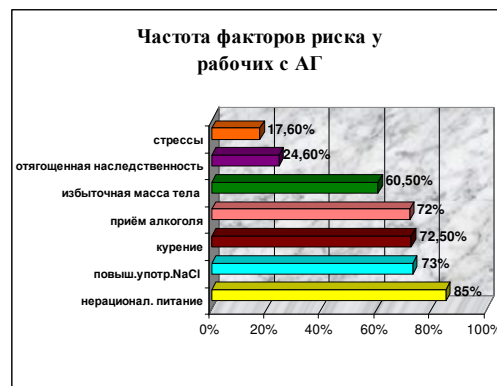
Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее распространённых сердечно-сосудистых заболеваний трудоспособного населения в большинстве стран мира, в том числе и в нашей стране. По данным ВОЗ (2004г.) Казахстан занимает первое место по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди европейских и центрально азиатских стран. Многочисленные исследования, выполненные в нашей стране и за рубежом, показали, что в становлении и прогрессировании АГ ведущее значение имеет взаимодействие генетических факторов и неблагоприятных экзогенных факторов внешней среды, в том числе промышленного производства (1,2,3). Многие авторы указывали на гипертензивное влияние свинца при длительном контакте с соединениями тяжёлых металлов (1,2,4,5,6). Тем не менее, данная проблема остаётся недостаточно изученной в плане эпидемиологии, особенностей клинического течения, прогноза, фармакотерапии.

**Цель исследования.** Изучить частоту АГ у рабочих основных цехов свинцового производства, установить факторы риска (ФР), особенности клинического течения.

**Материал и методы.** Проведено эпидемиологическое, углубленное клиничко-функциональное исследование у 620 рабочих трёх основных цехов свинцового производства АО «Южполиметалл» в г.Шымкент. Все обследуемые мужчины, средний возраст 37,2 + 1,4 лет, средний стаж 12,8 + 0,4 лет.

**Результаты исследования.** При анализе медицинской документации по данным проведенного кардиологического обследования было установлено, что наиболее часто встречающейся формой сердечно-сосудистой патологии является АГ. В общей популяции работающих распространённость АГ составила 42%. Среди рабочих основных цехов, где наиболее высокая концентрация свинца, превышающая ПДК в 20-30 раз, этот показатель равен 53,8%. К артериальной гипертензии были отнесены лица с уровнем АД 140/90мм.рт.ст. и выше. У 55 (8,9%) рабочих было выявлено высокое нормальное давление (ВНД) – от 130/85 до 139/89мм.рт.ст.

(ВОЗ/МОГ 2003г.). Группа рабочих с АГ имела возраст от 23 до 58 лет, в среднем 44,8+ 1,56 лет; стаж работы у них был от 1,5 до 37 лет, в среднем 15,7 + 1,7 лет. Кроме того, среди рабочих с АГ моложе 45 лет было 172 человека (51,5%), то есть более половины лиц с АГ составляют мужчины молодого возраста. Среди рабочих основных цехов в структуре уровня АД доминировала АГ I степени (у 39,5%) и II степени (у 36,8%), АГ III степени составила 23,7% случаев. Тяжёлая форма АГ (АГIII степени) чаще встречалась среди рабочих агломерационного цеха (у 32%), сравнительно реже у обследованных в плавильном цехе (у 21,3%) и рафинировочном цехе (у 15,3%). Выявлена прямая и тесная зависимость уровня АД от стажа работы ( $r = 0,5-0,6$ ,  $p < 0,01$ ). Относительный риск (RR) по АГ среди рабочих основного свинцового производства составил 5,0; этиологическая доля (EF) достигла 80%, что соответствовало высокой степени профессиональной обусловленности (В.В. Косарев и соавторы 2008г.). Таким образом, в основных цехах свинцового производства, где рабочие подвержены воздействию высоких концентраций свинца, АГ встречается значительно чаще (53,8%), чем у работающих на данном предприятии. Среди рабочих вспомогательных служб, где содержание аэрозолей свинца не превышало ПДУ, частота АГ была в пределах 21,3%. По анкетным данным обследуемой категории, было проведено изучение факторов риска и приверженность их к лечению. На диаграмме представлена частота выявленных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.



Из диаграммы следует, что факторы риска у рабочих данного свинцового производства достаточно разнообразны и в целом соответствуют таковым при АГ. Обращает на себя внимание многообразие и высокая частота модифицируемых факторов риска поведенческого характера, среди которых наиболее часты нерациональное питание, курение, приём алкоголя.

При изучении приверженности к лечению лиц с АГ было установлено, что большинство обследованных (62%) считают необходимым приём гипотензивных препаратов только при подъёме АД, 19,5% отказываются от медикаментозного лечения, 7,7% затруднились с ответом и только 10,8% из них считает необходимым постоянный приём лекарственных средств. Таким образом, данные анкетного опроса рабочих с АГ показали, что несмотря на высокую частоту заболеваемости АГ, среди рабочих свинцового производства отмечается большая распространённость факторов риска, причём в большинстве случаев сочетанного характера и низкая осведомлённость и приверженность к лечению. В связи с этим целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний среди рабочих основного свинцового производства особую значимость приобретает разработка и проведение обучающих программ для повышения активной роли самих пациентов.

При анализе клинической картины у рабочих с АГ наиболее часто отмечались симптомы, указывающие на поражение сердечно-сосудистой системы (ССС) – расширение границы сердца влево (66,2%), глухость тонов (73,6%), акцент II тона на аорте (54,8%). Из субъективных проявлений выявлены следующие: кардиалгия (40,4%), боли стенокардитического характера (16,2%), одышка (12,3%), сердцебиение (23,1%). Наряду с поражением ССС у рабочих с АГ выявлены признаки поражения как центральной нервной системы (ЦНС) в виде астеноневротического синдрома – слабость, утомляемость (64,3%), головные боли (70%), раздражительность (43,4%), нарушения сна (33,2%), так и периферической нервной системы – парестезии (14,4%), судороги (13,8%), изменения дермографизма (23,6%), неустойчивость в позе Ромберга (16,8%).

Таким образом, клинические проявления АГ у рабочих свинцового производства обусловлены поражением ССС, ЦНС, периферической и вегетативной нервной системы, что можно расценивать полигенным воздействием свинца на организм.

Многочисленные исследования доказывают, что свинец является политропным и энзимопатическим ядом, который оказывает повреждающее действие на клеточные и субклеточные структуры, поражая ССС, нервную, эндокринную, кроветворную системы. Влияние свинца на метаболизм нервной системы осуществляется посредством воздействия на синтез белка, на рецепторный аппарат клеток через нейроэндокринную систему (7). Хотя некоторые авторы указывают на доброкачественное и малосимптомное течение АГ при свинцовой интоксикации (5,6), в наших исследованиях у рабочих АО «Южполиметалл» выявлено многообразие клинических симптомов как субъективного, так и физического характера, а также быстро прогрессирующее течение заболевания.

**Выводы.** Распространённость АГ среди рабочих основных цехов свинцового производства АО «Южполиметалл» (53,8%) значительно выше, чем в целом в популяции (42%).

Установлена производственная обусловленность АГ у рабочих основного свинцового производства.

Многочисленные модифицируемые факторы риска и низкая информированность рабочих о своём заболевании, позволяют говорить о необходимости проведения работы по изменению образа жизни и формированию позитивного настроя на систематическое лечение и регулярное наблюдение у специалистов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кулқыбаев Г.А. Развитие научных исследований медицины труда в Казахстане. // Медицина труда и пром.экология – 2004 – №11. – с. 2-11
2. Измеров Н.Ф. и др. Методология оценки профессионального риска в медицине труда. Медицина труда и пром.экология – 2001 – №12. – с. 1-6
3. Булешов М.А. Комплексная оценка количественного влияния многофакторных динамических систем на формирование уровня здоровья работников свинцового производства // Автореф. Дис... д.м.н – Алматы, 2002.
4. Саркулова С.М. Эффективность эналаприла (энил) в лечении умеренной артериальной гипертензии у больных и рабочих свинцового производства. // Вестник ЮКГМА. – 2005. - № 1-2. – с. 102-104
5. Кончаловская Н.М. и др. Сердечно-сосудистая система при действии профессиональных факторов. М., 1976, 238с.
6. Вопросы сердечно-сосудистой патологии в клинике профессиональных болезней. Под ред. Вольфовой Р.Н. – Л., 1969.-С.31-37
7. Атчабаров Б.А. Поражение нервной системы при свинцовых интоксикациях. Алматы, 1996. – 218с.
8. Косарев В.В., Лотков В.С., Бабанов С.А. Эпидемиология неинфекционных заболеваний среди работающего населения. //Мед. труда и пром. экология. – 2008. - № 2. – С. 31 – 34.

#### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №1 Г.ШЫМКЕНТА

*С.С. Кудайбергенова*

*Детская поликлиника №1, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Шымкент қаласының №1 балалар емханасында жүргізілген зерттеулерден, балалар арасында туа пайда болған жүрек ақауларының жылдан жылға өсіп келе жатқандығы анықталды. Хирургиялық ем көбіне (91,8%) бала 1 жастан асқан соң жасалады. Уақытылы көрсетілген кардиохирургиялық көмек көптеген балалардың өмірін сақтап қалуға мүмкіндік береді.

#### SUMMARY

The investigation which is carried out in children's polyclinic №1 Shymkent is showed that increasing congenital heart disease kids annual. The surgery treatment for these children shows in 1 years old. Surgery treatment gives them opportunity to keep children's life.

Актуальность. В структуре младенческой смертности аномалии развития занимают третье место, и половину случаев летальности определяют врожденные пороки сердца (ВПС). Из числа всех встречающихся пороков развития, она составляет, как показывает практика до 30%. У разных авторов оценка частоты встречаемости колеблется, в среднем, в разных странах этот показатель варьирует от 0,6% до 2,4% в год у детей, родившихся живыми, с учетом внутриутробной гибели плода и ранних выкидышей общая частота ВПС составляет 7,3% [1, 2]. В нашей республике на 1000 новорожденных приходится 8 детей с ВПС (Хабижанов Б.Х.). Врожденные пороки сердца представляют собой весьма обширную и разнородную группу заболеваний, в которую входят как относительно легкие формы, так и состояния, несовместимые с жизнью ребенка. Среди детей, умерших от ВПС и пороков развития крупных сосудов 91% пациентов — это младенцы первого года жизни, из них 35% летальных исходов приходится на ранний неонатальный период (до 6 дней). Около 70% детей умирают в течение первого месяца жизни [2, 3]. После первого года жизни смертность резко снижается, и в период от 1 года до 15 лет погибают не более 5% детей. Понятно, что это большая и серьезная проблема.

Целью работы явилось изучение распространенности и структуры врожденных пороков сердца у детей детской поликлиники №1 г.Шымкента.

Методы исследования. Аналитический обзор медицинской документации (амбулаторные карты детей, находившихся на динамическом наблюдении в кабинете кардиолога детской поликлиники №1 г. Шымкент за период 2005-2010 гг.) и годовых статистических отчетов.

Результаты. В детской поликлинике №1 г. Шымкента ежегодно анализируются заболеваемость и распространённость ВПС. В последние годы отмечается тенденция к увеличению этих показателей. Это связано с улучшением диагностики, проведением ультразвукового обследования детей в раннем возрасте, начиная с периода новорожденности.

Таблица 1 - Распространенность ВПС в детской поликлинике №1 г.Шымкент от 0 до 15 лет

Показатели	Годы					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (за 9 мес)
Распространённость	97	128	172	202	468	321

Таблица 2 - Структура ВПС у детей детской поликлиники №1 г.Шымкент от 0 до 15 лет

Тип порока	абс.	%
ВПС с обогащением малого круга кровообращения (МКК)	276	86
ВПС с обеднением малого круга кровообращения	23	7,2
ВПС с обеднением большого круга кровообращения (БКК)	1	0,3
Комбинированные ВПС	21	6,5
Всего	321	100

Среди детей с ВПС, протекающих с обогащением малого круга кровообращения (МКК) преобладают септальные дефекты (76%) (табл. 3).

Таблица 3 - ВПС с обогащением малого круга кровообращения

Тип порока	абс.	%
Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП)	124	45
Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП)	39	14,1
Открытый артериальный проток (ОАП)	21	7,6
ДМЖП + ДМПП	21	7,6
Транспозиция магистральных сосудов (ТМС)	2	0,7
Другие комбинации ВПС с обогащением (МКК)	69	25
Всего	276	100

ВПС с обеднением МКК представлены стенозом легочной артерии и тетрадой, пентадой Фалло (табл. 4).

Таблица 4 - ВПС с обеднением малого круга кровообращения

Тип порока	Абс.	%
Стеноз лёгочной артерии (СЛА)	13	56,5
Тетрада Фалло	9	39,1
Пентада Фалло	1	4,4
Всего	23	100

ВПС с обеднением большого круга кровообращения находятся на 3-м месте (табл. 5) и представлен стенозом аорты (1 ребенка), а другие пороки, в частности комбинированные выявлены у 21 детей.

Как видно из таблицы 5, детям с ВПС операции сделаны в основном после 1 года жизни (91,8%).

Таблица 5 - Количество прооперированных детей с ВПС 2005-2010гг. (9мес.)

Название порока	Всего, из них оперирован.	Возраст, лет			
		До года	1-3	4-7	8-15
ДМПП	124/12		2	5	5
ДМЖП	39/11		3	3	5
ОАП	21/4			1	3
ДМПП+ДМЖП	21/3		2	1	
СЛА	13/2		1	1	
Пентада Фалло	1/1			1	
Тетрада Фалло	9/7	3	1	2	1
ТМС	2/1				1
Другие пороки	81/8	1	3	2	2
Всего	321/49	4	12	16	17

Это связано с тем что в Казахстане до 2009 года дети с врожденными пороками сердца весом до 12-15 кг не подлежали к операции, а такой вес они набирают только к 3 годам жизни, что и отражалось на высоком проценте смертности среди детей до годовалого возраста. Более того, чем своевременнее будет проведена операция, тем больше вероятность благоприятного исхода.

Кардиоучреждений Казахстана общими усилиями делают не больше 500-700 операций в год. В большинство казахстанских больниц с квалифицированным персоналом не имеют соответствующего современного оборудования для проведения подобных операций. Операции в других странах стоит немалых денег и перелет для новорожденного - это слишком тяжелое испытание.

Данное время на учете у кардиолога детской поликлиники №1 г.Шымкента состоит 49 оперированных детей и подростков с ВПС. За 2009 и за 9 месяцев 2010 года кардиохирургом проконсультированы 97 (30,2%) пациентов, из них 20 (20,6%) были оперированы с целью коррекции порока (7 детям в г. Алматы, 5 детей - в г. Астана, 3 – в г.Тараз, в Ташкенте – 1 ребенку, 3 детям в России и 1 ребенку в Южной Корее). Многие дети ещё ждут очереди.

Выводы: 1. По результатам статистических обработок распространенности ВПС среди детей детской поликлиники №1 г.Шымкента наблюдаются тенденция к росту этой группы патологии.

2. За 2009 и за 9 месяцев 2010 года кардиохирургами проконсультированы всего 30,2% детей с ВПС, из которых хирургическую коррекцию получили 20,6%. 3. Кардиохирургическая помощь детям с ВПС в Казахстане осуществляется после 1 года жизни. А детям с ВПС операции необходимы и наиболее успешны именно в самом раннем возрасте (до года). 4. Совершенствование организации и своевременно оказанная кардиохирургическая помощь, позволит сохранить жизнь многим детям с врожденными пороками сердца.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Врожденные пороки сердца. Справочник для врачей. Под ред Е.В.Кривошеева, И А.Ковалева. Томск, 2009.
2. Шарыкин А.С. Врожденные пороки сердца. Руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов. М.: Изд-во «Теремок», 2005; 384.
3. Шарыкин А.С. Перинатальная кардиология. Руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов. М.: Изд-во «Теремок», 2007; 347.

### ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕЛИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ СВИНЦОВОГО ПРОИЗВОДСТВА Г.ШЫМКЕНТА

*Д.М.Булешов*

*Южно-Казахстанский областной кардиологический центр, г.Шымкент*

Показатели заболеваемости, инвалидности и смертности населения от основных болезней системы кровообращения повсеместно имеют тенденцию к неуклонному росту. Заболеваемость сердечно-сосудистыми болезнями населения за последние 10 лет в Казахстане возросла более чем в 1,7 раза, а удельный вес умерших лиц в возрасте 18-64 лет в 2009 году составила 31,7%. Достигнутое в экономически развитых странах снижение уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, объясняется не только повышением эффективности медикаментозной терапии и кардиохирургических вмешательств, но и правильной организацией комплекса профилактических и оздоровительных мероприятий среди здорового населения с учетом влияния как медико-социальных, так и эколого-гигиенических факторов риска развития кардиологических заболеваний.

В связи с вышеизложенным, целью нашей работы явилось разработка методических подходов к совершенствованию профилактики сердечно-сосудистых заболеваний среди работающих в свинцовом производстве на основании изучения особенности формирования основных патологий этой системы и распространенности факторов риска. Позвольте на задачах исследования, научной новизне, практической значимости исследования не останавливаться, так как они отражены в раздаточном материале. Основные положения выносимые на защиту: В условиях свинцового производства основные потери, обусловленные сердечно-сосудистыми заболеваниями, связаны с гипертонической и ишемической болезнью сердца, уровень которых у работников основной профессии достоверно выше, чем у работающих вспомогательных профессий. Увеличение стажа работы во вредных профессиях у лиц, имеющих возраст свыше 40 лет, гиперхолестеринемия, гиподинамия, избыточную массу тела, а также ведущих нездоровый образ жизни (курение, употребление алкоголя) значительно повышает риск развития основных сердечно-сосудистых заболеваний.

Применение модели профилактики и раннего выявления сердечно-сосудистых заболеваний, адаптированной к условиям труда на свинцовом производстве, является эффективной мерой, направленной на снижение уровня сердечно-сосудистых заболеваний среди работающих на заводе. Объектом изучения явилось заболеваемость сердечно-сосудистыми болезнями рабочих основных и вспомогательных цехов свинцового производства г.Шымкента. Для изучения распространенности сердечно-сосудистых заболеваний проведен анализ показателей заболеваемости по обращаемости и по данным комплексных медицинских осмотров с учетом пола, возраста, стажа и профессионально-производственных особенностей контингента за 2007-2009 годы. Для детального изучения особенностей формирования сердечно-сосудистых заболеваний у работающих, нами поведено углубленное клинико-функциональное кардиологическое обследование 620 рабочих основных цехов и 160 рабочих вспомогательного персонала. Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний изучены по данным анкет социологического опроса лиц, из числа репрезентативно сформированных групп работающих. Изучение условий труда работающих в свинцовом производстве показало, что свинец является ведущим фактором риска для здоровья как по степени токсичности, так и по уровню превышения предельно-допустимой концентрации (от 15,2 до 30 раз), установленной для аэрозолей этого металла в атмосферном



воздухе производственных площадок. Так, кратность превышения предельно допустимой концентрации аэрозоли свинца в воздухе рабочих площадок агломерационного цеха составила от 19,8 до 30 раз, плавильного цеха от 21,2 до 26,3 раз, рафинированного цеха от 15,2 до 23,7 раз.

Как известно, условия труда на производстве зачастую становится одним из основных причин роста заболеваемости болезнями органов кровообращения. Изучение распространенности сердечно-сосудистых заболеваний среди рабочих свинцового производства показало, что в основной группе рабочих частота встречаемости основных форм сердечно-сосудистых заболеваний нарастала и достоверно превышала уровень показателя у рабочих контрольной группы. Результаты анализа заболеваемости по обращаемости у рабочих свинцового производства показали, что среди всех остальных классов заболеваний болезни системы кровообращения по числу случаев занимали 2-ое ранговое место, уступая лишь болезням органов дыхания.

По мере увеличения стажа среди рабочих основного свинцового производства отмечалось значительное нарастание частоты сердечно-сосудистой патологии, особенно после 5 лет работы, причем с очень высоким приростом (на 17,7%), что, видимо, связано с напряжением и срывом адаптации на ранних этапах трудовой деятельности. Впоследствии нарастание частоты ССЗ заметно замедлялось, что могло быть обусловлено естественным отсеком больных и адаптацией к условиям труда у оставшихся лиц. Тем не менее, среди рабочих со стажем более 20 лет основного производства частота ССЗ достигала максимального уровня - 77%, превышая показатели в контрольной группе в 1,8 раза. Сравнительная оценка показала, что уже у лиц молодого возраста, работающих во вредных условиях труда, частота нейроциркуляторной дистонии была 12,2% выше, чем в контрольной группе. В целом, при стаже во вредных условиях работы до 5 лет выявляемость НЦД была на 24,9% выше, чем в безвредных условиях труда. Таким образом, частота НЦД даже при малом стаже работы в основном свинцовом производстве является надежным признаком неудовлетворительной адаптацией организма работающих.

Особенно быстро нарастала частота встречаемости АГ у рабочих основных цехов в группе со стажем от 5 до 9 лет (на 16,9%) и сравнительно меньше - со стажем 10-14 лет (на 4,2%). Однако после 16 лет и, особенно, после 20 лет работы распространенность АГ среди этих рабочих вновь значительно увеличивалась - на 10%. Такая закономерность, по-видимому, была обусловлена адаптацией организма в начальном периоде работы с последующим нарушением и срывом адаптации, а также с естественным отсеком больных АГ после 10 лет работы. У рабочих вспомогательных служб, имелась тенденция к повышению частоты АГ при увеличении стажа, но эти изменения были достоверно меньшими, чем в основной группе.

Определенные формы ИБС (по строгим критериям), стенокардию и безболеую ИБС выявляли у рабочих основного производства после 5 лет трудового стажа (у 2,3%). Частота ИБС значительно возрастала от 5,1% при стаже 10-14 лет до 11,1% при стаже более 20 лет. ИБС была определена уже в 1% у лиц молодого возраста (20-29 лет) и по мере увеличения стажа нарастала. В контрольной группе безболевая ИБС встречалась у 3,3% лиц только после 10 лет работы, стенокардия напряжения достигала уровня 5,5% обследованных при стаже работы более 20 лет. Среди лиц основного производства уже в молодом возрасте (20-29 лет) отмечали меньшую частоту встречаемости здоровых рабочих. Среди малостажированных лиц удельный вес здоровых составил 67,7%, а после 10 лет работы он резко снижался - на 27,7%. То есть, среди рабочих основного свинцового производства после 10 лет работы процент здоровых лиц сокращался до 50% и был достоверно ниже, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний в современных условиях зависит не только от влияния экологических факторов риска, но и от воздействия на их частоту ряда социальных факторов, непосредственно связанных с образом жизни, условиями труда и быта.

Изучение распространенности случаев избыточной массы тела показало, что среди рабочих основных профессий его показатель составил 12,9%, вспомогательной группе 8,8%. В целом избыточная масса тела (ИМТ) выявлена у 12,7% мужчин и у 13,1% женщин, занятых во вредных условиях труда на производстве. Изучение распространенности случаев избыточной массы тела по возрастным группам показало, что в возрасте 20-29 лет избыточная масса тела встречается у 2,2%, в возрасте 30-39 лет - у 5,8%, в возрасте 40-49 лет у 17,2%, в возрасте 50-59 лет у 19,4%, а в возрасте 60 лет и старше - у 18,6%. В случаях распространенности ИМТ достоверная разница у рабочих основной профессии встречалась в возрасте 40-49 лет (17,2%) и почти на 6,3% и 7,4% превысила уровень показателя, сложившегося у рабочих вспомогательной профессии и городской популяции.

Изучение распространенности избыточной массы тела в зависимости от стажа работы на производстве показало, что данный фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний достоверно чаще ( $p > 0,01$ ) встречается у рабочих основной группы при стаже 11-15 лет и превышает показатель рабочих вспомогательной профессии в 3,8 раза, при стаже 16-20 лет в 4,2 раза и при стаже более 20 лет почти в 4,5 раза. Как известно, все негативные характеристики образа жизни в той или иной мере способствуют увеличению уровня общей заболеваемости, в частности уровня заболеваемости болезнями органов кровообращения. Полученные научные данные показали, что 68,1% работающих свинцового производства курят, в том числе 83,4% мужчин 23,9% женщин. Установлено, что в возрасте 20-29 лет курят 37,9% работающих в основных цехах и 38,6% работающих во вспомогательных цехах.

В возрастной группе 30-39 лет - 74,3% рабочих основных профессий и 72,1% вспомогательного персонала; 40-49 лет - 88,5% и 87,4% курящих работников соответственно. Этому возрасту приходится самый



высокий уровень распространенности случаев курения, а в последующих возрастных группах наблюдается снижения уровня случаев распространенности курения.

Изучение количества выкуриваемых сигарет в день в зависимости от возраста курящих показало, что среди них более 65,7% выкуривают за день до 10 сигарет, 25,2% до 15 сигарет, 4,1% более 15 сигарет и 4,8% до 5 сигарет в день. Таким образом с увеличением возраста и стажа удельный вес злоупотребляющих курением увеличивается, что может негативно отразиться в состоянии здоровья и привести к увеличению распространенности сердечно-сосудистых заболеваний. Употребление алкоголя выявлено у 27,8% работающих основных и 28,0% работающих вспомогательных производств свинцового завода. Установлено, что удельный вес употребляющих алкогольные напитки среди обследованных в возрасте 20-29 лет составил 15,3%, в 30-39 лет -31,9%, в 40-49 лет – 37,8%, в 50-59 лет- 24,3% и возрасте 60 лет и старше – 18,2%. Исследование показало, что в уровень распространенности случаев употребления алкоголя среди работающих основных и вспомогательных цехов достоверного различия не имеет. Одним из факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний является гиперхолестеринемия. Установлено, что средние значения содержания общего холестерина в плазме крови у работающих в основных цехах производства составили  $5,10 \pm 0,1$  ммоль/л, а у работающих во вспомогательных цехах  $3,91 \pm 0,2$  ммоль/л, в целом популяции -  $3,54 \pm 0,03$  ммоль/л.

Полученные данные показали, что в возрастной группе 20-29 лет среднее значение содержания общего холестерина в плазме крови у работающих основных цехов составило 4,52 ммоль/л, а у работающих во вспомогательных цехах – 3,91 ммоль/л, 30-39 лет- 4,98 и 3,97 ммоль/л, 40-49 лет- 5,64 и 4,02 ммоль/л, 50-59 лет- 5,48 и 4,64 ммоль/л, в 60 лет и старше- 5,14 и 4,17 ммоль/л соответственно. Это свидетельствует о том, что во всех возрастных группах работающих основных цехов свинцового производства имели достоверно высокие показатели общего холестерина в плазме крови, чем у работающих вспомогательных цехов.

Учитывая высокую степень автоматизации и механизации свинцового производства, распространенности у аппаратчиков и операторов основных цехов гипокинезии, гиподинамии, большой интерес вызывают данные, свидетельствующие об их отношении к занятиям физической культуры и спортом. Изучение этого вопроса показало, что всего 8,64% работающих основных цехов и 7,92% вспомогательных цехов регулярно делают утреннюю гимнастику. Только 3,38% работающих основных цехов и 4,76% работающих вспомогательных цехов регулярно занимаются физкультурой и спортом более 6 часов в неделю.

Исследованиями установлено, что преобладающее большинство работающих с свинцовом производстве имеют хорошие (62,8%) и удовлетворительные (30,4%) жилищные условия, лишь 1,4% оценивали своих жилищные условия как неудовлетворительные. Большинство рабочих (89,7%) проживали в благоустроенных квартирах и собственных домах со всеми удобствами, централизованным водо-, газо- и теплоснабжением. Семейно-бытовые конфликты и конфликты в трудовом коллективе приводят к стрессовым ситуациям и развитию сердечно - сосудистых заболеваний.

Социологическое исследование позволило установить, что у 74,8% работников основных и у 69,4% работников вспомогательных цехов относительно благоприятные семейные отношения. Неблагоприятными свои семейные отношения называли 25,2% работников основных и 30,6% работников вспомогательных цехов. В качестве причин семейных конфликтов респонденты называли неудовлетворительное материальное обеспечение (32,9%), психологическую несовместимость (28,2%), употребление алкоголя (11,3%), совместное проживание с родителями мужа или жены (17,4%), материальная зависимость от родителей (10,2%). Взаимоотношения в семье отражаются на самооценке своего здоровья. Респонденты из благополучных семей оценивали свое здоровье как хорошее в 26,9% случаев, в 64,2% случаев как неудовлетворительные. Напротив, в семьях с неблагоприятной психологической обстановкой преобладали лица с неудовлетворительной оценкой своего здоровья.

Состояние психологического климата в семье отражается во взаимоотношениях в трудовом коллективе. Работающие в основных цехах, у которых благоприятный психологический климат в семье отмечали взаимоотношение с членами трудового коллектива как дружественные в 73,9% случаев, как сдержанными в 18,7% случаев, как напряженными в 7,4% случаев. У работников, в семье которых неблагоприятный психологический климат в 27,4% случаев имеются напряженные отношения, в 43,1% случаях сдержанные и в 29,5% случаях дружественные и хорошие взаимоотношения в коллективе.

Доля работающих с хорошей оценкой своего здоровья выше в коллективе, где складываются дружественные и спокойные взаимоотношения (64,3%) и меньше (15,9%) в коллективе с недружелюбными взаимоотношениями.

Напротив, доля лиц оценивающих свое здоровье как плохое наиболее часто встречается (37,4%) в коллективе с недружелюбными взаимоотношениями. Изучение медицинской активности работающих показало, что среди них преобладает невнимательное отношение к своему здоровью (69,2%). Это в основном проявляется в виде невыполнения рекомендаций врача (48,2%) по гигиеническому поведению на рабочем месте, непосещения врача и поликлиники с профилактической целью (82,7%), позднее обращение за медицинской помощью при заболеваниях (43,2%), невыполнение рекомендаций врача по соблюдению режима питания, отдыха и сна (37,1%), отказу от вредных привычек (28,3%).

Результаты изучения степени взаимосвязи между основными факторами риска и уровнями распространенности заболеваний сердечнососудистой системы показали, что наибольшей степени на развитие ишемической болезни влияют стаж работы во вредных условиях ( $r = 0,92$ ), избыточная масса тела ( $r = 0,72$ );

гиперхолестеринемия ( $r = 0,78$ ), в средней степени гиподинамия ( $r = 0,62$ ), стрессы в быту ( $r = 60$ ) и на производстве ( $r = 0,58$ ), употребление алкоголя ( $r = 0,59$ ) и курение ( $r = 0,46$ ). Аналитической уравнение модели формирования уровня общей заболеваемости.

Результаты анализа показали, что вклад труда на свинцовом производстве, определяемые факторами производственной среды, трудового процесса и организация труда на формирование заболеваемости ишемической болезнью сердца составил 10,6%, а на формирование болезни 10,4%. На втором ранговом месте по вкладу находится гиперхолестеринемия, удельный вес которой при ИБС составил 2,9%, при гипертонической болезни 1,7%, на третьем ранговом месте находится избыточная масса тела, вклад которой на формирование уровня заболеваемости ИБС составил 1,8%, гипертонической болезнью – 1,2%. Полученные научные результаты положены в основу комплексных мероприятий по предупреждению развития ишемической болезни сердца и гипертонической болезни у работающих во вредных условиях труда свинцового производства.

Полученные данные послужили основой для создания системы гигиенического обучения и воспитания (СГОиВ) рабочих промышленных предприятий города Шымкента. В течение одного года было осуществлено гигиеническое обучение и воспитание работающих на свинцовом заводе (опытный) итоги которого показали, что изменилась динамика факторов риска, уровень знаний, поведение рабочих и инженерно-технического персонала по отдельным аспектам проблемы. Число бросивших курить увеличилось на 5,7%. Общее число куривших мужчин и женщин уменьшилось на 8,9%. Число рабочих и ИТР, считающих, что курить или не курить – это личное дело каждого, и никто не должен вмешиваться в это, уменьшилось на 4,6%, а лиц, знающих, что избыточный вес вреден для здоровья, увеличилось на 13,4% и потому, число измеряющих свой вес возросло на 7,6%. Число мужчин и женщин, занимающихся во время досуга каким-либо видом физической культуры и спорта, возросло на 6,1%. На 5,2% увеличилось число тех, кто считает, что здоровый человек должен соблюдать диету и режим питания. На 4,6% уменьшилось количество рабочих и инженерно-технических работников, имеющих привычку подсаливать пищу. Информированность о величине своего артериального давления возросла у 10,7% рабочих. Положительная динамика выявлена в изменении оценки полезности профилактической проверки своего здоровья (увеличение составило на 7,7%). Анализ полученных научных данных, подтвердил наличие различных тенденций, в отношении к курению и профилактике между мужчинами и женщинами.

Полученные результаты имеют высокую степень достоверности. Результаты повторного скрининга позволили нам сделать вывод, о большей готовности женщин к участию в профилактических мероприятиях, что очевидно, объясняется их более серьезным отношением к своему здоровью по сравнению с мужчинами. Поэтому при организации мер по снижению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний необходимо учитывать различия в информированности мужчин и женщин о факторах риска и в отношении к вредным привычкам, к профилактике и своему здоровью.

Полученные результаты имеют высокую степень достоверности. Результаты повторного скрининга позволили нам сделать вывод, о большей готовности женщин к участию в профилактических мероприятиях, что очевидно, объясняется их более серьезным отношением к своему здоровью по сравнению с мужчинами. Поэтому при организации мер по снижению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний необходимо учитывать различия в информированности мужчин и женщин о факторах риска и в отношении к вредным привычкам, к профилактике и своему здоровью.

Итак, проведенное исследование выявило низкую информированность респондентов о факторах риска и недостаточную грамотность в отношении к факторам риска, своему здоровью и профилактике. Это во многом объясняется тем, что отсутствует систематичность работы, нет дифференцированного подхода к проведению пропаганды.

Оценка эффективности предложенной нами системы гигиенического обучения и воспитания (СГОиВ) рабочих и ИТР показало следующее: значительно уменьшилось число куривших и употреблявших алкогольные напитки, возросло количество занимающихся на досуге физической культурой и спортом, а также уменьшилось число лиц, кто имеет привычку подсаливать пищу. Разработанную нами систему гигиенического обучения и воспитания по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний можно рассматривать как одну из эффективных моделей борьбы с сердечно-сосудистой патологией на крупном промышленном предприятии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Булешов М.А с соавторами. Применение методов донозологической диагностики, профилактики и реабилитации сердечно-сосудистых заболеваний у рабочих промышленных предприятий.

### ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ ҚОРҒАСЫН ӨНДІРІСІ ЖҰМЫСШЫЛАРЫНЫҢ ЖҮРЕК-ҚАН АЙНАЛУ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ КЕШЕНДІ ПРОФИЛАКТИКАСЫ МОДЕЛІНІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ӘЛЕУМЕТТІК ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

*Д.М.Бөлешов*

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы

Қорғасын өнеркәсібіндегі зиянды кәсіптердегі еңбек өтілі ұлғайған сайын жұмысшылардың бейімделу мүмкіндігі төмендейді. Осы жағдай бірінші кезекте жүрек-қан тамырлары жүйесі органдарының қызметіне қатерлі әсерін тигізеді. Жеке ғалымдардың зерттеулері қорғасын өнеркәсібі жағдайында жұмысшылардың еңбек ету күндерінің азаюына негізінен қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын кеселдік пен мүгедектік

оқиғаларының артуына алып келетіндігін анықтады. Осыдан зауытта өндірілетін тауарлардың сапасы мен көлемі азайып, өнімнен түсетін қаржы көлемі төмендейді және тауарлардың құны артады. Сондықтан жүрек-қан тамырлары ауруларының өндіріс жұмысшыларының арасында ұлғаюы тек әлеуметтік-медициналық мәселе емес, сонымен қатар экономикалық мәселе деп қарастырған жөн.

Бұл жағдай қорғасын өндірісі жұмысшыларының арасында таралған жүрек-қан тамырлары ауруларының алдын алуға бағытталған шаралардың ғылыми негіздерін жасау қажеттігін көрсетеді.

Зерттеудің мақсаты – қорғасын өнеркәсібі жұмысшыларының жүрек-қан тамырлары ауруларының кешенді профилактикалық шараларын құрастыру және оның әлеуметтік-медициналық тиімділігін анықтау болып табылады. Зерттеудің алдына қойылған міндеттері оның мақсатын толығынан шешуге бағытталған.

Зерттеу нысандары ретінде жұмысшылардың еңбек ету жағдайы мен денсаулығы (цехтардағы атмосфералық ауаның микроклиматтық сипаттамасы, ластану деңгейі, аурушандық, қатерлі себептер және жүрек-қан тамырлары ауруларының деңгейі мен даму бағыты), медициналық көмектің сапасы, жүрек-қан айналу жүйесі аурулары профилактикасының әлеуметтік-медициналық тиімділігі.

Зерттеу барысындағы негізінен әлеуметтік-гигиеналық, медициналық-статистикалық және социологиялық әдістер қолданылды.

Еңбек ету ортасының жағдайы санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің гигиеналық зерттеу қорытындылары негізінде бағаланды.

Аурушандық бағалау амбулаторлық-емханалық мекемелерге мұнай өңдеу өнеркәсібі жұмысшыларының жүрек-қан тамырлары аурулары бойынша қаралу деректері мен кешенді медициналық тексеру қорытындылары бойынша сарапталады.

Жүрек-қан тамырлары жүйесіне қатер туғызатын зиянды әлеуметтік-гигиеналық себептерді зерттеуге социологиялық әдісті пайдаландық.

Статистикалық жиынтықтардың басты немесе репрезентативті қалыптастырылған таңдамалы түрлері және нәтижелердің нақтылығы анықталды.

Әдеби көздерді шолу, жүрек-қан тамырлары ауруларының созылмалы және жедел түрінде даму үстіндегі нозологияларының диагностикасы мен емдеу шараларын жетілдіру бұл патологиялардың одан ары кеңінен таралуына қарсы тұра алмайтындығын көрсетті. Біздің қол жеткізілген нәтижелеріміз қорғасын өнеркәсібі жұмысшылары арасында жүрек-қан тамырлары патологияларының таралуындағы жастық-жыныстық ерекшеліктер немесе заңдылықтар толығынан қайталанатындығын және еңбек ету ортасындағы зиянды себептер оны одан ары ушықтыратындығын көрсетті.

Негізгі топтағы жұмысшылар арасында жүрек-қан тамырлары ауруларынан еңбекке жарамсыз болудың ең жоғары деңгейі 50-59 жастағылар арасында қалыптасқан. Негізгі топ жұмысшылары арасында жүрек-қан тамыры ауруларына байланыстыіс жүзінде дені сау тұлғалар 20-29 жастағыларда – 88,7%, 30-39 жастағыларда – 76,3%, 40-49 жастағыларда – 63,9%, 50-59 жастағыларда – 40,3%.

Регрессиялық сараптауды қолдана отырып, әлеуметтік – гигиеналық және өмір сүру салты себептерінің жүрек-қан тамырлар жүйесі ауруларының қалыптасуына тигізетін гиперхолестеринемия (14,57%) мен жастық ерекшеліктің (11,23%) ерекше, ал артық салмақ (5,19%), гиподинамия (3,67%), еңбек ету жағдайы (5,70%), алкогольдік ішімдіктер (1,25%) және темекі тарту (0,84%) сияқты себептердің де айтарлықтай үлес қосатындығын көрсетті.

Еңбек ету жағдайы мен жүрек қан тамырлары аурулары арасында тығыз және тікелей байланыстың барлығы, оның жүрек ишемиясының ( $r=0,74$ ) және гипертония ауруының ( $r=0,78$ ) қалыптасуында ерекше роль атқаратындығы дәлелденді. Алынған ғылыми нәтижелер жұмысшылар арасында жүрек-қан тамыры ауруларының алдын алуға бағытталған гигиеналық оқыту және тәрбие беру жүйесін құрастыруға, оны тәжірибеде қолданып, әлеуметтік-медициналық тиімділігін бағалауға жағдай туғызды.

Осы жүйені зауыттың медициналық-санитарлық бөлімінің қызметінде бір жыл бойы қолдану, жұмысшылар арасында темекі тартушылардың үлес салмағын 5,7% төмендетсе, артық салмақтың зиянды екенін түсінушілердің үлес салмағын 13,4% арттырды. Физкультура және спортпен айналысушылардың үлес салмағы (6,1%) мен диетаны сақтаушылардың үлес салмағы (5,2%) айтарлықтай жоғарылатты. Тамаққа тұзды артық салушылардың үлес салмағы да 4,6% төмендеді. Күнделікті өзінің артериалдық қысымын бақылайтындардың үлес салмағы 10,7% ұлғайса, профилактикалық тексерудің пайдалылығын мойындаушылар 7,7% өсті.

Алынған ғылыми нәтижелер қорғасын өндірісі жұмысшылары арасындағы жүрек-қан тамырлары жүйесі ауруларының профилактикасын жетілдіруге бағытталған ұсыныстардың ғылыми негізін жасауға жағдай туғызды.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Булешов М.А., Саркулова С.М. Принципы формирования группы здоровья по сердечно-сосудистым заболеваниям среди рабочих промышленных предприятий //Информационный листок №08-08.- Шымкент, 2008-с.4

**ОПТИМИЗАЦИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПАТОЛОГИЕЙ КЛАПАНОВ СЕРДЦА НА ОСНОВЕ МНОГОФАКТОРНОГО АНАЛИЗА ИНФОРМАЦИИ ИЗ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫХ БАЗ ДАННЫХ**

*Л.А. Бокерия, Е.С.Мырзакулов, Д.М. Булешов, Е.С. Саматов*

*Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им.А.Н.Бакулева, г.Москва, РФ  
Российской академии медицинских наук, г.Москва, РФ*

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

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются главной причиной смертности в мире и составляют 30% от всех смертей, или 17,5 млн смертей в год (WHO 2004, ASA/АНА 2005). В Европе ССЗ – это почти половина всех причин смертей ежегодно. Во многих странах Азии ССЗ стали основной причиной смерти: в Узбекистане ее уровень составляет 375,2 случаев на 100 000 населения. В Казахстане уровень смертности составляет 423,8 на 100 000 населения. В России смертность от ССЗ является одной из самых высоких в мире, ее уровень составляет 903 случая на 100 000 населения. По мнению Бокерия Л.А., Ступакова И.Н., Самородской И.В. (2006) увеличение в популяции доли людей старшего возраста будет способствовать росту заболеваемости ИБС, дегенеративной патологии клапанного аппарата сердца и, следовательно, к увеличению потребности в таких вмешательствах, как АКШ, ТЛБА, стентирование, имплантация ЭКС, коррекция клапанной патологии. В РФ по данным Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. с 1996 года по 2008 год общий объем хирургической помощи больным с приобретенной патологией сердца увеличился на 2,2 раза (с 4380 в 1996г и 9816 в 2008г.). В РФ в 2009 году всего по поводу приобретенных пороков сердца выполнено 9604 операций, из них 2332 операций выполнено в г.Москва.

Министерством здравоохранения Республики Казахстан разработана Программа развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан (Постановление Правительства Республики Казахстан от 13 февраля 2007 года N 102) . В 2005 году в кардиохирургических центрах республики было выполнено всего 838 кардиохирургических операций, тогда как ежегодная потребность населения в них в соответствии с данными Программы составляет более 16 000 операций. В Казахстане по данным мониторинга эффективности реализации Программы в Республике Казахстан за 8 месяцев 2009 года выполнено 354 протезирования клапанов сердца. В последние годы достигнуты значительные успехи в хирургическом лечении пороков сердца.

Один из наиболее сложных вопросов - сопоставимость результатов исследований, оценивающих летальность и выживаемость пациентов. С этой целью в мире разработано более 30 прогностических моделей, которые в определенной степени позволяют сравнивать тяжесть пациентов, сложность операций и результаты между медицинскими учреждениями и странами. Однако каждая из них имеет определенные ограничения в оценке точности прогноза риска летального исхода, поэтому в мире продолжают выполняться значительное число исследований по оценке взаимосвязи отдельных клинических, демографических и социальных факторов с летальным исходом, осложнениями, выживаемостью и продолжительностью лечения. Выполнение исследований требует адекватного информационного и методологического обеспечения. Все вышесказанное определило цель и задачи исследования.

Цель исследования: научно обосновать предложения по оптимизации организации кардиохирургической помощи пациентам с клапанной патологией сердца на основе комплексного многофакторного анализа дооперационных и периоперационных факторов. Теоретической и методологической основой диссертационной работы послужили теоретические положения и концептуальный аппарат, разработанные отечественными и зарубежными учеными. В основу методики настоящего исследования положен опыт проведения клинических и социально-гигиенических исследований, проводимых в НЦССХ им. А.Н. Бакулева.

Результаты хирургического лечения клапанных пороков в НЦССХ им А.Н. Бакулева и выбор методов лечения сопоставимы с результатами лечения пациентов в крупных клиниках США, Европы и Южной Америки.

Среди пациентов, которым выполнена коррекция клапанного порока в НЦССХ им А.Н. Бакулева, регистрируется высокая частота сочетанной кардиальной патологии 37,35%. Клинические особенности оперированных пациентов зависят от пола и возраста; среди пациентов из Казахстана достоверно чаще регистрируется ревматическое поражение клапанов.

Поражение только одного клапана зарегистрировано у 52,7% (мужчин – 61,7%, женщин – 46,2%; у пациентов до 60 лет 53,4% ; старше 60 лет - 51%). Один вид порока зарегистрирован у 40,3% пациентов (мужчин – 46,5%, женщин – 32%; пациентов до 60 лет 42,1% , старше 60 лет 35,5%). Структура поражения клапанного аппарата статистически достоверно различается в группе мужчин и женщин, в группах пациентов старше и моложе 60 лет.

Для структуры оперативных вмешательств в НЦССХ им А.Н. Бакулева типичная многокомпонентность: зарегистрировано 113 видов оперативных вмешательств. Только 35% пациентам выполнено вмешательства на 1 клапане. В качестве «дополнительного компонента операции» 16,52%

пациентам было выполнено КШ, 6,57% пациентам вмешательства на восходящей аорте, 5,57% пациентам РЧА, 2,56% пациентам коррекция ВПС, 1,37% пациентам имплантация ЭКС, 0,73 % пациентам операция «Лабиринт».

Наиболее значимыми факторами летального исхода при выполнении многофакторного анализа были возраст старше 60 лет, инфаркт миокарда в анамнезе, длительность искусственного кровообращения.

Наиболее значимыми факторами, влияющими на продолжительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии при проведении многофакторного анализа были: возраст, сахарный диабет, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе, инфаркт миокарда в анамнезе, показатель EuroSCORE, продолжительность искусственного кровообращения и операция на митральном клапане.

На общую продолжительность лечения (при проведении однофакторного анализа) достоверно оказывали влияние: возраст, инфекционный эндокардит, инфаркт миокарда в анамнезе, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе, функциональный класс сердечной недостаточности, число «компонентов» операции, продолжительность искусственного кровообращения.

Предложенная и апробированная методика экспертной оценки технологической сложности может использоваться для прогнозирования летального исхода и продолжительности лечения.

Значительные различия клинических особенностей пациентов из разных стран и медицинских учреждений, особенности организации медицинской помощи оказывают существенное влияние на точность прогностических моделей, что требует их тестирования на основе адекватного информационного обеспечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Под редакцией академика РАМН Л.А. Бокерия, и д.м.н. проф. М.А. Булешов., д.м.н. проф. И.В. Самородская, Е.С. Мырзакулов., Булешов Д.М // Методические подходы к организации отбора больных на лечение при приобретенных пороках сердца по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». Методические рекомендации. - Шымкент, 2009., 35 с

#### EVALUATION OF MEDICO-SOCIAL EFFICIENCY OF THE COMPREHENSIVE PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES MODEL AMONG EMPLOYEES OF LEAD PRODUCTION IN SHYMKENT

*Daniyar Myrzatayevich Buleshov  
South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent*

Increase in period of service with harmful labor conditions at the Lead Plant worsens the workers' adaptive capability which impacts the function state of the cardiovascular organs. Individual investigations showed that the main loss of working days is determined by circulation organs' morbidity in conditions of lead plant industry that influences the quality and output, decreases the enterprise productiveness and increases cost of production of the very industry.

Thus, the issue of cardiovascular diseases and its connection with labor conditions is an actual medico-social and economical problem. It indicates the acute necessity in the scientific development of preventive control directed to cardiovascular morbidity rate prevention and decrease in workers of the of lead plant industry.

Investigation goal is to develop and evaluate the preventive control complex of the cardiovascular diseases in workers of the of lead plant industry. Investigation subject. Health status of workers and working conditions at the of lead plant health care and organization of cardiovascular diseases' primary prevention and its medico-social effectiveness.

Investigation methods: socio-hygienic, medico-statistical and sociological. Appelability facts of the workers to the of lead plant clinic and complex examinations have been used to investigate cardiovascular morbidity rate. The statistics of the workers' survey has been used to determine risk factors' development and cardiovascular diseases' morbidity rate. Medico-statistical outcomes have been revealed by following the strict representativity and accuracy determination or based on general population.

Bibliography study showed that traditional stress on the development of diagnostics methods and on treatment of already developed diseases cannot radically change the unfavourable condition existing with cardiovascular pathology.

Our findings confirm the main pathogenesis in cardiovascular pathology formation depending on sex and age characteristics of the workers that is also a characteristic for the very industry.

The oil-refinery workers aged at 50-59 missed more working days because of cardiovascular diseases. The percentage of practically healthy people in relation to the cardiovascular diseases was considerably lower and comprised 88,7% in the 20-29 age group, 76,3% in the 30-39 age group, 63,9% in the 40-49 age group, 40,3% in the 50-59 age group among the workers of the main group.

The frequency of hypertension increases at the oil-refining industry depending on the age and period of service of persons working in the harmful labor conditions, where the coronary heart disease frequency is evidentially higher in workers of the production departments at the age of 30-39. The coronary heart disease was two times more often met in the 40-49 and 50-59 age groups. Contribution of sociotors of life style with the use of regression analysis and mathematical model approach showed that the greatest contribution to the general morbidity rate of cardiovascular pathologies belongs to hypercholesterolemia (14, 57%), age (11, 23%), overweight (5, 19%), and hypodynamia (3, 67%). Another essential risk factor for cardiovascular diseases' development of the production department workers is labor conditions that comprise 5, 7% from the total morbidity. Smoking (0, 84%) and alcohol use (1, 25%) influenced significantly the total morbidity. Research results showed that years of service of production department workers in harmful labor conditions of the of lead plant industry plays a great role in the main cardiovascular diseases' development that is defined as  $r = 0,74$  at coronary heart disease, as  $r = 0,78$  at hypertension being characterized by strong correlation dependance.

The recieved findings became the basement for the hygienic education and instruction system development and for training experts in the main cardiovascular diseases' prevention.

This system's functioning by the example of the of lead plant medical unit allowed to reduce the number of smokers by 5, 7 %, the number of people who know that overweight is harmful for the health increased by 13, 4%, the number of men and women going in for sport increased by 6, 1%, those ones following the diat increased by 5, 2% and the number of people salting their food decreased by 4, 6%. Awareness about their hypertension grew by 10, 7%, and by 7, 7% about the usefulness of examinations.

Scientific results became the foundation for the offered practical recommendations in improvement of cardiovascular diseases' prevention in workers of the of lead plant.

#### LITERATURE

1. Булешов М.А., Аликанова Л.Е. Распространенность факторов риска болезней сердечно-сосудистой системы среди работников нефтеперерабатывающего производства. //Здравоохранение Кыргызстана.-Бишкек, 2008.-№2.-С.45-48.

УДК 616.895.8-036.86 (574.52)

#### ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

*К.К. Байжарасова*

*Департамент Министерство труда и социальной защиты населения по Жамбылской области, отдел специализированной медико-социальной экспертизы, г.Тараз*

#### ТҮЙІН

Қазіргі кезде шизофрения ауруының көбеюіне әкелудің беталысы өзгертілген, ол осы аурудың клиникалық көрсеткіштерімен еңбекке жарамдылығының арасындағы байланыстарының жағдайын білуге әкелді. Еңбекке жарайтын бірақ, шизофрениямен ауыратындардың көбісі көптеген жағдайларда емдеу кезінде 5 жылдан аса уақыттарын жоғалтатынын біз белгілеп отырмыз.

#### SUMMARY

At the present time the tendency to enhancement of parergasia disease is notable, that it leads to study the connections between the clinical parameters and state of working ability by this disease.

We identified that in patients suffering from parergasia disease, in most cases the working ability with prescription of process is lost over 5 years.

Для изучения связи между клиническими параметрами и состоянием трудоспособности при шизофрении были обследованы 128 больных (мужчин 78, женщин 50) в возрасте с 18 от 58 лет. У 63 больных шизофренический процесс начался в возрасте до 20 лет. В большинстве случаев давность заболевания не превышала 10 лет, давность заболевания до пяти лет были у 24, с 5-10 лет -56, свыше 10 лет-48 больных. Особенностью инвалидности при шизофрении является то, что определение инвалидности при первом освидетельствовании зачастую происходят на этапе активного течения заболевания (54 случая), либо в тех случаях, когда процесс незакончен, а лишь приглушен (41 случай), реже первичная инвалидность была определена больным с проявлениями шизофренического дефекта (33 случая). У больных с меньшей давностью заболевания (до 5 лет) чаще встречался непрерывный злокачественный процесс с выраженным апатоабулическим синдромами, являвшимся одним из главных причин ограничения жизнедеятельности инвалида.

У всех больных те или иные степени нарушений психических функций вызывали ограничение жизнедеятельности чаще всего по следующим критериям: способность к труду и обучению, к общению, контролю своего поведения.

Основаниями для направления на МСЭ явились: - непрерывно - прогрессивный тип течения, нарастание негативных психопатологических расстройств, редукция энергетического потенциала, нарастающая аутизация, эмоциональное уплощение, грубые нарушения ассоциативного процесса мышления, волевое снижение; - частые обострения активной психопатологической симптоматики и ухудшение качества ремиссии при приступообразно - прогрессивном типе течения заболевания. По характеру ведущего синдрома группа инвалидности впервые была установлена при параноидной шизофрении 95 больных, катонической у 9, простой форме у 24. Третья группа (36 больных) была установлена в тех случаях, когда из-за особенностей ремиссий (аффективные колебания, истощаемость внимания и др.) больные не могли выполнять прежнюю работу, и нуждались в трудоустройстве с профессиональным снижением. В этой группе преимущественно оказались лица на начальных, либо более поздних этапах со стабилизацией процесса на фоне систематического лечения при параноидной шизофрении.

Вторая группа устанавливалась при длительных многомесячных психозах приступообразно-прогрессивного течения заболевания, либо при злокачественной шизофрении (92 больных). Процентное соотношение инвалидов 2 группы при первичном освидетельствовании больных шизофренией в 1999-2001 году составляла 75-81 %, а в 2006-2009 составила 70-73 % от числа всех впервые инвалидизированных с данной патологией. Первая группа инвалидности впервые больным с шизофренией не устанавливалась.

При сборе анамнеза было уточнено, что социальная дезадаптация чаще наступала у больных, перенесших в детстве и юности различные соматические заболевания. Значительно ухудшало течение шизофренического процесса и ускоряло перевод на инвалидность присоединение сопутствующих заболеваний. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями, утяжелявших общее состояние инвалидов явились болезни системы кровообращения, анемии, энцефалопатии, туберкулез и новообразования органов малого таза у женщин.

Микросоциальная среда, социально-экономический статус больного, отсутствие или потеря семьи, длительное пребывание в психиатрической больнице, образование и работы, характер работы, различные психотравмирующие ситуации семейно-бытового характера имели немаловажно значение для больного. У больных с приступообразно - прогрессивным типом течением с частыми регоспитализациями, совершением асоциальных поступков наступал более ранний перевод на инвалидность. И наоборот больные в благоприятной семейной обстановке, при заботе родных даже с более тяжелым психическим состоянием дольше удерживались вне инвалидности, особенно работающие в сфере умственного труда.

Таким образом трудоспособность у лиц, страдающих шизофренией, в большинстве случаев утрачивается при давности процесса свыше 5 лет. Инвалидность наступает раньше при непрерывном течении процесса, позднее при приступообразно - прогрессивном течении, при периодическом течении трудовой прогноз длительное время остается благоприятным. Можно отметить тенденцию к увеличению числа инвалидов 3 группы при первичном освидетельствовании. На степень снижения трудоспособности влияют соматические заболевания и социальные факторы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Правила проведения медико-социальной экспертизы от 20 июля 2005 года N 750.
2. Мелехов Д.Е. Клинические и социальные основы врачебно-трудовой экспертизы и реабилитации лиц с психическими расстройствами. 1984г.
3. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации под редакцией Коробова М.В., Помникова В.Г. 2003г.

УДК 616.37-008.6(574.5)

#### ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У РАБОЧИХ РАБОТАЮЩИХ НА НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕМ ПРОИЗВОДСТВЕ (ПЕТРОКАЗАХСТАН)

*Э.К. Бекмурзаева*

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

#### ТҮЙІН

Зауыт жұмысшыларының функциональды жүктемелері кезінде айқын көрінетін ұйқы безінің гипосекреторлық жағдайы бақыланды.

#### SUMMARY

Plant workers hyper secretor of the pancreas condition was tested which more distinctly revealing under functional load.

Бурный рост нефтехимической и нефтеперерабатывающей промышленности и широкое использование достижений современной химии в различных отраслях народного хозяйства диктуют необходимость усиления санитарно-профилактических мероприятий не только на предприятиях нефтехимической промышленности, но

и на тех производствах, где рабочим приходится иметь постоянный контакт с рядом химических веществ ароматического, предельного и непредельного ряда. Контингент рабочих, имеющих контакт с указанными веществами, весьма значителен и, несомненно, имеет тенденцию к увеличению.

Об изменениях, претерпеваемых системой пищеварения в результате соприкосновения человека с химическими вредными веществами нефтехимического производства при концентрации их в воздухе рабочих помещений близкой к предельно-допустимой, нет достаточно полного представления, имеющиеся данные зачастую противоречивы. Существенным недостатком всех исследований является то, что все авторы, изучающие влияние факторов нефтехимического производства на пищеварительную систему, ограничивались определением состояния какого-либо одного из звеньев ее, в частности печени или желудка. Комплексного же изучения у одного и того же человека состояния трех главных пищеварительных желез желудка, печени и поджелудочной железы никто не проводил. Между тем, как известно из экспериментальных исследований И.П.Павлова и его учеников, пищеварительная система представляет собой единое целое, в котором все звенья в деятельности тесно связаны друг с другом.

Поэтому изучение деятельности всех основных желез пищеварительной системы у рабочих, занятых на нефтеперерабатывающем производстве представляет не только теоретический интерес, но имеет и значительное практическое значение. Лишь единичные работы посвящены влиянию малых концентраций этих соединений на организм рабочих, а в частности, на функциональное состояние поджелудочной железы [1,2,3,4,5]. Кроме того, до сих пор отсутствует комплексный подход к изучению проблемы, в результате чего разными авторами были освещены только отдельные частные стороны многогранной функциональной деятельности поджелудочной железы.

Выяснение характера структурных и функциональных изменений поджелудочной железы при действии предельных, ароматических и непредельных углеводородов может иметь определенное значение в оценке гигиенического состояния нефтеперерабатывающих производств, а также точнее решать вопросы диагностики, профилактики и патогенетически обоснованной терапии. Следовательно, изучение ранних нарушений функции поджелудочной железы представляет большое практическое значение, так как позволит своевременно распознавать, лечить и, что особенно важно, предупреждать их у рабочих, имеющих контакт с небольшими концентрациями предельных, непредельных и ароматических углеводородов нефтеперерабатывающего производства.

Целью данного исследования было выяснение характера структурных и функциональных изменений поджелудочной железы при действии предельных, ароматических и непредельных углеводородов.

Материалы и методы. Исследование поджелудочной железы было проведено 112 рабочим нефтеперерабатывающего производства ОАО «ШНОС», занятых в основных цехах производства, подвергавшихся неблагоприятному воздействию ароматических, предельных и непредельных углеводородов. В процессе клинического обследования учитывались жалобы и объективные данные, связанные с изменением функционального состояния органов поджелудочной железы. Оценка общего состояния пациентов проводилась по анкетному опроснику, предложенному Nu and al., для выявления болей в животе у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Анкета использовалась для первоначальной, предварительной оценки состояния пациента и, в дальнейшем, для контроля течения болезни.

Распределение обследованных по полу, возрасту показало, что большинство испытуемых составляли мужчины в возрасте от 20 до 49 лет, из общей численности (1638 человек) обследованных 81,0% составили мужчины, 19,0% женщины. При распределении рабочих основных профессий НПП по стажу работы на производстве, по всем профессиям лица, имеющие стаж работы 0-5 лет, составили 20,4%, 6-10 лет –22,8%, 11-15 лет – 23,9%, 16-20 лет-17,6% и более 20 лет –15,3%.

Выяснено, что у работающих, имеющих контакт с углеводородами нефтеперерабатывающего производства, повышена проницаемость мембран ацинарных клеток, о чем свидетельствует повышение содержания ферментов поджелудочной железы в крови, проявляющееся в достоверном повышении активности липазы в 1,2-1,3 раза выше нормы ( $P<0,001$ ), трипсина в 1,1-1,2 раза, соответственно в 79% наблюдении. Активность амилазы, как правило, не изменена (рисунок 1).

После стимуляции внешнесекреторной функции поджелудочной железы панкреозимином и секретинном уровень активности указанных ферментов в крови повысился, что также подтверждает нарушение стабильности мембран ацинарных клеток. Исследование внешнесекреторной функции поджелудочной железы выявило снижение ее функционального резерва. В базальных условиях состав сока поджелудочной железы у рабочих, имеющих контакт с углеводородами, незначительно отличается от показателей контрольной группы, однако уже здесь можно отметить отсутствие в нем бикарбонатов, т.е. во всех группах реакция была кислой и снижение скорости секреции и дебита амилазы.

После внутривенного введения панкреозимина (рисунок 2), стимулирующего в основном ферменты в ацинарной ткани, у 58,6% обследованных отмечали гипосекреторный тип ответа, т.е. выделение ферментов было 2-3 раза ниже, чем в контрольной группе. У 23,4% обследованных был нарушен параллелизм в секреции ферментов. Это появилось в виде повышенного выделения одного, секреция двух других была сниженная или «диспанкреатический» тип ответа. У 9,6% наблюдалось гиперсекреторная реакция на введение гормона и



только у 7,7% обследованных был нормальный тип реакции. Наиболее сниженными оказались показатели в скорости секреции и дебита амилазы и бикарбонатов.

Была изучена реакция протоковых клеток поджелудочной железы на введение секретина стимулирующего преимущественно отделение жидкой части сока и бикарбонатов этими клетками. У работающих лиц, в контакте с углеводородами увеличение количества сока наблюдалось только в первые 20 минут, тогда как у лиц, относящихся контрольной группе - в течение 40 минут. Дебит – час после секретина и выделения сока за 80 минут после стимуляции обоими гормонами у больных, контактирующих с предельными и ароматическими углеводородами были достоверно ниже, чем в контроле.

Секреция бикарбонатов на введение секретина оставалась очень низкой. Так суммарное выделение бикарбонатов за 80 минут стимуляции обоими гормонами по сравнению с контрольной группой было в 2,3 раза меньше у больных, контактирующих с предельными углеводородами, в 3,8 раза меньше у больных, контактирующих с ароматическими углеводородами и в 5,4 раза меньше у больных, контактирующих с непредельными углеводородами. В скорости секреции и дебите ферментов после стимуляции гормонами существенное снижение наблюдалось только для амилазы. Таким образом, использование стимуляции внешнесекреторной функции интестинальными гормонами (панкреозимин и секретин) выявило снижение функциональных резервов поджелудочной железы, выражающихся в уменьшении выделения сока, бикарбонатов и амилазы. Особенно значительным было угнетение секреции бикарбонатов.

Особый интерес представляет изучение внутрисекреторной функции поджелудочной железы, так как в литературе имеется много сообщений об изменении сахарной кривой при интоксикации ароматическими углеводородами [6,7,8]. Содержание инсулина в крови у лиц контрольной группы соответствует имеющимся в литературе данным. У всех рабочих, подвергающихся воздействию углеводородов производства, содержание инсулина в крови натощак было снижено (рисунок 3).

Через 60 минут после приема 50 грамм глюкозы содержание инсулина в контрольной группе превышало исходный уровень в 4,1 раза содержание инсулина рабочих, контактирующих с предельными углеводородами, на поступление глюкозы в кровь был достоверно снижено. По сравнению с исходными данными уровень инсулина увеличился лишь на 3,5 раза. Среди лиц, контактирующих с ароматическими углеводородами этот уровень повысился на 2,2 раза, а у лиц, контактирующих с непредельными углеводородами на 1,2 раза. В ходе расчета нами были учтены и снижение содержания инсулина в крови в состоянии натощак.

Таким образом, у работающих на НПП наблюдалось гипосекретное состояние поджелудочной железы, более отчетливо выявляемое при функциональных нагрузках. Так, суммарное выделение бикарбонатов за 80 минут стимуляции гормонами у лиц, работающих в контакте с предельными углеводородами оказалось в 2,3 раза меньше, чем в контрольной группе, а у лиц, работающих в контакте с ароматическими и предельными углеводородами в 3,8 и в 5,4 раза меньше соответственно. У работающих основных профессий повышена проницаемость мембран ацинарных клеток, о чем свидетельствует повышение содержания ферментов поджелудочной железы в крови, проявляющееся в достоверном повышении активности липазы в 1,2-1,3 раза, трипсина в 1,1-1,2 раза выше норм в 79% наблюдений. Одновременно имеет место снижения ее внутрисекреторной функции, выражающейся уменьшением секреции инсулина в состоянии физиологического голода и после стимуляции в- клеток пероральным приемом глюкозы.

Таким образом, у работающих на НПП наблюдались гипосекретные состояния поджелудочной железы, более отчетливо выявляемые при функциональных нагрузках. Так, суммарное выделение бикарбонатов за 80 минут стимуляции гормонами у лиц, работающих в контакте с предельными углеводородами оказалось в 2,3 раза меньше, чем в контрольной группе, а у лиц, работающих в контакте с ароматическими и предельными углеводородами в 3,8 и в 5,4 раза меньше соответственно.

У работающих основных профессий повышена проницаемость мембран ацинарных клеток, о чем свидетельствует повышение содержания ферментов поджелудочной железы в крови, проявляющееся в достоверном повышении активности липазы в 1,2-1,3 раза, трипсина в 1,1-1,2 раза выше норм в 79% наблюдений.

Одновременно имеет место снижения ее внутрисекреторной функции, выражающейся уменьшением секреции инсулина в состоянии физиологического голода и после стимуляции в-клеток пероральным приемом глюкозы.

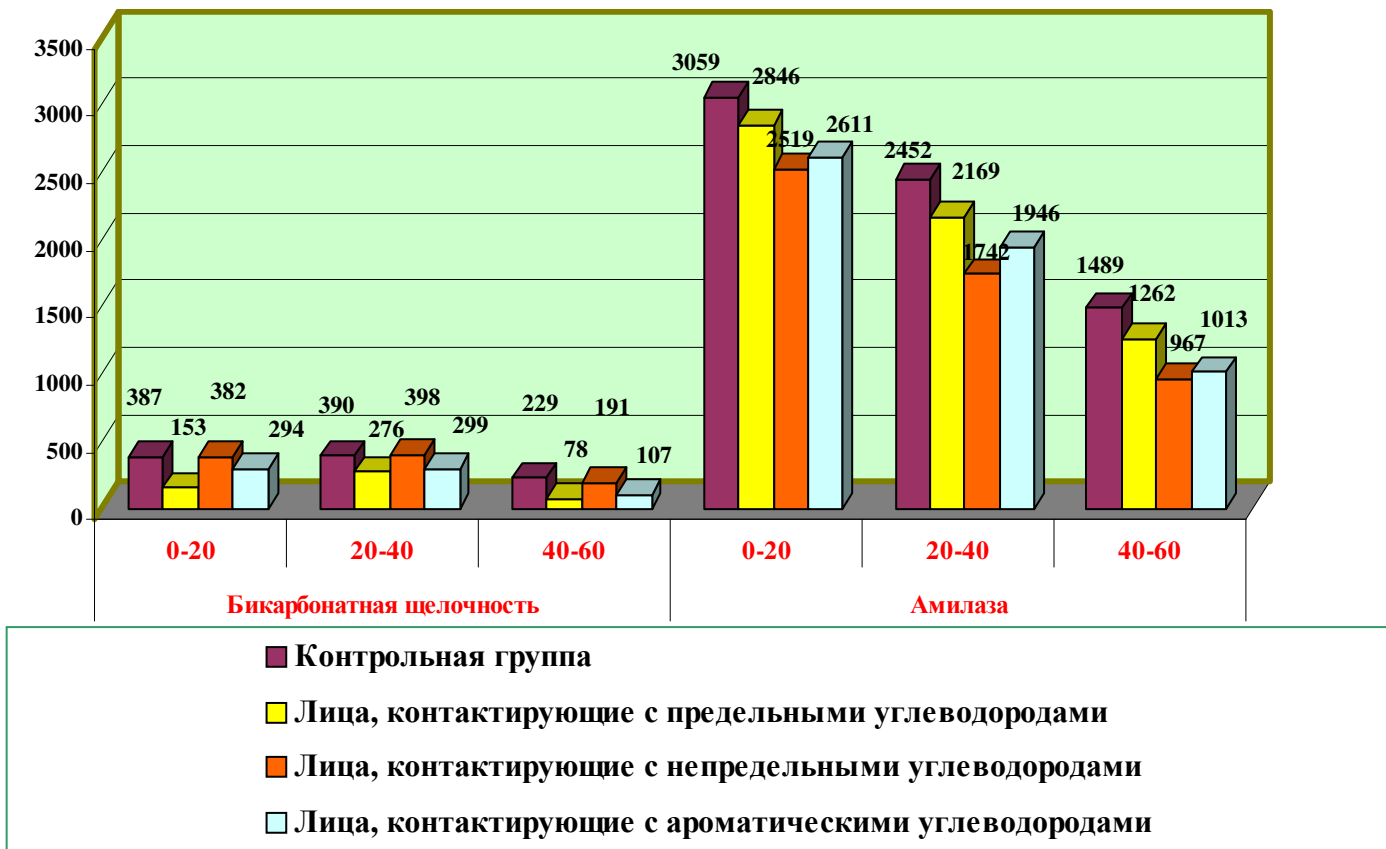


Рисунок 1 - Скорость секреции бикарбонатов и амилазы до и после стимуляции секретинном

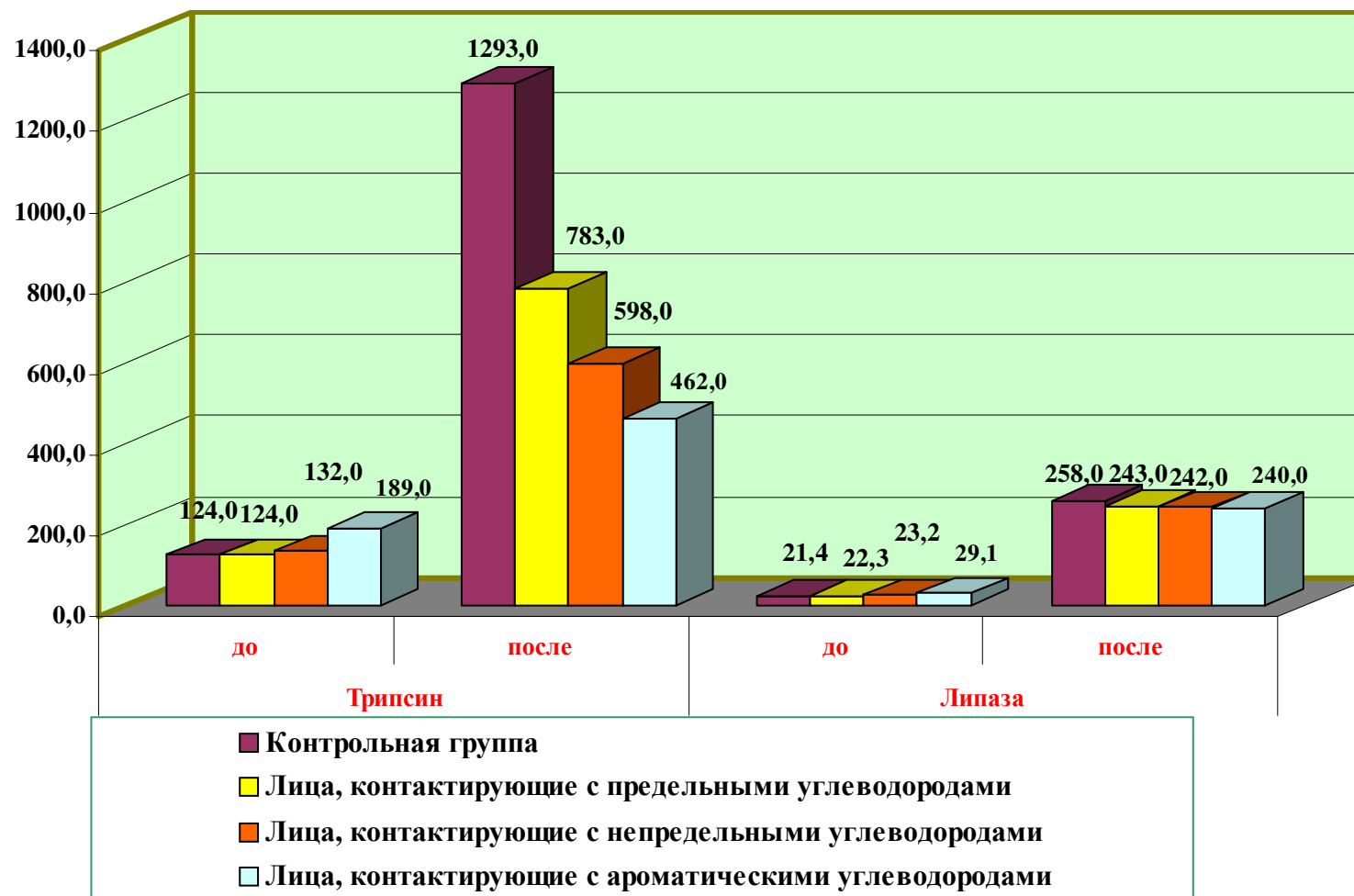


Рисунок 2 - Скорость секреции трипсина и липазы до и после стимуляции панкреозимином

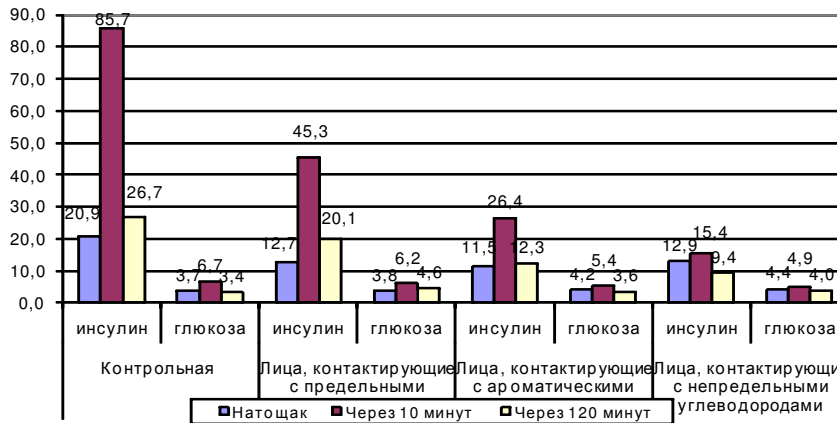


Рисунок 3 - Сравнительная оценка содержания глюкозы (м моль/л) и инсулина (м кед/мл) в венозной крови у рабочих после нагрузки глюкозой.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Хусаинова Ш.К., Карабалин С.К., Мырзахметова Ш.И. Состояние гепатобилиарной системы у рабочих нефтехимического производства //Сб. науч. тр. посвящ. 60-летию академика АМН РК, д.м.н., профессора Идрисова А.А. «Вопросы морфологии и клиники». – Алматы, 1999. –вып.3. – С.390-393.
2. Зубкова Г.С. Дифференцированный подход к выявлению начальных признаков воздействия химических веществ на функциональное состояние печени рабочих //В кн.: Актуальные вопросы гигиены и профпатологии в нефтехимической промышленности. – Уфа, 1996. – С.269-278.
3. Фирсов В.Ф. Некоторые методические подходы у изучению состояния печени при воздействии химических веществ нефтехимии // В кн.: Вопросы клиники, лечения и реабилитации при профессиональных заболеваниях гепатобилиарной системы. – Москва, 1993. – С.191-198.
4. Зубкова Г.С. Определение активности ферментов, характеризующих экскреторно – билиарную функцию печени у рабочих, занятых в химической промышленности, для обоснования патогенетической терапии //В.кн.: Вопросы лечения и медицинской реабилитации при профессиональных заболеваниях пылевой и химической этнологии. – Москва, 1977. – С.82-86.
5. Вялов А.М., Зубкова Г.С. медицинская и профессиональная реабилитация в производстве алифатических спиртов и кислот //В кн.: Вопросы лечения и медицинской реабилитации при профессиональных заболеваниях пылевой и химической этнологии. – Москва, 1977. – С.61-72.
6. Булатова Г.Е. Распространенность и особенности течения некоторых общих заболеваний среди рабочих нефтяной и нефтехимической промышленности //Сб. науч. тр.Республиканской науч.конф. по итогам гигиенических исследований за 1983-1989 годы. –Уфа, 1990. – С.124-126.
7. Ахмедкалиев Ф.Г. Адаптационные сдвиги в функциональном состоянии гепатобилиарной системы в условиях воздействия токсических факторов малой интенсивности //Проблемы адаптации рабочих нефтеперерабатывающего производства к неблагоприятным условиям окружающей среды: Сб. науч. тр. – Уфа, 1993. – С.24-29.
8. Гасанян Б.Г. Распространенность и клиническое течение некоторых хронических заболеваний среди рабочих нефтехимических производств //Гигиена производственной и окружающей среды, охрана здоровья рабочих нефтеперерабатывающей и химической промышленности: Сб. науч. тр.– Уфа, 1992. – С.128-134.

УДК 618.146-006.6-084

### СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Булешов М.А., Кульбаева С.Н., Нартаева М.М., Тлеужан Р.Т., Р.К.Карсыбекова, Г.М. Курманбекова  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент  
Шымкентская городская больница скорой медицинской помощи, г.Шымкент  
Городская поликлиника №2, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Әйелдің репродуктивті жүйесінің қатерлі ісігі қатерлі ісіктер арасында экономикалық, әлеуметтік және медико-демографиялық жағынан маңызды орынды алады. Қатерлі ісіктерді активті түрде анықтау мемлекеттің экономикалық, әлеуметтік және медико-демографиялық жағдайын жақсартады.

#### SUMMARY

New formation of reproductive system of women occupies malignant leading position, being social, medical and demographic importance of malignant new formation. It active revealing of malignant new formation state will improve economic, social and medical-demographic condition.

Рак шейки матки (РШМ) занимает второе место по распространенности среди онкологических заболеваний в мире и первое место среди причин женской смертности от рака в развивающихся странах. По данным ВОЗ (2005 год), ежегодно диагностируется почти 500 тыс. новых случаев РШМ(2).

Несмотря на возможности ранней диагностики, ежегодно в Казахстане выявляется около 12 тыс. новых случаев рака шейки матки (РШМ). Более того, у 40% больных заболевание обнаруживают в поздних (III—IV) стадиях. Ежегодно в мире регистрируется свыше 600 тыс. новых случаев РШМ (1). Проблема поздней выявляемости онкопатологии послужила основной идеей организации профилактических осмотров населения, которая впервые была высказана в России еще в 1895 г. профессором В. Ф. Снегиревым: «Если бы удалось убедить женщин в возрасте от 30 до 50 лет подвергнуться обследованию через 3—4 мес, то можно было быть уверенным, что запущенных форм рака не существовало бы, операции приносили бы наибольшую пользу и рецидивы бы стали редкостью». Основным и наиболее перспективным направлением борьбы с онкологическим заболеванием женской половой сферы является профилактика, которая заключается в своевременном обнаружении и адекватном лечении фоновых, предраковых процессов, а также начальных форм рака.

Принцип профилактической направленности в онкологии является основным в системе организации оказания специализированной онкологической помощи населению. По данным ВОЗ, при правильном проведении профилактических мероприятий можно предупреждать до 33% всех потенциальных случаев рака (ВОЗ. Женева, 1992).

Для успешного и эффективного выполнения мероприятий по ранней диагностике и профилактике злокачественных новообразований (ЗНО) большое значение имеют согласованные действия различных служб практического здравоохранения – МЗ Республики Казахстан, Департаментов Здравоохранения, лечебно-профилактических учреждений, Центра ЗОЖ и СМИ. Основная организационно-методическая роль в этой работе принадлежит онкологической службе республики. В современных условиях одним из действенных механизмов профилактики ЗНО может служить реализация территориальной целевой программы, направленной на развитие онкологической службы. Такая региональная целевая программа «Улучшение ранней диагностики и оказания специализированной медицинской помощи онкологическим больным на 2007 – 2010 гг.» утверждена Акиматом ЮКО(2).

Профилактическое направление в онкологии со времени создания этой службы реализовалось различными путями и методами и имеет уже немалую историю. В настоящее время этот принцип является основополагающим для целой системы мероприятий. Они включают меры трех видов профилактики онкопатологии – первичной, вторичной и третичной.

Задача первичной профилактики злокачественных новообразований – предупреждения действия неблагоприятных факторов на уровне популяции. Для выполнения данной задачи необходимо обеспечить осведомленность населения о факторах риска возникновения злокачественных опухолей и предупреждения их действий, выполнение экологических норм всеми и каждым, контроль со стороны органов экологического и санитарного надзора. Государство, общество, каждый член общества обязан заниматься первичной профилактикой рака. В качестве координаторов проведения первичной профилактики должны выступать лечебно-профилактические учреждения.

Задача вторичной профилактики онкологических заболеваний – ранняя диагностика доброкачественных опухолей и рака и их своевременное лечение. Пути реализации – повышение санитарной грамотности и ответственности каждого за свое здоровье. Вторичная профилактика целиком и полностью ложится на лечебно-профилактические учреждения первого контакта с пациентами: смотровые кабинеты, фельдшерско-акушерские пункты, амбулаторно-поликлинические учреждения.

Вторичная профилактика – это цервикальный скрининг, т.е. обследование всех женщин группы риска с целью выявления и своевременного лечения предраковых изменений шейки матки. Он эффективен тогда, когда разработана система наблюдения и лечения для предотвращения развития РШМ. Организованный скрининг разрабатывается на государственном уровне, и он предпочтительней оппортунистического скрининга. Традиционно используется Pap-smear-тест, чувствительность которого ограничена.

Скрининг РШМ включает цитологическое исследование мазков с поверхности влажной части шейки матки и цервикального канала. Цитологическое исследование основано на предположении о том, что рак шейки матки развивается из преинвазивной патологии, и своевременное лечение устраняет риск развития.

В странах Европы для ранней диагностики РШМ используется цитологическое исследование мазков по Папаниколау (Pap-тест).

В ряде стран (Канада, Китай, Исландия, Финляндия и др.) проведение организованного цитологического скрининга способствовало снижению заболеваемости и смертности от РШМ на 70—80%, изменению структуры заболеваемости РШМ в пользу ранних форм и карциномы *in situ*; в некоторых областях отмечено отсутствие РШМ в течение ряда лет. В России цитологический метод исследования при массовых профилактических гинекологических осмотрах начал использоваться с 1964 г. в г. Калинин, Ленинградской области, в системе лечебно-профилактических учреждений Октябрьской железной дороги. В 1966 г. в Белоруссии была организована подвижная станция ранней диагностики и профилактики рака для обследования сельского населения; с 1968 г. программа цитологического скрининга начала осуществляться в Латвии.

Онкологическая помощь больным в РК оказывается согласно приказа МЗ Республики Казахстан № 206 от 26.05.1994г. «О состоянии и мерах улучшения онкологической помощи населению Республики Казахстан (РК)». С 2002 года в республике внедряются скрининговые обследования взрослого сельского населения, направленные на профилактику, раннее выявление заболеваний с последующим динамическим наблюдением. В связи с вышеизложенным, с 2008 года акцентируется внимание на профилактику и раннее выявление злокачественных новообразований (рак молочной железы и рак шейки матки), которые в структуре смертности от злокачественных новообразований среди женского населения занимают 2 ранговое место (приказ № 607 от 15 октября 2007 г. и приказ № 164 от 30 марта 2009 г. МЗ РК).

В результате проведения скрининга наблюдалось постепенное снижение показателей заболеваемости РШМ. Так, с 1970 по 1980 г. в целом в СССР этот показатель уменьшился на 17,8% (с 25,9 до 21,3 на 100 тыс. женщин). Недостаточная эффективность цитологического скрининга РШМ привела к поиску других подходов в решении данной проблемы. В настоящее время доказана этиологическая роль вируса папилломы человека (ВПЧ) в развитии дисплазии и РШМ. Разработаны профилактические и терапевтические вакцины против ВПЧ. Доказано, что финансовые затраты на проведение эффективного скрининга ниже, чем на лечение больных с распространенным инвазивным РШМ.

Задача третичной профилактики – профилактика, ранняя диагностика и лечение рецидивов злокачественных новообразований. Путь реализации – повышение санитарной грамотности и ответственности каждого за свое здоровье. Третичную профилактику призваны проводить лечебно- профилактические учреждения первичного контакта с пациентами, онкологические кабинеты поликлиник, осуществляющие диспансеризацию.

Профилактическое направление в области противораковой борьбы впервые в нашей стране было разработано основоположником отечественной онкологии Н.Н. Петровым, который научно обосновал основные принципы профилактики рака и наметил конкретные пути решения этих проблем. Разработанные им положения о профилактических мероприятиях легли в основу создания государственной системы противораковой борьбы в стране и ее главного звена – массовых онкологических осмотров здорового населения.

Проблемы клинической онкологии остаются в центре внимания медиков всего мира из-за постоянного роста заболеваемости злокачественными опухолями и смертности от них. Это обусловлено в значительной степени несовершенством первичной и вторичной профилактики, а также несвоевременной диагностикой и, как следствие, недостаточной эффективностью лечения [1, 2, 4].

Для определения приоритетов противораковой борьбы следует ориентироваться на все ее компоненты: первичную профилактику, скрининг, раннюю диагностику и лечение. Определяющая цель противораковой борьбы – снижение смертности; основное условие снижения смертности от злокачественных новообразований – раннее выявление начальных, бессимптомных форм. В мировой практике на профилактику выделяется 30% финансовых средств, на лечение – 50%, на реабилитацию – 20%. По-прежнему весьма остро стоит вопрос своевременной диагностики злокачественных новообразований (ЗНО); динамика заболеваемости с учетом стадии процесса за последние годы существенно не изменилась. Основное число больных попадает в лечебные учреждения в запущенных стадиях (в целом по Казахстану — 23,3%, годовичная летальность составляет 31,6%) [4]. Общеизвестна значимость раннего выявления онкогинекологических заболеваний, поскольку именно она определяет продолжительность жизни больного, успех или неуспех проводимого лечения. Скрининг является сегодня основным путем диагностики доклинического рака [1, 2]. Обнаружению ЗНО женщины предшествует, как правило, длительный период невыраженных симптомов и проявлений, на которые женщина просто не обращает внимания или не знает об их опасности.

В медицине есть такое понятие: «онкологическая настороженность», т.е. врач любой специальности любого лечебно-профилактического учреждения должен при осмотре каждого пациента исключить симптомы, вызывающие подозрение на злокачественную опухоль. Такую же настороженность обязан проявлять каждая женщина по отношению к самому себе. Комитет экспертов ВОЗ по ранней диагностике рака женских половых органов утверждает, что большинство больных раком могли бы быть излечены, если бы заболевание удалось диагностировать на самых ранних его этапах.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Булешов М.А., Нартаева М.М., Кульбаева С.Н. «Оценка состояния и эффективности профилактики предраковых и раковых заболеваний органов репродуктивной системы женщин в регионах ЮКО». Вестник ЮКГФА 3(44)-2009г.С.15-17
2. Булешов М.А., Нартаева М.М., Кульбаева С.Н., Мейрбекова Р.Д., Адилова К.А.. Профилактика предраковых и раковых заболеваний органов репродуктивной системы женщин в ЮКО.// Вестник ЮКГФА 3(44)-2009г.С.17-21.
3. Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year. The global picture. Eur. J. cancer 37 (8): 4-66 (2000).
4. Ferlay et al, editors. Globocan 2000, Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide, IARC Cancer Base No 5, Version 1.0 IARC, 2001, Lyon, France
5. UK National office of Statistics – <http://www.statistics.gov.uk/Statbase/isdata/set.asp?vink=9096>-last accessed on 01.05.06

УДК 616-002.5

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Н.М. Оспанов

Областной детский противотуберкулезный санаторий «Ак-Булак», с.Т.Рыскулова, ЮКО

## ТҮЙІН

Зерттеу мақсаты болып облыстық туберкулезге қарсы балалар санаториясы жағдайындағы өкпе туберкулезімен ауырып жатқан және туберкулез бойынша қауіпті топқа жүргізілетін ауруды алдын алу шараларының нәтижелігін бақылау болып табылды. Емделу нәтижесі 98,8% науқаста «ем аяқталды» және «жазылып шықты». Алдын алу шараларын алған қауіпті топ балалар арасында бір де бір бала өкпе туберкулезімен ауырмаған.

## SUMMARY

Target of this work was to study the effectiveness of the treatment in a sanatorium of children with pulmonary tuberculosis in the continuation phase and of the preventive measures in the risk groups on TB under conditions of sanatorium «Ak-Bulak». Thus, 98,8% of children had outcomes «cured» and «treatment completed». Further among children from risk groups nobody did not suffer from pulmonary tuberculosis. This result was obtained thank to proper nutrition for children, comprehensive character of both conventional and non- conventional therapeutic activities.

В настоящее время в Республике Казахстан отмечается снижение заболеваемости по туберкулезу с 160,4 на 100 тысяч населения в 2003 году до 125,5 в 2008 году и смертности с 22,4 на 100 тысяч населения до 16,9 в 2008 году. Заболеваемость детского населения в республике имеет тенденцию к снижению. Так, заболеваемость среди детей Южно-Казахстанской области снизилась с 17,2 на 100 000 населения в 2007 до 12,3 в 2009г. Снижение основных эпидемиологических показателей туберкулеза обусловлено интенсификацией работы противотуберкулезной службы. Особое место в программе противотуберкулезной помощи детям и подросткам занимают мероприятия по профилактике туберкулеза [1]. Вместе с этим, немаловажное значение в снижении заболеваемости туберкулезом также имеет полноценное лечение больных детей со специфическим поражением органов дыхания. Одним из принципов лечения туберкулеза является непрерывность лечения и контроль приема противотуберкулезных препаратов на всех этапах лечения. Наиболее полноценное и качественное выполнение данных принципов возможно в условиях санатория [2, 3, 4].

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности санаторного лечения детей, больных туберкулезом легких, в поддерживающей фазе и профилактических мероприятий в группе риска по туберкулезу в условиях санатория на материале областного детского противотуберкулезного санатория «Ак-Булак» Южно-Казахстанской области. Эффективность проводимых мероприятий оценивалась клиникорентгенологическими и лабораторными данными, а также результатами микробиологических исследований и туберкулиновых проб.

Противотуберкулезный санаторий «Ак-Булак» расположен в Тюлькубасском районном центре в экологический благоприятном районе. Санаторий рассчитан на 200 коек для детей от 4-14 лет и 10 коек для подростков. Здесь проходят лечение дети, больные туберкулезом легких, в поддерживающей фазе I и III категории ДОТС, а также проводятся профилактические курсы химиотерапии детям из группы риска. Всего с 2007 по 2009 годы в условиях санатория пролечено 2615 детей.

Клиническая форма туберкулеза органов дыхания и сопоставление эффективности различных режимов химиотерапии представлены в таблице 1. Из таблицы видно, что среди клинических форм у детей преобладал туберкулез внутригрудных лимфоузлов (54%).

Таблица 1- Распределение больных по клиническим формам туберкулеза органов дыхания и сопоставление эффективности различных режимов химиотерапии

№	Клинические формы	2007г.		2008г.		2009г.		Всего	
		абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%
1	Туберкулез внутригрудных лимфоузлов	21	46,7	35	63,6	32	50,8	88	54,0
2	Первичный туберкулезный комплекс	1	2,2	4	7,3	-		5	3,1
3	Туберкулезный плеврит	8	17,8	6	10,9	12	19,0	26	16,0
4	Очаговый туберкулез	1	2,2	-		2	3,2	3	1,8
5	Диссеминированный туберкулез легких	1	2,2	1	1,8	-		2	1,2
6	Инфильтративный туберкулез легких	6	13,3	7	12,7	12	19,0	25	15,3
7	Прочие	7	15,6	2	3,7	5	8,0	14	8,6

Итого	45	100	55	100	63	100	163	100
-------	----	-----	----	-----	----	-----	-----	-----

Поддерживающую фазу лечения по ДОТС проводили по I категории 85 детям, по II категории 2 детям и по III категории 1 ребенку, согласно схеме, данной в приказе № 466. Из группы повышенного риска лечение получали 2452 ребенка (таблица 2). Они наблюдались по 3 группам диспансерного учета.

Таблица 2 - Клинический состав детей из группы риска

№	Диагноз	2007г.		2008г.		2009г.		Всего	
		абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%
1	Виразж	219	27,1	173	22,2	194	22,4	586	23,9
2	Гиперергическая проба	182	22,6	198	25,4	213	24,6	593	24,2
3	Тубинфицированность	406	50,3	409	52,4	458	53,0	1273	51,9
	Итого	807	100	780	100	865	100	2452	100

Таким образом, среди детей из группы риска преобладали дети, инфицированные туберкулезом (51,9%). Детям из группы риска, согласно приказу № 323, проводили химиопрофилактику изониазидом, в течение 3 месяцев, детям с гиперергическими пробами Манту с 2 ТЕ-2 препаратами Н и Е – 2 месяца.

Вместе с этиотропным лечением широко использовали патогенетическое лечение. В дополнение прибегали к различным видам физиотерапии: электрофорез, ультразвуковая терапия с лекарственными средствами, УФО, лечебная физкультура. Наряду с этим, детям проводили ингаляционные процедуры с различными лечебными травами, что в комплексе дало значительный эффект в лечении сопутствующей патологии, таких как железодефицитные анемии, инфекции мочевыводящих путей, дискинезии желчевыводящих путей. Анализ результатов контролируемого лечения в санаторных условиях показал его высокую эффективность (рисунок 1).

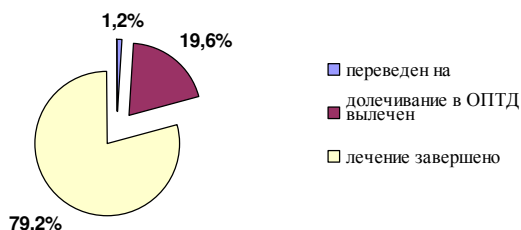


Рисунок 1 - Исходы лечения.

Наблюдение детей из группы риска, получивших оздоровительные мероприятия, показало отсутствие случаев заболевания их туберкулезом.

Таким образом, непрерывное контролируемое лечение детей, больных туберкулезом, наиболее качественно выполняется в санаторных условиях. Исход «вылечен» и «лечение завершено» было у 98,8% больных. Среди детей из групп риска, получавших оздоровительные мероприятия, не было ни одного случая заболеваемости туберкулезом легких. Такому результату способствовало также полноценное питание детей, комплексность проводимых традиционных и нетрадиционных лечебных мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. О мерах по совершенствованию противотуберкулезной помощи населению РК //Приказ № 323.- Астана, 2001.
2. О состоянии и мерах усиления борьбы с туберкулезом в РК //Приказ № 466.- Астана, 2007г.
3. О совершенствовании санаторно-курортного лечения в противотуберкулезных санаториях //Приказ № 510.- Астана, 2004.
4. Нашенова Г.Б., Тарасевич В.Ф., Касимова Л.Н. и др. Роль санаторного лечения в профилактике туберкулеза среди детей //Фтизиопульмонология, №1(9) 2006.

УДК – 618.175 – 618.12

#### ФАКТОРЫ ТКАЦКОГО ПРОИЗВОДСТВА И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИЦ

Г.У.Акбердиева, М.А.Булешов, Н.М.Расымбекова  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
Городской родильный дом № 2, г.Шымкент

ТҮЙІН



Қазіргі уақыттағы Оңтүстік Қазақстан өңіріндегі тоқыма өндірісінде істейтін әйелдердің еңбек орындарындағы қолайсыз жағдайларының жалпы денсаулыққа, әсіресе репродуктивті қызметіне және гинекологиялық аурушандыққа кері әсерін тигізетіндігі талқыланған. Ғылыми зерттеу жұмысының нәтижелері бойынша жұмысшылардың жүктілік кезінде кездесетін асқынулардың және арнайы тексеруде диагностикаланған гинекологиялық аурулардың жиілігі анықталған.

#### RESUME

The influence of negative work factors (high temperature, damp atmosphere in the work places, negative influence vibration and noise, high level of mental emotions, forced state of body) on the specific functions and gynaecological sick rate among textile – workes of South – Kazakhstan were described. In result of scientific work the obstetric complications and gynaecological diseases among work women in textile factories of South – Kazakhstan were founded.

Профилактика нарушений репродуктивного здоровья работающих женщин является одной из приоритетных проблем здравоохранения в современных условиях жизни общества. В послании Президента Республики Казахстан Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана» подчеркнуто, что здоровье народа – это неотъемлемая составляющая успеха Казахстана в достижении своих стратегических целей [1].

В этом контексте одной из актуальных проблем медицинской науки остается нарушение репродуктивной системы женщины, значительное место при этом отводится проблемам условия труда. Важнейшей особенностью труда женщин является совмещение ими производственной и общественной деятельности с выполнением семейных обязанностей, в частности, материнских. Производственная среда, как часть среды обитания, в силу своих особенностей обладает способностью воздействовать на работающих посредством комплекса производственных факторов. Число таких факторов не только не остается постоянным, но и неуклонно растет пропорционально развитию современной промышленности. Влияние вредных факторов производственной среды, в первую очередь, сказывается на здоровье работающих со сниженными адаптационными способностями, к которым относятся беременные женщины.

Репродуктивное здоровье традиционно является объектом для изучения последствий негативного влияния факторов производственной среды. Особую медико-социальную значимость имеет охрана репродуктивного здоровья женщин, работающих в условиях воздействия промышленного производства, в связи с чем, сформировалось новое направление производственная репродуктология, изучающая влияние факторов производственной среды на фертильный потенциал работников. Текстильная промышленность – быстроразвивающаяся отрасль экономики многих стран и нашего государства, в том числе. Ткацкое производство – это крупномасштабная отрасль текстильной промышленности народного хозяйства, применяющая в своем производстве отечественное сырье – хлопок и современную технологию на основе широкой автоматизации производственных процессов [2].

За последнее десятилетие Казахстан инвестирует на развитие текстильной промышленности значительные финансовые средства. Указом Главы нашего государства Н.А. Назарбаева в Южно-Казахстанской области (2005 год) создана специальная экономическая зона «Оңтүстік», основными целями которого является комплексное развитие хлопкоперерабатывающих высокотехнологичных производств, текстильной (прядельно-ткацкой) и швейной отраслей промышленности, а также активизация вхождения экономики Казахстана в систему мировых хозяйственных связей. Данный указ направлен на реализацию Стратегии индустриально-инновационного развития республики Казахстан на 2003-2015 годы. Ускорение научно-технического прогресса в бурный век урбанизации и быстрого развития промышленного производства привело к коренной реконструкции данной отрасли промышленности. Характерной особенностью ткацкого производства текстильной промышленности является преимущественная занятость в этом производстве женщин (до 85-95%).

Существенно изменился характер труда основных рабочих профессий – ткачих и прядельщиц, который характеризуется высокой производственной нагрузкой, таких как: плотность рабочих операций, нервно-эмоциональное напряжение, неудобная и вынужденная рабочая поза, воздействие общей вибрации, электромагнитное излучение, высокая зрительная нагрузка, монотония, гиподинамия, интенсивный шум, высокая температура. Труд основных профессий ткачих классифицируется как вредный второй степени, что не может не отразиться на общей заболеваемости в целом и репродуктивном здоровье в частности. Учитывая, что при работе в неблагоприятных условиях развивается акушерско-гинекологическая патология [3], а состояние репродуктивных функций является интегрирующим показателем воздействия неблагоприятных факторов на женский организм, нами было проведено комплексное обследование ткачих, включающее изучение тенденции рождаемости: анкетный опрос, гинекологический осмотр, проведение лабораторных исследований, анализа обследования беременных и исхода их родов.

Изучение влияния производственных факторов в основных цехах ткацкого производства на детородную функцию работающих основывалось на анализе 370 обменных карт беременных и историй родов. Беременные были распределены на 3 группы. Контрольную группу составили женщины – домохозяйки, в I группу вошли работницы административно-хозяйственной части данного производства, а во II группу –

работницы основных цехов ткацкого производства. Исследование акушерской патологии у работниц ткацкого производства г.Шымкент и женщин контрольной группы выявило специфические особенности.

Таблица 1. Осложнения беременности у работниц ткацкого производства.

Осложнения беременности	Контрольная группа		Сравнительная группа		Основная группа	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Невынашивание беременности	25	6,8	58	15,7	64	17,3
Самопроизвольные выкидыши	22	5,9	27	7,3	31	8,4
Внематочная беременность	1	0,3	3	0,8	3	0,8
Неразвивающаяся беременность	2	0,5	4	1,1	5	1,3
Ранние и поздние гестозы	10	2,7	48	13	67	18,1
Итого:	60	16,2	140	37,9	170	45,9

Проведенный анализ распространенности акушерской патологии свидетельствует о высокой частоте невынашивания беременности у обследуемых женщин – I (15,7%) и II-группы (17,3%), что 2,5 раза выше по сравнению с контрольной группой. Самопроизвольные выкидыши у работниц основных профессий – в I-ой группе составило (7,3%) и II-группе (8,4%) - это выше в 1,5 раза по сравнению с женщинами контрольной группы. Часто встречающейся патологией во время беременности также являются ранние и поздние гестозы 13% и 18,1 % соответственно в сравнении с группой контроля –2,7%.

Гинекологическая заболеваемость женщин ткацкого производства изучена путем тщательного гинекологического осмотра 250 женщин основных цехов производства. Изучение гинекологической патологии работниц данного производства и женщин контрольной группы также выявило особенности уровня и структуры. Показатель гинекологической заболеваемости среди работниц основных цехов составил 2148,9 на 1000, в то время как в сравнительной группе – 1037,7 на 1000, а в группе контроля – 646,7 на 1000. Следовательно, повышенная гинекологическая заболеваемость, установленная нами по данным медицинского осмотра, является результатом повышенной заболеваемости работниц основных цехов, которые подвержены большому воздействию производственных факторов.

Большинство осмотренных женщин были в возрасте 21-40 лет (73,2 ± 6,8% - 183), несколько меньше женщин в возрасте старше 40 лет (23,6 ± 1,92% - 59). В возрасте до 20 лет всего было 3,2 ± 0,19% или 8 женщин. Сопоставление распространенности больных и здоровых 20-29, 30-39 и 40 лет и старше больных женщин было больше, чем здоровых (рис. 1). Наибольшее число больных женщин было в возрастной группе 30-39 лет (24,4 ± 2,4% - 61 чел.), здоровых составили – 13,2 ± 0,79% (33),  $p < 0,01$ . В возрастной группе 20-29 лет численность больных женщин составила 21,6 ± 2,1% (54 женщины), а здоровых женщин было 10,0 ± 0,8% (35 женщин). В возрастной группе 40 лет и старше частота выявления гинекологических заболеваний составила 11,6 ± 1,39 % (29), а здоровых женщин 8,0 ± 0,9% (20). В возрасте до 20 лет число здоровых женщин (2,4 ± 0,08% или 6 женщин) превалировали над больными (0,8 ± 0,02% или 2 женщины).

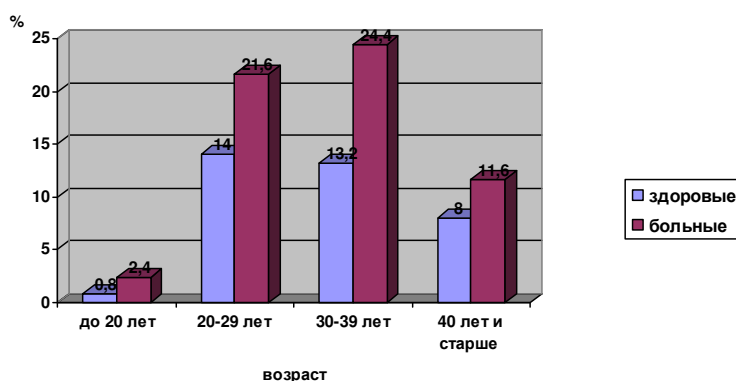


Рисунок 1. Частота выявления гинекологических заболеваний среди женщин ткацкого производства в зависимости от возраста (в % к общей численности обследованных – 250 женщин).

Анализ частоты гинекологической заболеваемости с учетом стажа работы на ткацком производстве свидетельствовало, что только при стаже до 1 года число здоровых женщин превалировало над больными, составляя соответственно 5,2 ± 0,49% (13) и 2,8 ± 0,19 % (7).

В остальных стажевых группах число больных гинекологическими заболеваниями превышало над здоровыми: при стаже 1-4 года 8,4 ± 0,78% (21) и 7,2 ± 0,67% (18); 5-9 лет 21,2 ± 2,19% (53) и 10,4 ± 1,24 (26); 10-14 лет 15,6 ± 1,92% (39 чел.) и 10,0 ± 1,08 (25); 15-19 лет 6,4 ± 0,48% (16) и 5,6 ± 0,41% (14 чел.); 20 лет и более 4,0 ± 0,35% (10) и 3,2 ± 0,28% (8).

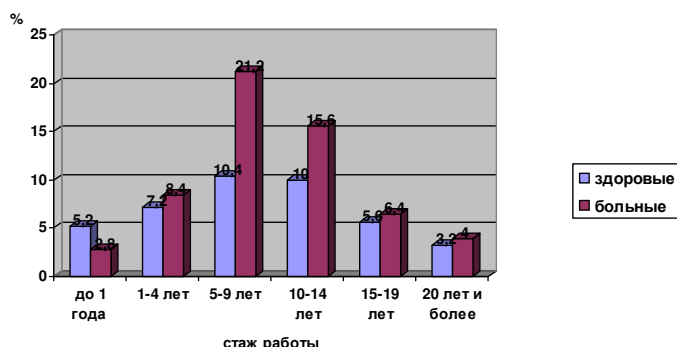


Рисунок 2. Частота выявления гинекологических заболеваний среди ткачих в зависимости от стажа работы ( в % к общей численности обследованных женщин).

Как видно из представленных данных (рисунок 2), наибольшее число больных женщин было у лиц проработавших на производстве 5-9 лет. По мере увеличения стажа, включительно до 9 лет, возрастало число гинекологических больных, затем наблюдался постепенный спад. Это связано с сочетанным влиянием негативных факторов производственной среды на гениталии работниц.

Таблица 2 - Гинекологическая заболеваемость работниц ткацкого производства (на 1000 обследованных и % к итогу).

№	Наименование болезни	Заболеваемость		
		абсолютное число	% к общей численности обследованных	на 1000 работающих (M±m)
1.	Нарушения менструальной функции	34	23,3 ± 1,87	136,0 ± 11,8
2.	Воспалительные заболевания матки и придатков	20	14,1 ± 1,63	80,0 ± 6,4
3.	Кольпиты	26	18,1 ± 1,59	104,0 ± 8,9
4.	Бесплодие	22	15,2 ± 1,31	88,0 ± 6,2
5.	Эрозия шейки матки	26	18,1 ± 1,59	104,0 ± 8,9
6.	Миома матки	19	13,0 ± 0,74	76,0 ± 5,4
7.	Опухоли яичников	16	10,9 ± 0,38	64,0 ± 5,4
8.	Мастопатия	9	6,2 ± 0,23	36,0 ± 2,8
9.	Девиации половых органов	16	10,9 ± 0,38	64,0 ± 5,4
	Итого:	188	100,0	584,0 ± 39,7

В общей структуре гинекологической заболеваемости отмечается преобладание нарушений менструального цикла (136,0%), эрозий шейки матки и воспалений слизистой оболочки влагалища (104,0%), которые имели место у каждой пятой и шестой больной (таблица 2). Затем следовали бесплодие (88,0%), воспаление матки и ее придатков (80,0%), миома матки (76,0%). Расстройства менструальной функции преимущественно проявляются по типу альгодисменореи, гипоменструального синдрома, мено- и метроррагий. Указанные выше нарушения связаны со специфическими особенностями труда женщин-работниц (повышенные физические нагрузки, наличие статистических компонентов в работе, вынужденная рабочая поза, а также с неблагоприятными микроклиматическими условиями).

Таким образом, проведенные исследования показали, что у работниц ткацкого производства повышена частота осложнений беременности и гинекологической заболеваемости, уровни которых зависят от длительности работы женщины на данном производстве в течение репродуктивного периода.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана // Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана 29 января 2010 года. – Астана, 2010.-С. 36
2. Карабалин С.К. Научные основы оптимизации условий труда и состояние здоровья женщин, работающих на современных предприятиях хлопчатобумажной промышленности //Автореф. дис. докт. мед.наук - Алматы, 1998.- С. 40
3. Морозов А.А. Особенности репродуктивного здоровья женщин, занятых в текстильном производстве // Вопросы гигиены, физиологии труда и заболеваемости работниц текстильных предприятий – Калининград, 1990.-С.24-26

УДК 615.9-099.039.18

#### РАЗВИТИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Тулеев И., Бекбанов Ч.А., Казбекова К.С., Катбаев С.А.

Медицинский факультет МКТУ имени Х.А.Ясави, г.Шымкент, Казахстан

Областной центр гипербарической оксигенации имени Т.Орынбаева, г.Шымкент, Казахстан

## ТУЙІН

Бұл мақалада гипербариялық медицинаның дамуы, бұл әдістің оң нәтижелері жайында фактілері корсетілген.

## SUMMARY

In article it is told about formation, development of hyperbaric medicine, figures and the facts about a positive effect of the given method are resulted.

Начало развития гипербарической медицины в Казахстане было положено в 1973 году, когда по инициативе и непосредственном участии тогда еще кандидата медицинских наук Т. Орынбаева, была построена и запущена в эксплуатацию первая в Казахстане и Средней Азии многоместная воздушно-кислородная барокамера «Чимкент-МТ» на базе которой было открыто отделение гипербарической оксигенации (ГБО) и реанимации на 6 коек.

В дальнейшем при участии 47 промышленных предприятий города Шымкента, органов управления здравоохранения Республики из нестандартного оборудования был создан и до настоящего времени успешно эксплуатируется с 1983 года операционный барокомплекс «Арысь-МТ» на который возложена функция координирующего и консультативного центра для подразделений ГБО Казахстана, которых в настоящее время насчитывается 77 и в которых эксплуатируется 128 одноместных барокамер.

В настоящее время в Республике метод ГБО в комплексном лечении получили более 80000 больных (по данным отчетов из областей), в то время как один только Шымкентский бароцентр способен оказать помощь более 6000 больным в год. В Шымкентском бароцентре за время его работы получили лечение более 50000 больных с различной патологией в патогенезе которой значительную роль играет гипоксия.

В составе Шымкентской в настоящее время эксплуатируются следующие барокамеры: многоместный барокомплекс «Арысь-МТ», имеющий в своем составе: операционную барокамеру, шлюз и терапевтическую барокамеру, соединенные между собой и рассчитанные на 10 человек каждый; Одноместные серийные барокамеры «БЛКС-3-01»; Транспортные барокамеры «Казахстан-МТ», которые были запущены в эксплуатацию в 1985г. и работали в режиме скорой помощи на станции скорой помощи. Транспортные барокамеры являются универсальной передвижной палатой интенсивной терапии с возможностью применения ГБО в экстремальных условиях при отравлениях СО на пожарах, механической асфиксии и другие, как на месте происшествия, так и в пути следования, а также при любом ЛПУ области или города. Одна из них экспонировалась на выставке «Здравоохранение-85» на ВДНХ и в настоящее время находится в городе Нижний Новгород.

Бароцентр работает в настоящее время в виде самостоятельного лечебного учреждения в круглосуточном режиме, имеет в своей структуре токсикологическое и ожоговое отделения. В нем ежедневно имеют возможность получить лечение методом ГБО до 70 больных, однако, на сегодня здесь получают лечение ежедневно 25-30 больных, что в течении года составляет около 5500 больных, включая отделения ГБО и реанимации. Состав больных распределен следующим образом: экстренные больные составляют 80-85%, стационарные больные – 28,5% и амбулаторные – 71,5%. Из них в барооперационной оперировано – 4576 больных, проведено – 1639 родов.

По нозологиям заболеваний на первом месте из всех пролеченных больных были больные с ишемической болезнью сердца и другой сердечной патологией – 36%, на втором- группа больных с общетерапевтической патологией – заболеваниями желудка-кишечного тракта, печени, сахарный диабетом и др. – 34,3%. На третьем месте – находились больные с хирургической патологией – заболевания периферических сосудов, желудочно-кишечные кровотечения, перитониты, холециститы, травмы и др. – 19,1%.

Общий удельный вес, больных получивших ГБО и пролеченных в отделении ГБО и реанимации составил 66,4% , что говорит о концентрации этих больных в основном в специализированном отделении ГБО. Остальные 33,6% больных лечились в разных профильных отделениях бывшей БСМП или других больниц города, где они получали ГБО на месте благодаря транспортным барокамерам бароцентра.

В реанимационном отделении ГБО за истекшее время (1973-2000 гг.) получили лечение 6589 больных. Летальность в отделении составляет 4,9 – 5,7%. Среди госпитализированных в это отделение на первом месте находятся больные с хирургической патологией – после оперативных вмешательств по поводу желудочно-кишечных кровотечений, холецистита, перитонитов различной этиологии, ранений брюшной полости и др. 38,7%.

На втором месте – больные с кардиологического профиля – 32,5%, среди которых преобладают больные ишемической болезнью сердца, постинфарктным кардиосклерозом и др. На третьем месте – больные токсикологического профиля – 7,2% среди которых преобладали больные с отравлением окисью углерода, алкоголем и медикаментами. Однако с февраля 2001 года в реанимационном отделении 99% случаях лечатся токсикологические больные.

С 2003 года на базе бароцентра было развернуто ожоговое отделение на 10 коек, для оказания специализированной и высокоспециализированной помощи взрослому населению области.

Учитывая высокую эффективность при использовании ГБО в акушерстве, нами было открыто отделение по лечению критических состояний беременных женщин. Сюда госпитализировались все пациентки с отягощенным акушерским анамнезом и роженицы, нуждающиеся в оперативном родоразрешении, что составило 8,2% от всех пролеченных больных. Здесь же получали лечение роженицы с сопутствующей экстрагенитальной патологией (почечной, сердечной и т.д.). Для детей, родившихся с явлениями гипоксии,

применяется детская барокамера, а позднее нами была сконструирована капсула в шлюзе барооперационной, для проведения реанимационных мероприятий. Это отделение закрыто в феврале 2001 году при оптимизации коек в городе.

Для производства оперативных вмешательств больным травматологического и нейротравматологического профиля нами была технически усовершенствована и широко применяются пневмодрель, подогрев операционного стола, рентген аппарат, ЭХВЧ и др. С целью подготовки кадров гипербаристов, нами через Минздрав Республики были проведено 13 циклов специализации врачей, ИТР и м/с – операторов. На нашей базе получили специализацию 121 врач, 27 м/с и 33 инженера. На рабочем месте обучено 27 специалистов. Нами проведено два семинара-совещания с заместителями заведующих облздравотделами, врачами и ИТР для координации работы всех подразделений ГБО по Республике.

Таким образом, несмотря на имеющиеся трудности в организации работы сложного и уникального барокомплекса, единственного в Центральной Азии и Казахстане, бароцентр продолжает работать и сейчас ему присвоено имя его организатора профессора Т. Орынбаева.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лужников Е.А., Гольфарб Ю.С., Мусселиус С.Г. Детоксикационная терапия - руководство для врачей - СПб., издательство «Лань» 2000.- 192 с.
2. Петровский Б.В., Ефуни С.Н. Руководство по гипербарической оксигенации.- М., 1986.- с.344.
3. Петровский Б.В. и Ефуни С.Н. Основы гипербарической оксигенации, М., 1976. – с.322.
4. Конъюнктурные отчеты ОЦГБО имени Т.О.Орынбаева за 2007-2009 гг.
5. Гаврильчик А.И., Тулеев И. Развитие гипербарической медицины в здравоохранении Республики Казахстан – Гипербарическая медицина, № 2-3, 1998.
6. Internet // [www.med.ru](http://www.med.ru)., [www.gbo.med.ru](http://www.gbo.med.ru)., [www.medicina.ru](http://www.medicina.ru).

УДК 616.831 – 005.1

#### МЕХАНИЗМЫ НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТИ ЦНС И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

*М.Г.Абдрахманова, Б.Д.Ельшина, Ш.К.Омарова, Р.А.Беляев, С.К.Минбаев, Е.В.Епифанцева, Д.Шайкенов  
Областной медицинский центр, г.Караганда, Казахстан.*

#### ТҮЙІН

Ми қанайналымының өткір бұзылыстары және бас ми жаракаттарында орталық жүйке жүйесінің ұлпаларында болатын патофизиологиялық процестер, қазіргі замандық қайта- қалпына кетіру әдістерін тағайындаса, жүйке ұлпаларының пластикалығының арқасында қайта қалпына келу сипатына ие болады. Мақалада бағана бөлімінің қызметін стимуляциялау әдістеріне анализ жүргізілген, атап айтқанда бульбарлы синдромы бар жағдайда VocaStim аппараты көмегімен. Инсульті науқастарда ерте қайта- қалпына келтіру кезеңінде аталған әдістің жоғары эффективтілігі көрсетілген.

#### SUMMARY

At stroke and traumas of brain in tissue of the central nervous system pathophysiological processes which can have reversible character under condition of administration of modern methods of rehabilitation owing to plasticity of nervous tissue proceed. The analysis of technique of brainstem functions stimulation by means of VocaStim device is shown in the article, in particular at the presence of bulbar syndrome. High efficiency of the given method at the initial stages of rehabilitation of patients with stroke is shown.

Одним из наиболее выдающихся достижений в области фундаментальных наук второй половины XX века являются результаты исследований пластичности головного мозга, доказавшие, что кора взрослого человека способна к значительным функциональным перестройкам и что решающая роль в этой реорганизации принадлежит афферентной информации. Эти достижения позволили по-новому взглянуть на роль нейрореабилитации, которая в настоящее время начинает занимать одно из приоритетных направлений в клинической медицине [2].

Предположение о возможности ремодулирования невральных кортикальных соединений под влиянием тренировки одним из первых высказал D. Hebb [3] еще в 40-е годы прошлого века. Но уже начиная с середины 60-х годов стали появляться многочисленные экспериментальные исследования, демонстрирующие химические и анатомические механизмы пластичности головного мозга у взрослых животных [1, 5, 4]. Наиболее полно возможность реорганизации кортикальных полей под влиянием сенсорного входа была продемонстрирована только в середине 80-х годов М. Merzenich с соавторами в опытах на обезьянах, в которых удалось показать увеличение области сенсомоторной коры под влиянием контролируемой тактильной стимуляции и уменьшение коркового представительства кисти и соответствующее расширение представительства соседних сегментов руки - предплечья и плеча при ампутации кисти. Тогда же эти авторы впервые высказали предположение об актуальности полученных данных для реабилитации больных после инсульта.

При постоянной афферентации с кисти, например у пианистов или слепых, читающих при помощи шрифта Брайля, увеличивается представительство заинтересованных зон. В настоящее время благодаря методам функциональной визуализации появилась возможность изучать процессы нейропластичности, развивающиеся в головном мозге при его повреждении. Одно из первых исследований в этой области было выполнено R. Nudo и G. Milliken, которые показали, что без последующей тренировки представительство пораженной конечности уменьшалось в размере. Но если паретичную конечность тренировать, то ее двигательное представительство увеличивалось, распространяясь на области, формально отвечающие за представительство плеча и локтя. Таким образом, тренинг оказывает прямое влияние на реорганизацию коры мозга с вовлечением прилежащей к инфаркту непораженной моторной коры. В настоящее время значительная роль в восстановлении нарушенных функций при поражении первичных моторных зон и пирамидных трактов в бассейне средней мозговой артерии отводится более дистально расположенным от первичной моторной коры зонам, а именно премоторной коре, которая обладает рядом свойств, позволяющих ей взять на себя функцию первичной моторной коры при ее повреждении.

Каковы же механизмы нейропластичности? Надо сказать, решающую роль в механизмах нейропластичности играет глутамат. В ряде экспериментальных работ показано, что блокирование NMDA-рецепторов глутамата предотвращает реорганизацию кортикальных карт первичной соматосенсорной коры. Что же касается аксональных изменений, то известно, что регенеративный спраунтинг (возобновление роста пораженного аксона) типичен только для периферической нервной системы, поскольку повреждение аксонов в ЦНС носят необратимый характер; это обусловлено отсутствием фактора роста нервов (NGF), вырабатываемого шванновскими клетками, торможением роста за счет олигодендроцитов и фагоцитарной активностью микроглии. Вместе с тем существование другого вида спраунтинга (коллатерального) в структурах головного мозга (в руброспинальных нейронах красного ядра) впервые было показано в уникальных экспериментальных исследованиях N. Tsukahara еще в середине 1980-х годов. Эти данные еще раз доказывают наличие феномена аксонального коллатерального спраунтинга в мозговой коре.

Таким образом, в многочисленных экспериментальных и клинических исследованиях было выявлено, что в активизации механизмов нейропластичности ЦНС важную роль играют различные методы усиления афферентного входа, которые составляют основу восстановительной терапии больных с двигательными нарушениями. Эти данные, несомненно, послужили значительным толчком к развитию новых технологий в области двигательной реабилитации, среди которых выделяются следующие методы: кинезитерапия, электростимулирующая терапия, функциональное биоуправление с обратной связью, виртуальная реальность и т.п.

Особое место среди новых методов восстановления парезов гортани, голосовых складок, а также мышц артикуляционного аппарата у больных, перенесших инсульт или черепно-мозговые травмы (ЧМТ), занимает применение аппарата VocaStim.

Целью нашего исследования было выявление эффективности применения аппарата VocaStim при реабилитации больных с дисфагией и дисфонией в остром периоде инсульта.

Материал и методы: в течение 3 месяцев нами проводились диагностические и лечебные процедуры при помощи аппарата VocaStim. Всего было обследовано и получало терапию 13 пациентов, 7 из которых имели гипотонусную дисфонию, у 6 пациентов отмечалась бульбарная дизартрия, дисфагия. Степень электростимулирующего воздействия определялась при помощи подбора коэффициента аккомодации нервно-мышечного аппарата гортани к воздействию токов прямоугольных и треугольных импульсов. Длительность лечения составляла 15 дней, кратность процедур – 2 раза в день. В процессе электростимуляции с больными проводилась артикуляционная гимнастика и фонопедические упражнения.

Результаты: при анализе полученных данных можно сделать предварительные выводы о достаточной объективности диагностики при помощи аппарата VocaStim, позволяющей судить о состоянии нервно-мышечной ткани и дифференцировать степень нарушения иннервации. Повторная диагностика, проводимая в конце курса лечения, показывает динамику восстановления пораженных мышц. Значительная положительная динамика отмечалась у пациентов с нарушениями голоса. Объективно увеличивается время фонации, нарастает сила голоса. Положительная динамика симптомов бульбарного паралича отмечалась на 10-11 процедуре.

Закключение. Таким образом, следует отметить целесообразность применения аппарата VocaStim при бульбарных нарушениях у больных в остром периоде инсульта.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Bennett E.L., Diamond M.C., Krech D., Rosenzweig M.R. Chemical and anatomical plasticity of brain. Science 1964; 146: 610-619.
2. Bracewell R.M. Stroke: neuroplasticity and recent approaches to rehabilitation. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2003; 74: 1465-1470.
3. Hardt J.V., Kamiya J. Anxiety change through electroencephalographic alpha feedback seen only in high anxiety subjects. Science 1978; 201: 79—81.
4. Honda M., Deiber M. P., Ibanez V. et al. Dynamic cortical involvement in implicit and explicit motor sequence learning. A PET study. Brain 1998; 121:2159-2173.
5. Rosenzweig M.R. Environmental complexity, cerebral change, and behavior. Am. Psychol. 1966; 21: 321-332.

УДК 616.89-008.441.33:616.831-002:615.015.6

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕРОИНОВОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ***Ж.И. Маденова**Областной наркологический центр, г. Шымкент.***ТҮЙІН**

Героиннің өте аз мөлшерін қолданатындар және ауырғандарына шамалы болғандарда вегетативтік симптом жиынтығы және жүйкелік симптоматикалық белгілері болады. Ауырғандарына ұзақ болғандар және жоғары мөлшерде героин қолданғандарда нерв бағаналарының симптом жиынтығының қыртыс астының зақымдалуы қалыптасады.

**SUMMARY**

This article is about neurological symptoms in patients with a relatively short period of the disease and inject a small dose of heroin were diffused with neurological symptoms and vegetative syndrome. In patients, who used heroin with long term and large doses formed resistant syndrome with involvement of sub cortical and brainstem lesions.

Актуальность проблемы наркомании в Республике Казахстан определяется ростом наркомании и ее тяжелыми медицинскими и социальными последствиями. Героин как полусинтетический наркотик оказывает сильное нейротоксическое действие и вызывает выраженные изменения различных отделов нервной системы в виде героиновой энцефалопатии, миелопатии, полинейропатии, сосудистые осложнения в виде субарахноидальных и внутримозговых кровоизлияний, инфаркты мозга, транзиторных ишемических атак [3].

Цель исследования состоит в изучении неврологических нарушений у больных с героиновой энцефалопатией. Под наблюдением находились 40 мужчин в возрасте 20-40 лет, больных героиновой наркоманией. Они систематически злоупотребляли героином в течении 5-10 лет. Героин применяли в суточных дозах от 0,8 до 2 гр. Все больные осмотрены на 4-5 день после окончания острого абстинентного синдрома и повторно на 21-23 день.

Неврологическое обследование проводилось по общепринятой схеме. Неврологические расстройства объединяют под термином «токсическая энцефалопатия», возникающая при длительном употреблении и в больших дозах героина, причем чем больше доза и дольше срок употребления, тем тяжелее неврологический дефицит [1].

Неврологическая картина у обследованных больных на 4-5 день после абстиненции характеризовалась следующим образом. У 15 больных отмечалось поражение черепно-мозговых нервов: в виде ослабления глазодвигательных функций-7, диплопии-4, горизонтальный нистагм-2, тремор языка-2. Изменения со стороны рефлекторной сферы – в виде симметричной гиперрефлексии, более выраженной в ногах у 12 больных. Нарушения в координаторной сфере у 28 больных, причем у 6 из них головокружение, чувство проваливания кровати, у 6 нарушения походки, у 16 атаксия при выполнении локомоторных проб.

Одно из неврологических осложнений, выявленных у 2х больных-приступ судорожной активности, который протекал по типу-генерализованных судорог, длительностью 2-8 мин. Кроме того у некоторых больных отмечалась умеренно выраженные гипомимия и гипокинезия. Со стороны вегетативной нервной системы у больных отмечались нарушения регуляции вегетативных функций с преобладанием симптомов дисфункции симпатической вегетативной нервной системы (тахикардия, артериальная гипертензия, вазомоторные нарушения и др.) [2].

У больных с относительно небольшим сроком заболевания и употребляющий малые дозы героина неврологические симптомы представлены рассеянной неврологической симптоматикой и вегетативным симптомокомплексом;

У больных с длительным сроком употребления и в больших дозах формируется стойкий симптомокомплекс с поражением подкорковых и стволовых поражений.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. «Неврология». Научно-практический журнал. Ташкент 2005 г.
2. «Наркология в вопросах и ответах». Справочник практикующего врача. г. Харьков-2003г.
3. «Болезни нервной системы». Руководство для врачей. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульман. Москва-2001г.

УДК 617.7-007.681

**ГЛАУКОМАНЫҢ (СУҚАРАҢҒЫНЫ) АЛДЫН АЛУҒА БОЛАДЫ***К.Т.Жуманова**Түлкібас аудандық емханасы, Оңтүстік Қазақстан Облысы Тұрар Рысқұлов ауылы***РЕЗЮМЕ**



Глаукома—одно из наиболее распространенных заболеваний органа зрения. Заболевание может привести к серьезным необратимым изменениям в глазу и значительной потере зрения, вплоть до слепоты. Именно поэтому глаукома является одной из главных причин инвалидности в следствие заболевание глаз. Глаукома—хроническое заболевание глаз.

Определение понятия глаукома заключается в том—что это названия объединяет большую группу заболеваний глаза, характеризующуюся постоянным или периодически повышением внутриглазного давления, в связи с нарушениями оттока водянистой влаги из глаз.

Последствием повышения внутриглазного давления является особая серая атрофия зрительного нерва с эксковацией в области диска.

#### SUMMARY

The definition of concept glaucoma consists in that, what is it names glaucoma the large group of diseases of an eye, glaucoma constant or periodic increase inside eye pressure, in connection with infringement glaucoma of a moisture from eyes.

Consequence of increase glaucoma of pressure is special grey glaucoma of a visual nerve with eckovacia in the field of a disk. Glaucoma - one of most оттока водянистой of diseases of a body of sight. The disease can result to serious irreversible glaucoma in an eye and significant loss of sight, down to blindness.

For this reason глаукома is one of the main reasons of physical inability owing to diseases of an eye.

Көру мүшесі – алланың адам үшін берген керемет ағзасы. Көз адамның ішкі айнасы және барлық ағзаның айнасы. Көру мүшесі өте сезімтал және әлсіз. Адамдар 90% мәліметті көру мүшесі арқылы алады. Қазіргі таңда компьютердің дамуы, мәліметтің көптігі және экологияға байланысты көру мүшесін түрлі залалдардан қорғау қажет. Дүниеде ең ауыр жағдай соқырлық. Соқырлыққа алып келетін себептер: жарақаттар, қабынулар, түрлі көз аурулары, көру гигиенасын сақтамау. Жиі кездесетін көз аурулары: глаукома (суқараңғы), катаракта (көру бұршағының шелі), миопия (жақыннан көргіштік). Глаукома (суқараңғы) - көздің ауруларының ішіндегі ауыр түрі. Алдын алмаған жағдайда адамды соқырлыққа алып келетін ауру. Дүние жүзінде осы аурумен ауыратындар 67 млн, оның 5 млн.-соқырлыққа душар болғандар. Бұлардың саны жылдан-жылға көбеюде. Осы дерттің алдын алуға бола ма? Әрине болады. Ол үшін глаукома туралы мәлімет керек, оның негізгі белгілерін айту қажет. Глаукома - грек сөзі "көкшілсу" деген мағананы білдіреді. Бұл қазақтарда "суқараңғы" деген атпен белгілі.

Түлкібас аудандық емханасында соңғы 2008-2010 жылдар аралығында суқараңғылықпен 640 адам қаралды. Оның 220 бізде диспансерлік есепте тұрғандар, қалған 420-сының ішінде бірінші рет қаралғандар саны 212 адам, қалған 208 адам бұрын қаралып, ем қабылдап, диспансерлік есепте тұрмағандар. 640 суқараңғымен ауратын науқастардың ішінде 5 бала, 2 жасөспірімдер. Соңғы 2008-2010 жылда суқараңғылықтан көрмей қалғандар саны 42. Емханада суқараңғылықпен ауырған науқастарды қабылдап, ем жасап, диспансерлік есепке алумен қатар операциялық жолмен емдеу арқылы жазылатын науқастарды облыстық көзауруханасына жіберіп отырдық. 2008 жылы 17 адамаға, 2009 жылы 24 адамға, 2010 жылы 19 адамға операция жасалды. Суқараңғылықпен ауыратын адамдарды жылына 2 рет ауруханаға жатқызып емдейміз. 2008-2010 арасында облыстық көзауруханасына 67 адам, Түлкібас аудандық ауруханасына 23 адам емделді.

Глаукоманың негізгі үш түрі болады: 1. Туа пайда болған глаукома. 2. Біріншілік глаукома. 3. Екіншілік глаукома.

Туа пайда болған глаукома—3 жасқа дейінгі болған суқараңғылықты айтады. Туа пайда болған суқараңғылықтың себебі: эмбрионалды мезодермальды тканьнің алдыңғы камерада жойылып кетпеуінен болады. Бұл ткань судың трабекулаға және шлемов каналға кетуіне кедергі жасап, көз қысымының көтерілуіне әкеп соғады. Бұл аномалии әйел екіқабат кезінде инфекциялық аурулармен ауырса, авитаминоз кезінде, зобпен ауырғанда, уланғанда, ауыр жарақат алса, радиация алса балада су қараңғылықпен ауру қаупі болуы мүмкін. Туа бітті суқараңғылық 60 % туа салысымен байқалады, кей кездері туа бітті суқараңғылығы туылғаннан кейін 2-3 жылда болуы мүмкін. Туа бітті және туылғаннан кейін болған суқараңғылықты балаларды «бұқа көз»-деніп туылғанынан және көрмеуін байқау арқылы анықталады.

Біріншілік глаукома—көздің ішіндегі өзгеріс алдыңғы камераның бұрышындағы өзгерісте көздің дренажды системасындағы және зрительді нервте болады. Әсіресе біріншілік глаукома өте қауіпті, оның белгілері анық емес, білінбейді, көздің көру өткірлігі нашарлауы және ауырсыну сияқты белгілері әлсіз, анық емес. Сондықтан да аурулар көзінде суқараңғылық ауруының бар екенін байқамай дәрігерге дер кезінде қаралмай, ауруды асқындырып (көрмей) қалғанда бірақ келеді. Біріншілік суқараңғылық көбінесе 35-40 жастан кейін болады. Сондықтан да қазіргі кезде аурудың алу шарасы ретінде 35-40 жастан асқан ер-әйел азаматтардың дәрі көздің ішкі қысымын тексертуі абзал. Глаукома бір көзде де, екі көзде де кездеседі. Қалыпты жағдайда көздің ішкі қысымы (кің)=16-24мм сын/бағ. Танертең (кің) жоғары, кешке қарай төмендейді. Біріншілік суқараңғылықтың себептері: Генетикалық өзгерістердің көздегі судың циркуляциясына қатысатын тканьдардың дистрофикалық өзгерістерінен, денедегі зат алмасу процестерінің өзгеруінен, нейроэндокриндік өзгерістерден және де көздегі майда қантамырларының өзгеруінен болады. Соңғы 2008-2010жыл аралығында біріншілік суқараңғылықтан соқыр болып қалғандардың саны 5-15% арасында болды. Бұл көрсеткіш суқараңғылықпен ауыратын науқастарды мүгедекке жіберген кезде байқалды.



Екіншілік суқараңғылық—көздегі кейбір (қабыну аурушылдықтан кейін және көздегі жарақаттан кейін) болатын көздегі су айналымының нашарлануынан болады. Екіншілік суқараңғылықтың түрлері: увеальды—қабынудан кейінгі суқараңғылық 1-4% арасында; факогендік—көз бұршағының алдыңғы камерадан жылжуынан және оның үлкеюінен, және жастың ұлғаюынан болатын көз бұршағындағы шелден кейінгі болатын суқараңғылық. Соңғы 2-3 жылда байқағанымыз факогенді суқараңғылықтың ішінде жарақаттан кейінгі болатын суқараңғылықпен жастың ұлғаюынан болатын көз бұршағының шел басуынан болатын суқараңғылық жиі кездеседі екен. Бұл көрсеткіш шамамен 10-12% құрайды екен. Клиникалық практикада байқағанымыз: суқараңғылық әр ұлт арасында да ерекшеленеді екен. Еуропалық ұлттарда суқараңғылық сирек кездеседі. Азиаттық ұлттарда суқараңғылық жиі кездесетіні белгілі болды. Бұл жағдайды біз пигменттік заттардың азиаттық ұлттарда көбірек болатынымен байланыстырамыз. Практикада тағы байқағанымыз таулы өлкеде өмір сүретін ұлттарда суқараңғылық жиірек кездеседі.

Глаукоманың негізгі белгілері: көз алмасының ауырлауы, ауырсынуы, ұйып қалғандай сезім, бас ауруы пайда болады; көздің алды шымылдықтанып, тұманданады, әсіресе таңертеңгі; көз алдында шыбындардың ұшуы мезгілде; жарыққа қарағанда кемпірқосақтың пайда болуы; көздің тез шаршауы; көздің алдында су толғандай әсер болады, жасаурайды; ауырған көз алмасының сыздап ауруы; көру өткірлігінің нашарлауы; Міне, осы белгілер пайда болған жағдайда, міндетті түрде дәрігерге барып мұқият тексерілу қажет. Сондықтан да қазіргі кезде аурудың алдын-алу шарасы ретінде 35-40 жастан асқан ер-әйел азаматтардың бәрі көздің ішкі қысымын тексертуі абзал. Ата -анасы глаукомамен ауырғандарды да тексеріліп тұруы міндетті. Сонымен қатар қант диабеті, гипертония, атеросклерозбен ауыратындардың да тексерілгені жөн. Жоғарыдағы белгілерді есепке ала отырып зерттеуден өткеннен соң дәрігердің талабын орындау мақұл. Сонда ғана көздің қызметі сақталады. Глаукомамен ауырғандарға темекі, арақ-шарап, кофе, майлы-тұзды, ащы тамақтардан аулақ болуы дұрыс. Теледидар, компьютермен уақыттан тыс жұмыс істеуге болмайды, оқу-жазу жұмыстарымен жарық, күн көзі жақсы түсетін бөлмеде жұмыс істеу абзал. Тамаққа әсіресе көкөністің түрлерін қосып дайындау қажет. Атап айтсақ: сәбіз, асқабақ, өрік-мейіз, картоп, сарымсақ тағы басқалар.

Глаукома - жұқпалы ауру емес, тұқым қуалауы мүмкін. Сондықтан "ауырып ем іздегенше, ауырмайтын жол ізде" - дегенді ұмытпайық ағайын.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Клиническая офтальмология Е.Е.Сомов Москва «Мед. пресс-информ»-2008
2. Национальное руководство по глаукоме для поликлинических врачей. Е.А. Егорова, Ю.С.Астахова, А.Г.Щуко. г. Алматы 2009
3. Глаукома Ж.Г.Мустафина, Ю.С.Краморенко, Е.А.Егоров, Т.А.Доврица. Алматы., 1995.
4. Глазные болезни Е.Д.Рубан. Ростов-на-Дону—«Фенникс», 2009.

УДК 616-002.5-036.22(574.5)

#### СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЮКО

*О.Ш.Ержанов, Б.А. Скребцов, А.Т.Оразалиева, Б.Т.Тайшиева, Т.А. Атемов, А.И. Муратбаева*  
*Южно-Казакстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент*  
*Областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент.*

#### ТҮЙІН

Мақалада, Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша туберкулездің эпидемиологиялық көрсеткіштеріне сараптама жасалынып қортындыланған. Соңғы 5 жыл көлемінде аурушаңдық көрсеткіші, 98,4 – 78,2 – ге яғни 20,5% – ке төмендеген, өлім көрсеткіші 10,8 ден 10,1 – ге (6,5% – ке) төмендеді. Бірік, туберкулездің негізгі эпидемиологиялық көрсеткіштерінің төмендеуіне қарамастан Ів диспансерлік топтағы аурулардың 43,2%-ке өсуі туберкулездің созылмалы түрлерінің көбейуіне әкеледі. Туберкулездің қарқынды түрімен ауратын науқастардың өсуі туберкулезді уақытылы анықтау жүйесін жетілдіру керектігін, емдеудің сапалылығын жоғарылату және туберкулез инфекциясының ошағында эпидемиологиялық мониторингті күшейтуді талап етеді.

#### SUMMARY

Main epidemiological profiles on TB in South Kazakhstan Oblast are analyzed in this paper. Course of TB process during last years is characterized by decrease of TB incidence from 98,4 to 78,2 per 100.000, or by 20,5% TB mortality decrease from 10,8 to 10,1 (or by 6,5%). In spite of falling down the numbers of main epidemiological informer, it is noting expressing increase on 43,2% numbers of patients of Ib group dispensers deduction that says about chronization of tubercle. Crouth of dispensary groups of patients with active TB forms needs to improve the detection system of TB patients, enhance the treatment effectiveness and epidemiological monitoring in the loci of TB infection.

В Казахстане решение проблемы борьбы с туберкулезом является приоритетным направлением и ее актуальность была подчеркнута в поручении Главы Государства Республики Казахстан на совещании 7 ноября 2008 г. в г. Шымкенте.(1).

Несмотря на снижение основных эпидемиологических показателей заболеваемости и смертности, эпидемиологическая ситуация по туберкулезу характеризуется как напряженная. По данным 2009 года отмечается уменьшение заболеваемости в целом по республике на 28,5% и показатель составил 105,3 против 147,3 2005г на 100 тыс. населения. Несмотря на прилагаемые усилия, туберкулез в Казахстане, продолжает оставаться большой проблемой, требующей значительных интеллектуальных и финансовых вложений.(2) По данным ВОЗ по количеству больных туберкулезом Казахстан занимает 33-место среди 212 стран мира и 4-место в Европейском регионе, и входит в число стран с высоким бременем туберкулеза. (3) Учет и анализ территориальных параметров, характеризующих распространенности туберкулеза, позволяет определить особенности эпидемиологической ситуации. Все это определило цели и задачи настоящего исследования.

Материалы и методы исследования. Для характеристики эпидемиологической обстановки по туберкулезу в ЮКО нами ППС кафедры совместно с сотрудниками ОПТД постоянно анализируются данные статистической отчетности Ф. ТБ-01, Ф. ТБ-03 областного противотуберкулезного диспансера и свидетельства на умерших от туберкулеза за 2005-2009 гг.. Полученные данные статистически обработаны и сопоставлены по годам наблюдения.

Результаты и обсуждения. В целом эпидемиологическая ситуация в области характеризуется более низким показателями заболеваемости и смертности, чем по республике. Так, заболеваемость в интенсивных показателях, сократилась с 98,4 в 2005г. до 78,2 в 2009г. (на 20,5%). По республике с 147,3 в 2005г. до 105,3 в 2009г. (28,5%). Увеличилась доля умерших от туберкулеза с 1,5% до 2%.

Для суждения об изменениях в возрастной структуре первичных больных рассчитаны интенсивные показатели заболеваемости, которые представлены в таблице 1 Таблица№1 – О заболеваемости и темпах роста и ее снижения

Годы	Заболеваемость на 100 тыс.				Темпы роста и снижения заболеваемости			
	Все возрасты	детей	Подростков	Взрослых	Все возрасты	детей	Подростков	Взрослых
2005	98,4	23,6	67,5	147,0	-	-	-	-0
2006	81,4	17,3	49,5	119,9	<17,2	<26,7	<26,7	<18,4
2007	87,1	17,2	45,6	139,0	>6,5	<0,5	<7,9	>13,7
2008	90,8	13,5	42,8	138,1	>4,1	<21,5	<6,1	<0,6
2009	78,2	12,5	66,2	114,5	<13,9	<7,4	>35,3	<17,1

Из таблицы 1 следует, что самый высокий уровень заболеваемости по годам исследования приходится на взрослых, на втором месте среди подростков и на третьем- среди детей. Сокращение заболеваемости произошло за счет ее снижения у детей, на 47%, у взрослых на 22,1%, и на этом фоне незначительно увеличена у подростков на 1,3%.

Необходимо отметить, что, несмотря на относительно низкий уровень заболеваемости детей, в сравнении с подростками и взрослыми, структура ее остается неблагоприятной, так как продолжают выявляться формы туберкулеза с деструкцией легочной ткани, удельный вес которых в 2005 году составил 5,0%, а в 2009 году 15,1%. Туберкулез с бактериовыделением составил 4,4% против 8,2% в 2009 году.

Наиболее высокий риск заболевания, как у мужчин, так и у женщин приходится на возраст 25-34 (25,7%), 18-24(25,5%) и 35-44 (16,2%) года, то есть 67,4% первично заболевших рекрутируется в данных возрастных группах, что требует дополнительных организационных усилий при планировании профилактических флюорографических осмотров.

Клиническая структура туберкулеза органов дыхания у впервые заболевших, несмотря на снижение заболеваемости, не улучшается, остается тяжелой. (таб.2)

Таблица №2 – О клинических структурах туберкулеза органов дыхания сравнительные данные за 2005 и 2009 годы.

Клинические формы туберкулеза	2005 г		2009 г	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Первичный туберкулез	3	0,1	6	0,3
Туберкулез внелегочный лимфа узлов	107	5,3	40	2,2
Диссеминированный	25	1,2	37	2,1
Очаговая	42	2,1	42	2,4
Инфильтративная	1363	67,1	1337	75,2
Казеозная пневмония	2	0,1	0	0,0
Туберкулема	19	0,9	12	0,65
Фиброзно-кавернозная	7	0,3	2	0,1
Тубплеврит	463	22,8	298	16,8
Туберкулез бронхов, трахеи и др.	0	0	1	0,05

Милярная	0	0	3	0,1
Всего	2031	100,0	1778	100,0
Из них с деструкцией	829	40,9	648	44,2
С бактериовыделением	643	31,7	535	31,0

Данные таблицы 2 показывают, что наметились сдвиги к ухудшению клинической структуры выявляемого туберкулеза, увеличилось количество деструктивных форм с 40,9% до 44,2%, был зарегистрирован милярный туберкулез, увеличилась доля диссеминированной формы с 1,2% до 2,1%, Вместе с тем, сократилась фиброзно-кавернозная форма с 0,3% до 0,1%. Наиболее часто в структуре заболевания регистрировался инфильтративный туберкулез легких, в пределах от 67,1% до 75,2%. Инфильтративный туберкулез-эпидемиологически опасная форма, в 60% случаях заболевание характеризуется ярко выраженными клиническими проявлениями и быстрым развитием полостей распада в легких.

Показатель смертности населения вследствие туберкулеза в интенсивных показателях уменьшился незначительно с 10,8 до 10,1, то есть на 6,5 %. Наиболее высокая смертность в 2009 г. определялась в возрасте 25-65 лет (73,6%). Среди умерших преобладают мужчины 75,2%. Соотношение умерших мужчин к женщинам в 2009г. составило 4,1:1,0. Следовательно, мужчины наиболее угрожаемые не только по заболеванию, но и по неблагоприятному исходу туберкулеза.

Туберкулез органов дыхания в структуре смерти составляет-97,9 %, лишь 2,1% случаев смертей приходится на внелегочный туберкулез. На анализируемый период, в среднем, 19,4% больных активным туберкулезом умирали не в стационаре, что является опасным для общества. (5). Основными причинами летального исхода от туберкулеза были: позднее выявление заболевания туберкулезом 28,4%, не правильное поведение больного (отказ от лечения, алкоголизм, наркомания)-25,6% сопутствующие заболевания, (24,2%), неудачи лечения (отрывы от лечения, лекарственно устойчивые формы туберкулеза, плохая переносимость химиотерапию)-4,8%, другие причины 1,8%. Однако, только решения проблемы раннего выявления туберкулеза, могло бы привести к снижению смерти на 28,4%.

Вслед за снижением эпидемиологических показателей заболеваемости и смертности, распространенность туберкулеза за последние 5 лет снизилась на 48,5% с 288,6 в 2005 г. до 148,5 в 2009 г. на 100 тыс. населения. Общее количество очагов туберкулезной инфекции уменьшилось с 2299 в 2005 г. до 1388 в 2009 г. т.е. на 39,6%. Несмотря на это увеличивается количество отягощенных очагов лекарственно устойчивым, постоянным бациловыделителем. Эпидситуация усугубляется недостаточной работой, проводимой по активному выявлению неизвестных и неучтенных очагов туберкулеза, в то время как 56,7% среди первично заболевших выявлено по самообращаемости.

Профилактические обследования населения на туберкулез очень низкие, несмотря на это в 2009 г. по сравнению с 2005 г., этот показатель снизился еще на 10,2% (62,1% соответственно 54,9%). Необходимо расширить работу по своевременному выявлению больных активными формами туберкулеза, для чего необходимо активизировать работу в поликлинических учреждениях общей лечебной сети. Обеспечение больных заразными формами туберкулеза изолированной жилой площадью на очень низком уровне. Так, если в 2005г. получили бесплатно жилплощадь 4,3% больных от числа нуждающихся, то в 2009 году этот показатель составляет 0,1%. Движение структур I группы диспансерных больных активным туберкулезом органов дыхания представлены в таблице № 3

Таблица №3 – О группах диспансерного учета за период с 2007 по 2009 годы

Группы диспансерного учета	Годы					
	2007		2008		2009	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
IA	1941	53,4	1944	56,5	1669	52,5
IB	1307	35,9	1077	31,3	967	30,4
IV	384	10,7	416	12,24	550	17,1
Всего	3632	100	3437	100	3181	
Снижение контингента	3632				3184	12,3

Из таблицы видно, что анализ последних лет показал снижение на 12,3% больных с активными формами туберкулеза. Отмечено выраженное увеличение на 43,2% количество больных IV группы учета (с 384 человек в 2007 г. до 550 человек 2009 г.), что свидетельствует о хронизации туберкулеза. На этом фоне увеличивается удельный вес этой группы в структуре диспансерного контингента – с 10,5% до 17,1%. Рост удельного веса IV группы на 6,6% произошел за счет разнозначного снижения удельного веса IA и IB групп. Следовательно, состав контингента отягощается увеличением числа лиц, страдающих хроническим труднокурабельными формами туберкулеза.

По нашим данным, основной причиной накопления контингента больных активными формами туберкулеза, является недостаточно высокая эффективность лечения впервые выявленных больных, которая по закрытию полостей распада в 2005г. составила 80,7%, а в 2009г. 73,1% (при целевом ВОЗ-85%). Прекращение

бацилловыделения в 2005г. 89%, а в 2009г. составило 74,1% (при целевом 95%). Неудача в лечении 2009г. увеличилась еще на 1% и составила 9,9%, пополняя когорту хронических больных. Недостаточная эффективность в лечении больных связано с низкой хирургической активностью.

Серьезным барьером эффективности в лечении больных является проблема лекарственно-устойчивого туберкулеза, в особенности мультирезистентной формы. Так, за текущий период 2009года с лекарственной резистентностью зарегистрировано 909 больных( рост в 3,4 раза), из них с туберкулезом множественной лекарственной устойчивостью ТБМЛУ– 758 случаев(рост в 3,8 раза): с мультирезистентностью- 487 больных (рост в 7,1 раза), с полирезистентностью -271 (рост в 2,1 раза). За аналогичный период 2005 года лекарственная устойчивость зарегистрирована у 267 больных, из них ТБМЛУ установлена в 197 случаях, причем мультирезистентность в 69 случаях, полирезистентность в 128 случаях. Также отмечается рост вторичного ТБМЛУ- 449 случаев в 2009 году, против 300 случаев в 2005 году.

Таким образом, современная эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в области, несмотря на снижение и стабилизацию отдельных эпидемиологических показателей, остается напряженной. Для ограничения распространения туберкулезной инфекции, уменьшения ее резервуара требуется усиление целенаправленной работы фтизиатров, врачей общей лечебной сети, руководителей здравоохранения всех уровней.

**Выводы.** 1. Необходимо улучшить систему выявления больных туберкулезом, с концентрацией внимания на группах высокого риска заболевания. 2.Для повышения эффективности лечения требуется ужесточить контроль за ежедневным приемом противотуберкулезных препаратов в поддерживающей фазе лечения, расширить объем хирургического лечения. 3. Необходимо усилить эпидемиологический мониторинг туберкулеза в очагах инфекции. Возобновить проведение в очагах туберкулеза заключительной дезинфекции, в первую очередь в очагах с постоянным бацилловыделением и отягощенных лекарственноустойчивыми формами туберкулеза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Статический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан.- Алматы.- 2009. – С.5.
2. Абилдаев Т.Ш. Актуальные вопросы фтизиатрии: Материалы VI съезда фтизиатров РК с международным участием. - Алматы, – 2010. - С.5.
3. Цогт Г. Актуальные вопросы фтизиатрии: Материалы VI съезда фтизиатров РК с международным участием. - Алматы, – 2010. - С.10.
4. Скребцов Б.А. //Фтизиопульмонология . – 2006. - №1.- С.15-19.
5. Статистика: обзор по туберкулезу в ЮКО. – Шымкент, - 2010.
6. Шилов М.В.//Туберкулез и болезни легких.-2010. - №5. – С.14-21.

УДК 616.-053.6

#### ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

*Н.К. Түзельбаев*

*Международный казахско-турецкий университет им. Х. А. Ясави, г.Шымкент, Казахстан*

#### ТҮЙІН

Басталған 21 жаңа ғасырда жасөспірімдердің денсаулығының нашарлауы анықталуда. Оған дәлел жасөспірімдердің ересектерге қарағанда аурушандығының өскені, бұл жағдай келешек еңбек және әскер ресурстарын толықтыруға кері әсер беретіні қиын мәселеге айналу қауіпі бар.

#### SUMMARY

The health of teenagers is the most meaningful and actual problem in this century. To research the condition of health two methodical approaches are used: selection and analysis of the factors which are meaningful for health, and the research of the factors which are of medical character. The tendency of growth of illness of teenagers is no te more intensivly than in adults, that shows the possibility of unfavourable prognosis of teenagers for future with the existing factor.

Значимость проблемы здоровья подростков обусловлена, во первых, особой важностью подросткового периода для всей последующей жизни человека; во вторых, тем, что именно подростки представляют собой потенциал трудового и военного ресурса страны в наступившем веке [1]. Границы подросткового возраста определяются в соответствии с предлагаемой Комитетом Экспертов Всемирной организации здравоохранения классификацией подросткового возраста, где выделяются: ранний этап 10-14 лет и поздний 15-19 лет, хотя в западных странах подростковый возраст постоянно удлиняется, и полного согласия между исследователями по поводу сроков его начала и завершения нет [2]. Для исследования состояния здоровья подростков применяются два основных направления методологического подхода:

Первый состоит в отборе и анализе факторов, значимых для здоровья подростков с точки зрения взрослых людей. Это могут быть как положительные факторы (рациональное питание, занятие физкультурой,

забота о зубах и т.д.), так отрицательные (курение, употребление алкоголя, физическая малоподвижность и т.п.). Эпидемиологические исследования во многих странах ведутся именно в этой плоскости.

Второй предусматривает исследование факторов, сугубо медицинского характера, включающие как общие сведения о сексологии, о месте подростка в обществе, во взрослой жизни, так и о путях подготовки к этой жизни. При этом очень важную роль для подростка играет понимание и поддержка его родителями, близкими, сверстниками. Например, финские исследователи отметили устойчивую связь характера общения с родителями и интенсивности курения. Среди подростков имеющих трудности в общении, процент курильщиков оказался в 4 раза больше, чем у тех, чьи отношения с родителями были близкими. Отсутствие социальной поддержки у подростков со стороны взрослых и родителей, как правило, приводит к возникновению тех или иных поступков проблемного характера (курение, употребление спиртных напитков, наркотиков, физическая агрессивность, преждевременные половые связи) неизменно влияющие на состояние здоровья подростка.

Российские исследователи также отмечают определенную корреляцию между степенью доброжелательности отношений подростков с родителями и состоянием здоровья, наличием вредных привычек и школьной успеваемостью. Состояние самооценки своего здоровья подростков в значительной степени зависит от общего ощущения благополучия в семье и обществе. Чем больше его участие в соответствующей возрасту деятельности (занятия в школе, спорт и т.п.), тем выше он оценивает состояние своего здоровья. Подростки, давая общую оценку самочувствию, не делают различия между физическими и психологическими аспектами благополучия. Депрессивное состояние влияет на их трудоспособность сильнее, чем серьезное хроническое заболевание [3].

Значимость изучения факторов здоровья с использованием как 1 – го, так и 2 –го методического подхода не вызывает сомнения, но акцент все же вероятно следует делать на 2 –м подходе, как менее исследованном. Таким образом, факторы влияющие на здоровье подростков являются довольно специфическим объектом исследования, что обуславливает возникновение ряда сложностей. Сложность заключается в выборе критерия для включения того или иного фактора в число наиболее значимых для здоровья подростков. Следующая сложность в выборе критерия для исследования того или иного фактора в числе наиболее значимых для здоровья подростков. Эти показатели будут существенно отличаться от соответствующих у взрослых людей. Кроме того, имеются мнения, что благополучие здоровья подростков не зависит от количества социальных поддержек (друзья), а наоборот, что увеличение числа друзей приводит к более частому употреблению алкоголя, табака и соответственно, ухудшению здоровья. По видимому, более конкурирующим фактором может явиться стремление подростка к взрослости и независимости, чем социальная поддержка. Такие вопросы при изучении состояния здоровья подростков, заставляют исследователей все время контролировать правильность выбора методики исследования.

Анатомо-физиологические и психологические особенности подросткового возраста обуславливают особую незащищенность, ранимость подростка, зависимость от влияния окружающей среды, как на биологическом, так и на социально-психологическом уровне. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ухудшение условий жизни и снижение стабильности в обществе способствуют увеличению стрессовых состояний в подростковой популяции больше, чем в других, что приводит к повышению заболеваемости в данной возрастной группе. Выяснение “наследственной” предрасположенности к патологическим отклонениям также чаще происходит в этом периоде. Кроме того, стремление к “взрослым” стереотипам поведения часто сопровождается усвоением вредных привычек, обуславливающих ухудшение здоровья. Сравнительный анализ заболеваемости различных групп населения России показал, что наибольшее негативные изменения характерны для подростков 15-17 лет [4, 5, 6]. Общая заболеваемость подростков за 1991-2000 гг увеличилась на 66%, то есть в 3,5 раза больше, чем у взрослых. Максимальные темпы прироста отмечены по болезням крови и кроветворных органов – в 4,1 раза (у взрослых 2,7 раза), болезням эндокринной системы – в 3,8 раза (у взрослых в 1,5 раза), по осложнением беременности и родов - 3,7 раза (у взрослых – в 2,7 раза), по болезням костно – мышечной системы и новообразованиям – в 3,6 раза (у взрослых 1,3 раза). Далее по мере убывания идут болезни мочеполовой системы, врожденные аномалии, инфекционные паразитарные заболевания и т.д. В структуре общей заболеваемости подростков первое место занимают болезни органов дыхания (34,4), на втором месте болезни нервной системы и органы чувств (16,5 %).

Сравнение заболеваемости взрослых и подростков в целом показывает, что при наличии одинаковых тенденций роста заболеваемости, у подростков этот рост происходит в большем числе групп и более интенсивно, чем у взрослых. Данные тенденции свидетельствуют о возможности неблагоприятного прогноза здоровья подростков на будущее при существующих факторах.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ақанов А. Ел ертеңін кім қорғайды. //Денсаулық; 2005.
2. Оспанова Г.К., Елгондина Г.Б. Мектеп оқушыларының бой ұзындығының қалыптасуына әсер ететін факторлар //Әлеуметтік медицина және денсаулық сақтауды басқару мәселелері. Алматы, 2005. №35.
3. Н.К.Тузельбаев, Т.О.Нускабаева; Жасөспірімдік шақтың әлеуметтік-психологиялық сипаттамасы; Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ Хабаршысы, 2006.

4. Ануфриева Е.В. Анализ проблем медицинского обеспечения допризывников с недостаточностью питания. Е.В. Ануфриева, Н.В.Ножкина, И.О. Зайкова // Уральский медицинский журнал.-2008. -№8. –С.70-75.
5. Ануфриева Е.В. К вопросу о состоянии здоровья лиц призывного возраста в крупном промышленном городе. Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: материалы 61 межвуз.науч.-практ.конф.-Екатеринбург, 2006. –С. 215-216.
6. Ануфриева Е.В. Анализ ограничения годности к военной службе в связи с недостаточностью питания юношей призывного возраста / Е.В.Ануфриева, Н.В. Ножкина // Уральский медицинский журнал.

УДК 615.9-099.039.13

### АНАЛИЗ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ РАСТИТЕЛЬНОМ ЯДОМ–КУКОЛЬНИКОМ (ЧЕМЕРИЦОЙ)

*К.С. Казбекова, Ч.А. Бекбанов, И.Т. Тулеев, Т.Н. Петрова, А.Е. Мынбосынов  
МКТУ имени Х.А.Ясави, г.Шымкент*

*Областной центр гипербарической оксигенации имени Т.Орынбаева, г.Шымкент, Казахстан*

#### ТҮЙІН

Бұл мәселенің өзектілігі созылмалы маскүнемдерге туыскандарының жасырып дәрі беруіне байланысты улануы.

#### SUMMARY

The urgency of the given problem, is closely connected with prevalence of chronic alcoholism. Complexity of diagnostics at a pre-hospital stage consists that these means are often used without the knowledge of the patient, and the fact of application by relatives disappears from the doctor at anamnesis gathering.

Актуальность проблемы. С проблемой алкоголизма связано самостоятельное использование в домашних условиях для его лечения различных средств, нередко ядовитых. Отравления, которые при этом возникают, являются одной из причин вызовов бригад «Скорой медицинской помощи» (СМП далее). Сложность диагностики на догоспитальном этапе заключается в том, что эти средства часто используются без ведома больного и факт применения родственниками скрывается от врача при сборе анамнеза. Ярким примером самостоятельного лечения на дому алкоголизма родственниками больного является отравление кукольником (чемерицей). Статистический материал, собранный в течение трёх лет, позволил провести анализ обращений по линии «СМП» больным с отравлениями чемерицей.

Чемерица Лобеля (чемерица лобелева, кукольник, чемеричный корень, чемерка, чермис, черемица, волчок) – *Veratrum lobelianum* Bernh. Это многолетнее травянистое растение из семейства лилейных, содержит алкалоиды: корни- до 2,4%, корневища- до 1,3%, трава- до 0,55%. Выделено 15 алкалоидов чемерицы. Основными являются: псевдоиервин, протовератрин, вератромин, гермитрин и неогермитрин др. Из корней растения выделен псевдоиервин – хлороформ. Протовератрин обладает длительным гипотензивным действием, снижает систолическое и диастолическое давление, вызывает брадикардию и расширение сосудов, уменьшает минутный объем сердца, увеличивает диурез и оказывает некоторое гипотермическое действие. Обладает малой шириной терапевтического действия. Вератрамин понижает артериальное давление, урежает ритм сердца, блокирует прессорецепторы каротидного синуса, понижает возбудимость сосудодвигательного центра. Гермитрин и неогермитрин возбуждают сосудистые барорецепторы, повышают возбудимость сосудодвигательного центра. Сумма алкалоидов чемерицы Лобеля снижает кровяное давление, одновременно значительно увеличивая амплитуду сердечных сокращений; раздражает окончания чувствительных нервов, вызывает сильное чихание и кашель. Рвота, возникающая у больного, обусловлена прямым действием кукольника на моторику желудка.

Клиника острого отравления была описана основателем гомеопатии Ганеманом в 18 веке: «Геллеборус (кукольник, чемерица) производит угнетение всех функций организма, часто нельзя определить, видит ли и слышит ли больной и владеет ли он хоть одним чувством. Голова поворачивается из стороны в сторону, сильное оцепенение или сопорозный сон; жажда к воде; сморщенный лоб, покрытый холодным потом; расширение зрачков. Глубокая меланхолия с тоской и отчаянием. Острый или хронический отёк мозга вызывает судороги, хорею, эклампсию. Часто единственным признаком отравления являются диспепсические расстройства. Геллеборус вызывает сильное урчание и вздутие живота (тошнота, рвота, жидкий стул), и резкое замедление пульса со стойким падением артериального давления». Особенностью современного отравления является варибельность степени выраженности клинических проявлений, с изменениями на ЭКГ в виде нарушения проводимости и слабости синусового узла.

**Цель исследования.** Изучение динамики количества обращений на «СМП» среди разных возрастных групп и клинических проявлений за промежуток 2007-2009 гг. по поводу острого отравления чемерицей в городе Шымкенте.

**Материал и методы исследования.** Статистические исследования проводились путём скрининга и анализа учёта карт вызовов скорой помощи и талонов расхождений диагнозов госпитализированных больных в токсикологическое или реанимационное отделения областного центра гипербарической оксигенации (ОЦГБО)

Результаты исследования и обсуждение. По картам вызовов «СМП» к больным с отравлением чемерицей вызова были сделаны в 90% родственниками больных, в 8% знакомыми и в 2% самими больными. Во всех случаях существовала трудность сбора анамнеза из-за сокрытия факта употребления чемерицы, и только накопленный клинический опыт помогал целенаправленному сбору анамнеза и постановке диагноза острого отравления чемерицей. Пациенты находились чаще всего (98%) дома или помещениях, приспособленных под жильё, в 2% случаев были на улице, и первая помощь оказывалась в машине «СМП».

Проведён анализ вызовов бригад «СМП» к пациентам с острым отравлением чемерицей за период 2007-2009 годы по количеству, возрастным группам и клиническим проявлениям. За три года по поводу отравления чемерицей обслужено 51 вызовов, из них 6 женщин.

Таблица 1 Динамика обращений с острым отравлением чемерицей

Год	Отравление чемерицей	Общее количество отравлений	% к общему кол-ву отравлений
2007 год	24	2 350	1,02%
2008 год	12	2 716	0,44%
2009 год	15	2 835	0,52%
Итого	51	7 901	0,64%

Из приведенной таблицы видно, что количество обращений по поводу отравления чемерицей остается стабильным. Все больные были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии. Данные показатели гораздо ниже фактических, т.к. часть отравлений чемерицей проходят под другими диагнозами, например: острый инфаркт миокарда, нарушение ритма и проводимости неясного генеза, отравление суррогатами алкоголя, интоксикации неизвестной этиологии. Затруднение в диагностике связаны с тем, что факт употребления кукольника зачастую скрываются родственниками, а клиника не всегда бывает типичной.

Таблица 2. Сравнительные показатели по возрасту острым отравлением чемерицей

Год Воз Раст	2007	% к кол-ву отравлений чемерицей	2008	% к кол-ву отравлений чемерицей	2009	% к кол-ву отравлений чемерицей	Всего	% к кол-ву отравлений чемерицей
До 20 лет	1	1,96%	-	-	-	-	1	1,96%
21-30 лет	1	1,96%	1	1,96%	1	1,96%	3	5,88%
31-40 лет	1	1,96%	1	1,96%	1	1,96%	3	5,88%
41-50 лет	10	19,60%	5	9,80%	8	15,68%	23	45,10%
51-60 лет	9	17,64%	4	7,84%	4	7,84%	17	33,34%
61-70 лет	1	1,96%	1	1,96%	1	1,96%	3	5,88%
Свыше 70 л	1	1,96%	-	-	-	-	1	1,96%
Всего	24	47,06%	12	23,52%	15	29,42%	51	100%

Из приведенной таблицы обращает на себя внимание наиболее частое отравление чемерицей в возрасте от 40 до 50 лет, что связано с заболеваемостью хроническим алкоголизмом именно в этой возрастной группе. Несколько ниже, но достаточно высокие показатели в возрасте 61-70 лет.

Таблица 3 Частота клинических признаков при отравлении чемерицей.

Клинические признаки	Диапазон клинических изменений	% от количества вызовов с отравлением чемерицей
Рвота		99,7%
ЧСС	30-39 в мин.	10,5%
	40-49 в мин.	57,9%
	50-59 в мин.	10,5%
	Выше 60 в мин.	21,1%
Систолическое АД	Менее 30 мм рт.ст.	5,3%
	от 30 до 40 мм рт.ст.	15,8%
	от 41 до 50 мм рт.ст.	-
	от 51 до 60 мм рт.ст.	15,8%
	от 61 до 70 мм рт.ст.	-
	от 71 до 80 мм рт.ст.	10,5%
	от 81 до 90 мм рт.ст.	10,5%
	от 91 до 100 мм рт.ст.	5,3%
Выше 100 мм рт.ст.	36,8%	

Анализируя частоту и параметры клинических проявлений у больных с отравлением чемерицей можно сделать выводы: практически у всех больных наблюдается рвота; у 78,9% больных показатели ЧСС ниже нормы, причем у 10,5% показатели критические (ниже 30 в мин.), у 57,9% - от 40 до 49 в мин. показатель систолического АД у 63,2% больных ниже нормы, причем у 31,6% показатели АД критические.

В оказании помощи участвовали в основном (88%) бригады интенсивной терапии по первичному вызову или как усиление обычной бригады. Всем больным проводилось электрокардиографическое исследование. Во

всех случаях острого отравления чемерицей на догоспитальном этапе первая помощь заключалась в следующем: 1. Промывание желудка. 2. Внутривенное или внутримышечное введение атропина в зависимости от выраженности брадикардии. 3. Введение инфузионных растворов кристаллоидов и дофамина по показаниям. 4. Всем больным предлагалась госпитализация в областной центр гипербарической оксигенации (ОЦГБО) реанимационное, токсикологическое отделения. Госпитализация проведена в 98% случаев, в 2% больной был оставлен дома из-за отказа больного или родственников от госпитализации. При отказе от госпитализации проводилась последующая передача информации о больном участковому терапевту городской поликлиники. Обо всех случаях острого отравления чемерицей сообщалось в полицию. В течение 2007-2009 гг. неоднократно через средства массовой информации проводились обращения к населению об опасности применения чемерицы для лечения хронического алкоголизма.

Выводы. Количество вызовов по поводу острого отравления чемерицей в 2007-2009 гг. остается стабильным. Показатели нашего исследования подчеркивают актуальность данной проблемы, которая тесно связана с распространенностью хронического алкоголизма. Это вынуждает родственников следовать советам непрофессионалов, что нередко приводит к тяжелым последствиям, вплоть до смертельного исхода.

Для снижения количества острого отравления чемерицей необходимо постоянно через средства массовой информации проводить разъяснительные мероприятия об опасности употребления чемерицы (кукольника) для лечения алкоголизма.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лужников Е.А., Гольфарб Ю.С., Мусселиус С.Г. Детоксикационная терапия - руководство для врачей - СПб., издательство «Лань» 2000.- 192 с.
2. Лужников Е.А., Костомарова Л.Г. Острые отравления – руководство для врачей – М., Медицина, 1989 г. 432 с.
3. Маркова И.Б., Афанасьев В.В., Цыбульский Э.К. Клиническая токсикология детей и подростков в 2-х томах- СПб., Интермедика, 1998-1999 гг. - 402-400 с.
4. Дикорастущие растения и грибы в медицине и кулинарии / под редакцией Э.А.Нечаева - М., Воениздат, 1994. – 448 с.
5. Конъюнктурные отчеты ОЦГБО имени Т.О.Орынбаева за 2007-2009 гг.
6. Карты вызовов «СМП» и талоны расхождений диагноза госпитализированных больных за 2007-2009 гг.
7. Лужников Е.А. Неотложная терапия острых отравлений и эндотоксикозов – справочник – М., М., 2001 г. 304 с.
8. Е.А.Биртанов Избранные вопросы клинической токсикологии – Алматы, 2001 г., 132 с.
9. Internet // [www.med.ru](http://www.med.ru), [www.medicina.ru](http://www.medicina.ru).

УДК 616.993.12+616.022:616.34-076

#### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КИШЕЧНИКА ПРИ ГЕЛИКОБАКТЕРНОЙ И ЛЯМБЛИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Ш.И. Мырзахметова*

*Областной консультативно-диагностический медицинский центр, г.Шымкент  
Южно-казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Гелиобактериозбен қосарланған лямблиоздық инфекция ішектердің ферменттік белсенділігінің төмендеуімен қатар жүреді. Лямблиоздық инфекция *Helicobacter pylori*-мен қосарланған кезде де, майлардың, көмірсулардың, нәруыздердің қорытылуын және сіңімділігін тежейді, оны копроцитограммада бейтарап майлардың санының көбеюі, крахмалдың, бұлшықет талшықтарының артуы көрсетеді. Бұдан басқа, лямблиоздық инфекция орын алған кезде ішектердің қозғалыс функциясы бұзылады, оны қорытылған талшықтардың санының көбеюі көрсетеді.

#### SUMMARY

The study - the study of functional activity of the intestine in patients with mixed infection *Lambli* intestinalis and *Helicobacter pylori* and mono *Helicobacter pylori* – infection. Results: *Lambli*oznaya infection in combination *helicobacteriozom* accompanied by a decrease in enzymatic activity of the intestine. In *Giardiasis* in combination *Helicobacter pylori* is inhibited digestion and absorption of lipids, carbohydrates, proteins, as indicated by an increase in coprocitogramme neutral fat, increased starch, muscle fibers. In addition, *lambli*oznoy infection disturbed motor function of the intestine, as evidenced by an increase in the

Известно, что основные патологические процессы при лямблиозе развиваются в проксимальных отделах тонкой кишки, где пристеночное пищеварение наиболее интенсивно, и сопровождаются симптомами дуоденита, энтерита, мальабсорбцией и значительной потерей массы тела [1,2].

Цель исследования – изучение функциональной активности кишечника при лямблиозной и геликобактерной инфекции.

Материалы и методы. Обследовано 136 больных с различными заболеваниями органов пищеварения, в возрасте от 16 до 52 лет, средний возраст 29,1±3,9 лет, женщин - 85, мужчин - 51. Лямблиозную инфекцию подтверждали с помощью иммуноферментного анализа, ПЦР копрологического метода. Для диагностики



*Helicobacter pylori* использовали цитологический метод с окраской по Романовскому-Гимзе, уреазный тест, ПЦР и ИФА.

Больные разделены на 2 группы. Первую группу составили 76 больных с сочетанной инфекцией, во вторую группу вошли 60 больных с моно-геликобактерной инфекцией. Группу сравнения составили здоровые лица, средний возраст 29,1±4,5 лет. При проведении копроцитологических исследований руководствовались методами, изложенными в справочнике под редакцией В.В. Меньшикова (1988) [3]. Степень переваривания пищи оценивали полу-количественным методом по следующим критериям: 0 отсутствие; 1 незначительное количество; 2 умеренное количество; 3 большое количество; 4 значительное количество.

Результаты и обсуждение. Проведенные нами исследования копроцитограмм практически здоровых лиц показывают, что в кале могут появляться мышечные волокна, крахмал, растительная клетчатка, а также нейтральный жир и жирные кислоты в незначительных количествах. У больных с микст-инфекцией и у пациентов с моно-геликобактериозом, наблюдалось повышение в копроцитограмме количества нейтрального жира в сравнении с отсутствием его у практически здоровых лиц (2,5±0,14 и 1,4±0,21 соответственно), в контроле 0,3±0,18), p<0,05.

Выявленные нарушения переваривания жиров при геликобактериозе, возможно, связаны с нарушениями микрофлоры кишечника. Показано, что дисбиотические изменения приводят к нарушениям пищеварения и усвоению нутриентов. Сравнительный анализ показал, что при сочетанной инфекции отмечается более значительное увеличение нейтрального жира, чем у больных с моно-геликобактериозом (2,5±0,14 и 1,4±0,21 соответственно, p<0,05). Повышение количества нейтрального жира у больных лямблиозно-геликобактерной инфекцией, обусловлено, по видимому снижением активности кишечной энтерокиназы, которая способствует переходу липаз в активные формы. О снижении активности кишечной энтерокиназы при лямблиозе указывают и литературные данные [2,4,5,6]. При лямблиозе в сочетании с геликобактериозом наблюдается тенденция к снижению активности кишечных ферментов, что проявляется тенденцией к увеличению содержания жирных кислот в копроцитограмме (0,9±0,17) по сравнению с группой здоровых лиц (0,6±0,15).

Таблица - Показатели копроцитограммы у больных с микст-инфекцией (M±m, баллы) и Нр моно-инфекцией

Показатели	Микст., n=76	Нр моно, n=60	Здоровые, n=10
Мышечные волокна	2,32 ± 0,34***	1,3 ± 0,21*	0,8 ± 0,15**
Нейтральный жир	2,5 ± 0,19***	1,5 ± 0,21*	0,3 ± 0,18**
Жирные кислоты	0,9 ± 0,17	0,8 ± 0,21	0,6 ± 0,15
Непереваримая клетчатка	1,7±0,24***	1,1 ± 0,15	1,1 ± 0,12**
Переваримая клетчатка	2,2 ± 0,17***	1,5 ± 0,21*	0,9 ± 0,15**
Крахмал	1,3 ± 0,17***	0,45 ± 0,08	0,3 ± 0,20**
Йодофильные бактерии	1,84±0,24	1,35 ± 0,27*	0,4±0,18**
Слизь	2,3±0,20***	1,15 ± 0,20*	0,5±0,16**
Лейкоциты	1,92 ± 0,25* **	1,15 ± 0,16*	0,7±0,17**
Дрожжевые грибки	1,4 ± 0,20	1,35 ± 0,27*	0,3 ± 0,18**

\* различия между Нр моно-инфекцией и здоровыми лицами, p<0,05

\*\* различия между микст- инфекцией и здоровыми лицами, p<0,01

\*\*\* различия при микст- инфекции и моно-геликобактериозом, p<0,05

При лямблиозно-геликобактерной инфекции выявляется снижение переваривания углеводов, о чем свидетельствует достоверное повышение в копроцитограммах количества крахмала (1,3 ± 0,17) по сравнению со здоровыми лицами (0,3 ± 0,20), p<0,01 и моно-геликобактериозом (0,45 ± 0,08, p<0,01). Полученные нами результаты согласуются с литературными данными. Показано, что при лямблиозе снижается гидролиз дисахаридов, липидов, угнетается всасывательная функции тонкой кишки [6,7]. Вместе с тем, геликобактерная инфекция не оказывает существенного влияния на переваривание углеводов, о чем свидетельствует отсутствие значимых различий уровня крахмала в копроцитограммах по сравнению со здоровыми лицами. (0,45 ± 0,08 и 0,3±0,20 соответственно).

Повышение количества мышечных волокон в копроцитограмме позволяет полагать, что при лямблиозно-геликобактерной инфекции наблюдаются нарушения интенсивности переваривания белкового компонента пищи (2,32±0,34 и 0,8±0,15 у здоровых лиц, p <0,05). Вместе с тем, при микст-инфекции наблюдается более выраженное угнетение переваривания белков по сравнению с моно-геликобактериозом (2,32 ± 0,34 и 1,3±0,21 соответственно, <0,05). Увеличение количества мышечных волокон в копроцитограмме у больных лямблиозом в сочетании с Нр-инфекцией позволяет косвенно полагать о нарушениях секреторной функции желудка в сторону снижения желудочной секреции.

Таким образом, лямблиозная инвазия в сочетании с геликобактериозом приводит к снижению ферментативной активности проксимальных отделов кишечника. Установленные нарушения процессов переваривания и всасывания в кишечнике отражают и морфологические изменения слизистой оболочки кишечника. В ранние сроки обнаруживают поверхностный очаговый дуоденит, при длительном течении

лямблиозной инфекции и наличии симптомов нарушения всасывания – субатрофические и атрофические процессы [5,8].

Наряду с изменениями переваривающей функции кишечника при микст-инфекции имеет место нарушение моторной функции кишечника, что подтверждается увеличением количества переваримой клетчатки ( $2,2 \pm 0,17$ ) по сравнению со здоровыми лицами ( $0,9 \pm 0,15$ ) и пациентами с моно-геликобактериозом ( $1,5 \pm 0,21$ ). Изменения со стороны двигательной функции кишечника при моно-лямблиозе и микст-инфекции мы связываем с определенными нарушениями характера кишечной микрофлоры, прежде всего со стороны анаэробов, как известно, являющихся внутрикишечным регулятором перистальтики кишечника [8].

Обнаружение в копроцитогамме достоверного увеличения количества йодофильных бактерий ( $1,35 \pm 0,27$ ) и дрожжевых грибков ( $1,3 \pm 0,23$ ) у больных с моно-геликобактериозом и микст-инфекцией ( $1,84 \pm 0,24$  и  $1,4 \pm 0,20$ ) по сравнению со здоровыми лицами ( $0,4 \pm 0,18$  и  $0,3 \pm 0,18$  соответственно) позволяет полагать, при лямблиозе и Нр-инфекции наблюдается избыточная микробная контаминация кишечника.

Повышение количества слизи и лейкоцитов ( $2,3 \pm 0,20$  и  $1,92 \pm 0,25$  соответственно) у больных лямблиозом в сочетании с Нр по сравнению со здоровыми лицами ( $0,5 \pm 0,16$  и  $0,7 \pm 0,17$  соответственно) позволяет судить о выраженности воспалительного процесса в кишечнике при лямблиозе. При этом воспалительный процесс в кишечнике у больных с сочетанной лямблиозно-геликобактерной инфекции по сравнению с моно-геликобактериозом имеет более выраженный характер, о чем свидетельствует значительное увеличение количества лейкоцитов и слизи в копроцитогамме.

Таким образом, при лямблиозной инвазии в сочетании *Helicobacter pylori* персистенция лямблий в организме человека закономерно приводит к снижению активности кишечных ферментов, нарушению процессов переваривания и развитию хронических воспалительных состояний пищеварительной системы и нарушениям кишечного микробиоценоза. Изменения микрофлоры кишечника в свою очередь усугубляют течение патологических процессов. Возникающие нарушения переваривающей функции кишечника у больных с микст-инфекцией связаны в значительной мере с угнетающим влиянием на активность кишечных ферментов хронической лямблиозной инфекции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Тумольская Н. Роль лямблий в патологии человека // Врач.- 2000.-№8.-С.23-25.
2. Сафаралиев Р.С. О нарушениях всасывательной функции желудочно-кишечного тракта у больных, страдающих заболеваниями органов пищеварения с наличием лямблий / Сборник науч. тр. НИИ мед. паразитологии и тропической медицины, 1978. –С. 161-164.
3. Меньшиков В.В. Лабораторные методы исследования в клинике. Москва «Медицина».- 1987.- 365 с.
4. Дехкан-Ходжаева Н.А., Кокуева О.В., Аруин Л.И., Касымова И.Т. Ферментативная активность слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и ее зависимость от морфологических изменений при лямблиозе // Клин. Мед.- 1971, т.49.-№ 1.-С.101-105.
5. Магдиева С.Р. Процессы гидролиза и абсорбции углеводов при лямблиозной инвазии у детей //Тезисы XVII Всесоюзного общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов им. И.И. Мечникова /Алма-Ата, 1984.- М., 1984.-т.2.-С.18-20.
6. Никифорова Т.Ф., Нуриева Г.Б., Геворкян Г.Г., Никитина Г.В., Озерецковская Н.Н. Лямблиозная инвазия и некоторые показатели состояния верхнего отдела пищеварительного тракта / Мед. паразитол. и паразитар. болезни, 1980, т 49, №5.-С. 21-26.
7. Баратов Л.Д. Изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки при лямблиозе // Современные проблемы паразитологии. Тезисы конференции, Самарканд.- 1983. –С. 44-45.
8. Грачева Н.М., Гаврилов А.Ф. Эффективность биоспорина при лечении острых кишечных инфекций // Журнал микробиологии.- 1996.-№1.-С. 75-77

УДК 616-993.12+616.-022.]-036.1

#### КЛИНИКА ГЕЛИКОБАКТЕРНОЙ И ЛЯМБЛИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Ш.И. Мырзахметова*

*Областной консультативно-диагностический медицинский центр, г.Шымкент  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Жұмыстың мақсаты - *Helicobacter pylori* және *Lamblia intestinalis* микст-инфекцияның клиникалық ерекшеліктерін анықтау. Зерттеу нәтижелері. Лямблиоздық моно-инфекцияның клиникалық симптоматикалық негізгі синдромы абдоминалды ауру (91,1%) диспептикалық (66,1%) - асқазан диспепсиясы - 44,6 %, ішек диспепсиясы – 50 %, терінің бұзылуы-19,6% және астено- невротикалық белгілері - 44,6% науқастарда кездеседі. Клиникалық синдромдардың бірге кездесуін жиілігі 76,9%.

Лямблиоз және геликобактер микст-инфекция ағымының моно-лямблиозға қарағанда клиникалық ерекшеліктері анықталған. Абдоминалды аурудың (90,7%) негізгі локализациясы эпигастралды аймағы болып

табылады (81,4%). Асқазан диспепсиялық синдромы жиі кездесетіні анықталған (80,4%). Терінің бұзылуы (21,6%) және астено-невротикалық белгілері (55,7%) жиі кездеседі. 3-4 клиникалық синдромдардың бірге кездесуінің жиілігі- 54,6%.

**SUMMARY**

Objective: To study the clinical presentation of *Helicobacter pylori* and *Lambliia intestinalis* mixt infection . Results: Clinical studies of patients with mono- *Giardia lamblia* infection have indicated that its clinical symptoms are largely nonspecific and characterized by pain, dyspepsia, astenic neurosis and allergic dermatosis. Pain is leading clinical syndrome of giardiasis that was detected in 91,1% of examinees. Dyspepsia was noted in 66,1% of patients. Astenic neurotic and allergic reactions were found in 46,4% and 19,6% respectively.

The clinical manifestations of mixt *Giardia lamblia* and *Helicobacter pylori* infection have especial and characterized predominate by pain syndrome (90,7%) with epigastria locales (81,4%) and stomach dyspepsia symptoms (80,4%), satanic neurotic and allergic reactions were found in 55,7% and 21,6%

Инфекция, вызванная *Helicobacter pylori*, занимает одно из первых мест в мире по распространенности и является главной причиной хронического гастрита и главным фактором патогенеза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Вместе с тем, анализ литературы свидетельствует о распространенности лямблиоза при гастродуоденальной патологии как у детей, так и у взрослого населения [1,2].

Особый интерес представляет сочетание *Helicobacter pylori* и *Lambliia intestinalis* в связи с их широкой распространенностью и значением в патогенезе хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки [3,4,5]. Лямблиозная инвазия может отягощать течение гастродуоденальной патологии. Однако, работ по изучению клинических проявлений сочетанной геликобактерной и лямблиозной инфекции, ее влияния на течение хронических заболеваний гастродуоденальной зоны недостаточно [6]. В связи с этим представляется важным изучение клинических особенностей сочетанной геликобактерной и лямблиозной инфекции

Цель исследования – изучение особенностей клинического течения сочетанной геликобактерной и лямблиозной инфекции.

Материалы и методы. Обследовано 153 больных в возрасте от 17 до 53 лет, средний возраст составил 26,3±6,3 лет, из них женщин - 99 (64,7%), мужчин -54 (35,3%). Обследованные больные были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли больные с микст-инфекцией (97), 2 группу составили пациенты с моно-лямблиозом (56). Диагностика лямблиозной инфекции проводилась с помощью иммуноферментного анализа (152-99,3%), ПЦР (18- 11,8%) и традиционным копрологическим методом (120-78,3%). Наличие специфических антител к антигенам *Lambliia intestinalis* определяли тест-системой «Лямблия-АТ-стрип» (ЗАО «Вектор-Бест»), позволяющей получить либо качественный результат (факт наличия), либо полуколичественный за счет использования нескольких лунок (для получения титра).

Лямблиозная инфекция у 148 (95,4%) больных подтверждена серологическим методом, у 11,8% методом ПЦР, микроскопически – у 35,9%. Диагностику *Helicobacter pylori* проводили цитологическим методом с окраской по Романовскому-Гимзе и уреазным тестом (Orion Diagnostica, Espoo, Finland); 1 биоптат из антрума немедленно подвергался исследованию уреазным тестом (тест читался на протяжении 20 минут). Для верификации геликобактериоза применяли также метод ПЦР и иммуноферментного анализа.

Степень обсеменения антрального отдела желудка при цитологическом исследовании оценивали согласно критериям, предложенным Л.И. Аруиным [7]: до 20 микробных тел в поле зрения -1-я или легкая степень обсеменности (+), от 20 до 50 микробных тел- 2-я или средняя, степень (++), и более 50 микробных тел -3-я или выраженная степень (+++).

Результаты и обсуждение. Клиническая картина лямблиозной инфекции характеризовалась болевым абдоминальным, диспептическим, астено-невротическим и аллергодерматологическим синдромами, встречающихся или изолированно или вместе. В большинстве случаев наблюдалась сочетание 2-х (41,1%) или 3-х синдромов (35,6%), Клинические проявления только болевого или астено-невротического и аллергодерматологического синдрома отмечались у 19,6% больных (табл. 2).

Как видно из таблицы, ведущими синдромами в клинической симптоматике лямблиоза были болевой абдоминальный и диспептический (91,1% и 66,1 % соответственно).

Таблица - Клинические симптомы и синдромы у больных с микст-инфекцией и моно-лямблиозом (% M±m)

Симптомы	Микст-инфекция, n=97	Моно-лямблиоз, n=56
Болевой абдоминальный	90,7±2,9	91,1 ± 3,8
Локализация боли		
Эпигастральная область	81,4±3,9*	53,6 ± 6,7
Околопупочная область	34,0±4,8	35,7 ± 6,4
Подвздошная область	24,7±4,1	26,8 ± 5,9
Правое подреберье	26,8±4,5	26,8± 5,9
Синдром правого подреберья (боли, тяжесть в правом подреберье, пузырьные симптомы)	26,8±4,5	26,8± 5,9
Диспептический	94,8±2,2*	66,1 ± 6,3

Желудочная диспепсия	80,4±4,0*	44,6 ± 6,6
Тошнота	44,4±4,2*	28,6± 6,1
Рвота	20,6±4,1	14,3 ± 4,7
Изжога	42,3±4,4*	19,6 ± 5,3
Горечь во рту	40,2±3,9*	17,9 ± 5,1
Кишечная диспепсия	64,9±4,0*	50 ± 0
Рецидивирующая диарея	28,9±4,6	26,8 ± 5,9
Запоры	16,5±4,7	25 ± 5,8
Неустойчивый стул	18,6±3,9	
Метеоризм	39,2±4,9	28,6 ± 6,0
АНС (слабость, утомляемость, раздражительность)	55,7±4,7	46,4 ± 6,7
Аллергодерматологический (рецидивирующая крапивница и др.)	21,6±4,2	19,6 ± 5,3

\* достоверные различия между микст-инфекцией и моно-лямблиозом,  $p < 0,05$

Боли в эпигастральной области отмечались более чем у половины больных (53,6%), в околопупочной - у 1/3 пациентов (35,7%) пациентов, в подвздошной – у 1/4 (26,8%) больных, в правом подреберье – у 1/4 больных (26,8%). Клинические проявления диспептического синдрома характеризовались симптомами желудочной (44,6%) и кишечной (50%) диспепсии, в большинстве случаев встречающихся в сочетании. Симптомы желудочной диспепсии проявлялись в виде тошноты (30,4%), рвоты (14,3%), горечи во рту (19,6%), изжоги (17,9%). Кишечная диспепсия у 26,8% больных характеризовалась рецидивирующей диареей, у 25% - запорами, у 28,6% метеоризмом. Синдром правого подреберья (боли, тяжесть в правом подреберье, пузырьные симптомы) наблюдался у 1/4 больных (26,8%).

Астеноневротический синдром у 46,4% больных включал жалобы на повышенную утомляемость, раздражительность, снижение работоспособности, головную боль. Аллергодерматологический синдром у 19,6% больных характеризовался рецидивирующей крапивницей, экземой. Сравнительный анализ клинических проявлений микст-инфекции и моно-лямблиоза показал, что симптоматика лямблиозной инфекции в сочетании с геликобактериозом имеет некоторые отличия. Так, при микст-инфекции чаще наблюдалось сочетание 4-х и 3-х клинических синдромов, чем при моно-инфекции. Симптомы только болевого, АНС и аллергодерматологического синдромов встречались у 19,6% пациентов с моно-лямблиозом и не наблюдались при микст-инфекции (табл. 2).

Также, как при моно-лямблиозе, при микст-патологии ведущими синдромами были болевой и диспептический. Однако, у подавляющего большинства боли локализовались в эпигастральной области (81,4%), что было в 1,5 раза чаще чем при моно-инфекции (53,6%). Локализация боли в околопупочной, подвздошной областях и в правом подреберье выявлялась с почти одинаковой частотой.

Среди больных с микст-инфекцией наблюдалась более высокая частота диспептических расстройств (94,8%) по сравнению с моно-инфекцией (66,1%). Симптомы желудочной диспепсии в 1,6 раза чаще отмечались при сочетанной патологии по сравнению с моно-инфекцией (80,4% и 44,6% соответственно). Так, при микст-инфекции больные чаще предъявляли жалобы на тошноту (44,4%), рвоту (20,6%), изжогу (42,3%) и горечь во рту (40,2%), чем при моно-лямблиозе – 28,6%, 14,3%, 19,6% и 17,9% соответственно. Частота кишечной диспепсии при микст-инфекции, также была более высокой при микст-инфекции (64,9%), чем при моно-патологии (50%). Вместе с тем рецидивирующая диарея наблюдалась с почти одинаковой частотой в обеих группах (28,9% и 26,9%). Симптомы кишечной диспепсии в виде неустойчивого стула и метеоризма чаще выявлялись при микст-инфекции.

Астеноневротический синдром наблюдался несколько чаще при микст-инфекции, однако достоверных различий не выявлено (55,7% и 46,4% соответственно). Симптомы аллергодерматологического синдрома отмечались с почти одинаковой частотой в сравниваемых группах (21,6% и 19,6% соответственно). Синдром правого подреберья наблюдался у 1/4 больных с микст-патологией у 1/4 пациентов с лямблиозной моно-инфекцией. Таким образом, клиническая картина лямблиозной инфекции в сочетании с геликобактерной инфекцией в сравнении с моно-лямблиозом имеет особенности, характеризующиеся преобладанием болевого синдрома с локализацией болей в эпигастральной области и симптомов желудочной диспепсии.

Выводы. Клиническая картина лямблиозной инфекции характеризуется болевым абдоминальным, диспептическим, астено-невротическим и аллергодерматологическим синдромами, встречающихся или изолированно или вместе. Частота сочетания клинических синдромов составляет 76,9%. Ведущими синдромами являются болевой абдоминальный (91,1%) и диспептический (66,1%), характеризующиеся симптомами желудочной (44,6%) и кишечной (50%) диспепсии, астено-невротические проявления наблюдаются у 46,4% больных, кожные поражения - у 19,6%.

Клиническая симптоматика лямблиозной инфекции в сочетании с геликобактерной инфекцией в сравнении с моно-лямблиозом имеет особенности, характеризующиеся преобладанием болевого синдрома (90,7%) с локализацией болей в эпигастральной области (81,4%) и симптомов желудочной диспепсии (80,4%).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Сазанова Н.Е., Шабунина Е.И., Новикова А.В., Варначева Л.Н., Хохлова Н.М. Особенности хронического гастродуоденита на фоне паразитарной инвазии у детей дошкольного возраста: Тез. [Пленум Научного общества гастроэнтерологов России и 30 Ежегодная Научная сессия Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии, Москва, 2003] // Эксперим. и клин. гастроэнтерол.- 2003, №1.-С.107.
2. Железнова Е.А., Шаликова Г.Г. Микст-инфекция в сочетании с лямблиозом на фоне хронической патологии желудочно-кишечного тракта //Материалы 8 Всероссийского съезда эпидемиологов, микробиологов и паразитологов, Москва, 2002.- 2002.-С. 320-321.
3. Миллер Д.А., Горшкова М.А., Нерасова Л.И. Определение и значение лямблиозной инфекции у больных при обострении язвенной болезни и хронического гастрита //Клиническая лабораторная диагностика 2004.- №9.- С. 35.
4. Кучеря Т.В., Митерева М.А., Олисевиц О.В. Особенности клинических проявлений лямблиоза у детей и эффективность применения тиберала для их лечения //Мед. паразитол. и паразитарные болезни.- 2002 .№4.-С. 42-43.
5. Залипаева Т.Л. Клинические проявления лямблиозной инфекции у детей //Мед. паразитол. и паразитарные болезни.-2002. -№3.-С. 29-32.
6. Кучеря Т.В., Макарова Т.А., Кочергина Е.А., Авдюхина Т.И. Лечение лямблиоза у детей в современных условиях: эффективность и выбор специфического препарата// Мед. паразитол. и паразитарные болезни.-2002. -№3.-С. 33-35.
7. Аруин Л.И., Смотровая И.А., Ильченко А.А. //Архив патологии-1988.-Вып.2.-С. 13-18.

УДК 616.98-02-036.22

## ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА КРЫМСКОЙ-КОНГО ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ В КАЗАХСТАНЕ

*Р.А. Егембердиева, К.К. Кыраубаев, А.М. Дмитровский, С.А. Амиреев, Л.Б. Сейдуллаева, К.Т. Байкеева, А.А. Ергалиева*

*Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, г. Алматы  
Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга Комитета  
Государственного санэпиднадзора МЗ РК, г. Алматы*

## ТҮЙІН

Қазақстандағы Қырым Конго геморагиялық қызбаның эпидемиологиялық бақылаудың талдау өткізілді. Қырым-Конго геморагиялық қызбаның эпид.бақылауын жетілдіру бойынша ұсыныстар берілген. Кілт сөздері: Қырым Конго геморагиялық қызба, кене, эпидемиологиялық бақылау.

## SUMMARY

The analysis of epidemiological supervision for Congo-Crimean hemorrhagic fever in Kazakhstan is carried out. Directions on perfection of epidemiological supervision for Congo-Crimean hemorrhagic fever are given. Key words: Congo-Crimean hemorrhagic fever, tick, epidemiological supervision.

Проблема крымской-конго геморагической лихорадки (ККГЛ) становится все более актуальной в связи с регистрацией заболеваемости в отдельные годы в виде вспышек, регистрацией внутрибольничных и внутрисемейных очагов, активизацией очагов ККГЛ в Сарыагашском и Туркестанском районах [2].

Цель: описать особенности эпидемиологического надзора за ККГЛ в Казахстане.

Материалы и методы: Санитарно-эпидемиологические правила и нормы «Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах Конго-Крымской геморагической лихорадки в Республике Казахстан», утвержденные Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 декабря 2008 года № 682.

Результаты и обсуждение. Мероприятия в очагах Конго-Крымской геморагической лихорадки осуществляются на основании Санитарно-эпидемиологических правил и норм «Организация и проведение санитарно-противоэпидемических(профилактических)мероприятий в очагах Конго-Крымской геморагической лихорадки в Республике Казахстан», утвержденных Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 декабря 2008 года № 682. Согласно данных Санитарно-эпидемиологических правил и норм мероприятия в очагах ККГЛ проводятся в нескольких направлениях:

Профилактическое.Зоолого-паразитологическое обследование территории природного очага (пустынный, полупустынный и степные местности с теплым климатом) ККГЛ включает в себя изучение видового состава клещей, распространения, динамики сезонной их численности и природных резервуаров вируса ККГЛ, вычисление индексов обилия и встречаемости по видам и биотопам, вирусологическое исследование клещей, оценку эффективности противоклещевых мероприятий.

Зоолого-паразитологическая группа в зависимости от поставленных задач осуществляет:

- поиск интенсивных и разлитых эпизоотий среди клещей методом их сбора для лабораторного исследования;
- изучение выявленных эпизоотий (путем наблюдения за численностью отдельных видов клещей), интенсивности зараженности клещей по видам, распространения эпизоотий по территории и динамикой их развития;
- проведение поиска микроочагов ККГЛ в условиях яло или локально протекающей эпизоотии (в межэпизоотический период);
- эпизоотологическую оценку степени оздоровления территории природного очага;
- сбор клещей с сельскохозяйственных животных (5-10 голов крупного рогатого скота контрольного стада) с расчетом индекса обилия, индекса встречаемости, индекса инфицированности и индекса доминирования.
- При массовом появлении в домах и нападении на людей клещей проводится обследование объекта со сбором клещей для определения их видового состава и бактериологического исследования.

2. Местными исполнительными органами и организациями санитарно-эпидемиологической службы на соответствующей территории совместно с противочумной станцией проводится создание противоклещевых защитных зон в радиусе 300 метров вокруг неблагополучных по ККГЛ населенных пунктов не менее двух раз в год (весной и осенью).

3. Организация проведения профилактической противоклещевой обработки сельскохозяйственных животных, скотных и других подсобных помещений в неблагополучных по ККГЛ населенных пунктах.

Противоэпидемические. В случаях регистрации больного ККГЛ, его госпитализации и/или смертельного исхода проводится противоклещевая обработка жилых, подсобных и скотных помещений.

В случае регистрации заболевания людей ККГЛ в населенных пунктах проводится активное выявление больных ККГЛ путем опроса (осмотра) населения при подворных обходах и оказании первичной медико-санитарной помощи. За лицами, бывшими в тесном контакте с больным, в очаге проводится постоянное медицинское наблюдение. Лица, укушенные клещами, должны находиться на диспансерном наблюдении в медицинской организации в течение 14 дней. Проведение заключительной дезинфекции в очаге. Проведение в очаге санитарно-просветительной работы. В качестве мер личной профилактики используется импрегнированная репеллентами защитная одежда.

С целью обеспечения оперативного контроля за эпидемической ситуацией в природных очагах ККГЛ с 2005 года проводится мониторинг эпизоотолого-эпидемиологической ситуации в природных очагах Жамбылской, Кызылординской и Южно-Казахстанской областей. Согласно мониторинга увеличилась обращаемость населения с укусами клещей за медицинской помощью. В 2005 году с укусами клещей обратились 171 человек, в 2009 г. – 2118 человек, госпитализированы в стационары от 68 до 326 человек. По прежнему, основной причиной заражения людей явились стрижка заклещеванных овец и укус клеща.

В 2009 году данным путем было заражено 37,5% больных. Увеличилось количество исследований клещей на наличие антигена вируса ККГЛ. В 2005г. исследовано 17252 экземпляров клещей, в 2009 г. – 39761.

Индекс обилия клещей на одно осмотренное животное в 2005 году составил 31 экземпляр, в 2009 году – 10,7. Индекс встречаемости клещей в 2005 году – 95,0%, в 2009 году – 52,4%. Процент зараженности клещей в 2005 году составил – 9,0%, в 2009 году – 6,3%. По вышеуказанным показателям можно оценивать эффективность эпид.надзора за ККГЛ.

Однако, анализ данных Санитарно-эпидемиологических правил и норм мероприятий по предупреждению ККГЛ показал, что в перечне противоэпидемических мероприятий по ККГЛ в отношении лиц с укусами клеща проводится только наблюдение.

Не отражены кратность и сроки обследования больного для лабораторного подтверждения диагноза, в то же время известно, что заболевание может протекать в легкой форме и без геморрагического синдрома [1]. Необходимым является изучение клеща, снятого с тела или с одежды, на инфицированность вирусом ККГЛ.

Таким образом, для совершенствования эпиднадзора за ККГЛ необходимо обследование лиц с укусами клещей проводить в динамике с уточнением сроков и кратности, необходимо изучение инфицированности вирусом ККГЛ клещей, снятых с тела или одежды человека.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абдикаримов М.А., Белозеров Е.С. Крымская геморрагическая лихорадка.- Алматы.- 1995.- 80с.
2. Каримов С.К., Дурумбетов Е.Е., Казаков С.В. Экологические и эпидемиологические аспекты Крымской-Конго геморрагической лихорадки.- Алматы.- 2003.- 168с.

УДК 616.831-002-022:578.833.26]-036.1

**АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА КЛЕЩЕВЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ В КАЗАХСТАНЕ**

*Р.А. Егемберлиева, Ж.Ж. Шапиева, А.М. Дмитриевский, С.А. Амиреев, Л.Б. Сейдулаева, К.Т. Байекеева,  
Р.Ж. Байхожаева*

*Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, г. Алматы  
Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга Комитета  
Государственного санитарного надзора МЗ РК, г. Алматы*

**ТҮЙІН**

Қазақстандағы кенелі энцефалитті эпидемиологиялық бақылаудың талдау өткізілді. Кенелі энцефалиттің эпид.бақылауын жетілдіру бойынша өсыныстар берілген. Кілт сөздері: кенелі энцефалит, кене, иммунопрофилактикасы.

**SUMMARY**

The analysis of epidemiological supervision for tick-borne encephalitis in Kazakhstan is carried out. Directions on perfection of epidemiological supervision for tick-borne encephalitis are given. Key words: tick-borne encephalitis, tick, immunoprophylaxis.

Эпидемиологический надзор - это система динамического и многоаспектного слежения за эпидемическим процессом конкретной инфекционной (паразитарной) болезни или за эпидемиологической ситуацией в целом на определенной территории в конкретный период времени в целях рационализации и повышения эффективности противоэпидемических и профилактических мероприятий [1,2].

Проблема клещевого энцефалита (КЭ) становится все более актуальной в связи с неуклонным ростом заболеваемости. По данным НИЦ СЭЭМ в Казахстане показатель заболеваемости КЭ на 100 тыс. населения увеличился с 0,07 в 1993г. до 0,22 в 2008г.

Цель: провести анализ существующей системы эпидемиологического надзора за клещевым энцефалитом в Казахстане.

Материалы и методы: Санитарно-эпидемиологические правила и нормы «Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению клещевого энцефалита», утвержденные Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2007 года № 357.

Результаты и обсуждение. По Санитарно-эпидемиологическим правилам и нормам мероприятия по предупреждению клещевого энцефалита (КЭ) проводятся в нескольких направлениях:

1. Выявление больных клещевым энцефалитом осуществляется медицинскими работниками при обращении за медицинской помощью.

2. Все случаи клещевого энцефалита и подозрения на это заболевание регистрируются организациями здравоохранения по месту их выявления.

3. Медицинские организации проводят своевременную регистрацию и учет случаев клещевого энцефалита, а также всех лиц, пострадавших от укусов клещей, диагностику, госпитализацию, лечение больных клещевым энцефалитом и диспансеризацию переболевших этим заболеванием.

4. Наблюдение за лицами, пострадавшими от укусов клещей проводится участковым невропатологом в течение трех недель после укуса клеща.

5. Медицинские организации проводят профилактическую плановую иммунизацию против клещевого энцефалита профессионально угрожаемым контингентам.

6. Лицам, обратившимся за медицинской помощью после укуса клеща проводится серопротекция иммуноглобулином. Профилактический эффект иммуноглобулина снижается через три дня после укуса клеща.

7. Специалисты государственных органов санитарно-эпидемиологической службы проводят:

- государственный санитарно-эпидемиологический надзор за клещевым энцефалитом в населенных пунктах и оздоровительных организациях, расположенных в природных очагах этого заболевания;

- проводят эпидемиологическую оценку территории для установления участков и контингентов повышенного риска заражения клещевым энцефалитом;

- осуществляют анализ многолетних данных (за последние 5-10 лет) о местах заражения клещевым энцефалитом и проводят не менее одного раза в год плановое эпидемиологическое обследование населения;

- контролируют своевременность учета и полноты охвата лиц, подлежащих плановой иммунизации против клещевого энцефалита;

- обеспечивают своевременность подачи заявок на потребность в вакцине и иммуноглобулине и дальнейший контроль за их транспортировкой, хранением и использованием;

- осуществляют контроль за организациями, связанными в своей деятельности с пребыванием в природных очагах клещевого энцефалита, их обеспеченностью специальной одеждой и репеллентами;

- проводят изучение распространения, видового состава, фенологии и численности иксодовых клещей – переносчиков клещевого энцефалита;

- санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия по борьбе с клещами проводятся в местах размещения оздоровительных организаций для детей и взрослых, в местах постоянного пребывания профессионально угрожаемых контингентов, баз отдыха и туризма, садово-огороднических кооперативов, на участках лесных массивов, где происходят заражения клещевого энцефалита, а также в наиболее часто посещаемых населением местностях с хозяйственно-бытовыми и другими целями.

8. Для проведения акарицидных обработок применяются инсектицидные средства, зарегистрированные в Государственном реестре ветеринарных препаратов Республики Казахстан.

9. Сроки и способы проведения акарицидных мероприятий, их эффективность устанавливаются специалистами государственных органов санитарно-эпидемиологической службы после энтомологического обследования объекта на заселенность клещами.

Анализ данных Санитарно-эпидемиологических правил и норм мероприятий по предупреждению клещевого энцефалита показал, что в отношении клещей проводится только изучение распространения, видового состава, фенологии и численности иксодовых клещей. С 2000 года изучение зараженности клещей вирусом КЭ не проводится, процент вирусифорности клещей не рассчитывается. Возможно от уровня вирусифорности клещей в зависимости от места их сбора менялась бы тактика профилактической плановой иммунизации против КЭ. Данная ситуация сложилась в связи с прекращением функционирования лаборатории трансмиссивных инфекций Научного центра гигиены и эпидемиологии.

В противоэпидемических мероприятиях энтомологическое обследование территории предполагаемого места заражения не дает возможности оценить данную территорию на наличие источника инфекции.

Клещи, принесенные лицами, пострадавшими от укуса клеща, изучаются только на видовую принадлежность, не исследуются на инфицированность вирусом КЭ. Проводится сплошная серопротекция иммуноглобулином лиц с укусами клеща. В последние годы в регионах эндемичных по КЭ серопротекция является платной. Данные факты свидетельствуют о том, что серопротекция является необоснованной и материально затратной.

В целях совершенствования эпидемиологического надзора в 2010г. разработан еженедельный (с апреля по октябрь) мониторинг за заболеваемостью КЭ, что позволило оперативно реагировать на текущую эпидемиологическую ситуацию.

Таким образом, для совершенствования эпиднадзора за КЭ необходимо изучение инфицированности клещей вирусом КЭ с использованием современных методов лабораторной диагностики (ПЦР) и изменением тактики проведения серопротекции лицам с укусами клеща.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Амиеев С.А., Т.А. Муминов, Б.Л. Черкасский, К.С. Оспанов. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. – 2007. – Т. 1. – 596с.
2. Черкасский Б.Л. Руководство по общей эпидемиологии. – М.: Медицина. – 2001. – 557с.

УДК 61:340.67(091)(574.5)

#### ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СУДЕБНО-ХИМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*С.Э. Каримбаев, З.Т. Алматаева, Д.Ш.Бегиева  
Южно-Казахстанский филиал РГКП «Центра судебной медицины» МЗ РК, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Бұл мақалада «Сот медицина орталығы» РМҚК ОҚ филиалының сот-химиялық бөлімшесінің даму және өркендеу тарихы баяндалады.

#### SUMMARY

In this article is described the story of development and grouping of justicial and chemicale factone of SK brench RGGD MDC RK.

В 1951 году выходят приказы МЗ СССР от 14 июля № 643 и МЗ Казахской ССР от 23 июля № 667, согласно которым организуются Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы при Министерстве здравоохранения КазССР, а при областных здравоохранениях создаются областные бюро судебно-медицинской экспертизы.

Одним из них было Южно-Казахстанское бюро судебно-медицинской экспертизы при областном отделе здравоохранения, начавшее свою деятельность в 1952 году. В течение нескольких лет после организации в Чимкентской области службы судебно-медицинской экспертизы назрела необходимость создания судебно-медицинской лаборатории бюро СМЭ. Согласно приказу министра здравоохранения Казахской ССР № 83 от 06 апреля 1957 года, предусматривающему «...организацию межобластных судебно-медицинских лабораторий (с отделениями судебно-химическим и судебно-биологическим) при Чимкентском облздравотделе...», в июле 1957 года такая лаборатория была создана. На этапах ее развития можно проследить историю судебно-химической службы Южно-Казахстанской области. Основателем судебно-химического



отделения и первым его сотрудником стала приехавшая в 1957 году по направлению выпускница фармацевтического факультета АГМИ И.Л. Бринь.

Рождение и становление лаборатории было трудным, но желание и необходимость обязывали преодолевать все возникающие препятствия. Проблемным было все, поскольку лаборатория создавалась с нуля. Была выделена непригодная комната при втором городском отделении милиции. Большую помощь в организации оказали руководители Чимкентского свинцового завода им. М.И. Калинина, через три месяца отделение стало функционировать в полную силу. В зону обслуживания вошли бюро судебно-медицинской экспертизы, ЛПУ, органы следствия, прокуратуры и УВД Чимкентской, Джамбульской, Кызыл-Ординской областей. В 1987 году судебно-химическое отделение переехало в новое типовое здание областного бюро судебно-медицинской экспертизы. Для него было выделено девять специально оборудованных комнат. В лаборатории установлены мощные вытяжные шкафы, импортные оборудования модульной системы, новейшая химическая аппаратура, которую используют в своих исследованиях квалифицированные эксперты-химики. Лаборатория в числе первых в республике стала определять этиловый алкоголь и его суррогаты газохроматографическим методом. Судебно-химическая лаборатория является единственной в области по определению мышьяка в крови, волосах, ногтях и выделениях человека. Сотрудники отделения постоянно оказывают большую практическую помощь органам здравоохранения (по вопросам отравления ядами, карбоксигемоглабином и т.д.) и органам внутренних дел, прокуратуры, таможенного управления (при выявлении контрабанды наркотиков и спиртосодержащей продукции).

На базе лаборатории ежегодно проходят производственную практику студенты Южно-Казахстанской фармацевтической академии. В 2010 году Южно-Казахстанский филиал «Центра судебной медицины» МЗ РК был реорганизован в Республиканское Государственное Казенное Предприятие «Центра судебной медицины» МЗ РК (ЮКФ РГКП «ЦСМ» МЗ РК). В связи с этим судебно-химическому отделению было разрешено оказывать платные услуги населению по определению этилового спирта и его суррогатов, ядовитых и наркотических веществ. Лаборатория оснащена современной аппаратурой: газовый хроматограф «Agilent 6850» производство США, газовый хроматограф «Кристалл люкс 4000 М» производство Россия, спектрофотометр «Spectord 205» производство США, шкаф сушильный ШС-80-1, дистиллятор классический, магнитная мешалка, центрифуга лабораторная, весы электронные-аналитические, прибор для очистки дистиллированной воды.

В отделении освоена методика определения летучих токсикологических ядов, сильнодействующих и наркотических веществ газохроматографическим методом. Внедрены новые методы исследования наркотических веществ – иммуно-хроматографические тесты для определения опийных алкалоидов, каннабиноидов и производных амфетамина. Экспертам-химикам приходится встречаться с случаями отравления различными лекарственными и наркотическими средствами, фосфорорганическими соединениями, препаратами бытовой химии и ядами растительного происхождения (аконитин и т.д.). Сотрудники судебно-химического отделения проходят специализации и усовершенствования в республиканских ВУЗах, а также за рубежом. В настоящее время в химическом отделении Южно-Казахстанского филиала ЦСМ МЗ РК работают 8 высококвалифицированных экспертов-химиков с большим опытом практической работы. Один эксперт-химик имеет высшую квалификационную категорию, пять экспертов - первую квалификационную категорию, один эксперт-вторую квалификационную категорию.

Основными направлениями деятельности судебно-химического отделения в настоящее время являются: научно-исследовательское, связанное с разработкой теоретических и методических проблем судебной химии; научно-методическое, предусматривающее подготовку и повышение квалификации экспертных кадров, а также научно-практическое, заключающееся в проведении исследований для целей судопроизводства. Сотрудники судебно-химического отделения ЮКФ РГКП «ЦСМ» МЗ РК пользуются большим уважением и авторитетом среди коллег в Республике.

УДК 615-099:340.6:614.824(574.5)

### **АНАЛИЗ СМЕРТЕЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ УГАРНЫМ ГАЗОМ ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2008-2010 ГОДЫ**

*З.Т. Алматаева, М.А. Абдиев, К.К. Адеханова*

*Южно-Казахстанский филиал РГКП «Центра судебной медицины» МЗ РК, г. Шымкент*

#### **ТҮЙІН**

Бұл мақалада Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша көмір қышқыл газымен уланудың үш жылдық көрсеткіштері сипатталады.

#### **SUMMARY**

In this article is resalted the statistical indexes of deadly poisoning in SKO for laste three years.

В условиях современного интенсивного развития техники, промышленности, транспорта, широкого использования в производстве и быту окись углерода становится одним из вредных факторов окружающей

среды. В связи с этим изучение отравлений окисью углерода и ее токсикологии является в настоящее время важной и актуальной проблемой.

Оксид углерода широко применяется на производстве в качестве топлива с высокой теплотворной способностью, как исходное соединение современной промышленности органического синтеза, восстановительные свойства окиси углерода широко используется в металлургии при выделении ряда металлов из окислов. С некоторыми металлами окисью углерода образует соединения-карбонилы. Пары их во влажной атмосфере в присутствии углерода разлагаются с выделением окиси углерода. Скопления ее возможны в рабочих помещениях при нарушении технологии процессов производства, в жилых и технических помещениях при неправильном режиме топков нагревательных приборов, в гаражах и машинных отделениях транспортных средств при неотрегулированных двигателях и плохой вентиляции, а также в кабинах и кузовах автомашин.

Отравления окисью углерода делятся на профессиональные и бытовые. В результате совершенствования профилактических мероприятий, строгого соблюдения техники безопасности в число профессиональных отравлений снизилось, и в настоящее время встречаются единичные случаи их среди работников горнодобывающей промышленности и транспорта.

К бытовым отравлениям относятся отравления окисью углерода вследствие несчастных случаев при аварийной утечке бытового газа, нарушении правил топки печей, пожарах, самоубийствах. Единственным путем попадания окиси углерода в организм являются дыхательные органы. Окисью углерода оказывает непосредственное токсическое действие на клетки, нарушая тканевое дыхание и уменьшая потребление тканями кислорода, угнетает активность ферментов, нарушает углеводный, фосфорный и азотистый обмен. Индивидуальные различия в чувствительности к острым и хроническим отравлениям окисью углерода велики. Особо чувствительны молодые люди и беременные женщины, тяжело переносят отравления алкоголики, курящие, лица страдающие заболеваниями сердечно-сосудистой и нервной систем.

Нами был проведен статистический анализ смертельных отравлений по Южно-Казахстанской области за 2008-2010 года.

Год	Отравления угарным газом на фоне алкогольного опьянения	Обстоятельство дела				
		Общее количество исследований на СО	Обнаружен Дома	Обнаружен в гараже	Обнаружен в бане	На производстве
2008	27	46	40	1	5	-
2009	26	51	43	3	4	1
2010	29	64	59	2	2	1

По данным отчетов за 2008-2010 годы в химико-токсикологическом отделении исследования на угарный газ с каждым годом увеличивается. По данным таблицы отравления в основном происходят в бытовых условиях. Более 50% отравлений происходят на фоне алкогольного опьянения. Исходя из этого в целях предотвращения отравления угарным газом необходимо соблюдать правила противопожарной безопасности и ввести разъяснительную работу среди населения за трезвый образ жизни.

УДК 616-073.75:615.849<sup>1</sup>-084

### РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ АНАФИЛАКТОИДНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ВВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ СРЕДСТВ

*А.А. Мустапаева*

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

#### Түйін

Сәулелі- контрасты дәрілердің бүйрек қимылына кері әсерін емдеу оның ауырлығына байланысты болады. Жеңіл кері әсерлі қимылдың түрі кәдімгідей емдеуді қажет етеді. Анафилактоидты әсер кезіндегі емдеу тура сондай, анафилактикалық сияқты болады. Жүрек – қан тамырлары бұзылған кезінде, эпилептикалық қояншықтық ұстап, есінен танып құлайды, ол қатты ауыртып, бүйрек қимылының дұрыс істемей жетіспеушілік болады, бұл жағдай симптоматикалық емдеуге әкеліп соқтырады.

#### Summary

Treatment of secondary effects of X-ray contrast means depends on their severity. Easy secondary effects usually don't demand the treatment. At anaphylactic reactions the treatment is the same, as at anaphylactic. The symptomatic treatments are conducted at the cardio-vascular disorders, epileptic attacks, and acute renal shortage.

Лечение побочных действий рентгеноконтрастных средств зависит от их тяжести. Легкие побочные действия обычно не требуют лечения. При анафилактоидных реакциях лечение такое же, как при

[анафилактических](#). При [сердечно-сосудистых нарушениях](#), [эпилептических припадках](#), [острой почечной недостаточности](#) проводят симптоматическое лечение.

Современные препараты для контрастирования являются в целом безопасными средствами, и их использование необходимо для своевременной и адекватной диагностики. Но следует учитывать возможность развития побочных реакций, связанных с их применением. Знание практического подхода к выбору контрастного средства, правильное проведение диагностической процедуры приобретает особую актуальность в настоящее время в связи с появлением новых технологий и увеличением частоты применения контрастов.

Побочные действия рентгеноконтрастных средств наблюдаются у 5-8% больных, у 0,1% больных их применение сопровождается тяжелыми осложнениями. Частота смертельных исходов составляет от 1:40000 до 1:50000, по некоторым данным - 1:10000. Клинические проявления побочных действий зависят от типа реакций, лежащих в их основе, и их тяжести. За исключением [острой почечной недостаточности](#), побочные действия обычно развиваются в течение 3-10 мин после в/в введения рентгеноконтрастного средства.

Предсказать побочные действия рентгеноконтрастных средств невозможно. Поскольку эти реакции не являются аллергическими, они часто развиваются при первом контакте с препаратом. В связи с этим выявить повышенную чувствительность к какому-либо рентгеноконтрастному средству с помощью иммунологических методов нельзя. Ниже приведены профилактические мероприятия, снижающие риск анафилактикоидных реакций, вызванных рентгеноконтрастными средствами: - При высоком риске анафилактикоидных реакций и других осложнений желательно заменить исследование с использованием рентгеноконтрастных средств другим, например сцинтиграфией или УЗИ. - Введение жидкости снижает риск острой почечной недостаточности при использовании рентгеноконтрастных средств. - При применении рентгеноконтрастных средств у больных с [заболеваниями почек](#) необходимо тщательно контролировать их функцию для раннего выявления и лечения [острой почечной недостаточности](#). - Для снижения риска [отека легких](#) у больных с [сердечно-сосудистыми](#) заболеваниями не следует применять рентгено - контрастные вещества, содержащие соли натрия. - У больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями исследование с использованием рентгеноконтрастных средств проводят под контролем ЭКГ для раннего выявления и лечения [аритмий](#). - Для профилактики анафилактикоидных реакций перед исследованием с применением рентгеноконтрастных средств используют [Н1-блокаторы](#) и [кортикостероиды](#). - Если в прошлом отмечались побочные действия рентгеноконтрастных средств, необходимо получить письменное согласие больного на исследование. - Рекомендуется применять рентгеноконтрастные средства с низкой осмоляльностью. - При побочных действиях рентгеноконтрастных средств применяют Н1-блокаторы, адреналин, кровезаменители и другие средства для интенсивной терапии. - Если больному с реакциями на рентгеноконтрастные средства в анамнезе абсолютно показано рентгеноконтрастное исследование, применяют низкоосмолярные средства, перед исследованием назначают глюкокортикоиды, Н1-блокаторы и реже Н2-блокаторы. Следует помнить, что перечисленные мероприятия эффективны не у всех больных.

Анафилактикоидные реакции на рентгеноконтрастные средства могут возникать даже после премедикации кортикостероидами и Н1-блокаторами, поэтому при высоком риске осложнений показана постановка кожных проб. Исследование проводят под наблюдением врача, имеющего опыт лечения анафилактических реакций.

Профилактическое применение Н1-блокаторов и кортикостероидов не снижает риск [аритмий](#), [отека легких](#), [острой почечной недостаточности](#) и [эпилептических припадков](#).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ринк П., Синицын В.Е. Контрастные средства для КТ и МРТ. Основные принципы//Вестник рентгенологии и радиологии. 1995. № 6. С. 51—59.
2. Сергеев П.В., Свиридов Н.К., Шимановский Н.Л. Контрастные средства. — М.: Медицина, 1993. — 256 с. Сергеев П.В., Юдин А.Л., Полнее Ю.А., Шимановский Н.Л. Разработка контрастно-диагностических средств для внутрисосудистого введения: от первых опытов до наших дней//Вестник рентгенологии и радиологии. — 2002. — № 1. — С. 48—61.
3. Aspelin P., Aubry P., Fransson S.-G. et al. Nephrotoxic effects in high-risk patients undergoing angiography//N. Engl. J. Med. - 2003. - V. 348. - P. 491-499.
4. Katayama H., Yamaguchi K., Kozuka T. et al. Adverse reactions to ionic and non-ionic contrast media. A report from the Japanese committee on the safety of contrast media//Radiology. 1999. - V. 175. - P. 621-628

#### СТУДЕНТТЕРДІҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫНА БЕЙІМДЕЛУІ

*Г.У. Тулепбергенова, А. Омарханова*

*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы*

#### РЕЗЮМЕ

Было проведено тестирование среди 200 студентов ЮКГФА. В результате мы получили данные из общего количества студентов – 32,5% легко перенесли стрессовую ситуацию, а 47,5% с трудом выходящие из стрессовой ситуации. 20% нуждались во врачебной помощи, помощь близких и друзей.

## SUMMARY

The control testing on the theme «goal to healthy way of living» among 200 students of the SKSFA has been conducted. As the results we received the following data: from the total number of the students 32,5% underwent stress situation 47,5% - with diffeculrise, 20% - needed medical aid and help of relatives and friends.

Сыртқы ортаның құбылмалы өзгерістеріне дені сау адамның бейімделуі арнайы физиологиялық әсері арқылы жүзеге асады да, әрбір организмнің бейімделуі өзіндік мөлшерлік және сапалық айырмашылықты иемденеді. Адам организмінің бейімделуі әрекетінің ырғағы оның ішкі күйіне, белсенділік дәрежесіне және тіршілік қарқынына, сыртқы түрткілердің сипатына байланысты өзгеріп отырады. Жасөспірімдердің білім алуы мен мәдениеттілік деңгейі салауатты өмір сүрудің негізін құрайды. Ал, бұл адамдардың мінез- құлықтарына айтарлықтай әсер етеді. Жеке басының гигиенасы, спортпен шұғылдануы және денсаулыққа зиянды әрекеттерінің көрінісі адам қажеттілігін өтей алмаушылығына әкеліп соқтырады. Адам қажеттілігі - белгілі бір топқа бейімделу талпынысы, яғни сол ортада белгілі бір дәрежені иемдену. Мұратты қажеттіліктер жақсы қанағаттандырылса, адамның рухани дүниесі күшейеді де, жаман әрекеттердің пайда болу мүмкіндігі азайып, бұған деген ынтасы төмендейді.

Қазақстан тәуелсіздігін алған соң, халықтың әл-ауқатын, денсаулығын көтеру үшін мемлекеттік тұрғыда әртүрлі іс- шаралар қолға алынған. Мысалы темекі, есірткі, ішімдіктің ағзаға зиянды, ішімдікті жиі және ұдайы қабылдаудың әсерінен адамның әл-қуатты, ойлау қабілеті әлсіреп, рухани және физиологиялық тәуелділікке әкеледі. 20-29 жас аралығындағы жастар маскүнемдікке тез бейімделеді, нәтежесінде балалар мен жасөспірімдердің жалпы дамуымен жетілуі, білім алуға деген ынтасы әлсірейді де, белгілі бір кәсіпті игеруге және әлеуметтік жағдайларға бейімделу мүмкіншіліктері төмендейді. Темекі шегуде уытқорлықтың бір түріне жатады: темекінің түтінінде көміртегі тотығы, никотин, 3, 4- бензопирин, а зот тотықтары, никель, хром кадмий т.т.с. көптеген ағзаға зиянды заттар болады. Темекінің тартатын адамдардың денесінде уытты әсер етеді. Ол организмді уақытша сергітіп, артына жүйке жүйесінің қызметін адамның жұмысқа деген қабілетін төмендетеді.

Салауатты өмір салтының бейімделуін бағалау арқылы ағзаның оқуға, еңбекке, спортпен айналысуға дайындық дәрежесін анықтауға болады. Бұл алынған мәліметтер жасөспірімдердің ішкі ортасының қуаттылығын, ағза қызметінің дұрыстылығын анықтайтын көрсеткіш болып табылады. Біз Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясының 2-ші курс студенттерінің арасында 200 студентке анкеталық бақылау жүргіздік. Бұл жұмысымыздың негізгі мақсаты денсаулықты сақтаудағы студенттердің салауатты өмір салтына тексеру болды. Осы студенттердің ішінде ұлдар – 35,5 % құраса, қыздар -64,5 % құрады.

Күніне түскі асты ішіп үлгеретіндері қала жастары арасында -77,4 %, ауыл жастары небәр-29,7 % құрады. Түскі асты ішіп үлгермейтіндері қала жастары -22,6 %, ауыл жастары-70,3 % құрайды екен.

Тәулігіне 7-8 сағат ұйықтайтындары ауыл жастары -94,5 %, қала жастары -95,1 % құрайды.

Ауыл жастарының үнемі спортпен шұғылданатындары -14,5 % құраса, қала жастары -48,3 % құрады. Сонда спортпен шұғылданбайтындар ауыл жастары -85,5 %, қала жастары -51,7 % құрайды.

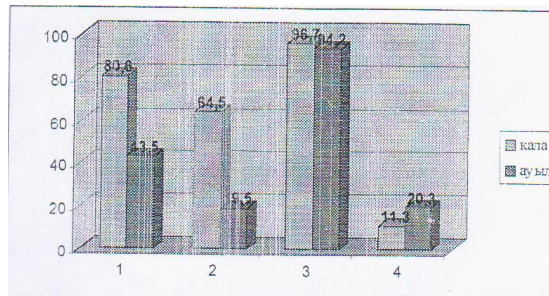
Дене салмағы бойынның ұзындығына сәйкес келмейтіндігі ауыл жастары -28,5 % қала жастары-2,9 % құрайды.

Уақыты тиімді ұйымдастыра білетін ауыл жастары -70,2 %, қаланыкі -83,8 %, ал өз уақыттын дұрыс пайдалана алмайтындар ауыл жастарын -29,8 %, қала жастарыныкі -16,2 % екен.

Демалуға дұрыс уақыт ұйымдастыра алатын ауыл жастары -20,3 %, қала жастары -11,3 % құрайды. Қалғандары демалыс уақыттарын дұрыс пайдалана алмайды екен.

Енді, зерттеу барысындағы қауыпты факторларға жатындарын бірінші кестеден байқауымызға болады.

Кесте 1



Мұнда ауылдан келген жастар арасында темекі шегетіндері -43,5 %, ал қала жастары -80,6 % құрады. Мұның ішінде ауылдан келген қыздар -21 % ал қала қыздарынан -43 % темекі шегеді екен.

Ішімдікті тәуір көретін ауыл жастары арасында -19,5%, қала жастары -64,5 %. Яғни қала жастарының темекі және ішімдікке бейімділігі жоғары екенін көрсетеді.

Күнделікті қызыл шаймен кофе ішуді ұнататындар ауыл жастары -94,2 %, қала жастары 97,7 % құрайды екен.

Күнделікті қызыл шаймен кофе ішуді ұнатпайтындар ауыл жастары -203 %, қала жастары -11,3 % құрайды.

Осы студенттердің ішінде әр түрлі стресстік жағдайды жеңіл өткеретіндер -32,3 %, ал стресстен шығуы қиындау соғатындар -47,5 %. Стресстен шығу үшін жолдастарының және дәрігердің көмегін қажет ететіндері - 20 %. Соны мен денсаулық сақтау мәселесінде жастар арасында тәлім- тәрбие жұмысын жүргізу басты мәселе болып табылады. Қорыта келгенде, ауыл жастарына қарағанда темекі шегуші және ішімдік ішуші жастар басым екендігін байқаймыз.

Сондықтан «сауатты өмір салтын» қалай үйрену туралы білімен қаруландыру қажет, отбасын әлуеметтендіру ересектер мен балалар ерешеліктерін еске ала отырып, организмдердің шынықтыру әдістері туралы кеңестер беруге болады. Яғни күнделікті пайдаланатын және мезгілдік (жаз, күз, көктем) тамақтану туралы, суға түсу, физикалық жаттығулар және дене жаттығулар арқылы организмде болатын өзгерістер туралы кеңестер.

Қымыл жаттығулары денсаулықты шындайтын дене шынықтырудың негізгі құралы болып саналады. Олар табиғи түрткілермен (ауа, су, күнге қыздырыну) жан дүниесі жаттығулармен қолданған жағдайда нәтежелі болады.

Дене жаттығуларының әсерінен бұлшық еттерде едәуір өзгерістер болады. Яғни олардың көлемін ұлғайтады, нығайтуына ыңғайлайды.

Бұлшық еттің созулы, тонысы жақсарады, қан айналымы және бұлшық еттің қоректену жақсарады.

Бұлшық еттердің жүктемесінің шамасына қарай, тыныс алу жүйесіне бейімделу өзгерістері жаттығу дәрежесіне байланысты болады. Бұлшық еттің үздіксіз жаттығудың нәтежесінде өкпенің тіршілік сымдылығы жоғарлайды (өтж). Бұлшық еттің жұмысы ағзадағы гомоглабиннің мөлшерін көбейтеді. Яғни ағзада оттегі айналымы жоғарылайтын оксигемоглабин жасушаларға тасымалданып қанның құрамында Н<sup>+</sup> иондары, СО<sub>2</sub> көбейеді де, нәтежесінде дене қызуы көтеріледі.

Көптеген капиллярлар кеңейіп, олардың саны да бірден көбейе бастайды.

Жаттығулар иммунитет жүйесін жақсартады. Дене жаттығулармен жүйелі айналысу гуморалдық және жасушалық иммундық қорғаныш қасиетін өсіреді, антиген – антидене әсерленісін күшейтеді.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Сәтбаева Х.Қ, Өтепбергенов А.А. Адам физиологиясы. Алматы, 2005ж.
2. Сәтбаева Х.Қ, Нілдібаева Ж.Б., Әдішева З.С. Сауатты өмір салтын қалптастыру. Валеология. Оқу әдістемелік құрал. – Алматы: «Ғылым».1999ж. 5-14б.
3. Беспалова Г. Дене шынықтыру арқылы сауықтырудың басты түрлері. Валеология. Алматы: «Ғылым».1999ж 64-76 б.
4. Брехман И.М. Валеологияға кіріспе – денсаулық туралы ілім. Ленинград. 1987ж.
5. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. М., 1987ж.

#### ЖЕКЕ ТҰЛҒАНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІ

*Г.У. Тулепбергенова, Г.Ә. Қасқараева*

*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы*

#### РЕЗЮМЕ

В работе изучалось состояние развития и некоторых физических показателей студентов в период адаптации к обучению в высшем учебном заведении.

В результате исследования установлены низкие показатели физического развития студентов младших курсов по сравнению среднестатистическими данными.

#### SUMMARY

In work the condition of development and some physical indicators of students in adaptation to training in a higher educational institution was studied.

As a result low indicators of physical development of students of the first years in comparison by the average data are established.

Жеке тұлғаның дамуы, оның әлеуметтік ұнамды қасиеттерінің қалыптасуы белгілі қоғамдық қолдау мен әлеуметтік қажеттілікті керек етеді. Әрқандай жеке адам өзінің өмірлік салтын, жеке құндылық бағыттарына орай тіршілік жағдайларын өзгертудің, қайта құрудың тұрақты тәсілдер жүйесін түзеді. Осыдан адамның тұрмыс, тіршілік салты оның жалпы өмір сүру, қоғамдағы өз орнын иелену бағдарына айналады. Сонымен әлеуметтік салт-бағыттан адамның жоғары инабатты жасампаздық өмірі, рухани- эстетикалық, рухани- этикалық дүниетанымы туындайды. Жеке адам тұрақты қасиеттері жиынтығымен дараланады тұлғаның барша ерекшеліктері оның тума нәсілдік және әлеуметтік-мәдени сапаларының бірігуімен қалыптасады.

Адамның мінез-құлқы ми құрылымының жетілуіне қарай өзгереді және жоғары сатыға көтеріледі. Сыртқы ортаның түрткілерінің көбеюі салдарына, рефлексстер өзгеріп, мінездің жаңа өзгерістерінің пайда болуына әсер етеді. Мінез және психика әсерленістері мидың ұласқан жүйесі арқылы атқарылады [1].

Денсаулықты зерттеу немесе оны өлшеу ерте кезден бері қолға алынған бақылау әдістері аурудың алғашқы белгілерін және оны туғызатын зиянды себептерді анықтауға бағытталған. Сонымен, денсаулықтың мағынасын және оның өлшемін анықтайтын көрсеткіштерді іздестіру әлі де жалғасуда. Бұл сұрақ әлеуметтік, гигиена, демография, экономика, психология саласында еңбек етіп жүрген ғалымдардың алдына қойылған ең негізгі сұрақ болып отыр.

Гигиеналық тұрғыдан алғанда, денсаулықтың түсініктемесіндегі ағзаның қоршаған ортадағы жайлы тіршілігі деген ұғым барынша қызығушылық туғызады. Сондықтан, гигиенистер үшін дүниежүзілік денсаулық сақтауды ұйымдастыру қоғамның негізгі құжатында көрсетілген денсаулықтың анықтамасы қолайлы деп есептеледі. Онда: «Денсаулық дегеніміз – ағза мен қоршаған ортаның динамикалық тепе-теңдігімен және ауру мен кемістігінің жоқтығымен сипатталатын адамның толық физикалық, рухани және әлеуметтік бақуаттылығы» - деп атап көрсетілген. Осы жағдайда денсаулық аурудың айқын клиникалық белгілерінің жоқтығымен ғана сипатталып қоймайды, сонымен бірге оның алғашқы белгілерінің болмауымен сипатталады [2].

Тұлғалық даму ағза мен қоршаған орта ара қатынасының жағдайын көрсететін денсаулық көрсеткіші. Тұлғалық даму көрсеткіштерінің көмегімен ағзаның оқуға, еңбекке, спортпен айналысуға дайындық дәрежесін анықтайға болады. Жасөспірімдердің тұлғалық даму көрсеткіштері, қоршаған ортаның зиянды әсерін бағалаудың ең оңтайлы өлшемдеріне жатады. Бұл көрсеткіштер жасөспірімдердің ішкі ортасының бақуаттылығын, ағза қызметінің дұрыстылығын анықтайтын көрсеткіш болып табылады.

Тұлғалық даму морфологиялық және қызметтік жағдайларының қасиеті мен сапасын сипаттайды. Ол жас ерекшеліктеріне тән физикалық қуат пен шыдамдылықтың негізін құрайды. Оны анықтау үшін зерттеу кезеңінде алынған морфологиялық-қызметтік көрсеткіштері осы жастың жыныстық көрсеткіштердің қалыпты шамасымен салыстырады.

Бүгінгі күні тұлғалық дамуға мынадай анықтама беріледі: «Тұлғалық даму – ағзаның әрбір белгілі кезеңге сай жетілу дәрежесін сипаттайтын морфологиялық және қызметтік белгілер жиынтығы». Ол қоршаған ортада және онымен тікелей байланысты дамиды.

Көптеген экологиялық және стрестік түрткілер өскелең жасөспірімдердің физиологиялық дамуына және денсаулығына кері әсерін тигізеді. Өсіп келе жатқан жасөспірімдердің әлеуметтік келеңсіз жағдайы, қоршаған ортаның зиянды әсерлері (пестицил, гербицид, тұздар, ауыр металдар және т.б.) жүйке жүйесін зақымдайды. Олар жүйке жүйесінің қажуы мен әртүрлі ағза ауруларының туындауына әкеліп соғады.

Темекі шегу, ішімдікке әуестену, нашақорлық шектен тыс және айықпайтын жүйке-психикалық стресске әкеліп соғады. Адам денсаулығына әсер ететін түрткілер арақатынасындағы орнын анықтау эндогенді және экзогенді түрткілер болып табылады (3-4).

Эндогендік түрткілерге тұқым қуалаушылық қасиет, жүктіліктің дұрыс жүрмеуі, баланың анамнезінде мешелдің, анемияның болуы және жасөспірімдерді тексерген кезде созылмалы аурудың анықталуы, денені май басу, дәрумендердің жеткіліксіздігі, жүйке түрі тағы басқалар жатады.

Экзогендік түрткілердің құрамы әлеуметтік сипатта болады. Ауа-райы мен географиялық антропогендік себептермен қатар, оған ата-аналардың жасы мен денсаулығы, жанұядағы балалардың саны, толық емес санды жанұя отбасының әлеуметтік-экономикалық жағдайы жоқ жалпы санитарлық мәдениеті, ата-анасының зиянды әдеттері жатады. Осы әлеуметтік түрткілер негізінен адам өмір салтын қалыптастырады. Көптеген аурулардың гигиенадан бейхабар студенттер арасында туындайтыны дәлелденіп отыр.

Біздің жұмысымыздың мақсаты студенттердің денсаулығын, жеке тұлғасының дамуын, ағзадағы физиологиялық өзгерістерін зерттеу. Зерттеу барысында антропометрлік, физиологиялық және социологиялық әдістер қолданылды. Екінші курс студенттері арасында 200 студент зерттеліп және анкеталық бақылаудан өткізілді. Оның ішінді ұлдар – 35,5 %, қыздар – 64,5%. Зерттеу нәтижесінде қыздардың жасының орташа көрсеткіші 19,7±0,27. Дене салмағының орташа көрсеткіші 57,4±0,82 кг. бойдың ұзындығының орташа көрсеткіші 162,2±0,54 см. Бойдың дене салмағына ара қатынасы – 35,41±4,85 см/кг. Өкпенің тіршіліктік сиымдылығы 2871,4±59,5 мл (қалыпты көрсеткіш 3500 мл), тіршіліктік көрсеткіші 51,2±1,41 мл/кг (қалыпты көрсеткіш 65 мл/кг). Ал ұлдардың жасының орташа көрсеткіші 19,9±0,22. Дене салмағының орташа көрсеткіші 67,7±1,33 кг. Бойдың ұзындығының орташа көрсеткіші 173,3±0,95. Бойдың дене салмағына ара қатынасы 37,16±7,02 см/кг. Өкпенің тіршіліктік сиымдылығы 3726,6±95,03 мл/кг (қалыпты көрсеткіш 400 мл), ал тіршіліктік көрсеткіші 55,9±1,67 мл/кг.

Анкеталық бақылаудың нәтижесінде 39% жасөспірімдерге алдын алу жұмыстарын жүргізу керек екендігі анықталды. Ал 2% жасөспірімдер арнайы мамандардың (дәрігер, психолог, гигиенист және т.б.) көмегін қажет етеді. Физикалық жаттығулармен айналысуды қажет ететін жасөспірімдер 33,5% құрады.

Осы 39% жасөспірімдердің денсаулығын жақсартуда алдын алу шараларын ұйымдастыру төмендегідей бағытталуы тиіс: Тұлғалық жаттығулар ағзаның әрекеттік қосалқы мүмкіндіктерін жоғарлатады. Спорттық жаттығулар жүру, жүкіру, жүзумен бірге спорттық ойындарды өткізу. Әлеуметтік тұрғыда ұйымдастыру, яғни енбектік, тәрбиелік т.б. шараларға көңіл аударып, оларды қайта ұйымдастыру.

Гигиеналық шаралар. Оларға – жеке адам тазалығын сақтау, дұрыс тамақтану, психотерапия, жеке тұлғаның мінезінің қалыптасуы жатады. Физиотерапиялық шараларды (массаж, суға түсу, монша және т.б.) ұйымдастыру. Инемен емдеу, физикалық жаттығулар, тыныс гимнастикасы, аутотренингтер. Профилактикалық шаралардың негізгі бағыты зиянды әдеттерге қарсы күрес болып табылады. Арнайы мамандықтың көмегін

қажет ететін жоғарыда аталған 2% жасөспірімдер негізі терең диспансерлік тексерілуден немесе қосымша арнайы тексеруден (уақытылы дәрігерлік кеңесуден және тексерілуден, жоспарлы емханалық тексерлуден, арнайы орталықта немесе емханаларда тексерлуден) өтуі тиіс. Бұл топтың адамдарының айында үшін этиология, патогенез және клиникалық негіздері арнайы емдік және профилактикалық шаралар ұйымдастырылуы қажет.

Сонымен зерттеу нәтижесінде студенттердің жеке тұлғаның дамуы мен өсуі, бойының ұзындығы мен дене салмағының ара қатынасы тиесілі физиологиялық көрсеткіштерге сәйкес келмейтіні анықталды.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Сәтбаева Х.Қ., Өтепбергенов А.А., Нілдібаева Ж.Б. Адам физиологиясы. Алматы, 2005.
2. Арнольди И.А. Жасөспірімдер еңбек гигиенасының қазіргі кездегі сұрақтары. Москва7 Изд7 «Медицина»7 19657
3. Лисицин Ю.П.Тұрғындардың денсаулығы және медицинаның жаңа бағдарламасы. М.: Медицина. 1982.
4. Сердоковская Г.Н., Громбах С.М. Балалар мен жасөспірімдер гигиенасы. М.: Медицина. 1965.

#### ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРКОЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ЮЖНО—КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Г.А. Дуцанова, М.Ж. Мырзахметова*

*Областной наркологический диспансер, город Шымкент, Республика Казахстан*

#### Түйін

Алғашқы профилактиканың стратегиялық приоритеті позитивті профилактика жүйесін құруда қаралады, яғни оның патологиясына, мәселелері мен оның салдарына қарамай, нақты түрде денсаулық мәселелеріне көңіл бөлінеді – психика мен тұлғаның ресурстарын игеру және ашу, жастарға көмектесу және олардың өмірге деген көзқарасын өзгертуге бағытталған.

#### Summary

The first prophylactic period must see of positive, which contents pathology, must introduce to prefect of problems of health, resorts physiology and human. They must regular physiology health of human brain. Maybe difficult of life problems, which needed to eat some of physiology active perpetrates.

Употребление психоактивных веществ одна из острых и трудноразрешимых проблем общества. Распространение наркомании в Казахстане связано и с тем обстоятельством, что территория Казахстана стала выгодным «транспортным коридором» для транзита наркотиков из стран Юго-Западной Азии и Афганистана в Россию и далее в Европу [1,2].

Великий шелковый путь превратился в «Великий путь наркотиков». Произошло падение цен на «черном рынке», что способствует вовлечению в наркопроцесс все большего круга населения независимо от уровня образования и социального статуса. Наблюдается тенденция к снижению возрастного порога потребления наркотиков, к проникновению наркотиков в учебные заведения, использование детей в потреблении наркотиков и их обороте [3]. С учетом того, что эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий наркологической службы равна от 1% до 3% ремиссии в течение года, возрастает роль первичной профилактики наркозависимости от психоактивных веществ, направленных на здоровых детей, подростков и группу риска [4,5].

Первичная профилактика наркомании опирается в своей основе на долгосрочную общегосударственную политику, направленную на формирование в обществе непримиримого отношения к употреблению наркотиков. Такая политика позволяет надеяться, что противостояние наркомании станет действительно общенациональным делом и включит в себя усилия как на правительственном уровне, так и по линии неправительственных структур и движений [6].

При разработке новой целостной системы первичной профилактики нашей стране следует исходить из следующих основных условий: социально-экономическое и правовое обеспечение государственной системы первичной профилактики; этапность формирования государственной системы первичной профилактики с четким определением стратегических и тактических целей каждого этапа; поддержка научных исследований в области профилактики наркомании; реализация долгосрочной антинаркотической пропагандистско-информационной компании, прежде всего ориентированной на детей и молодежь, образовательную среду и семью; целенаправленное и широкое подключение к антинаркотической деятельности общественных движений, организаций и граждан; стимулирование коммерческих и финансовых структур, заинтересованных в осуществлении мероприятий по профилактике наркомании; обязательное включение в программу первичной профилактики системы мониторинга не только распространенности употребления, но и эффективности действия системы первичной профилактики на каждом этапе ее становления и функционирования.

Целями первичной профилактической деятельности на данном этапе становления государственной системы профилактики злоупотребления ПАВ (психоактивные вещества) и наркомании в образовательной



среде являются: изменение ценностного отношения детей и молодежи к наркотикам, формирование личной ответственности за свое поведение, обуславливающие снижение спроса на психоактивные вещества в детско-молодежной популяции; сдерживание вовлечения детей и молодежи в прием наркотических средств за счет пропаганды здорового образа жизни, формирования антинаркотических установок и профилактической работы, осуществляемой сотрудниками образовательных учреждений.

Современная концепция первичного, раннего предупреждения употребления наркотиков и роста наркомании среди детей и подростков основана на том, что в центре ее должны находиться личность несовершеннолетнего и три основные сферы, в которых реализуется его жизнедеятельность - семья, образовательное учреждение и досуг, включая связанное с ними микросоциальное окружение.

Стратегия первичной профилактики предусматривает активность профилактических мероприятий, направленных на: формирование личностных ресурсов, обеспечивающих развитие у детей и молодежи социально-нормативного жизненного стиля с доминированием ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема психоактивных веществ; формирование ресурсов семьи, помогающих воспитанию у детей и подростков законопослушного, успешного и ответственного поведения, а также ресурсов семьи, обеспечивающих поддержку ребенку, начавшему употреблять наркотики, сдерживающих его разрыв с семьей и помогающих ему на стадии социально-медицинской реабилитации при прекращении приема наркотиков; внедрение в образовательной среде инновационных педагогических и психологических технологий, обеспечивающих развитие ценностей здорового образа жизни и мотивов отказа от "пробы" и приема наркотиков, а также технологий раннего обнаружения случаев употребления наркотиков учащимися; развитие социально-поддерживающей инфраструктуры, включающей семью в микросоциальное окружение ребенка "группы риска наркотизации" и ребенка, заболевшего наркоманией.

Перечисленные условия определяют необходимость стратегического направления профилактики употребления ПАВ и развития наркомании. Наиболее адекватной, с учетом всех моментов, является стратегия сдерживания. Ставить сегодня вопрос о полном предупреждении употребления наркотиков и избавлении от наркомании абсолютно нереально. Следует уточнить, что негативно-ориентированная профилактика злоупотребления ПАВ, т.е. традиционный проблемно-ориентированный подход, акцентирование на отрицательных последствиях приема ПАВ не обеспечивают достижение поставленных целей.

Проведенный Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании анонимный опрос школьников общеобразовательных школ, в котором приняли участие более полутора тысяч учащихся крупных городов Казахстана, выявил весьма удручающую картину среди казахстанских школьников: каждый четвертый – хотя бы раз пробовал табак; каждый шестнадцатый – регулярно курит; каждый третий – пробовал алкогольные напитки; каждый восьмой – регулярно потребляет алкоголь; каждый двадцатый – уже попробовал наркотик или психотропное вещество; 3,3 процента школьников регулярно потребляют психотропные вещества и наркотики.

В областном наркологическом диспансере Южно-Казахстанской области работу с подростками координирует подростковый кабинет. Прием ведет врач-нарколог, Широкое распространение получила консультативная деятельность наркологов для больных, родителей, педагогов и врачей общей практики [7]. Специалистами наркологической службы ведется широкая разъяснительная работа среди несовершеннолетних об опасности вовлечения в употребление наркотиков с целью выработки негативного отношения к ним, навыков сопротивления давлению социального окружения и наиболее раннего обращения за помощью к врачу по поводу проблем с наркотиками.

В 7 медицинских организациях города Шымкента открыты кабинеты медико-психологического консультирования, прием ведут врачи наркологи областного наркологического диспансера. Пропагандистская работа проводится не только в учебный период, но и летом - в лагерях отдыха для детей. Врачами наркологической службы проводятся лекции, семинары по проблемам наркоманий среди педагогических кадров, психологов, сотрудников правоохранительных органов, врачей и среднего медицинского персонала иных профилей.

В Южно-Казахстанском областном наркологическом диспансере активно проводится санитарно-просветительные мероприятия по профилактике наркомании, алкоголизма, табакокурения и другим социально значимым программам: «Профилактика ВИЧ/СПИД и наркомании», «Профилактика наркомании и алкоголизма», «Профилактика алкоголизма и табакокурения», «Полиция и школа», «Есірткеге жолама» для молодежи города и области, функционирует антитабачный кабинет, где ведет работу врач-нарколог по профилактике табакокурения и лечения больных от табачной зависимости.

Здравоохранение и образование тесно связаны в вопросах сохранения и укрепления здоровья молодежи. Для раннего выявления употребления наркотических средств в 87 школах города Шымкента были созданы наркопосты. За каждым наркопостом закреплен врач-нарколог, психолог школы, заместитель директора по воспитательной работе. За Iое полугодие 2010года специалистами наркопостов осмотрено 21482 ученика, в результате осмотра взято на учет 39 человек, из них 14 впервые выявленных

В профилактическую работу вовлекаются волонтеры неправительственных организаций, которые наряду с медицинскими работниками проводят разъяснительную работу среди молодежи. Несмотря на казалось бы, надоевшую популярность темы борьбы с наркоманией, мы вынуждены констатировать, что по-прежнему



требуется объективное информирование подростков по этой проблеме – иначе они получают эту информацию в искаженном привлекательном виде в своей среде и последствия могут быть непоправимыми.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Шарапатова К.Г. Об основных направлениях работы по предупреждению распространения наркомании среди подростков и молодежи// Вопросы наркологии Казахстана том V.№27 стр 58-62.02005 год
2. Бабаян Э.А., Гонопольский М.У. Наркология. М.: Медицина, 1990. 336 с.
3. Бадмаев А. Психологическая коррекция отклоняющегося поведения школьников Под ред. А.Л.Гройсмана. М.: Магистр, 1999. 96 с.
4. Березин В, Лисецкий К.С. Психология ранней наркомании. Междунар. ассоциация по борьбе с наркоман, и алкоголизмом. Самарский государственный университет, г.Самара: Самарский ун-т., 2000. 71с.
5. Берне Р. Развитие Я-концепции и воспитание: Пер. с англ. М.: Прогресс, 1986.-422 с. П.Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворек СВ., Глушков В.А. Наркомания у подростков. Киев: Здоровья, 1989. 216 с.
6. Битянова М.Р. Организация психологической работы в школе. М.: Совершенство, 1998.-298 с.

#### УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА СРЕДИ УЧАЩИХСЯ НА ПРИМЕРЕ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*М.Ж. Мырзахметова, Р.А. Баймурунова, Л.Г. Маджуга, К.К.Тагаева  
Областной наркологический диспансер, г.Шымкент*

Отмечается относительно высокий уровень курения среди подростков, то по видимому связано с незнанием о вреде употребления табачных изделий и табачного дыма.

Активную позицию в области борьбы против табака занимает созданная в рамках системы Организации Объединенных Наций Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). По ее инициативе в последние годы активно осуществляется работа по разработке и подготовке к принятию всеми странами - членами ВОЗ - Рамочной конвенции по борьбе против табака (РКБТ), главной целью которой является организация совместных интегрированных мер по борьбе против табака с целью достижения значительного сокращения распространенности его потребления, что позволит защитить живущие в настоящее время и будущие поколения от вредных последствий курения и воздействия табачного дыма.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), в промышленно развитых странах курение является косвенной или прямой причиной 20% смертей [1,2].

В настоящее время более чем в 90 странах мира имеются законы, ограничивающие распространение табачной продукции и курение. Одним из важнейших направлений деятельности нашего государства является профилактика табакокурения. Особенно волнует тот факт, что курение стало распространяться среди подростков. В США курит не менее 4,5 миллиона школьников статистический анализ показывает, более половины курящих начали курить в возрасте до 16 лет.

Девушки и женщины начали курить в погоне за модой, из кокетства или погоне за модой. Некоторые девушки оправдывают курение тем, что оно якобы не позволяет им полнеть [3,4].

Причина начала табакокурения у мальчиков - самоутверждение, почувствовать себя «настоящим мужчиной». Зачастую подростки плохо информированы о вреде табачного дыма и о последствиях табакокурения. Изучение табакокурения среди подростков становится все более актуальным.

Целью настоящего исследования являлось изучение распространенности табакокурения среди подростков, учащихся средних учебных заведений. В связи с поставленной целью определены задачи исследования: изучить распространенность табакокурения среди подростков обоих полов, изучить уровень информированности о вреде табакокурения.

Материалы и методы исследования. В опросе приняло участие 1190 учащихся колледжей в возрасте от 15 до 17 лет, из них 601 девушек, 589 мальчиков- подростков. Студенты колледжа «Мирас», Шымкентского медицинского колледжа, Шымкентского экономического и Политехнического колледжей. Опросник составлен ассистентами кафедры «Неврологии, психиатрии и основ психологии» ЮКГФА совместно с врачами Областного наркологического диспансера Южно- Казахстанской области. Опросник составлен на двух языках.

Результаты исследования. Из опрашиваемых 359 регулярно курят табак -это составило 30,1%, из них - 38 девушек, что составляет -3,1%, 321 парней что составило - 27%, из пробовавших до 14 лет - 183, что составило -15,3%, из них девушки- 20, что составило-5,57%. После 14 лет - 176 человек, что составило 14,7%, из них девушки - 18, что составило 3%. В семьях курят табак у 335 респондентов, что составляет у 28,15%.

Позитивное отношение к табаку у 43 респондентов, что составляет 3,6% опрошенных. У 639 респондентов негативное отношение к табакокурению, что составляет- 53,69%. У 508 безразличное отношение к табакокурению, что составило - 42,6%. По причине употребления табака регулярные курильщики распределились следующим образом: интерес - 149, что составило - 41,05%, влияние друзей - 181, что составило-50,4%, стресс-10, что составило 2,7%, семья-9, что составило-2,5%, другие причины-10, что составило-2,7 %.

Учащиеся колледжей показали недостаточное знание о вредном воздействии табачного дыма на здоровье человека, только 585 из числа опрашиваемых знали о вреде пассивного курения, что составило - 49,2%. 250 человек из числа опрашиваемых знали о существовании запрета на курения в общественных местах, что составило - 21%. И только 15%, опрашиваемых знали о запрете на поштучную продажу табачных изделий. Ни один из опрашиваемых не знал о запрете на продажу табачных изделий лицам не достигшим 18 лет. Ни один из респондентов не знал о существовании закона запрещающий курение на территории учреждений.

Рекламная продукция оказывает сильное влияние на приобщение подростка к курению, все респонденты видели рекламу табачных изделий по телевидению, во время массовых мероприятий и на обложках молодежных журналов, 255 человек высказались против рекламы на телевидение, что составило 21,42%, остальные отметили свое безразличие.

Из 359 регулярных курильщиков только 58 изъявили желание бросить курить, что составило 16,1%, из них 8 девушек, что составило 2,2 %.

Половина из регулярно употребляющих табак обращают на надписи на сигаретных коробках. Из пожеланий опрашиваемых 585 респондентов высказались за проведение более активной пропаганды здорового образа жизни среди подростков, о широком проведении антитабачной компании.

**Выводы:** Среди учащихся колледжей Южно-Казахстанской области отмечается высокий уровень табакокурения. Низкий уровень знаний о вреде табакокурения и табачного дыма. У 42,6% безразличное отношение к табакокурению и соответственно слабая гражданская позиция. Слабое знание законов о запрете на курение.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Оттавская хартия по здоровому образу жизни. Международная конференция по здоровому образу жизни, 17-21 ноября 1986г., Оттава, Онтарио, Канада-Женева, ВОЗ-1986г., -8с.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 1998г. Жизнь в 21.
3. Скворцова Е.С., курение среди школьников- подростков. Здравоохранения РСФСР -1992.-№9-с.19-22.
4. Илешева Р., Губер Г., Чижова И. Профилактика вредных привычек среди подростков- Алма-Ата-1995г.-с14.
5. Материалы Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы предупреждения распространения табачной эпидемии -с.45-48.

УДК 616.65-002.2

#### ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЧАСТОТУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

*Р.И. Турсынбеков*

*Центральная городская больница, г.Кентау*

*Международный казахско – турецкий университет им.Х.А.Ясауи, г.Кентау*

#### ТҮЙІН

Хронический простатит одно из распространенных заболеваний мужчин молодого и среднего возраста. С этой целью нами проанализированы истории болезни 308 больных с хроническим простатитом, находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении Кентауской городской больницы с 1985 по 1988год. Основными жалобами больных были боли различной интенсивности и ощущение дискомфорта в нижней части спины, надлобковой области, половом члене, мошонке и паховых областях, дисфункция мочеиспускания (дизурия, поллакиурия, императивные позывы), сексуальные расстройства (преждевременная эякуляция, дискомфорт после эякуляции), неврологические расстройства.

#### SUMMARY

Chronic prostatitis is one of the frequent disease among the men of young and middle age. With this object in mind we analyzed the medical histories of 308 patients with chronic prostatitis, which are at the stationary treatment in the urologic department of Kentau town hospital from 1985 to 1988. The main patients' complaints were in different intensities and discomfort feeling in the low part of the back, suprapubic part, penis, scrotum and inguinal part, and dysfunction of urination (disuria, pollakiuria, emperative feeling of urination), sexual disorders (premature ejaculation, discomfort after ejaculation) neural disorders.

Хронический простатит одно из распространенных заболеваний мужчин молодого и среднего возраста. По данным Lipsky (1989) в США за 1977-1989гг имелось 78 визитов в год на 1000 мужчин по поводу мочеполовых проблем. Около 25% из них были обусловлены простатитом. Сегодня признано, что простатиты протекают в разнообразных формах и синдромах (бактериальный, абактериальный, простатодиния)(Drach et al., 1978).

Анализ 600 мужчин, посещавших специальную клинику простатитов в Германии, указывает, что 5% имели бактериальный простатит, 64% -небактериальный простатит и 31% - простатодинию (Brunner et al., 1983). Причина и патогенез небактериального простатита остается неясным (David L. McCullough, 1988). С нашей точки зрения было бы неправильным игнорировать значение таких факторов, как реактивность ткани предстательной железы, застой крови или секрета, наличие функциональных расстройств или дистрофических процессов в железе. Не до конца выявлена роль профессиональных факторов в развитии хронического простатита.

С этой целью нами проанализированы истории болезни 308 больных с хроническим простатитом, находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении Кентауской городской больницы с 1985 по 1988 год. Основными жалобами больных были боли различной интенсивности и ощущение дискомфорта в нижней части спины, надлобковой области, половом члене, мошонке и паховых областях, дисфункция мочеиспускания (дизурия, поллакиурия, императивные позывы), сексуальные расстройства (преждевременная эякуляция, дискомфорт после эякуляции), неврологические расстройства.

Надо отметить, что приблизительно у 70% больных неоднократные исследования секрета простаты не обнаруживали бактериального возбудителя простатита. Возрастной состав больных от 20 лет – 6(1,9%), 21-30 лет – 125(40,6%), 31-40 лет – 129 (41,9%), 41-50 лет – 30 (9,7%), 51-60 лет – 18(5,8%). Таким образом, более 82 % больных составили молодые мужчины от 21 до 40 лет. При распределении больных на профессиональные группы: а) вошли профессии, связанные с добычей горной породы и ее переработки – 128(41,1%); б) водители – 40(13%); в) строители – 18(5,8%), остальные больные не представляли профессиональные группы. Поэтому мы решили более тщательно проанализировать указанные профессиональные группы, объединив при этом строителей и водителей в одну группу для удобства сравнения.

Таблица – Профессиональный и возрастной состав больных .

Профессии	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет
Проходчики	18	21	5	-
Крепильщики	12	6	-	-
Другие профессии(бурильщики, подземные электрики и т.д.)	21	21	6	-
Наземные профессии, связанные с обработкой горной породы	2	6	6	4
Водители	10	12	15	3
Строители	7	8	3	-

Из таблицы видно, что больные, работающие в горнорудной промышленности, составляют 128 и 308, то есть 41,5%, водители – 40(13%), строители – 18(5,8%). Среди представителей горнорудной промышленности (128) профессии, непосредственно связанные с подземными работами составляют 85,6%. Это проходчики – 44(14,2%) от общего количества всех больных, крепильщики – 18(5,8%), представители других профессий, связанных с подземными работами (электрослесари, горные мастера, путейцы и т.д.) – 48(15,5%).

Таким образом, профессиональный состав больных хроническим простатитом показывает, что абсолютное число (110) представителей специальностей, работа которых проходит в подземных условиях приблизительно в 3 раза превышает самую большую профессиональную группу наземных специальностей – водителей – 40. А среди больных стаж подземных работ до 5 лет имели – 10(9,1%), 5-10 лет - 52(44,2%), более 10 лет – 48(43,6%).

В шахте летом и зимой наблюдается наиболее низкая температура и влажность воздуха и наибольшая скорость его движения, в лавах и забоях влажность воздуха доходит до 95-100%. По данным обследований рудников Кентау средняя температура воздуха на глубине 800 м. зимой составляет 16 градусов по Цельсию, летом – 18 градусов по Цельсию. Высокая влажность и значительные колебания температуры и движения воздуха в различных участках подземных выработок составляют основные особенности, характеризующие микроклимат в шахтах. К этому добавляется работа в спецодежде и в вынужденном положении. Указанные условия оказывают неблагоприятное воздействие на теплообмен организма и способствуют развитию, так называемых простудных заболеваний.

Таким образом, среди больных с хроническим простатитом в возрасте от 21 до 40 лет подземные рабочие составляют 90%, а среди этой возрастной группы 90 больных(81,2%) стаж подземной работы имели свыше 5-10 лет, тогда как лишь 10 больных имели стаж работы до 5 лет. Из этого следует, что те, кто имеет солидный стаж подземных работ - в 10 раз чаще болеют, чем имеющие малый стаж.

Приведенные данные позволяют предполагать, что подземные условия работы неблагоприятно воздействуют на микроциркуляцию предстательной железы и способствуют застою крови, лимфы и секрета в ней. У больных с хроническим простатитом, имеющих специальности и профессии, связанные с подземными работами, причины заболеваний не всегда являются инфекционные. Скорее всего сказываются неблагоприятные факторы, как переохлаждение, усиленная аэрация, повышенная вибрация, длительное нефизиологическое вынужденное положение, сырость, а также воздействие солей тяжелых металлов. Чем больше стаж подземных работ, тем больше частота заболеваемости хроническим простатитом, особенно у мужчин в возрасте от 21 года до 40 лет.

#### ЛИТЕРАТУРА

- 1.Lipsky B.A.: Uriany trast infections in men./Ann.Intern.Med.,110:1381989/.
- 2.Brunner H., Weider W. and Schiefer H.G.: Studiens of the role ureaplasma, urealiticum and Mycoplasma hominis in prostatitis/I.Infect.Dis.,147-807; 1983/.
- 3.Drach G.W., Fair W.R., Meares E.M. and Stamey N.FA.: Classification of benign diseases associated with prostatic pain: prostatitis or prostodynia //
- 4.Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана // Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана 29 января 2010 года. – Астана, 2010.-С. 36

УДК 616.6-053.8(574.5)

#### ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КЕНТАУ ОСНОВНЫМИ УРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Р.И.Турсынбеков, Л.Н.Ешмуратов, Н.А.Жахай, Ж.Б.Оразбахов, А.Ю.Мамеков  
Центральная городская больница, г.Кентау  
МКТУ им.Яссауи, г.Кентау

**ТҮЙІН**

Урологиялық ауруларға негізінен – зәр шығару аурулары, зәр жолында тас байлану және катерсіз гиперплазма безі. Бұл аурулар басқа урологиялық ауруларға қарағанда таралу жағынан көбірек. Бұлардың ішінде әсіресе зәр шығару жолының жұқпалы ауруы ЗША қарапайым емді қабылдамай жиі қайталауға алып келеді. 2006-2008 жылдарда Кентау қаласында үлкен жастағылар арасында зәр шығару жолдарының аурулары өсуде. 2006 жылдармен салыстырғанда 2008 жылы ЗША ҚР. Жіне ОҚО бойынша 3 есеге өскен.

**SUMMARY**

The main important urologic diseases are the infections of urinary system (IUS), urolithiasis, and benign prostatic hyperplasia. It's determined for morbidity rate of indicating diseases in comparison with other urologic diseases. And they can be evident in different clinical forms, especially, in IUS, which hinders the modern diagnostic, and leads to recurrence rate, occasionally, to severe complications. The period of 2006 to 2008 among the adult population of Kentau the sickness rate of urinary system is steady increased. In comparison with 2006 in 2008 IUS increased nearly 3 times and significantly higher then the average data in SKO and RK.

К основным урологическим заболеваниям относятся инфекции мочевого тракта (ИМТ), мочекаменная болезнь(МКБ) и доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Это обусловлено распространенностью указанных заболеваний по сравнению с другими урологическими заболеваниями. Значимость их обусловлена и тем, что они могут проявляться в различных клинических формах, особенно ИМТ, которые затрудняют современную диагностику, приводят к частым рецидивам, а, порою, и к тяжелым осложнениям.

ИМТ и МКБ из-за их продолжительности течения и тяжести требуют значительных материальных затрат для лечения. Поэтому своевременная диагностика, лечение и профилактика, изучение эпидемиологии основных урологических заболеваний являются одной из главных задач врача-уролога поликлиники. Наиболее распространенной из указанных заболеваний являются ИМТ. Среднегодовая заболеваемость населения Республики Казахстан хроническим пиелонефритом составляет 564,2 на 100 тыс.населения, и по ЮКО -484,8. Каковы же показатели в г.Кентау?

Таблица №1 – Среднегодовая заболеваемость населения г.Кентау ИМТ инфекцией мочевого тракта в 2006-2008 годах.

Годы	Первично выявленные случаи	На 1000 взрослого населения	В перерасчете на 100 тыс.населения
2006	74	1,4	138,2
2007	85	1,6	156,8
2008	208	3,7	374,1

По данным таблицы №1 можно констатировать, что за период с 2006 по 2008 годы среди взрослого населения г.Кентау заболеваемость инфекцией мочевого тракта неуклонно растет. По сравнению с 2006 г. в 2008 году ИМТ возросла почти в 3 раза и является значительно выше, чем средние данные по ЮКО и Республике Казахстан.

На второе место №1 по распространенности стоит МКБ. Среднегодовая заболеваемость МКБ 100 тыс.населения страны составляет 53,7, а по ЮКО – 29,5.

Таблица 2 – Среднегодовая заболеваемость населения г.Кентау МКБ в 2006-2008 годах

Годы	Первично выявленные случаи	На 1000 взрослого населения	В перерасчете на 100 тыс.взрослого нас.
2006	31	0,58	57,9
2007	63	1,16	116,2
2008	82	1,48	147,5

По данным таблицы №2 можно констатировать, что за период 2006 по 2008 годы среди взрослого населения г.Кентау заболеваемость МКБ возросла почти в 5 раз и является в 1,5 раза выше, чем средние данные по ЮКО.

ДГПЖ относится к наиболее распространенным заболеваниям мужчин пожилого и старческого возраста. Среднегодовая заболеваемость ДГПЖ взрослого населения Республики Казахстан на 100 тыс.населения составляет 65,0, а по ЮКО – 21,6.

Таблица 3 – Среднегодовая заболеваемость взрослого населения г.Кентау ДГПЖ в 2006 по 2008 годы.

2006	Первично выявленные случаи	Из 1000 населения	В перерасчете 1 на 100 тыс.насел.
2006	16	0,29	29,9
2007	12	0,22	22,2
2008	16	0,29	28,8

По данным таблицы №3 видно, что за период с 2006 по 2008 годы среди взрослого населения г.Кентау заболеваемость ДГПЖ является стабильной и составляет 29 на 100 тысяч взрослого населения. Заболеваемость ДГПЖ в 2 раза выше, чем средние данные по ЮКО.

Проводимые эпидемиологические данные свидетельствуют, что среднегодовая заболеваемость взрослого населения г.Кентау в 2006-2008 годы по основным урологическим заболеваниям выше, чем средние данные по ЮКО. Заболеваемость инфекцией мочевого тракта взрослого населения почти в 3 раза, а МКБ – почти в 5 раз. Необходимо отметить, что это только выявленные случаи. А сколько на самом деле больных с МКБ в начальной стадии (стадии кристаллургии, когда камень еще не сформировался), предстоит еще выявлять. А МКБ лучше всего поддается лечению именно в стадии кристаллургии. В этот период она протекает бессимптомно, когда можно предотвратить процесс камнеобразования без особых трудностей.

Для выяснения причин резкого увеличения заболеваемостью инфекцией мочевого тракта имочекаменной болезни взрослого населения г.Кентау, необходимо:

1. Выявление социальных факторов, способствующих возникновению указанных заболеваний.

2. Проведение скрингового анализа мочи (определение Ри, микроскопия осадка мочи с подсчетом количества бактерий, лейкоцитов и кристаллов солей в 1 мл.мочи).

Это позволяет выявить скрытые формы ИМТ и МКБ, оценить их реальную распространенность среди жителей г.Кентау, разработать медико-социальный комплекс оздоровительных мероприятий.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Клинические рекомендации. Урология. Под ред. Н.А.Лопаткина. – М.2007, - С.42-53
2. Лоран О.В., Синякова Л.А., Косова И.В., Дементьева А.В. Антибактериальная профилактика и терапия при урологических операциях. Российский медицинский журнал. – 2007. №12. -С.34-38
3. Оценка риска развития заболеваний и пути его снижения, исходя из стажа работы в условиях воздействия вредных профессиональных факторов/ Бойко И.В., Наумова Т.М., Герасимова Л.Б. и др. –СПб, 1999. – С.18-39
4. Рукавишников В.О., Паниотто В.И., Чурилов Н.И. Опросы населения. – М.,1984-С.19-25
5. Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана // Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана 29 января 2010 года. – Астана, 2010.-С. 36

## КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.831-005.4:615.21

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

Г.А. Дуцанова., Л.Е. Есжанова

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

Дисциркуляторная энцефалопатия – прогрессирующая недостаточность кровоснабжения мозга, приводящая к развитию множества мелкоочаговых некрозов и постепенному нарушению функции мозга.

**Целью исследования** была оценка эффективности терапии Фезамом и Вестибо у 20 больных с дисциркуляторными энцефалопатиями I-III стадии. Среди исследованных было 12 женщин и 8 мужчин в возрасте от 43 до 75 лет. Курс проводился в течение 60 дней. Фезам принимали по 2 капсулы 3 раза в день. Вестибо 16 мг по 1 таблетке 3 раза в день во время еды, суточная доза 48 мг. Проведенные исследования показали клиническую эффективность терапии комплексом препаратов Фезам + Вестибо в лечении больных с дисциркуляторными энцефалопатиями независимо от стадии и этиологического фактора.

Дисциркуляторная энцефалопатия – прогрессирующая недостаточность кровоснабжения мозга, приводящая к развитию множества мелкоочаговых некрозов и постепенному нарушению функции мозга. Механизм ишемизации при дисциркуляторной энцефалопатии обосновывает применение препаратов улучшающих мозговое кровообращение и направлено на патогенез заболевания. (3) За прошедшие десятилетия было создано несколько препаратов пирасетама с различной дозой активного вещества, разными формами (таблетированные, для в/в и в/м инъекций). Однако в свете современной концепции, необходимости применения нескольких препаратов различных групп для профилактики и лечения прогрессирующей дисциркуляторной энцефалопатии перспективным направлением является использование комбинированных препаратов. Этим достигается возможность сокращения количества препаратов, оптимальное сочетание фармакокинетики и фармакодинамики; использование более низких дозировок и уменьшение побочных эффектов; влияние на разные этапы патофизиологического каскада. (2). Перспективным явилось использование комбинированного препарата Фезама, содержащего 400 мг пирасетама и 25 мг блокатора кальциевых каналов циннаризина.

Данная комбинация позволила к свойствам пирасетама («идеального» ноотропа) добавить свойства циннаризина, обладающего выраженным влиянием на сосуды головного мозга. Циннаризин повышает устойчивость тканей к гипоксии и уменьшает возбудимость вестибулярного аппарата. Оба компонента взаимно потенцируют действие друг друга при уменьшении количества побочных эффектов. Наиболее эффективно использование препарата у пациентов с нарушением когнитивных и других корковых функций и астеническим синдромом. Частыми симптомами при хронической ишемии мозга являются головокружение, шум в ушах, координаторные нарушения. В данном случае эффективными оказываются бетагистины. Современным представителем этой группы является препарат Вестибо. Он обладает выраженным центральным эффектом, являясь ингибитором НЗ - рецепторов ядер вестибулярного нерва.

Нормализует транзиттерную передачу в нейронах медиальных ядер вестибулярного нерва на уровне моста стволовой части головного мозга. За счет данного эффекта он улучшает микроциркуляцию и проницаемость капилляров внутреннего уха, увеличивает кровоток в базилярных артериях, нормализует давление эндолимфы в лабиринте и улитке.

Нами изучена эффективность терапии Фезамом и Вестибо у 20 больных с дисциркуляторными энцефалопатиями I-III стадии. Среди исследованных было 12 женщин и 8 мужчин в возрасте от 43 до 75 лет. Курс проводился в течение 60 дней. Фезам принимали по 2 капсулы 3 раза в день. Вестибо 16 мг по 1 таблетке 3 раза в день во время еды, суточная доза 48 мг. До и после лечения Фезамом и Вестибо проводилась оценка жалоб, неврологического статуса, комплексное нейропсихологическое тестирование с использованием краткой шкалы оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE), шкалы деменции Маттиса (ШДМ, или Mattis Dementia Rating), оценка качества жизни больных с использованием шкалы SF-36. (1)

Перед началом лечения выявлялись следующие наиболее частые жалобы: головокружение несистемного характера, ощущение неустойчивости и пошатывание при ходьбе, головные боли, иногда сопровождаемые тошнотой, шум и звон в голове или в ушах, ухудшение памяти, слабость конечностей, снижение работоспособности, угнетение эмоционально-волевой сферы, в том числе депрессия, эмоциональная лабильность.

Клиническая картина была представлена следующими синдромами: парезы черепно-мозговых нервов, вестибуло-атактическим, псевдобульбарным, пирамидным синдромами, интеллектуально-мнестическими нарушениями, цереброастеническим синдромами. Следует отметить хорошую переносимость препаратов, ни у одного из обследованных больных не было побочных эффектов. Проведенное курсовое лечение Фезамом и Вестибо по данным клинического наблюдения уменьшило головокружение, головную боль, улучшало память, координацию движений, эмоционально-волевую сферу, двигательные нарушения.

Динамика жалоб после комплексной терапии Фезамом и Вестибо

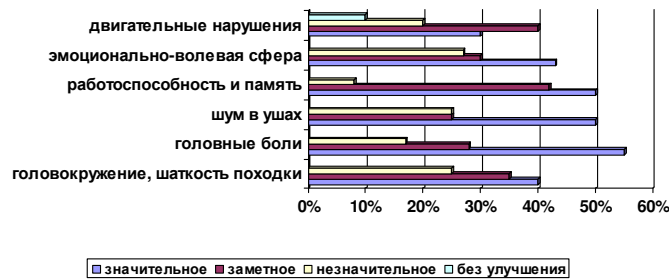


Рисунок 1

**Результаты исследования** свидетельствуют о положительном влиянии комплексной терапии Фезамом и Вестибо как на когнитивные функции, так и на нейропсихологический статус больных с дисциркуляторной энцефалопатией. По результатам нейропсихологического тестирования выявлено улучшение ориентации (оценка исходно –  $8,7 \pm 1,0$  балла; через 1 месяц лечения —  $9,3 \pm 0,8$ ; через 60 дней –  $10,2 \pm 0,5$ ) и памяти (оценка по ШДМ: соответственно  $21,0 \pm 2,8$ ;  $22,4 \pm 2,0$  и  $23,0 \pm 1,5$  балла). Все это указывает на то, что у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией, улучшение памяти происходит уже через 1 месяц приема Фезама и Вестибо, а продолжение лечения способствует закреплению полученного результата. По шкале SF – 36 измеряли качественные показатели и данные самоотчета больных, т.е. субъективные данные. В опроснике основное внимание уделялось степени удовлетворенности основными сферами жизни. Пациенты с хронической ишемией мозга имели среднее значение показателя качества жизни до лечения -  $33,0 \pm 0,5$  балла. Через месяц показатели по шкале SF – 36 были  $35 \pm 0,9$ , через два месяца  $39 \pm 0,7$ .

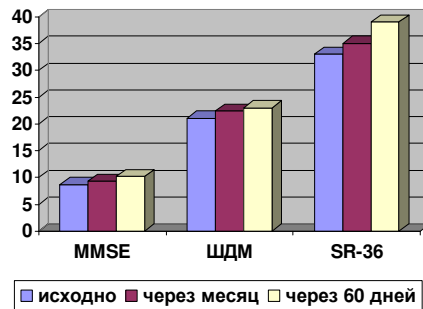


Рисунок 2

Вестибо и Фезам достоверно улучшают когнитивные функции и снижают выраженность астенического синдрома и депрессии у больных с дисциркуляторной энцефалопатией. Значительно снижают темпы прогрессирования ДЭ и риск развития инсультов и других сосудистых эпизодов в течение заболевания. Назначение Вестибо в суточной дозе 48 мг. и Фезама вызывает более значимый и продолжительный клинический эффект, не вызывая при этом увеличения частоты побочных эффектов.

Проведенные исследования показали клиническую эффективность терапии комплексом препаратов Фезам + Вестибо в лечении больных с дисциркуляторными энцефалопатиями независимо от стадии и этиологического фактора. Данная эффективность достигается путем оказания Фезамом положительного влияния на обменные процессы и кровообращение мозга с одной стороны и действием Вестибо на периферические структуры кохлеарного аппарата с другой.

Таким образом, положительный эффект лечения хронической ишемии мозга в результате применения Фезама и Вестибо достигается позитивным действием как на центральные, так и на периферические структуры нарушенных функций, что позволяет рекомендовать сочетанное применение данных препаратов при лечении дисциркуляторных энцефалопатий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. А.Н. Белова, О.Н. Щепетова «Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации» Москва, 2002 г.
2. Шмидт Е.Б., Лунев Д.К., Верещагин Н.В. Сосудистые поражения нервной системы. М: Медицина, 1995.
3. Gennarelli T.A. Cerebral concussion and diffuse brain injuries. In: Cooper P.R. (ed). Head Injury. Baltimore: Williams & Wilkins 1993; 137-158. 14. Locour M. Histamin. Vestibular function and vestibular compensation, Paris: Elsevier 1998.

УДК 616.831-005+616.132.2-008.64

**УСЛОВИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

*В.В.Белопасов, Н.П.Нугманова, Е.Ю.Подлеснова  
Астраханская медицинская академия, г.Астрахань, Россия*

Проведено комплексное клинико-инструментальное обследование 172 больных с ишемической болезнью сердца. Установлено, что предикторами развития и прогрессирования недостаточности мозгового кровообращения при этой патологии являются гемодинамически значимый стеноз экстракраниальных артерий, уменьшение показателей внутрисердечной и центральной гемодинамики, кровотока в интракраниальных артериях и венах. Степень выраженности гемодинамических расстройств зависит от стадии заболевания.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) представляет собой финальный этап сердечно-сосудистого континуума, центральное место в котором занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС). Реальностью сегодняшнего дня является рост распространенности ХСН, среди причин которого называются старение населения, накопление с годами факторов риска, лечение, спасение жизни больных с прогрессирующей патологией коронарных сосудов и миокарда (Ю.Н.Беленков и соавт., 2006). Среди неврологических осложнений ХСН фигурируют начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения (НПНМК), переходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК), хроническая ишемия мозга (дисциркуляторная энцефалопатия, ХИМ, ДЭ), ишемический инсульт (ИИ), тромбозы вен и синусов головного мозга, застойно-гипоксическая энцефалопатия (ЗГЭ) (В.В.Белопасов, 2008; З.А.Суслина и соавт., 2010).

**Цель исследования:** выявить предикторы возникновения и прогрессирования недостаточности мозгового кровообращения у больных с хронической коронарной патологией.

Проведено обследование 101 больного с различными стадиями ХСН, обусловленной ИБС, из них мужчин 82% (83 чел.) и женщин 18 % (18 чел.) в возрасте от 48 до 70 лет, средний возраст составил  $63,8 \pm 4,1$  года, длительность заболевания -  $3,4 \pm 1,6$  года.

Критериями включения в исследования было наличие стабильной стенокардии напряжения, инфаркта миокарда в анамнезе со сроком давности более 1 года.

Определение стадии заболевания осуществляли согласно принятой в нашей стране классификации ХСН ОССН, 2002 (модификация Ю.Н.Беленкова, В.Ю.Мареева, Ф.Т.Агеева, 2006). Для оценки функционального класса ХСН (толерантности к физической нагрузке) использовали тест с определением дистанции 6-минутной ходьбы.

Согласно приведенным критериям отбора больных сформированы III группы. В I группу вошли больные с ХСН I ст., I ФК (37 человек); во II группу – с ХСН II А ст., II ФК (34 чел.); в III группу – с ХСН II Б ст., III ФК (30 чел.).

Диагноз церебральных нарушений основывался на тщательном сборе анамнеза, оценке неврологического статуса и результатах оценки состояния мозгового кровообращения.

Контрольную группу составили 40 добровольцев сопоставимого возраста без патологии со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем, группу сравнения – 34 больных с аритмическим вариантом ИБС и 37 больных с ишемической болезнью сердца (стабильной формой стенокардии напряжения) без хронической сердечной недостаточности. При диагностике заболевания была использована Канадская классификация X пересмотра.

**Методы исследования.** Всем больным проведено эхокардиографическое исследование на аппарате “Voluson 730” (General Electric, США) ультразвуковым датчиком 2,5 МГц в В- М-, ЦДК и доплеровском режиме. Использовали стандартные эхокардиографические позиции по общепринятой методике [ Aaslid R., 1982 ]. Для характеристики состояния полостей сердца, сократимости левого желудочка, внутрисердечных потоков применяли импульсную доплерографию и цветовое доплеровское картирование. Проанализированы следующие показатели внутрисердечной и центральной гемодинамики: конечный систолический, конечный диастолический, ударный объемы (КСО, КДО, УО), фракция выброса левого желудочка (ФВ), масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ), частота сердечных сокращений (ЧСС), минутный объем сердца (МОС), сердечный индекс (СИ), общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС).

Дуплексное сканирование магистральных артерий головы проводилось с применением линейного датчика 7,0 МГц по общепринятой методике с использованием кодирования цветом. Количественную оценку спектра доплеровского сдвига частот проводили с учетом показателей систолической (СС), диастолической (ДС), объемной (ОСК) скоростей кровотока, значений пульсаторного индекса (ПИ) и индекса периферического сопротивления сосудов (ИПС). Величину диаметра экстракраниальных артерий измеряли на основании изображения в В-режиме, режимах цветового и энергетического кодирования.

Транскраниальное дуплексное сканирование выполняли с использованием секторного датчика 2,0 МГц через транстемпоральное и затылочное окна. Исследование включало в себя определение анатомического строения артерий виллизиева круга, диаметра сосуда, качественный и количественный анализ спектра



доплеровского сдвига частот (систолическая скорость – СС, объемная скорость кровотока – ОСК, суммарный мозговой кровоток СМК, пульсаторный индекс – ПИ, индекс периферического сопротивления - ИПС) в средних мозговых (СМА), передних мозговых (ПМА), задних мозговых (ЗМА), интракраниальных сегментах позвоночных (ПА) артерий, по базальной вене и прямому синусу (ПС). Для оценки цереброваскулярной реактивности использовали функциональные нагрузочные стимулы: пробу с задержкой дыхания на 30-40 секунд и дачей нитроглицерина сублингвально в количестве 0,25 мг. Типы реакций на функциональные нагрузочные тесты определяли согласно классификации, предложенной С.Э. Лелюк (1996).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на Intel-совместимом компьютере с использованием пакета программ Microsoft Excel 98 и Statistica 99 (Stat Soft, США) с определением критерия Стьюдента для средних и относительных независимых величин, а также с помощью корреляционного анализа. Статистически достоверными различия считали при  $p < 0,05$ .

Результаты исследования. У больных с ХСН I стадии, ИФК при ультразвуковом исследовании выявляются признаки ремоделирования сосудистой системы. При визуализации экстракраниальных сосудов обнаруживались уменьшение эластичности и увеличение толщины сосудистой стенки (КИМ  $1,21 \pm 0,02$  мм,  $p < 0,05$ ), изгибы и извитости общих сонных, внутренних сонных артерий (табл.1) в 39% случаев; в 51% отмечались небольшие по размерам, плоские атеросклеротические бляшки. Об изменении эндотелиальной функции свидетельствовало снижение ЦВР у 27 % больных.

Таблица 1 - Характер структурных изменений магистральных артерий шеи у больных ХСН

Изменения	Количество артерий		
	I стадия	II А стадия	II Б стадия
Стеноз артерий (<70%)	39,2%	35,9%	30,0%
Стеноз артерий (>70%)	12,1%	21,8%	35,0%
Извитости	37,8%	32,1%	58,1%

На II А стадии II ФК КИМ равен  $1,4 \pm 0,02$  мм ( $p < 0,05$ ); сужения просвета брахиоцефальных артерий от 20% до 60% определяются в 56% случаев; изгибы, извитости, петлеобразование - в 32,1%, в 35% - гемодинамически значимый стеноз (>70%); в единичных случаях - двусторонние стенозы и окклюзии. Низкие показатели церебрального гемодинамического резерва имелись у 59% больных.

На II Б стадии заболевания, III ФК КИМ возрастал до  $1,5 \pm 0,04$  ( $p < 0,001$ ); визуализировались множественные нестабильные гипозоногенные (эмболоопасные) атеросклеротические бляшки (57%), создающие угрозу для возникновения эмболического инсульта. Чаще встречались патологическая извитость (58%), одно- и двусторонние стенозы - более 70% (43% и 13% соответственно). Выраженность атеросклеротических изменений и деформации сосудов увеличивалась соответственно стадии заболевания.

Таблица 2 - Показатели центральной и церебральной гемодинамики у больных ХСН

Показатель	КГ (n=40)	ГС (n=37)	I стадия (n=37)	II А стадия (n=34)	II Б стадия (n=30)
КДО, мл	117,0±3,1	141,1±3,5***	167,6±16,1*	219,7±15,2***	251,0±14,1***
ММЛЖ, г	123,4±6,5	132,3±7,5*	196,1±8,0**	212,2±9,0**	244,2±8,6***
УО, мл	68,5±8,1	66,4±2,7	78,5±4,5	74,6±5,2	54,3±7,1***
ФВ, %	76,2±3,1	56,2±2,5*	47,4±0,5*	36,5±2,5***	26,5±2,8***
МОС, л	4,9±0,8	4,12±0,2*	5,9±1,0*	5,6±0,9	4,1±0,7***
ОСК (ВСА), мл/мин	250,3±49,7	210,4±20,5	257,6±43,0	236,4±27,1	216,3±26,3
ОСК (СМА), мл/мин	196,8±40,4	186,2±26,5	206,5±28,9	150,3±27,2*	92,9±14,2*
ОСК (ПА)мл/мин	95,5±29,1	84,3±13,9	54,4±8,6	39,9±9,6*	28,8±6,2**
СС (ПС), см/с	30,4±6,3	31,6±8,0	26,1±7,6	25,9±6,0	14,2±1,0*
СМК, мл/мин	668,8±83,1	602,8±82,2*	668,7±94,5*	574,4±68,1**	506,1±59,1***

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,0001$  – расчет достоверности ГС по отношению к КГ; I ст ХСН к ГС; II А ст ХСН к I ст ХСН; II Б ст ХСН к II А ст.

При оценке внутрисердечной гемодинамики (таблица 2) у больных I ст. ХСН четко прослеживалась, по сравнению с контролем, неблагоприятная тенденция в виде снижения сократительной способности сердца (ФВ

47,4±0,5%; p<0,05), увеличения объемов левого желудочка (КДР 5,7±0,4 см, ММЛЖ 196,1±80,1 г ; p<0,001). Показатели центральной гемодинамики (МОС 5,9±1,0 л, УО 78,5±9,9 мл) не претерпевают существенных изменений (p>0,05), что подтверждается адекватной «откликаемостью» сердечно-сосудистой системы на предъявляемые нагрузки (увеличение частоты сердечных сокращений и поддержание минутного объема крови соответствует возрастной норме). Компенсаторная реакция на снижение сердечного выброса проявляется в виде умеренно выраженной констрикции периферических сосудов (ОПСС 1354±44,0 дин·см·с5, p<0,05).

При II А стадии ХСН, по данным эхокардиографии, выявляются отчетливые признаки ремоделирования левого желудочка, происходит дальнейшее увеличение его размеров (КДР 6,5±0,6 , p<0,05; ММЛЖ 212,0±9,0 p<0,001), возрастает ОПСС (1421±67,7дин·с·см5, p<0,05).

Характерные для I и II А стадии ХСН адаптационные процессы на II Б стадии заболевания переходят в патологическую фазу развития и прогрессирования дезадаптивного ремоделирования.

Вследствие расширения полостей и гипертрофии левого желудочка сердца, КДО, КСО, ММЛЖ увеличиваются примерно в 2 раза; фракция выброса становится менее 30% (26,5±2,8%, p<0,01), снижается среднее артериальное давление; минутный (МОС 4,1±0,7л; p<0,01) и ударный объемы сердца (УО 54,3±7,1мл; p<0,01). У больных с нарушениями сердечного ритма наблюдается достоверное снижение ФВ и МОС. В отдельных случаях нерегулируемая частота сердечных сокращений при мерцательной аритмии приводит к снижению МОС на 50%.

Регионарное кровообращение и соответственно метаболизм напрямую зависят от деятельности сердца и сохранности механизмов регуляции кровообращения. Мозговой кровотока на I стадии сохраняется относительно стабильным (таблица 2). Показатели объемной скорости мозгового кровотока по внутренним сонным артериям, средним мозговым и основной артерии не отличаются от таковых в контрольной группе. В ПМА, ЗМА и ПА наблюдается снижение систолической и объемной скоростей кровотока. В итоге суммарный мозговой кровотока (668,7±95,4 мл), по сравнению с больными стабильной стенокардией без ХСН, сохраняется на должном уровне (p>0,05). Наиболее информативным показателем мозгового неблагополучия явилась венозная составляющая церебральной гемодинамики: систолическая скорость по прямому синусу равна 26,1±7,6 см/с; в КГ - 30,0±6,3 см/с. Замедление венозного оттока сопряжено с ослаблением сократительной функции левого желудочка (таблица 2).

На II А стадии ХСН гемодинамическая перестройка сосудистого русла, истощение сократительного резерва левого желудочка были существенными факторами снижения систолической и объемной скоростей кровотока в обоих бассейнах, обеспечивающих функционирование головного мозга (СМК 574,0±68,1 мл/мин, p<0,05). Более выраженное снижение скорости кровотока головного мозга происходит на II Б стадии заболевания; СМК становится равен 506,1±59,1 мл/мин (p<0,001). Снижение скорости кровотока по интракраниальным артериям и венам, один из факторов развития застойно-ишемической энцефалопатии. На рис.1. хорошо видно, что у больных ХСН развивается как сердечная, так и цереброваскулярная недостаточность.

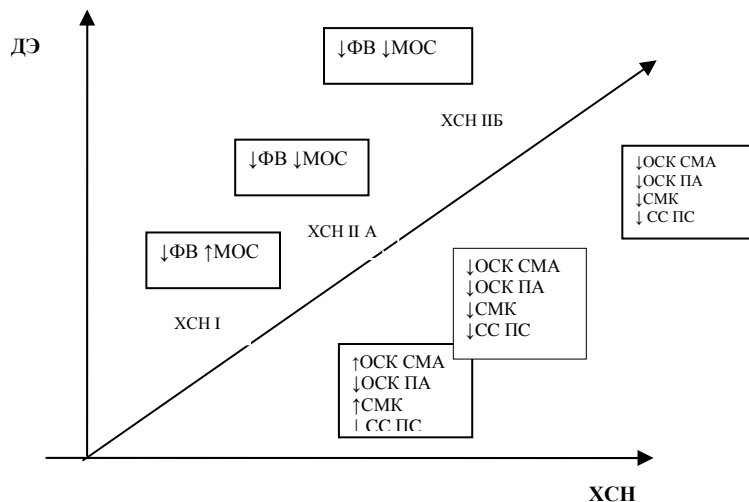


Рис.1. Динамика изменений показателей центральной гемодинамики и мозгового кровотока по мере прогрессирования ХСН и ДЭ.

Снижение интегрального показателя сократительной функции ЛЖ – ФВ (56,2±2,5%; 47,7±0,5%; 36,5±2,5%; 26,5±2,8% соответственно) в первую очередь отражается на показателях ОСК по ПА (84,3±26,5 мл/мин; 52,1±8,6 мл/мин; 39,9±9,6 мл/мин; 28,8±6,2 мл/мин). Возникающая дефицитарность крово-снабжения в вертебрально-базиллярной системе находит отражение в клинике заболевания. Многие больные на I стадии ХСН предъявляют жалобы на несис-темное головокружение (41 %), усиливающееся при нагрузке, на II А стадии четко выражен дискоординаторный синдром (44%); на II Б стадии координаторные нарушения (60%) сочетаются с очаговой стволовой симптоматикой (12%). Устойчивая и длительная недостаточность

интракраниального кровообращения (снижение ОСК, СМК;  $p < 0,001$ ) может клинически проявляться в виде стойких «сосудистых» жалоб. Относительно редко (в 14% случаев) возникают преходящие очаговые симптомы (ПНМК) в виде гемипарезов, гемигипестезии, мозжечковой атаксии, дизартрии. Самыми значимыми неврологическими синдромами, которые статистически достоверно зависят от тяжести ХСН, являются астенический, диссомнический, вестибуло-мозжечковый, экстрапирамидный, синдром когнитивных нарушений (табл.3).

Таблица 3 - Представленность неврологических симптомов на разных стадиях ХСН

Синдромы	ИБС	ХСН –стадии заболевания		
		I	IIA	IIБ
Астеноневротический	40% (+)	62% (++)	67% (++)	40% (+++)
Диссомнический	32(+)	54% (++)	61% (++)	60% (++)
Вестибуло-мозжечковый	47% (+)	41% (+)	44% (++)	53% (++)
Экстрапирамидный	9% (+)	8% (+)	11% (+)	15 (+)
Пирамидный	-	-	-	14 (++)
Цефалгический	95% (+)	32% (++)	12% (+)	17% (+)
Когнитивных нарушений	35% (+)	24,3% (+)	56% (++)	65% (++)
Псевдобульбарный	39% (+)	62% (+)	82% (+)	70% (+)

+ - выраженность синдромов (+ - легко; ++ - умеренно; +++ - грубо выраженные).

Выявлена обратная зависимость клинических проявлений астении от показателя фракции выброса ( $r = 0,97$ ;  $p < 0,05$ ). Чем он ниже, тем более выражены её симптомы. При диссомническом синдроме трактовка полученных данных не столь однозначна. Тяжесть состояния не определяла интенсивность и продолжительность головной боли ( $r = 0,12$ ), последняя чаще возникала на ранних стадиях заболевания и, как правило, была составной частью астеноневротического синдрома. Представленность когнитивных нарушений и экстрапирамидного синдрома коррелировала с возрастом пациента ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,05$ ), псевдобульбарного, пирамидного, мозжечкового синдромов - со стадией ХСН ( $p < 0,05$ ). У больных со IIБ стадией ХСН была выявлена статистически значимая корреляция ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,05$ ) между систолической скоростью по прямому синусу и фракцией выброса. В таблице 4 показана взаимосвязь между клиническими, гемодинамическими, структурными изменениями при ХСН.

Таблица 4 - Взаимоотношения между клиническими и морфофункциональными характеристиками при ХСН кардиогенного генеза

Показатели	r-коэффициент корреляции	$P < 0,05$ - статистически достоверная связь
Стадии ХСН	0,44	$P < 0,05$
Стадии ИБС	0,47	$P < 0,05$
Наличие гемодинамически значимого стеноза	0,64	$P < 0,05$
Стадии ДЭ	0,44	$P < 0,05$

Анализируя полученные данные, можно сделать заключение, что возникающие у больных ХСН церебральные нарушения определяются прежде всего циркуляторными расстройствами, связанными с патологией экстрацеребральных сосудов. Степень влияния кардиальных факторов и опосредованных ими изменений гемодинамики (малый сердечный выброс, диффузное снижение кровотока в интрацеребральных артериях, затруднение венозного оттока в глубоких венах и синусах) зависит от стадии развития ИБС и сопутствующих осложнений. Прогрессирование сердечной недостаточности и атеросклероз церебральных артерий – существенные факторы риска декомпенсации мозгового кровообращения на микроциркуляторном уровне, развития у больных ХСН дисциркуляторной энцефалопатии.

Предикторами прогрессирования хронической недостаточности мозгового кровообращения при стабильном течении ИБС являются: гемодинамически значимый стеноз (более 60%), нарушение церебральной реактивности, снижение фракции сердечного выброса (менее 40%), объемной скорости кровотока, суммарного мозгового кровотока в интракраниальных артериях, замедление оттока в глубоких венах и синусах мозга.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ю.Н.Беленков, В.Ю.Мареев, Ф.Т.Агеев. Хроническая сердечная недостаточность.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006 – 432 с.
- 2..В.Белопасов. Неврологические осложнения у больных с хронической сердечной недостаточностью.// Труды Национального конгресса «Кардиология» - М., 2008.- с.56-59.
- 3.А.Сулина, А.В.Фонякин, Л.А.Гераскина и др.Практическая кардионеврология.-М.:ИМА– Пресс, 2010.–304 с.

## КОГНИТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

*О.А. Садиев**СВА №2, г. Шымкент ЮКО*

## ТҮЙІН

Зерттеуге 70 науқас артериальды гипертония аурумен тіркелді. Когнитивті функцияны анықтау үшін нейропсихологиялық тексеру жүргізілді.

## SUMMARY

70 patients are included in research with an arterial hypertension. Neuropsychological researches for the purpose of studying cognitive functions are conducted.

Артериальная гипертония (АГ) в настоящее время признана пандемией, определяющей структуру заболеваемости в мире и является одной из главных факторов риска развития миокардиальных и церебральных нарушений.

Несмотря на достижения последних лет в области изучения патогенеза артериальной гипертонии, новые методы лечения, остается актуальной проблема когнитивной дисфункции и развития сосудистой деменции у этой категории больных, так как нарастание когнитивных нарушений у них приводит к снижению профессиональных навыков, способности и самообслуживанию, в последующем социальной дезадаптации.

Нами были проведены нейропсихологические исследования у 70 пациентов с артериальной гипертонией без инсульта в анамнезе (средний возраст 56 лет), контрольную группу составили 35 человек, сходные по возрасту, полу и уровню образования. Обследование пациентов включало исследование соматического, неврологического статуса, также проводились клинические, биохимические анализы крови, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, осмотр глазного дна.

Когнитивные функции пациентов оценивались при помощи нейропсихологических тестов. Методика нейропсихологического исследования основывались на концепции А.Р. Лурия о 3-х блоках мозга. Была нами использована шкала количественной оценки степени выраженности нарушений различных составляющих психической деятельности (балльная система). Полностью сохранное выполнение возрастающих по степени сложности заданий оценивалось в «0» баллов, недоступность самого элементарного задания – в «3» балла, а промежуточные оценки в зависимости от нарастания дефицита выполнения составляли «1-2» баллов.

Также в количественную обработку результатов нейропсихологического исследования были включены такие регуляторные составляющие, как произвольная регуляция движения, программирование и контроль за ее выполнением (III блок мозга по А.Р. Лурия, лобные структуры мозга), а также активационное обеспечение деятельности и ее динамические параметры (I блок мозга, глубинные структуры).

Эти методы позволили выявить не только локальные признаки поражения мозга, но и общемозговые функциональные сдвиги. Также в ходе беседы получили предварительную информацию о речевом статусе больного, его эмоционально экспрессивных особенностях, уровне осознания болезни и отношения к ней. Оценивались слухоречевая краткосрочная память, продуктивность запоминания и долговременной памяти (запоминание 10 слов, воспроизведение рядов цифр в прямом и обратном порядке), зрительной краткосрочной и долговременной памяти (графическое воспроизведение 5 элементов), конструктивно-пространственный праксис (проба Хэда), мышление (описание картин, толкование пословиц и поговорок), динамику психиатрической деятельности и внимания (таблица Шульца, корректурная проба).

Результаты нейропсихологического исследования показали, что у 96% пациентов с артериальной гипертонией отмечался когнитивный дефицит: снижение внимания, что проявилось колебаниями уровня работоспособности при выполнении заданий, истощаемостью, трудностью переключаемости, интерактивностью, нарушением мышления, памяти, конструктивно-пространственного гнозиса и замедление психомоторной скорости по сравнению с контрольной группой.

Существует несколько возможных механизмов, способствующих нарушению когнитивной функции при АГ. Ведущую роль в формировании когнитивной дисфункции при сосудистых поражениях головного мозга играет диффузное поражение глубинных отделов белого вещества и базальных ганглиев (субкортикальная лейкоэнцефалопатия), что приводит к нарушению связи лобных долей и подкорковых структур (1). Основным патогенетическим фактором развития этих патологических процессов, по мнению Н.Н. Яхно и соавт. (2), является АГ, которая приводит к изменениям сосудистой стенки (липогиалиноз). Вследствие этого развивается артериолосклероз, обуславливающий изменение реактивности сосудов. В таких условиях снижение АД по какой – либо причине, в том числе при циркадных колебаниях, приводят к гипоперфузии в зонах терминального кровообращения. Морфологически эти области представляют собой зону демиелинизации, глиоз и расширение перивентрикулярных пространств (3).

Также, в качестве одной из гипотез, объясняющих патогенез когнитивной дисфункции при АГ, рядом исследователей рассматриваются нарушения цереброваскулярной ауторегуляции и перфузии головного мозга (4).

Таким образом, у больных с артериальной гипертонией развивается когнитивная дисфункция, вследствие этого раннее назначение гипотензивных средств является актуальным с целью улучшения когнитивных функций посредством положительного влияния на церебральную перфузию.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Остроумова О.Д., Боброва Т.А. Когнитивные нарушения и деменция: возможности терапии препаратом актовегин. Сердце 2003; 2: 4: 210-214.
2. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии. Рус.мед журн 2002; 10: 12: 539-542.
3. Harrington F., Saxby B.K., McKeith I.G/ et al/ Cognitive performance in hypertensive and normotensive older subjects. Hypertension 2000; 36: 1079-1084.
4. Nobili F., Rodrigues G., Morenco S. et al. Regional cerebral blood flow in chronic hypertesion. A correlative study. Stro1993; 24: 8: 1148-1153.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИГРЕНИ

О.А. Садиев

СВА №2, г. Шымкент, ЮКО

### ТҮЙІН

Мигрень – бастың бір жағының ауырсынуымен жүретін, кезеңді түрде қайталанатын ұстамалы пароксизмальды жағдай. Соңғы 3 жылда гемикрания түрінде жүретін ұстамалы мигреньмен ауыратын 27 науқас бақыланды. Ұстаманың ұзақтығы 4 –тен 72 сағат аралығында ауытқиды. 30% науқаста продромальды көрініс, 20% науқаста көру аурасы, ал 60 % науқаста бір жақты орналасқан бас ауру ұстамасы байқалды.

### SUMMARY

Migraine – a condition shown by attacks of a headache, periodically repeating, localized more often in one half of head. Within last 3 years were observed 27 sick of a migraine with attacks in a kind. Duration of an attack fluctuated from 4 till 72 o'clock. At 30 % of patients were marked the phenomena, at 20 % of patients the visual aura at 60 % of patients attacks of headaches was observed were localized on the one hand.

Мигрень с давних пор хорошо известна медицине: первые описания принадлежат отцу медицины Гиппократу. Ею страдали многие знаменитые люди: писатели (Э.По, Г.Гейне, Г.Мопассан, А.Чехов, М.Булгаков), композиторы (П.Чайковский, Ф.Шопен, Р.Вагнер), ученые (К.Линней, Ч.Дарвин, И.Ньютон, З.Фрейд, Ф.Ницше, К.Маркс), в том числе неврологи (Шарко, Лассег, Гринштейн), политические и религиозные деятели (Цезарь, Кальвин, Наполеон).

Один из ведущих специалистов, изучающих данную проблему, J.Moenche писал: «Человек, страдающий головной болью, является медицинской сиротой».

Мигрень-пароксизмальное состояние, проявляющееся приступами головной боли, периодически повторяющимися, локализующимися чаще всего в одной половине головы (Гемикрания), преимущественно в глазнично-лобновисочной области. Боль отличается значительной интенсивностью, сопровождается тошнотой, иногда рвотой, характеризуется гиперестезией к звуковым и зрительным раздражителям (плохая переносимость яркого света, громких звуков), длится от 1–2 до нескольких часов и даже суток. После приступа, как правило, возникают вялость, сонливость, иногда сон приносит облегчение. Хотя обычно у каждого больного есть «излюбленная» сторона боли, однако она может меняться а иногда боль захватывает обе половины головы в области лба, висков, темени.

Практически все люди (по данным мировой статистики 75–80%) перенесли хотя бы один раз в жизни приступ мигренозной головной боли, хотя это, разумеется, не является причиной считать их больными мигренью. [1,2]

Согласно Международной классификации головной боли (2008) [1,2] различают следующие виды мигрени: 1.1. Мигрень без ауры; 1.2. Мигрень с аурой; 1.2.1. Мигрень с типичной аурой; 1.2.2. Мигрень с продолжительной аурой; 1.2.3. Семейная гемиплегическая мигрень; 1.2.4. Базилярная мигрень; 1.2.5. Мигренозная аура без головной боли; 1.2.6. Мигрень с аурой, длящейся менее 5 минут; 1.3. Офтальмоплегическая мигрень; 1.4. Ретинальная мигрень; 1.5. Периодические синдромы детского возраста, которые могут предшествовать мигрени или ассоциироваться с мигренью; 1.5.1. Доброкачественные пароксизмальные головокружения детского возраста; 1.5.2. Альтернирующая гемиплегия детского возраста; 1.6. Осложнения мигрени 1.6.1. Мигренозный статус; 1.6.2. Мигренозный инфаркт мозга; 1.7. Мигреноподобные нарушения, не попадающие под критерии пунктов 1.1. - 1.6.

В течение последних 3 лет нами наблюдались 27 больных мигренью с приступами головных болей в виде гемикраний. Длительность приступа колебалась от 4 до 72 часов. Головная боль преимущественно была пульсирующей, усиливалась при физической нагрузке и сопровождалась тошнотой или рвотой, фото и фонофобией. У 30% больных отмечались продромальные явления в виде раздражительности, возбуждения или депрессивного состояния, снижения работоспособности. Как правило, эти симптомы были выражены нечетко и пациенты не обращали на них особого внимания. У 20% больных наблюдалась зрительная аура в виде точек, пятен или зигзагообразных линий. У 60 % больных приступы головных болей локализовались с одной стороны,

т.е. были в виде гемикраний. После приступа большинство больных ощущали повышенную утомляемость, сонливость. Наиболее частыми факторами риска в наших наблюдениях явились менструация, употребление алкоголя, стрессовые ситуации, физическое и умственное переутомление и средовые факторы, среди которых необходимо особо отметить погодные. В большинстве случаев частота приступов мигрени наблюдалась от 1 до 4 месяцев.

Исходя из клиники и существующих представлений о патогенезе мигрени, можно выделить следующие алгоритмы ее лечения: Лечение (купирование) самого мигренозного приступа; Профилактика возникновения мигренозных приступов; Лечение осложнений мигрени. Существуют 3 основные группы препаратов, уменьшающих или полностью снимающих головную боль: Аспирин и другие нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Препараты спорыньи (неселективные агонисты 5HT<sub>1</sub> рецепторов). Селективные агонисты 5HT<sub>1</sub> рецепторов (суматриптан, золмитриптан и др.). Немедикаментозные методы профилактического лечения.

К немедикаментозным методам профилактического лечения мигрени относятся: здоровый образ жизни: режим труда и отдыха, еженедельные загородные прогулки, посещение бассейна, отказ от курения и злоупотребления алкоголем и т.д.; биологическая обратная связь; аутотренинг и другие упражнения на мышечную релаксацию; иглорефлексотерапия и ее разновидности (электроакупунктура, лазеротерапия).

Необходимо избегать любых факторов, способных спровоцировать приступ мигрени, для чего следует: исключить или ограничить употребление продуктов, содержащих тирамин (шоколад, какао, сыр, маринады, цитрусовые, орехи, яйца, помидоры, селедка); ограничить употребление алкоголя, особенно красного вина; нормализовать сон (приступы могут вызвать как недостаток сна, так и его избыток); избегать состояния голода (при невозможности организовать рациональное питание на случай возникновения ощущения сильного голода необходимо иметь кусок сахара или нешоколадную конфету); санировать зубы; исключить или ограничить употребление оральных контрацептивов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. А.М.Вейн «Заболевания вегетативной нервной системы». Руководство для врачей. Москва Медицина 1991.
2. Р.Д.Коллинз «Диагностика нервных болезней». Иллюстративное руководство. Перевод с английского М.С.Муртазаева. Москва «Медицина» 1986.
3. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., Манвелов Н.С. «Справочник по головной боли» Миклош 2008.

УДК 616.8-009+616.8-08

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

*Ж.Е. Куттыгулова*

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

#### ТҮЙІН

Өсіп келе жатқан ұрпақтың денсаулығы қазіргі қауымда маңызды мәселелердің бірі болып табылады. Жүйке жүйесі жағынан вегетативті дисфункция синдромы түріндегі ауытқулар ең маңызды орынға ие. Нәтижесінде 87% жасөспірімдерде комплексті ем жүргізу барысы оң нәтижені көрсетті.

#### SUMMARY

The most of problem modern humans are breath of emerges. The some of main place take illness of nerves system of vegetative destroy is. After use medical praparates 87% teenagers took good effect.

Важнейшей проблемой современного общества является состояние здоровья подрастающего поколения. Наиболее неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья регистрируются у подростков. Особую остроту проблема вегетативных нарушений приобретает в подростковом возрасте (13-17лет). Одно из ведущих мест в структуре патологии занимают отклонения со стороны нервной системы в виде синдрома вегетативной дисфункций [2,3].

Исследование было проведено в подростковом кабинете клиники МКТУ имени Х.А. Ясави 87 больных подростков, которые составили 3 группы исследуемых. Пациенты находились под динамическим наблюдением в течение года. Критериями исключения из исследования были подростки с органическим поражением нервной системы различного генеза, эпилепсией, психическими заболеваниями и соматическими заболеваниями в периоде обострения. Группы обследованных подростков были сравнимы по представленности легких, средних, тяжелых форм ВСД (рис. 1).

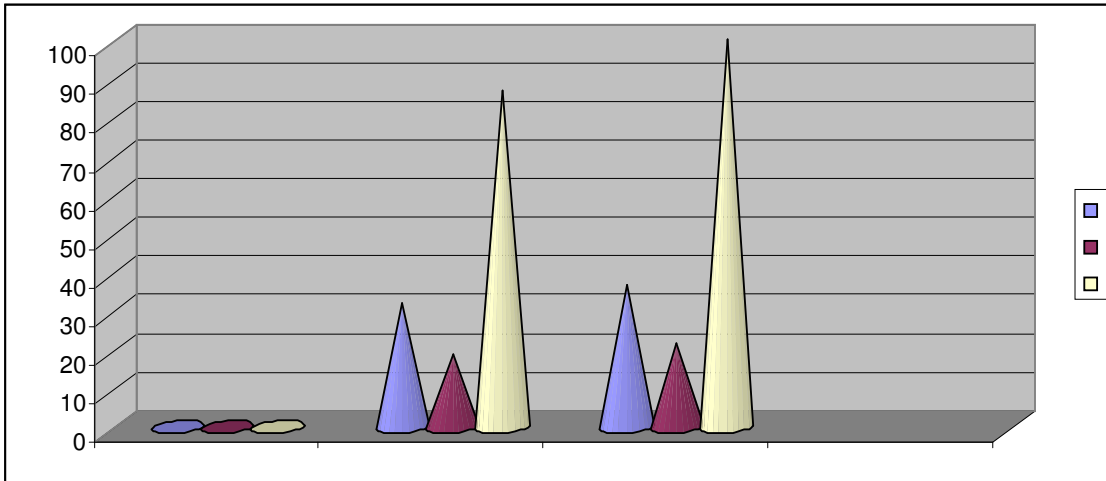


Рисунок 1 - Распределение подростков группы динамического наблюдения по степени тяжести ВСД

ВСД легкой степени - 41,3% - 36 человек  
 ВСД средней степени - 36,7% - 32 человек  
 ВСД тяжелой степени - 15,6% - 19 человек

Из 87 подростков 36 человек (41,3%) имели легкие, 32 (36,7%) - среднетяжелые, 19 человек (15,6%) - тяжелые вегетативные нарушения.

Курсы реабилитации проводились на базе клиники МКТУ имени Х.А. Яссави. Все пациенты независимо от степени тяжести ВСД получали немедикаментозную терапию, включающую коррекцию режимных моментов (нормализация длительности ночного и дневного сна, кратности и характера питания, длительности пребывания на свежем воздухе, ограничение просмотра телевизионных передач) индивидуальные психотерапевтические занятия с ребенком и его семьей в течение месяца, курс иглорефлексотерапии и кинезотерапии.

Данное сочетание немедикаментозных методов воздействия повторялись от 3 до 4 раза в год. Подросткам со среднетяжелыми и тяжелыми формами ВСД наряду с немедикаментозными методами применялись курсы медикаментозной терапии (вазоактивные, нейропротективные препараты) в течение месяца с частотой 2-4 раза в год.

Перспективным способом диагностики уровня функционирования ВНС у подростков является измерение электропроводности кожи в репрезентативных точках акупунктуры по методу Накатани (Риодораку), который позволяет изучать зависимость между функциональным состоянием внутренних органов и электрическими потенциалами в кожных точках соответствующих каналов. Среди прочих способов электроакупунктурной диагностики (аурикулодиагностика, методы Акабане и Фолля) метод Накатани (Риодораку) получил наибольшее признание у иглотерапевтов как наиболее информативный и наименее трудоемкий в исполнении. Кроме того, практика показывает адекватность клинико-лабораторных и инструментальных данных полученным показателям по системе Риодораку, что дает возможность выявить уровень поражения как отдельных органов, систем, подсистем, так и дисбаланса их взаимосвязей на момент исследования. Это дает возможность выбора: уровня воздействия, определенных способов сочетания точек, этапность их применения и силы раздражающего воздействия. Основные точки, которые нами использовались ВМН 3 (инь - тань), Е 36 (цзу - сань - ли), R 7 (фу-лю), Е 40 (фэнь - лун), Е 5 (да - инь) и т.д. [4].

В результате проведенного комплексного лечения у 87% подростков получен положительный эффект, который проявлялся в форме улучшения общего состояния, уменьшения интенсивности головной боли, эмоциональных нарушений и выраженности признаков вегетативной дисфункции. Указанная положительная динамика выявлена преимущественно у лиц с синдромом вегетативной дистонии в виде легких и среднетяжелых нарушений (1 и 2 группы). У больных третьей группы положительная динамика в состоянии была слабо выраженной и нестойкой.

Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о том, что применение методов психокоррекции, иглорефлексотерапии на фоне стандартной терапии оказывает положительной неврологической эффект с улучшением эмоционального состояния подростков с ВСД.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. А.А. Баранов. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях: проблемы, пути решения. Российский педиатрический журнал., Москва, 1998г. №1. 5с.

2. О.М. Филькина, Т.Г. Шанина, С.М. Кушнир. Состояние здоровья и пути совершенствования медицинской помощи детям старшего подросткового возраста. ОАО «Издательство «Иваново», 2000г. 240с.
3. Л.И. Левин. Подростковая медицина: руководство для врачей. Специальная литература, 1999г, 731с.
4. Д.М. Табеева. Руководство по иглорефлексотерапии. М.: Медицина, 1980г, 152с.

УДК 616.8-009+616.3

## ЖАСӨСПІМДЕРДЕ КЕЗДЕСЕТІН ПСИХОВЕГЕТАТИВТІ БҰЗЫЛЫСТАРЫ АС ҚОРЫТУ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫ МЕН БАЙЛАНЫСТАРЫ.

*Ж.Е. Куттыгулова*

*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қаласы*

### РЕЗЮМЕ

Вегетативные расстройства – это вторичные проявления самых различных форм патологии. Хронический гастрит и дуоденит занимает центральное место в патологии желудочно – кишечного тракта у подростков.

### SUMMARY

The vegetative destroys its some of consist problems of pathology. The illness of stomach у teenagers must in toes medical preparates. They must go to the sport, to be in fresh wair, tourism and physical exercises.

Вегетативті дистония синдромы (ВДС) - вегетативті реттелудің бұзылыстарына сай барлық түрдегі белгілердің бірін көрсетеді. Яғни, вегетативті бұзылыстар - патологиялық барлық түрлерінің екіншілік көрінісі болып табылады [1].

Вегетативті дисфункция вегетативті жүйке жүйесінің симпатикалық және парасимпатикалық реактивтілігінің жоғарлауы немесе төмендеуімен жүреді [2]. Эпидемиологиялық тексерулер кезінде жасөспірімдердегі вегетативті дисфункция түрлі жастық топтар ішінде жиі кездеседі [3].

Вегетативті реактивтілікті көбіне тыныш жағдайда ағзаға әсер ететін мағынасыз факторларға жауап берумен шектелетін вегетативті өзгерістер деп те атайды. Вегетативті реактивтілік сегментарлы және сегмент үстілік аппаратының жағдайымен түсіндіріледі [1,2].

Сегмент үсті бұзылыстар соматикалық, психикалық және вегетативті бұзылыстардың жеке түріндегі ұғымдармен адам ағзасы тұтастығының бұзылуы нәтижесінде болуы мүмкін [4,5].

Вегетативті бұзылыстар психовегетативті бұзылыстар ретінде қарастырылады. Түрлі патологиялық жағдай кезінде осы бөлімнің бұзылысы байқалады да, психовегетативті синдромымен психикалық және вегетативті процесстермен жүретін патология туындайды. Бұл көп жағдайда вегетативті дистония маңыздылығымен көрінеді.

Психовегетативті синдром психосоматикалық бұзылыстардың ерте фазасында байқалады. Бірақта соматикалық үрейленудің патогенезінде психовегетативті бұзылыстарға әкелетін мәліметтер болуы мүмкін емес. Жасөспірімдердердегі психосоматикалық бұзылыстардың патогенездік факторларын ескере отырып, эндогенді және экзогенді деп бөлуге болады. Жасөспірімдердегі психосоматикалық бұзылыстардың ішіндегі эндогенді факторларға – бейімделу механизмінің түзілмеуі, бас миының резидуальды органикалық шамасыздығы, орталық жүйке жүйесінің функциональды жағдайы, соматикалық аурулар, арнайы висцеральды жүйенің өздігінен реттелуінің бұзылуы, түрлі стресстер, ал экзогенді факторларға кеш антенатальды және ерте постнатальды жағдайлар, жарақаттар, уланулар, басқа да факторлармен висцеральды жүйенің бұзылыстары жатады [6].

Соған байланысты ең жиі жасөспірімдер арасында кездесетіні асқазан ішек жолдары ауруларының ішіндегі созылмалы гастрит пен дуоденит ерекше орынға ие.

Ас қорыту жүйесі ағза дамуында жеке генетикалық бағдарламаны қорытындылау этапында ағзаның өсуі мен дамуын қамтамасыз ететін басқа да функциональды жағдайлармен тығыз байланысты. Осы жүйенің дұрыс жұмыс жасамауы әсерінен жасөспірімде физикалық, жыныстық және ойлау дамуының жетілмеуі және оларда иммунитеттің төмендеуі байқалады.

Жасөспірімдердегі ас қорыту жүйесі зақымдануының негізгі себептері: тұқымқуалаушылық, жасөспірімдерде ас қорыту жүйесінің органикалық ауруларының дұрыс диагностикасын жүргізбеу (өз денсаулығына көңіл бөлмеу, ұялшақтық және т.б.), тамақтану ерекшелігі (дұрыс тамақты шайнау алмау, тұрақсыз тамақтану), ошақты инфекциялардың таралуы [2].

Жасөспірімдерде дуоденит көбіне гастритпен бірге жүреді. Сондықтанда жасөспірімдердегі вегетативті реттелуді реттелігімен анықтап, диагностикалау, дұрыс ем жасауға алып келеді. Осы аурумен ауыратын жасөспірімдерде парасимпатикалық белсенділіктің артқандығы байқалды. Яғни, тері қабатының бозғылттануы, гипергидроз, қызыл дермографизм, жиі бас ауыру, вестибулопатия, тәбеттің төмендеуі және т.б. Соған байланысты барлық жасөспірімдерде аралас немесе ваготоникалық типтегі вегето – тамырлы дистония синдромы анықталды. Аурудың өршуі және реконвалесценция кезеңінде вегетативті жүйке жүйесінің функциясы ваготониялы және вегетативті қамтамасыз етілуінің жеткіліксіздігін көрсетеді.



Әрбір жасөспірімде адекватты емес вегетативті реактивтілік байқалады. Ал жартысынан көбінде, яғни, ремиссия кезеңінде вегетативті жүйке жүйесі бейімделу механизмінің басымдылығы анықталады.

Көптеген әдебиеттік мәліметтерге сүйенсек ас қорыту жүйесі созылмалы қабыну процесі науқастың психикасына әсер етіп, кейін тұрақты немесе айқын көрініс беретін болады. Соматикалық аурулар жасына сай психо – жарақаттық факторларға әкеліп соқтырады.

Сонымен қорытындылау мақсатында жасөспірімдерде кездесетін ас қорыту жүйесінің ауруларының алдын алу үшін, нақты түрде диагностика жасалу қажет, аурудың себебіне байланысты емін дұрыс тағайындау.

Жасөспірімдердегі вегето – тамырлы дистонияны емдеу үшін медикаментозды емес ем кеңінен қолданылады: салауатты өмір салтын жақсарту, емдік денешынықтыру, таза ауада дем алу, туризм, санаторлы – курортты ем, психофизикалық жаттығулар. Дәрілік заттармен комплексті және физиотерапиялық емдеу дәрігердің тағайындаулар арқылы жүзеге асырылады.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. А.М. Вейн., Т.Г. Вознесенская., В.Л. Голубева және т.б. Вегетативті бұзылыстар: клиника, емі, диагностикасы. / А.М. Вейн жетекшілігімен. – М: медицина: Мед.информ.агенттігі, 1998ж – 731б.
2. А.М. Вейн., Т.Г. Вознесенская., В.Л. Голубева және т.б. Вегетативті жүйесінің аурулары. / А.М. Вейн жетекшілігімен. – М: медицина. 1991ж – 624б.
3. Жасөспірімдік медицина. Дәрігерлерге арналған құрал / проф. Л.И. Левин жетекшілігімен. С.п.б: Арнайы әдебиет, 199ж – 731б.
4. А.М. Вейн, А.Д. Соловьева. Лимбикоретикулярлы комплекс және вегетативті реттелу. – М: Медицина, 1973ж. – 268б.
5. В.А. Кульчинский. Сопакша мидағы вентральды бөлімнің функциясы - Минск: Наука, 1993ж – 139б.
6. Ю.Ф. Антропов. Жасөспірімдер мен балалардағы психосоматикалық бұзылыстар (клиника, патогенез, жүйелігі және ажыратпалы емі) М. 1997ж – 198б.

УДК 616.853:616.155.1

#### СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КАРБАМЕЗЕПИНА И ЛАМИКТАЛА

*Н.Ж.Орманов, Н.А. Жаркинбекова, Л.Н. Орманова*

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

#### ТҮЙІН

Осы мақалада қояншық ауруының қан құрамындағы антиоксидантты жүйенің белсенділігі науқастың ауырлық дәрежесіне байланысты ламиктал мен карбамезапиннің әсерінен жоғарылайды.

#### SUMMARY

Established and growing influence karbamezapina lamiktala on the antioxidant system of blood in patients with epilepsy, depending on severity

Анализ литературных данных позволяет характеризовать эпилепсию как свободно-радикальную патологию [1,2], которая не только генетически предопределяет возникновение повышенной судорожной активности, но и постоянно инициирует ее проявление. Этому предшествует нарушение биохимических и физиологических функций нейрональных мембран. Следствием обнаруженных изменений является торможение либо гиперактивация генерации и трансформации нервного импульса в поврежденных звеньях нервной системы, что в конечном счете и повышает судорожную готовность, подвергавшихся действию факторов, инициирующих эпилептическую активность[4,5]. Для уточнения состояния АОС крови после противоэпилептической терапии у больных эпилепсией проведено исследование антиоксидантной системы крови.

**Материалы и методы:** С целью изучения состояния АОС в крови после противоэпилептической терапии было обследовано 95 больных эпилепсией в том числе 35 больных с редкими эпилепсиями без признаков полиморфизма и психических расстройств (1-группа), 30 больных частыми полиморфными эпилепсиями без выраженных расстройств психики (2-группа), 30 больных с прогрессирующим течением заболевания частыми полиморфными эпилепсиями выраженными психическими расстройствами с проявлением имбецильности и идиотии. В эти группы не включали пациентов с соматическими заболеваниями, перенесших травмы, инвазивные исследования и операции. При легкой степени тяжести больных эпилепсией назначен карбамезапин 200 мг 1 раз в день, средней -200мг 3 раза, тяжелой степени- 5 и более раз в течение 180 дней. Ламиктал назначали по 25 мг 2 раза в день у больных легкой степени, средней - 75 мг, тяжелой степени- 200 мг в сутки течение 180 дней. Больные со средней и тяжелой степенью получали сочетанную терапию карбамезапина (400мг) с ламикталом по 25мг и 75 мг в сутки. Для оценки степени отклонения исследуемых показатели от нормы использовали кровь условно здоровых лиц доноров. Для

оценки антиоксидантного статуса определяли активность супероксиддисмутазы (СОД) [5], глутатион-пероксидазы (ГП) [6] и глутатион-редуктазы (ГР) [7], эритроцитов крови.

**Результаты исследования.** У больных эпилепсией легкой степени тяжести содержание SH-групп после карбамезапиновой терапии повысилось на 19,7%, ламикталотерапия увеличила концентрацию сульфгидрильных групп на 39,4% по сравнению с фоном, и уровень её приблизился к показателям здоровых лиц. Терапия, включающая ламиктал увеличила содержание сульфгидрильных групп в крови у больных эпилепсией средней и тяжелой степени тяжести на 43,6% и 46,8% по сравнению с фоном, однако их уровень остается еще сниженным на 23,9% и 53,2% по сравнению с контрольной группой.

Комбинированная терапия с карбамезапином и ламикталом увеличила содержание сульфгидрильных групп в крови у больных эпилепсией средней и тяжелой степенью тяжести на 89,5% и 116,4% по сравнению с фоном и их уровень достиг значения показателей здоровых лиц.

При карбамезапиновой терапии у больных эпилепсией в эритроцитах крови повысилось содержание  $\alpha$ -токоферола на 15,8% у лиц с легкой степенью эпилепсией, а у лиц с средней и тяжелой степенью тяжести повышение составило 15,6% и 18,4% по сравнению с фоном, но их уровень оставался всё еще сниженным на 33,3% и на 38% по отношению к показателям здоровых лиц.

Таблица Динамика изменения антиоксидантных систем крови у больных эпилепсией под влиянием карбамезапина и ламиктала

Показатели	Контрольная группа n=54	Терапев. группа	Группы		
			Больные эпилепсией		
			Легкая степень n=35	Средняя степень n=30	Тяжелая степень n=30
SH-группы (мк моль/мл)	57,5±1,6	1	43,1±0,82 P<0,01	30,5±0,72 P<0,01	25,6±0,59 P<0,01
		2	51,6±2,3 P<0,05 P1<0,05	38,3±2,1 P<0,05 P1<0,05	30,2±1,5 P<0,05 P1<0,05
		3	60,3±3,7 P1<0,01 P2<0,05	43,8±2,6 P1<0,01 P2<0,05	37,6±1,4 P1<0,01 P2<0,05
		4	-	57,8±2,7 P1<0,01 P2<0,05	55,4±2,3 P1<0,01 P2<0,05
$\alpha$ -токоферола (мкг/мл)	0,544±0,012	1	0,355±0,01 P<0,01	0,321±0,01 P<0,01	0,290±0,016 P<0,01
		2	0,404±0,01 P<0,05 P1<0,05	0,362±0,01 P<0,05 P1<0,05	0,336±0,015 P<0,05 P1<0,05
		3	0,52±0,0 P1<0,01 P2<0,05	0,440±0,02 P1<0,01 P2<0,05	0,406±0,02 P1<0,01 P2<0,05
		4	-	0,53±0,02 P1<0,01 P2<0,05	0,52±0,03 P1<0,01 P2<0,05
АРА (в%)	57,5±1,21	1	38,5±2,39 P<0,01	33,3±0,55 P<0,01	29,8±1,2 P<0,01
		2	44,6±0,67 P<0,05 P1<0,05	38,4±1,6 P<0,05 P1<0,05	35,3±1,3 P<0,05 P1<0,05
		3	56,4±3,2 P1<0,01 P2<0,05	46,7±2,7 P1<0,01 P2<0,05	41,5±2,6 P1<0,01 P2<0,05
		4	-	54,3±2,7 P1<0,01 P2<0,05	56,9±2,6 P1<0,01 P2<0,05
АОА (в%)	37,7±1,21	1	26,4±1,30 P<0,01	19,5±0,28 P<0,01	15,2±0,91 P<0,01
		2	30,7±1,49 P<0,05 P1<0,05	22,6±1,4 P<0,05 P1<0,05	17,7±1,3 P<0,05 P1<0,05
		3	37,3±2,2 P1<0,01	27,8±1,9 P1<0,01	23,1±1,7 P1<0,01

		4	P2<0,05 -	P2<0,05 35,8±1,9 P1<0,01 P2<0,05	P2<0,05 36,3±1,7 P1<0,01 P2<0,05
Примечание - P - коэффициент достоверности по сравнению с контрольной группой, P1 - по сравнению с фоном, P2 - по сравнению с группой, получившей карбамезапиновую терапию, 1 - до терапии, 2 - после карбамезапиновой терапии, 3 - после ламикталовой терапии; 4- после комбинированной терапии.					

Ламикталотерапия существенно увеличивала концентрацию  $\alpha$ -токоферола в эритроцитах крови у больных эпилепсией, в частности, концентрация витамина Е увеличилась на 46,4% у лиц с легкой степенью эпилепсией, а у лиц с средней и тяжелой степенью тяжести повышение составило 37,1% и 40% по сравнению с фоном, но их уровень оставался всё еще сниженным на 18,8% и на 27,9% по отношению к показателям здоровых лиц.

Комбинированная терапия с карбамезапином и ламикталом увеличила концентрацию витамина Е в эритроцитах крови у больных эпилепсией средней и тяжелой степени тяжести на 63% и 90,9% по сравнению с фоном и их уровень достиг значения показателей здоровых лиц.

Под влиянием карбамезапиновой терапии у больных с легкой степенью тяжести активности АРА и АОА повысились на 15,8% и 16,3% по сравнению с показателями до лечения. Под влиянием ламикталовой терапии у больных с легкой степенью тяжести активности АРА и АОА повысились на 46,4% и 41,3% по сравнению с показателями до лечения и увеличились на 26,4% и 21,4% по сравнению с показателями группы, получившей карбамезапиновую терапию и их уровень достиг значения показателей здоровых лиц.

Карбамезапиновая терапия у больных эпилепсией средней и тяжелой степени тяжести активность АРА и АОА крови повысились в среднем на 15,6% , 15,8% и 18,4%, 16,4%, однако их уровень оставался еще сниженным у лиц со средней степенью на 33,3% и 40,1%, а у лиц тяжелой степенью тяжести в среднем на 38% и 53,1% по сравнению с контрольной группой.

Ламикталотерапия у больных эпилепсией средней и тяжелой степени тяжести активность АРА и АОА крови повысились в среднем на 40,2%,39,2% и 42,5%, 51,9 %, однако их уровень оставался еще сниженным у лиц с средней степенью на 18,8% и 26,3%, а у лиц с тяжелой степенью тяжести в среднем на 27,9% и 38,7% по сравнению с контрольной группой.

Комбинированная терапия с карбамезапином и ламикталом у больных эпилепсией средней и тяжелой степени тяжести повысило активность АРА и АОА крови в среднем на 63%, 83,5% и 90,9%, 138,8% и их уровень достиг значения показателей здоровых лиц. Под влиянием карбамезапиновой терапии у больных с легкой степенью тяжести активности АРА и АОА повысились на 15,8% и 16,3% по сравнению с показателями до лечения. Под влиянием ламикталовой терапии у больных с легкой степенью тяжести активности АРА и АОА повысились на 46,4% и 41,3% по сравнению с показателями до лечения и увеличились на 26,4% и 21,4% по сравнению с показателями группы, получившей карбамезапиновую терапию, и их уровень достиг значения показателей здоровых лиц.

Карбамезапиновая терапия у больных эпилепсией средней и тяжелой степени тяжести активность АРА и АОА крови увеличилась в среднем на 15,6% , 15,8% и 18,4%, 16,4%, однако их уровень оставался еще сниженным у лиц со средней степенью на 33,3% и 40,1%, а у лиц тяжелой степенью тяжести в среднем на 38% и 53,1% по сравнению с контрольной группой. Ламикталотерапия у больных эпилепсией средней и тяжелой степени тяжести активность АРА и АОА крови повысились в среднем на 40,2%, 39,2% и 42,5%, 51,9 %, однако их уровень оставался еще сниженным у лиц с средней степенью на 18,8% и 26,3%, а у лиц тяжелой степенью тяжести в среднем на 27,9% и 38,7% по сравнению с контрольной группой.

Комбинированная терапия с карбамезапином и ламикталом у больных эпилепсией средней и тяжелой степени тяжести повысило активность АРА и АОА крови в среднем на 63%, 83,5% и 90,9%, 138,8% и их уровень достиг значения показателей здоровых лиц.

Таким образом, включение в состав терапии ламиктала оказывало выраженное антирадикальное действие, об этом свидетельствует снижение скорости образования радикалов оксида азота и супероксиданионов. Также оно одновременно стабилизирует биомембраны лизосом клеток. Эффективность была более выражена у лиц с средней и тяжелой степенью тяжести, ламикталотерапия существенно повысила АРА и АОА у лиц с средней и тяжелой степенью тяжести более, чем однократно (259,8%, 204% и 227%), исключение составило АОА у больных с эпилепсией тяжелой степени (51%). У больных эпилепсией тяжелой степени после ламикталотерапии уровень АРА и АОА плазмы крови остались еще сниженными на 30% и 38,8% по сравнению с контрольной группой.

**Результаты исследования** показали, что ламикталотерапия идет в сопряжении с антирадикальным и антиоксидантным эффектом. Терапевтическая эффективность ламикталотерапии была более выраженной при лечении больных эпилепсией легкой степени, а показатели АОС крови улучшились у больных со средней и тяжелой степенью эпилепсией при сочетанном применении карбамезапина и ламиктала.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Шакаришвили Р.Р. Свободнорадикальная патология у больных эпилепсией. Клиника и лечение эпилепсии: Сб. науч. тр.- Тбилиси, 1986.-С.131-145.
2. Орманов Н.Ж., Ибрагим М.И. Состояние резистентности мембран эритроцитов и окисляемости липидов у больных эпилепсией. Вестник ЮКГМА, 2007,4, с23-25
3. Окислительный стресс, апоптоз и повреждение мозга //Нейрохимия.- 1996.- Т.13, Вып.1.-С.61-64.
4. Болдырев А.А., Куклей М.Л. Свободные радикалы в нормальном и ишемическом мозге. // Нейрохимия.- 1996. - Т. 13. - С. 25 - 29.
5. Рудакова-Шилина Н.К., Матюхова Н.П. Оценка антиоксидантной системы организма // Лаб. дело. – 1982, № 1. – С. 19-21.
6. Торчинский Ю. Сера в белках. – М., 1977. - С. 118-140.
7. Орманов Н.Ж., Юнусметов Т.И. Свободно-радикальное окисление липидов при хронической фосфорной интоксикации / В кн.: Гигиена труда и профессиональная патология в химической промышленности и сельском хозяйстве Казахстана. - Алма-Ата, 1986. - С. 76-80.
8. Спектор Е.Б., Аненко А.А., Политова Л.Р.Определение общей АОА плазмы крови и ликвора // Лабораторное дело. -1984.-№1.-С.26-28.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭПИЛЕПСИИ В САЙРАМСКОМ РАЙОНЕ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Н.А.Жаркинбекова, Г.А.Дуцанова*

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

## ТҮЙІН

ОҚО Сайрам ауданындағы эпидемиологиялық зерттеу мәліметтері берілген. Стандарттық таралуы 1000 тұрғынға 4,55, ал олардың ішінде ерлерде - 1000/6,02 адам, әйелдерде 1000/3,08 адамды құрады. 75,67% науқаста фокальды эпилепсия анықталды. Негізгі этиологиялық факторы бас ми жаракаты, интра/перинатальды ауру, цереброваскулярлы аурулар болып табылады.

## SUMMARY

Results of epidemiological research Sajramsky area JUKO are resulted. Standardized prevalence has made 4,55 on 1000 which was above among men – 6,02 foreheads/1000, than among women – 3,08 people/1000 At 75,67 % the focal epilepsy by the Basic etiology factors is revealed craniocereberal traumas, intra / perinatal pathologies, diseases were.

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы и значимой медико-социальной проблемой [1, 2] . Эпилепсия оказывает влияние на все стороны жизни больного и понимание всех аспектов эпилепсии чрезвычайно важно как с медицинской, так и с социальной точек зрения [3, 4, 5] Знание эпидемиологии эпилепсии позволяет построить прогноз течения заболевания в популяции и использовать полученные данные как для планирования стратегии терапии и определения объемов снабжения антиэпилептическими препаратами, так и для сравнения с другими системными подходами при оказании помощи больным эпилепсией.

В данной работе представлены результаты изучения эпидемиологических, клинических и социальных характеристик популяций больных эпилепсией в возрасте от 14 лет и старше Сайрамского района Южно-Казахстанской области. Исследование проведено в соответствии с требованиями современных международных стандартов проведения эпидемиологических исследований и классификаций синдромов и типов приступов [6, 7, 8, 9].

Материал и методы. Работа выполнялась на базе лечебных учреждений Сайрамского района Южно-Казахстанской области и областного центра г.Шымкента в 2006-2009 годах. Район занимает 1,4% территории области и является одним из густонаселенных регионов области. Территория района на 1 января 2010 года равна 1,7 тыс. кв. км. Население района составляет 262,7 тыс. человек Плотность населения в среднем на 1 кв. км территории составляет 154,5 человек Основную часть населения района составляют узбеки – 64,8%, казахи – 26,9%, турки – 3,0%, русские – 1,8%, азербайджанцы – 1,1%. В агроклиматическом отношении район относится к очень засушливой жаркой предгорной зоне. Административным центром района является село Ак-Су, расстояние от областного центра – 30 км, располагающего всеми необходимыми диагностическими и лечебными возможностями.

Случаи активной эпилепсии регистрировались по результатам сплошного изучения записей медицинских амбулаторных карт ЛПУ на основании данных анамнеза, неврологического осмотра и результатов ЭЭГ. Проводилось углубленное ретроспективное изучение амбулаторных карт выявленных пациентов и, для уточнения диагноза, клиничко-неврологическое обследование пациентов с проведением ЭЭГ и КТ (МРТ). Для сбора первичного материала использовалась специальная формализованная карта-анкета, в которой регистрировалось 28 различных параметров.

Тип эпилептических приступов и форма эпилепсии определялись на момент изучения карт пациентов и на начало заболевания в соответствии с классификацией эпилептических приступов (ICES 1) 1981 г и классификации эпилепсий и эпилептических синдромов (ICE 2) ILAE 1989 г Международной лиги по борьбе с эпилепсией (ILAE) [3,6,7].

Особое внимание уделялось начальным проявлениям эпилептических приступов, их частоте и давности, изменению клинической картины с течением времени, этиологии, а также структуре противосудорожной терапии. Рассчитывались показатели распространенности (отношение выявленных случаев активной эпилепсии в течение года к численности исследуемого населения в расчете на 1000 человек). Для выявленных пациентов регистрировались клинические параметры. При расчете стандартизированных значений распространенности и заболеваемости применялся прямой метод стандартизации. Для расчета распространенности в качестве стандартной популяции использовались данные EUROPEAN STANDARD MILLION. Для выборочного среднего и выборочной доли указывались границы 95% доверительного интервала. Проверка статистических гипотез проводилась при уровне значимости 0,05.

Результаты. В исследуемом районе выявлено 892 пациента с эпилепсией: 538 мужчин и 354 женщины. Данные о числе заболевших, численности населения и значениях распространенности эпилепсии представлены в таблице 1.

Таблица 1. Численность населения, число пациентов, распространенность (число случаев в расчете на 1000 населения) эпилепсии в Сайрамском районе.

	Выявлено пациентов			Численность населения			Распространенность		
	Муж	Жен	Оба пола	Муж	Жен	Оба пола	Муж	Жен	Оба пола
Сайрамский район	538	354	892	82943	84078	167021	6,02	3,08	4,55

Значения распространенности эпилепсии по полу и возрасту населения в расчете на 1000 пациентов составили: Сайрамский район – 4,55 (95% ДИ: 3.83-5.27).

На рисунке 1 представлены значения распространенности эпилепсии в возрастных группах пациентов. Наиболее часто эпилепсия встречается в возрастной группе 14-29 и 30-39 лет. Пик распространенности эпилепсии приходится на возрастные группы: 30 – 39 лет у женщин и у мужчин. Наблюдаемые различия распространенности между субпопуляциями мужчин и женщин не достоверны.

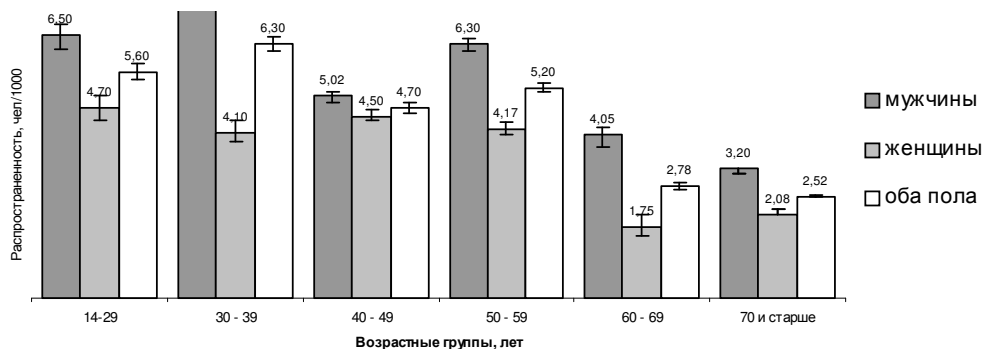


Рисунок 1. Распространенность эпилепсии по половозрастным группам в расчете на 1000 пациентов в исследуемой популяции сельских жителей.

Средний возраст пациентов составил  $34,13 \pm 3,04$ , у мужчин -  $33,79 \pm 4,28$ , у женщин -  $34,66 \pm 4,29$ . Средний возраст дебюта эпилепсии составил  $18,64 \pm 3,27$  года и был почти одинаковым как у мужчин -  $17,81 \pm 3,87$  лет, так и у женщин -  $19,88 \pm 5,44$  лет, эти различия не достоверны. Фокальная (симптоматическая, или возможно симптоматическая) эпилепсия была диагностирована у 675 (75,67%) пациентов, тогда как генерализованная эпилепсия - у 217 (24,33%) больных. В таблице 2 приведены данные о преобладающих типах приступов. Наиболее часто у пациентов встречались парциальные приступы с вторичной генерализацией (52,91%), несколько типов парциальных приступов (21,86%), первично-генерализованные тонико-клонические (19,96%).

Таблица 2. Преобладающие типы приступов.

Типы приступов	Число пациентов	Доля, %
Парциальные простые	83	9,30%
Парциальные сложные	46	5,43%
Парциальные (простые и сложные) с вторичной генерализацией	472	52,91%

Несколько типов парциальных приступов	66	7,40%
Миоклонические	12	1,35%
Атонические	7	0,78%
Абсансы	12	1,35%
Тонические	12	1,35%
Тонико-клонические	178	19,96%
Клонические	3	0,34%
Другие типы	1	0,11%
Всего	892	100%

На рисунке 2 изображены данные о частоте приступов на момент проведения исследования. Большая часть пациентов (52,7%) испытывала 1-12 припадков в год. Более 12 приступов в год наблюдалось у 38,4% пациентов. Следует отметить, что доля пациентов в состоянии ремиссии составила 8,97%.

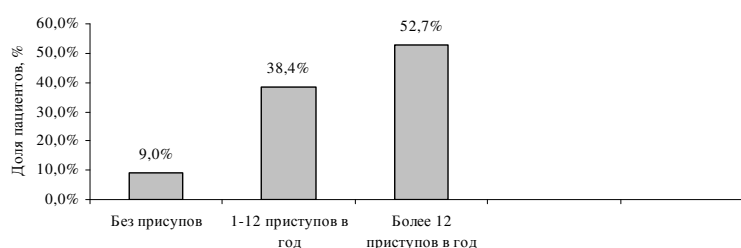


Рисунок 2. Частота приступов

Среди пациентов с фокальной эпилепсией ее причину не удалось установить в 22,57% случаев. Следует отметить, что наиболее частыми причинами заболевания были ЧМТ – 30,67%, интра/перинатальная патология – 22,62%, цереброваскулярные заболевания – 9,19%. Реже встречались такие причины как нейроинфекция – 6,96%, хронический алкоголизм – 2,7%, опухоли головного мозга(прооперированные) – 1,78%, дегенеративные заболевания нервной системы- 1,93%. Следует отметить, что как этиологический фактор эпилепсии ЧМТ преобладала среди мужчин в 34,90% случаев, у женщин в 24,35% (p=0.0001); в то время, напротив, чаще наблюдались у женщин –такие причины заболевания как нейроинфекции- 26,20%, цереброваскулярные заболевания 12,92% соответственно.

Более 53% пациентов получали монотерапию. Не получали терапию – 30,94% больных. Наиболее часто назначался карбамазепин в 56,5% случаев в средней суточной дозе 400 мг. Монотерапия вальпроатами была назначена в 20,2% случаев в средней суточной дозе 900 мг, фенобарбиталом – 15,4% случаев в средней суточной дозе 200 мг, топираматом – 4,8% случаев в дозе 75 мг, ламотриджином – 2,9% в дозе 185 мг Также изучались социальный статус и образовательный уровень пациентов. Начальное образование имели пациенты в 5,72% или были признаны необучаемыми – 4,71%. Более половины имели пациенты среднее образование в 73,43% случаев или среднее специальное образование – 11,10%, высшее – 5,04%. На момент исследования работали или учились 107 (12%) пациентов. На инвалидности находилось 369 (41,37)% пациента, при этом 117 пациентов (19,84%) были признаны инвалидами по причине эпилепсии.

Обсуждение полученных результатов.Стандартизированное по полу и возрасту значение распространенности активной эпилепсии для всей исследуемой популяции составило- 4,55 случая на 1000 человек населения, что несколько отличается от опубликованных усредненных значений распространенности эпилепсии для ряда регионов РФ - 3,4 [10] и Казахстана – 2,9 [11]. По данным Кабакова Р.А, 2002г., распространенность эпилепсии в популяции Эхирит-Буллагатского района Иркутской области составила 4,07/1000 населения [12], в Еравненском районе Республики Бурятия 5.19/1000 населения [8].

Распространенность эпилепсии в Волгоградской области среди мужчин – 3,4; среди женщин – 2,35 [13]. В развитых странах распространенность эпилепсии лежит в пределах 1,5 - 18 человек на 1000 населения, а в некоторых развивающихся странах превышает 30 [14,15]. Хотя данные о половозрастной структуре распространенности в целом отражают тенденции предшествующих публикаций [8, 11], распространенность эпилепсии среди мужчин и женщин в большинстве возрастных групп сопоставима, за исключением старших возрастных групп.

Клиническая картина эпилепсии исследуемой популяции в 75,67% случаев представлена фокальными формами. Преобладающими приступами были простые и сложные парциальные с вторичной генерализацией – 52,91%. Редкие и средней частоты приступы (1-12 приступов в год) выявлены у 38,4% пациентов, более 12 приступов в год - у 52,7%, в медикаментозной ремиссии пребывали около 9% пациентов. Представленные данные согласуются с наблюдениями российских авторов.

Доля пациентов в состоянии медикаментозной ремиссии была ниже, чем в городской местности. В сравнении с данными российских исследований, существенно меньшая доля пациентов не была охвачена терапией, при этом, в целом, эффективность лечения была достаточно низкой. Обращает на себя внимание тот факт, что в сравнении с городским населением в исследуемой популяции было существенно меньше пациентов с высшим образованием и больше с начальным, что могло сказываться в худшую сторону на соблюдении рекомендаций врача и режима терапии.

Следует отметить, что по уровню социальной активности и доле инвалидов, изучаемая популяция была сопоставима с ранее опубликованными данными о социальной активности пациентов по отдельным регионам РФ и Казахстана. Таким образом, проведенное исследование позволило получить комплексную клинко-эпидемиологическую картину эпилепсии в сельском районе Южно-Казахстанской области.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Карлов В.А. Антиэпилептические препараты и эпилептические припадки. Журн. Неврологии и психиатрии, №4, 2006, 21-26.
2. Hauser W.A., Annegers J.F., Kurland L.T.. Incidence of Epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935 - 1984. *Epilepsia*. - 1993. - Vol. 34. - P. 453 – 468.
3. Гусев Е.И., Белоусов Ю.Б., Гехт А.Б., и др. Лечение эпилепсии: рациональное дозирование антиконвульсантов; стандартные схемы, терапевтический лекарственный мониторинг, популяционное моделирование.- "Речь", С-Пб.; 2000; стр. 5-10.
4. Гусев Е.И., и др Эпилепсия - эпидемиология и социальные аспекты. Вестник Рос. акад. мед. наук. - 2001. - №7. - С. 22 – 26.
5. Карлов В.А. Современная концепция лечения эпилепсии.// Журн. Неврол. и психиатр;1999,Т. 99. №1. 56-61.
6. Commission on Classification and Terminology of ILAE. Proposal for Classification of Epileptic Seizures. *Epilepsia* 1981; 22: 489-501.
7. Commission on Classification and Terminology of ILAE. Proposal for Revised Classification of Epilepsies and Epileptic Syndromes. *Epilepsia* 1989; 30: 389-399.
8. Балханова Р.Б. «Эпидемиология эпилепсии в Республике Бурятия.», дис. к.м.н., Иркутск – 2006.
9. Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. Commission on Epidemiology and Prognosis, International League Against Epilepsy. *Epilepsia* 1993;34:592-6
10. Гехт А.Б, Мильчакова Л.Е.и др. Исследование эпидемиологии эпилепсии в РФ. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2006, Приложение № 1, стр. 3-7
11. Куралбаев К.Б. «Эпидемиология и реабилитация больных в Южном регионе Казахстана», дисс.докт.мед.наук, 1998г.
12. Кабаков Р.А. «Эпидемиология эпилепсии в Восточной Сибири.», дис. к.м.н., Иркутск – 2002.;
13. Беляев О.В., 2005, «Эпидемиология и реабилитация больных эпилепсией» (по материалам Волгоградской области., дис. к.м.н., Санкт-Петербург 2005
14. Forsgren L., Beghi E., Oun A., Sillanpaa M., The epidemiology of epilepsy in Europe - a systematic review. *European Journal of Neurology* 2005, 12: 245–253;
15. Scott R.A et.all, The treatment of epilepsy in developing countries: where do we go from here, *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (4).

УДК 616.-056.2-053.67

#### К ВОПРОСУ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ЮНОШЕЙ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ

*Н. К. Тузельбаев, А.С. Биболова, З.К. Джакипбекова, О. Ж. Ташимбетова, Ж.Е.Куттыгулова  
Международный казахско-турецкий университет им. Х. А. Ясави, г.Шымкент, Казахстан*

#### ТҮЙІН

Шымкент қаласында өндірістер шоғырланған үлкен ауданында тұратын әскер жасына жеткен жасөспірімдердің денсаулығының жағдайлары олардың әлеуметтік және қоршаған ортаға байланысты зерттелді. Нәтижесінде аурушандықтың өскені және қоршаған ортаға байланысты зерттелді. Нәтижеде аурушандықтың өскені және олардың әскерге жарамсыздығы көбейтілгені анықталған.

#### SUMMARY

In the basis of all-embracing analysis the condition of health of pre-conscription age in modern social-economic conditions in example of big industrial region of Shymkent city with the consideration of his social and ecological situation is learned, where the negative tendencies to the growth of illness are revealed, the spectrum of the leading illnesses among the youth and the lowering of fitness for military service are determined.

Состояние здоровья молодежи является одной из актуальных медико-социальных проблем национального масштаба. В последние годы это приобрело особую остроту в связи с постоянной тенденцией к ухудшению здоровья призывников, проявляющейся в снижении показателя «годные к военной службе». По оценкам ВОЗ, дети и подростки относятся к наиболее уязвимым группам, на которые приходится около 40% глобального бремени заболеваний [1,2].

Не секрет, что отношение подростков к службе в рядах Вооруженных сил и других воинских формированиях Республики Казахстан является одной из острых проблем нашего общества. Достаточно часто молодежь не только не стремится к выполнению своего конституционного долга по защите Отечества, но и просто не готова к этому физически по состоянию здоровья, что в свою очередь, вызывает ограничение резерва Вооруженных Сил РК. По статистике более 40% призывников РК страдают хроническими заболеваниями [3].

В этой связи особое внимание, как со стороны командования и руководства всех уровней, так и медицинской службы, должно уделяться состоянию и тенденциям изменения уровня заболеваемости призывников, так как они в настоящее время на обозримое будущее являются основой войск.

Традиционным и хорошо зарекомендовавшим себя способом улучшения качественного состава призывного контингента является проведение профилактических мероприятий для снижения их заболеваемости. Мероприятия должны применяться соответственно условиям конкретного региона и учитывать реально существующую социальную и экологическую обстановку.

В этой связи, нами проведено исследование, целью которого явилась разработка научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию лечебно-профилактической помощи призывникам с учетом социально-гигиенических факторов риска их заболеваемости в современных социально-экономических условиях.

Основу настоящего комплексного анализа составило изучение данных амбулаторных карт призывников и статистический отчет врачей подросткового кабинета. В исследование были включены 2433 юношей допризывного возраста 1990/1991/1992 года рождения (15-17 лет), проходившие профилактический осмотр в поликлинике МКТУ имени Х. А. Ясави г.Шымкента за период с 2007 по 2009 гг. Диагнозы выставлялись специалистами на основании клинического обследования и данных лабораторно-инструментальных исследований. Исследования проводились в течение 3-х лет, где регистрировались все данные о состоянии здоровья исследуемых, и фиксировались данные о подростках, состоящих на диспансерном учете.

Основными факторами неблагоприятно влияющими на здоровье являются: наследственная предрасположенность, условия окружающей среды, образ жизни человека, причем последний фактор составляет 50%. В результате наших наблюдений было выяснено, что 52% юношей имеют массу тела ниже нормы, но при этом 62% посещают различные секции и имеют весьма неплохие результаты. Здорового образа жизни придерживаются около 43% опрошенных, считают себя здоровыми 3%, и всего 1% считает состояние своего здоровья плохим. Курильщиками являются 45%, алкогольные напитки употребляют около 20%. Таким образом, как будто выявляется довольно благополучная картина, но при этом 68% планируют поступать в ВУЗы и всего 15% собираются отслужить в 18 лет, т.е. на службу в армию пригодны не все. В ходе исследования мы выяснили, что готовится юноша служить или нет, состояние его здоровья, большей частью зависит от существующих в реальности факторов. Из заболеваний, выявленных в ходе нашего исследования необходимо особо отметить болезни крови и кроветворных органов, в частности, железодефицитную анемию, составляющую 30%, а также воспалительные процессы ЛОР-органов 14% и 12% составляют гастриты и дуодениты, по-видимому ассоциированные с железодефицитной анемией (табл 1, рис 1).

Выявлено что, анемия является основным показателем низкого уровня питания населения, и доказывает связь с высоким уровнем заболевания желудочно-кишечного тракта. Алиментарная недостаточность среди молодежи занимает одно из ведущих мест среди негативных факторов, приводящих к заболеванию, в г.Шымкенте, как в зоне с повышенными выбросами в атмосферу промышленных заводских отходов, которые напрямую влияют на высокий показатель заболевания органов дыхания среди населения, особенно среди молодежи.

Особую значимость приобретают, в этих условиях неблагоприятные факторы окружающей среды г.Шымкента, отличающиеся повышенными выбросами в атмосферу промышленных отходов крупных предприятий, расположенных на его территории.

Таким образом, проведенный анализ заболеваний, выявленных в ходе исследования дает представление о критическом состоянии здоровья молодежи допризывного возраста, что ставит необходимость целенаправленно усилить лечебно-профилактическую помощь молодому населению, затрагивая самые приоритетные задачи медико-социальной сферы еще на амбулаторном уровне.

Таблица 1. Динамические показатели заболеваний среди юношей 15-17 лет в течение 3 лет.

Наименование классов и отдельных болезней	Шифр МКБХ по пересм	Зарегистрировано заболеваний						Состоит под диспансерным наблюдением на конец года		
		все			Диагноз установлен впервые в жизни			2007	2008	2009
Годы		2007	2008	2009	2007	2008	2009			



Всего	A00-T98	485	941	1 0 0 7	366	364	41 3	298	490	569
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма, всего	D50-D89	215	211	2 0 1	197	131	13 3	96	152	184
Эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ, всего	E00-E90	26	24	2 8	16	15	3	16	17	18
Болезни нервной системы, всего	G00-G99	28	43	5 0	21	18	19	18	20	26
Болезни глаза и его придаточного аппарата, всего	H00-H59	8	114	1 1 7	7	8	8	6	108	78
Болезни уха и сосцевидного отростка, всего	H60-H95	1	3	6	1	3	3	1	-	5
Болезни системы кровообращения, всего	I00-I99	16	33	3 8	9	18	17	5	13	16
Болезни органов дыхания, всего	J00-J99	66	207	2 1 8	34	51	94	28	42	55
Болезни органов пищеварения, всего	K00-K93	87	182	2 1 3	50	71	77	79	95	129
Болезни кожи и подкожной клетчатки, всего	L00-L99	-	6	1 1	-	5	6	-	-	4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной	M00-M99	9	29	3 7	7	11	11	5	6	12
Болезни мочеполовой системы, всего	N00-N99	24	73	7 8	19	22	39	41	34	37
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, всего	Q00-Q99	4	13	3	4	8	1	3	3	2

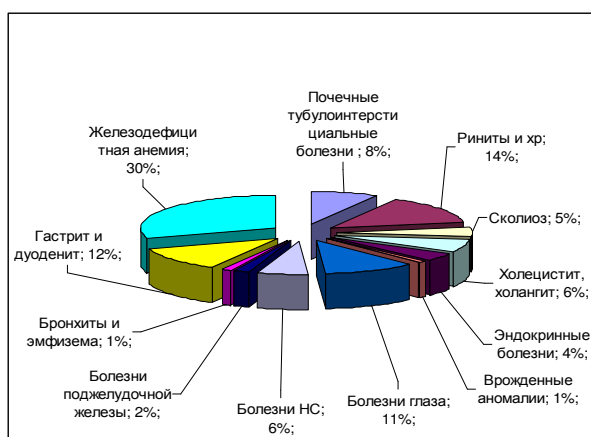


Рисунок 1. Наиболее частые заболевания выявленные у юношей 15-17 лет

Таким образом, результаты данной работы свидетельствуют о необходимости продолжения углубленного научного исследования с изучением всех параметров здоровья юношей допризывного и школьного возрастов, а также проведения лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий. Необходимо учитывать прямую связь между состоянием здоровья юношей допризывного возраста и качеством службы в Вооруженных Силах РК.

Изучение основных заболеваний юношей, выявленных в ходе настоящего исследования необходимо продолжить на всей территории Южного Казахстана, для последующего дополнения рекомендаций по устранению факторов риска (питание и физическое развитие) и охране здоровья детей и подростков.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Е.В.Ануфриева; Научное обоснование оптимизации медицинского обеспечения юношей допризывного возраста с недостаточностью питания; автореферат диссертации на соискание ученой ст. к.м.н., Екатеринбург-2009г.
2. М.М.Цветкова; Факторы риска и прогнозирование развития респираторных патологий у юношей-подростков, автореферат диссертации на соискание ученой степени к.м.н., Хабаровск-2007г.
3. Н.К.Тузельбаев, Т.О.Нускабаева; Жасөспірімдік шақтың әлеуметтік-психологиялық сипаттамасы; Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ Хабаршысы, 2006, №1 стр. 74-78.

УДК 615.9-099.039.14

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ ЭТАНОЛОМ В СОЧЕТАНИИ С ОБЩИМ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕМ ОРГАНИЗМА**

*К.С.Казбекова, Ч.А.Бекбанов, И.Т.Тулеев, Т.Н.Петрова, Г.П.Блялова  
МКТУ имени Х.А.Ясауи, г.Шымкент*

*Областной центр гипербарической оксигенации имени Т.Орынбаева, г.Шымкент, Казахстан*

**ТҮЙІН**

Бұл мақалада маскүнемдердің улануы мен суыққа жатып қалуының клиникасы мен емделуінің ерекшеліктері.

**SUMMARY**

In article hypothermia classification is given, the clinic, treatment of the given pathology against an alcoholic poisoning is described.

Актуальность проблемы. Прием очень больших доз алкоголя вызывает массивные нарушения центральной нервной системы (ЦНС) с быстрым поражением спинного и продолговатого мозга. Возникают расстройства терморегуляции, сердечной деятельности, дыхания, резко снижается болевая реакция, расслабляется мышечный тонус, угнетаются рвотный и кашлевой центры [1].

Более глубокие и стойкие изменения высшей нервной деятельности обнаруживаются у лиц, страдающих хронической алкогольной зависимостью. Это связано с ослаблением тормозного процесса, недостаточности раздражительных реакций, что выражается в нарушении подвижности этих процессов, ведущих к патологической инертности и лабильности (снижаются или совсем отсутствуют сосудистые реакции на изменения в окружающей среде)[1,2]. Известно, что период простого алкогольного опьянения после приема больших доз этанола в среднем длится от 6-7 до 12 час. Состояние же опьянения при хронической алкоголизации протекает более тяжелее и дольше, чем простое опьянение и сопровождается рядом соматоневрологических нарушений. Главное из них – расстройство координационных актов, а при углублении опьянения – автоматизированных действий (дизартрия речи, нарушение походки, усиливается головокружение, особенно в положении лежа, меняется почерк). В зависимости от состояния опьянения значительно изменяется порог действия раздражителей, притупляются обоняние, вкусовые восприятия, чувство тепла или холода, а также восприятия зрительных и слуховых раздражителей [1,4]. При длительном пребывании на холоде, особенно в сырую ветренную погоду, вследствие общего переохлаждения организма, может развиваться замерзание. По данным Г.А.Акимова (1977г.) 67,7% погибших от замерзания находились в алкогольном опьянении, а у 28,3% общее охлаждение сочеталось с физическим перенапряжением.

Особенно быстро человек замерзает в воде. Пребывание в ледяной воде в течение 30 минут -1 часа смертельно опасно, а при внезапном погружении в такую воду возможен холодовой шок. Часто сопровождается отморожением конечностей [6].

Таблица 1. Клинические проявления общего охлаждения – патологические изменения при гипотермии.

№	Степень гипотермии	Клинические проявления
1.	Адинамическая	Умеренная гипотермия, температура тела снижается до + 32°С–30°С. Пострадавший заторможен, со сниженной критикой. Речь затруднена, движения скованы, мышечная дрожь. Повышается АД, тенденция к брадикардии. Частота и глубина дыхания не изменена.
2.	Ступорозная	Значительная гипотермия. Температура тела снижается до +31°С – 27°С. Пострадавший резко заторможен, возможна утрата сознания. Зрачковые рефлексы сохранены,

		ригидность мышц. Самостоятельные движения невозможны. Характерна поза «скорчившегося человека». Кожа бледная, с мраморным рисунком. АД снижается, выражена брадикардия. ЧСС до 40 ударов в минуту, дыхание редкое, поверхностное.
3.	Судорожная	Предельная гипотермия. Температура тела ниже +27°С – 26°С. Сознание утрачено. Зрачки сужены, реакция на свет ослаблена или отсутствует. Рефлексы с верхних дыхательных путей угнетены. Судороги, тризм жевательной мускулатуры. Кожа бледная. АД не определяется. Пульс на магистральных сосудах. Тоны сердца глухие. Дыхание редкое, поверхностное, затем полное прекращение дыхания с остановкой сердечной деятельности.

Все пострадавшие независимо от степени охлаждения должны быть госпитализированы. Главным принципом лечения при общем переохлаждении является согревание. Полноценное и быстрое согревание при транспортировке трудно выполнить. Необходимо снять мокрую одежду, укутать пострадавшего теплым одеялом. Нельзя больного оставлять на улице и растирать снегом. При легкой, адинамической степени, пострадавшего надо напоить горячим сладким чаем. Не следует давать алкоголь, который способствует усилению торможения ЦНС. Введение дыхательных analeптиков (кордиамин, кофеин и др.) противопоказано, т.к. эти препараты повышают потребность организма в кислороде и могут провоцировать развитие судорог. Согревание организма также возможно в теплой ванне с постепенным повышением температуры воды.

При ступорозной степени больные госпитализируются в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), где проводится инфузионная терапия, направленная на восполнение энергетических ресурсов организма, устранение метаболического ацидоза и улучшение микроциркуляции (10% раствор Глюкозы, 4% раствор соды, Реополиглюкин, Рефортан). Вводятся растворы, подогретые до температуры тела (+38°С). При брадикардии вводится атропин (0,5 мл 0,1% раствора). Показана ингаляция кислорода. Проводится промывание желудка теплой водой до чистых вод через зонд. Теплые грелки к конечностям, подмышечным и паховым областям.

**Цель исследования:** уточнить особенности клинических проявлений больных с отравлениями этанолом на фоне переохлаждения организма

**Материал и методы.** Нами проведен анализ историй болезни больных, поступивших в областной центр гипербарической оксигенации, (ОЦГО) с явлениями острого отравления этанолом на фоне общего переохлаждения организма за 2009 год.

Поступление больных с острым отравлением этанолом в (ОЦГБО) имени Т.Орынбаева г.Шымкента продолжает быть основным – 1702 (60,03%) от всех поступивших в 2009 году – 2835 больных. Основной поток поступлений в холодное время года – с октября по март – это больные с отравлением этанолом на фоне общего переохлаждения организма. Таких пострадавших с переохлаждением организма поступило 80 человек. Что составило 2,82% от общего поступления. Из них умерло в приемном покое – 2 человека (2,5% от количества поступивших с переохлаждением). 28 больных (35%) лечилось в ОРИТ, из них умерло 3 больных (3,75%). В основном, поступали в токсикологическое отделение с улицы, как неизвестные – 64 (80%) БОМЖи, 13 из них женщины (16,25%) [5].

При оказании помощи больным с общим переохлаждением в судорожной степени проводится интубация трахеи, проводится искусственная вентиляция легких. Вводятся глюкокортикоиды (60 – 90 мг преднизолона). При резкой гипотензии показано введение вазопрессоров (дофамин). На фоне инфузии теплыми растворами (Стабизол, Полиглюкин) вводятся витамины С, В. Корректируется ацидоз. Промывание желудка через зонд после выхода из комы. Необходимо измерять ректальную температуру при поступлении и через каждые 2 часа. При отсутствии признаков дыхания и кровообращения проводится весь комплекс сердечно-легочной реанимации на фоне согревания пострадавшего [2,3].

**Выводы.** Учитывая, что в состоянии тяжелого отравления этанолом с общим переохлаждением наиболее часто поступают больные в длительном запое, БОМЖи – эта категория больных с длительным гиповитаминозом на фоне общего истощения организма наиболее уязвима в зимнее время года. Поэтому для таких больных городским властям необходимо организовывать ночлежки с горячим питанием в зимнее время года

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лужников Е.А., Костомарова Л.Г. Острые отравления/ Руководство для врачей – М., Медицина, 1989 г. 432 с.
2. Лужников Е.А., Гольфарб Ю.С., Мусселиус С.Г. Детоксикационная терапия - руководство для врачей - СПб., издательство «Лань» 2000.- 192 с.
3. Лужников Е.А. Неотложная терапия острых отравлений и эндотоксикозов – справочник – М., М., 2001 г. 304 с.
4. Е.А.Биртанов Избранные вопросы клинической токсикологии – Алматы, 2001 г., 132 с.
5. Конъюнктурный отчет ОЦГБО имени Т.О.Орынбаева за 2009 г.
6. Internet // [www.med.ru](http://www.med.ru), [www.medicina.ru](http://www.medicina.ru).

УДК 615.9-099.039.16

**КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ**

*Ч.А. Бекбанов, И.Т. Тулеев, К.С. Казбекова, А.Е. Мынбосынов, Т.Н. Петрова  
МКТУ имени Х.А.Ясауи, г.Шымкент*

*Областной центр гипербарической оксигенации имени Т.Орынбаева, г.Шымкент, Казахстан*

**ТУЙІН**

Жедел нашамен улану кезінде детоксикация және антидотты терапиядан кейін, жоғары қысымды оттегімен емдеудің, науқастарға өте пайдалы екенін корсетеді.

**SUMMARY**

Clinical experience of application of hyperbarioxygenation-therapy at poisonings with narcotic substances leads to thought on perspectivity of the specified method to patients, after active detoxication and antipoisoning to therapy.

Актуальность проблемы. В связи с либерализацией уголовного законодательства в Республике Казахстан, все чаще врачи-токсикологи стали сталкиваться с тяжелыми случаями отравлений наркотическими веществами. Наркотические анальгетики воздействуют на специальные «опиатные» рецепторы, которые обычно реагируют на эндогенные вещества: эндорфины - полипептиды, вырабатываемые в гипофизе и гипоталамусе, и на энкефалины - пентапептиды, являющиеся медиаторами нервных импульсов [1].

Существуют 4 типа «опиатных» рецепторов, локализованных преимущественно на пресинаптических окончаниях аксонов других нейронов, их возбуждение тормозит освобождение из аксонов медиаторов (ацетилхолина, норадреналина, дофамина, серотонина, ГАМК и др.), что и является причиной модулирующего влияния эндо- и экзогенных опиатов на функцию центральной и периферической нервной системы [1]. Разные наркотические анальгетики неодинаково влияют на названные 4 типа «опиатных» рецепторов, поэтому в их эффектах есть различия.

С позиции токсиколога наркотические анальгетики по их фармакологическому профилю можно разделить на 3 группы: Агонисты опиатов: морфин и другие полные агонисты.

Препараты смешанного действия (т.е. агонисты-антагонисты, или частичные антагонисты): налорфин, пентазоцин и др. Полные антагонисты опиатов: налоксон, налтрексон и др.

При всех степенях тяжести отравление препаратами первой группы вызывает развитие типичного «холинергического» синдрома. Проявление этого синдрома (миоз, гипергидроз, депрессия дыхания, снижение моторики кишечника) обусловлены стимуляцией  $\mu$ -рецепторов. За счет активации  $\mu$ -рецептора также развиваются анальгезия и эйфория. В основном отравления препаратами этой группы происходят при введении подростками «черного» героина.

Отравления препаратами второй группы, которые взаимодействуют с  $\kappa$ -рецепторами (налорфин, пентазоцин, буторфанол и др.), сопровождаются развитием менее выраженного миоза и меньшим угнетением дыхания, по сравнению с  $\mu$ -агонистами. Введение этих соединений также вызывает развитие анальгезии, однако, вместо эйфории эти вещества могут вызывать дисфорию и даже психотомиметические эффекты. Тем не менее основные черты «холинергического» синдрома у таких больных выявляются, однако, психотомиметическое действие не устраняется введением налоксона и требуют назначения антипсихотических средств.

Отравление веществами, которые взаимодействуют с  $\delta$ -рецепторами, вызывают развитие анальгезии. Их введение сопровождается усилением побуждений, иногда развитием возбуждения. Таким образом, препараты 3-й группы оказывают различное влияние на поведение подростков. Эти особенности действия важно учитывать при проведении дифференциальной диагностики отравлений и оказания медицинской помощи. Здесь важно динамическое наблюдение за больным, с целью выявления трансформации «холинергического» синдрома в другие автономные синдромы, особенно в тех случаях, когда у больных нет нарушений дыхания.

В механизме развития токсического действия при введении наркотических анальгетиков большое значение имеют 2 фактора: загрязнение раствора наркотика в процессе его приготовления и очистки (частицами жира, волокнами ткани, растворителем и т.д.), и комбинированным применением наркотических анальгетиков с другими психотропными средствами (бензодиазепинами, амфетаминами, антихолинергическими соединениями) [2].

Токсические добавки, применяемые с целью усиления действия героина (или с целью обмана покупателя), такие как амфетамины, депримирующие средства, антигистаминные препараты (или такие как хинин, тальк, таллий, мел, стрихнин) осложняют течение интоксикации, равно как и течение героинового абстинентного синдрома (ГрАС) и вызывают развитие атипичного ГрАС. В таких ситуациях помимо разнообразия в действии самих наркотических анальгетиков, клиническая картина отравления усложняется за счет психотропных (и других) эффектов второго соединения [2].

Основным проявлением интоксикации наркотическими анальгетиками является угнетение функции большинства отделов ЦНС (исключением являются центр глазодвигательного нерва и некоторые вегетативные центры), освобождение гистамина в тканях и понижение окислительных процессов.

Нарушение дыхания является ведущим симптомом, оно определяет тяжесть интоксикации и появление других симптомов. Уменьшение числа дыханий (до 10 в мин и меньше) может сменяться периодами апноэ. Одновременно уменьшается и глубина дыхания, что приводит к гипоксемии, гипоксии и даже к аноксии. Одной из причин угнетения дыхания является понижение чувствительности сосудистых рецепторов и дыхательного центра к углекислоте, в результате ее концентрация в крови возрастает и развивается дыхательный ацидоз. Повышение концентрации углекислоты в крови приводит к расширению мозговых сосудов, повышению их проницаемости и внутричерепного давления, а в тяжелых случаях – к отеку мозга и его «вклиниванию».

Нарушения дыхания становятся еще большими, если у больного, в связи с освобождением повышенных количеств гистамина, происходит спазм бронхов и усиливается бронхиальная секреция. При длительной гипоксии к дыхательному присоединяется и метаболический ацидоз, нарушается электролитный баланс, развивается отек легких и мозга. Появляются признаки энцефалопатии; гиперкинезы в ранние сроки и паралич в поздние сроки интоксикации.

Отек легких является сравнительно частым осложнением тяжелых отравлений наркотическими анальгетиками. Он является следствием гипоксии и повышенной проницаемости сосудов, связанной с влиянием на них гистамина и самих анальгетиков [4]. Поэтому нормализация снабжения кислородом и восстановление нормального напряжения кислорода в тканях – одно из главных задач токсикологической реаниматологии [3], а в ликвидации гипоксических состояний гипербарическая оксигенация (ГБО) заняла прочное место в арсенале лечебных средств, применяемых в токсикологии [2]. Существенным недостатком всех опубликованных работ в отечественной и зарубежной медицинской литературе является абсолютное игнорирование стадий токсического процесса при назначении ГБО-терапии: токсигенной, когда яд циркулирует в крови; и соматогенной, когда токсического агента в крови нет. Между тем стадия отравления в большинстве случаев имеет первостепенное значение в установлении показаний к проведению ГБО и обуславливает степень ее эффективности. Кроме того, одним из существенных недостатков является неправильный выбор ГБО [3].

Цель исследования: изучение эффективности ГБО в комплексной терапии у больных с наркотическими отравлениями.

Материал и методы. За 10 лет (1999-2009гг.) в токсикологическое отделение Областного центра гипербарической оксигенации (ОЦГБО) имени Т.Орынбаева поступило 23 714 больных, из них 256 больных с клиникой острого отравления наркотическими веществами (1,07%) [6]. Большинство из них поступала в первые часы 220 (85,93%) больных; от 6 часов до 24 часов – 25 больных (9,76%); малое количество больных позже, т.е. более суток – 11 (4,29%). От общего числа всех отравленных наркотическими веществами 205 – взрослые (80,07%); 46 больных – подростки (17,96%); и 17 – дети до 14 лет (6,64%). Превалирует поступление больных мужского пола против женского почти в 5 раз (205 : 51 соответственно) [6]. Если раньше основную массу больных составляли городские жители, то в последнее время отмечается нарастание сельских жителей, что говорит опять о либерализации уголовного законодательства; и явления цивилизации, большая информативность и доступность приобретения наркотических веществ не только на «черном рынке», но и через Интернет [7]. Нами пролечено 132 больных, что составляет 51,56% от общего количества больных с отравлениями наркотическими веществами. Остальные 124 больных составили контрольную группу имели противопоказания к применению гипербарической оксигенации (ГБО).

В лечебные мероприятия наряду с общепринятыми методами детоксикации (регулируемая ИВЛ, антидотная терапия, желудочный диализ, форсированный диурез и др.) мы включили экстренные сеансы ГБО после активной детоксикационной терапии. ГБО-сеансы проводились в конце токсигенной стадии отравления когда активные методы детоксикации уже необязательные или в раннем соматогенном периоде для ликвидации гипоксии, связанной с токсическими последствиями наркотических веществ. Указанным больным проведено 272 сеанса ГБО в режимах 0,6-1,0 ати продолжительностью по 40-60 минут в зависимости от выраженности интоксикации, общего состояния и гемодинамических показателей больного, т.е. индивидуальный подход к каждому больному.

Результаты исследования и обсуждение. Эффективность ГБО судили по изменению окраски кожных покровов, гемодинамических показателей, двигательной активности, восстановлению сознания, суточного диуреза с определением отравляющего компонента в моче [5]. После применения ГБО-терапии на фоне общепринятой детоксикационной и антидотной терапии (налоксон) общее состояние, гемодинамические показатели, сознание больных быстро восстанавливались, явления энцефалопатии купировались раньше (средняя длительность койко-дней 3,3), чем у больных получавших терапию без ГБО (средняя длительность койко-дней – 6,2).

Таким образом, клинический опыт применения ГБО-терапии при отравлениях наркотическими веществами приводит к мысли о перспективности указанного метода больным, после активной детоксикационной и антидотной терапии. Средняя продолжительность пребывания больного уменьшилась в 1,8 раза. Однако необходима дальнейшая разработка данного метода терапии (сроки использования, режимы ГБО); которая позволила бы уменьшить летальность и другие осложнения, нередко возникающие при

отравлениях наркотическими веществами. В этом направлении планируется экспериментальная и клиническая работы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лужников Е.А., Костомарова Л.Г. Острые отравления – руководство для врачей – М., Медицина, 1989 г. 432 с.
2. Лужников Е.А., Гольфарб Ю.С., Мусселиус С.Г. Детоксикационная терапия - руководство для врачей - СПб., издательство «Лань» 2000.- 192 с.
3. Лужников Е.А. Неотложная терапия острых отравлений и эндотоксикозов – справочник – М., М., 2001 г. 304 с.
4. Е.А.Биртанов Избранные вопросы клинической токсикологии – Алматы, 2001 г., 132 с.
5. Исаков Ю.В., Ромасенко М.В., Юфит И.С и др. Гипербарическая оксигенация при неотложных состояниях – М., М., 1988 г., 428 с.
6. Конъюнктурные отчеты ОЦГБО имени Т.О.Орынбаева за 1999-2009 гг.
7. Internet // [www.med.ru](http://www.med.ru), [www.medicina.ru](http://www.medicina.ru).

УДК 615.9-099.039.15

#### КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ДЕТЯМ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Ч.А. Бекбанов, К.С. Казбекова, И.Т. Тулеев, Т.Н. Петрова, А.С. Биболова  
МКТУ имени Х.А. Ясави, г. Шымкент*

*Областной центр гипербарической оксигенации имени Т.Орынбаева, г. Шымкент, Казахстан*

#### ТҮЙІН

Бұл мақалада балалардың әр түрлі патологияларында жоғары қысымды оттегімен емдеудің әдістерін қолдану тақырыбы қамтылған. Көп жылғы жұмыс нәтижелері интенсивті терапия және экстракорпоральді детоксикация әдістерімен қоса жоғары қысымды оттегімен емдеу қолдану балаларда өте жақсы нәтиже беретіндігін көрсетеді.

#### SUMMARY

In given article the technique of carrying out hyperbaric oxygenation to children with the various pathology is described, the collected experience of application of HBO-therapy in a combination to methods intensive therapy and extracorporeal shows to a detoxication efficiency of application HBO at the children's population

Актуальность проблемы. Клинические успехи от применения гипербарической оксигенации (ГБО) при лечении различных заболеваний у взрослых создали предпосылки для исследования ее эффективности в педиатрической практике. В первую очередь этот метод начали применять для лечения асфиксии новорожденных. Практически одновременно разрабатывались вопросы клинического использования ГБО в детской хирургии и реаниматологии (Байдин С.А., Исаков Ю.Ф., Михельсон В.А., Анохин М.И. и др.). В настоящее время накоплен значительный опыт использования ГБО в комплексном лечении различных патологических состояний у детей. Разработана методика и определена эффективность этого метода при наиболее тяжелых заболеваниях детского организма.

С включением ГБО в комплекс проводимой терапии удалось улучшить результаты лечения и снизить летальность при лечении детей с тяжелыми формами хирургических осложнений (перитонит, послеоперационный сепсис), с тяжелыми хирургическими заболеваниями (остеомиелит, флегмона новорожденных, язвенно-некротический энтероколит). ГБО зарекомендовала себя как высокоэффективный метод лечения после пластических операций на органах брюшной полости, при скальпированных ранах и других травматических повреждениях. При различных реанимационных состояниях у детей, связанных с остановками сердца и дыхания, с развитием отека головного мозга, острой почечно-печеночной недостаточностью различного генеза, ГБО имеет подчас решающее значение. Также применению ГБО в детской оториноларингологии (нейросенсорная тугоухость), в детской гепатологии (тяжелые формы вирусного гепатита), в неонатологии (гемолитическая болезнь новорожденных), детской нейрохирургии (ЧМТ).

Методика подготовки и проведения сеанса ГБО у детей. Подготовка детей к сеансам ГБО. Эта подготовка имеет принципиально важные особенности, связанные с анатомо-физиологическим и психическим развитием ребенка. Все больные перед помещением в барокамеру должны быть осмотрены оториноларингологом для выявления возможных отитов, синуситов, которые у детей часто протекают скрыто или под маской интеркуррентных заболеваний. Опасность развития баротравмы придаточных пазух носа и среднего уха у детей меньше, чем у взрослых. Связано с анатомо-физиологическими особенностями детей: во-первых, слуховые (евстахиевы) трубы относительно более короткие и широкие, поэтому процесс компенсации давления в полости среднего уха происходит гораздо легче. Во-вторых, придаточные пазухи носа не выражены и развиваются как газосодержащие полости только к четвертому году жизни.

В то же время слизистая оболочка носа и слуховых труб чрезвычайно гидрофильна и подвержена отеку, что может обуславливать развитие баротравмы среднего уха. Опасность развития баротравмы среднего уха и придаточных пазух носа у детей с возрастом увеличивается.

Для профилактики возможных осложнений у больного со стороны ЛОР-органов перед каждым сеансом обязательно закапывают в нос детям от 1 года назначают по 1–2 капли 0,05% или 0,025% раствора нафазолина (нафтизин, аллерест, имидин, санорин, Ак-Кон).

При наличии ринитов, синуситов, тубоотитов (евстахиитов) в случае необходимости проведения ГБО-сеансов по жизненным показаниям целесообразно смазывать носовые ходы раствором адреналина (ультракаин Д-С, ультракаин Д-С форте) 1:1000. Такая манипуляция достаточно эффективна и позволяет при необходимости проводить ГБО-сеансы у больных с сопутствующими воспалительными заболеваниями придаточных пазух носа. Парацентез барабанной перепонки показан только в единственном случае – диагностированный отит, для проведения ГБО-сеанса по жизненным показаниям. Детей более старшего возраста целесообразно обучить так называемому «самопродуванию ушей». Сеанс ГБО проходит спокойнее, если во время него больному дают сосать леденец, а детям раннего возраста – соску.

Одной из существенных особенностей организма новорожденного и ребенка раннего возраста является несовершенство механизмов терморегуляции. Это часто приводит к перегреванию или переохлаждению ребенка. Помещение его в барокамеру в большом количестве пленок или хлопчатобумажных одеял может приводить к нарушению нормальной циркуляции газа и перегреву ребенка. Наличие гипертермии ведет к беспокойству больных, значительно снижает эффективность ГБО, а также усиливает токсический эффект кислорода. Это можно связать с тем, что перегрев ребенка в барокамере препятствует проявлению такого защитно-регуляторного механизма, как гипероксическая вазоконстрикция. Поэтому при подготовке ребенка к сеансу ГБО необходимо предварительно купировать имеющуюся у больного гипертермию введением антипиретиков. В барокамеру ребенка помещают легко одетым, чтобы не мешать нормальной циркуляции кислорода.

При проведении ГБО у новорожденных следует учитывать режим кормления, сразу после кормления не желательно брать на сеанс, т.к. возможное срыгивание заставит прервать дальнейшее проведение ГБО. Правильнее сеанс ГБО начинать через 15-20 мин после кормления. Большие сложности возникают при проведении сеансов ГБО детям 2-5 лет, т.к. сильно развит негативизм по отношению к любым лечебным вмешательствам, особенно если они проводятся в непривычных условиях. Необходимо заблаговременно наладить контакт с ребенком, демонстрация проведения сеанса у другого больного.

Дети должны пред сеансом одеты в х/б пижаму и шапочку или завернуты в х/б пеленки. Эта одежда должна храниться в отделении ГБО, в условиях, которые полностью исключают контакт с мазевыми лекарственными средствами. У детей с перитонитами или другими заболеваниями желудка и кишечника, целесообразно провести введение желудочного зонда и промывание желудка с последующим оставлением зонда для декомпрессии. Перед сеансом ГБО все дренажи у больных должны быть открыты.

Особое внимание необходимо уделять подготовке предварительно интубированных больных. Для предупреждения возможного закусывания эндотрахеальной трубки следует интубировать больного чрез нос или вставить между зубами больного кляп. Также перед сеансом ГБО необходимо провести тщательный туалет трахеобронхиального дерева для предотвращения возможной обтурации трубки секретом во время сеанса. При использовании трубок с надувной манжетой, манжету заполняют физиологическим раствором, а не воздухом как в обычных условиях.

Всестороннее обследование больного помогает выбрать более рациональную премедикацию и режим ГБО. Например, при спазме мозговых сосудов в премедикацию целесообразно включить 2% раствор папаверина в возрастной дозировке. При тяжелых гиповолемических нарушениях необходимо обращать внимание на восполнение дефицита ОЦК. При дефиците ОЦК около 25% без своевременного его восполнения сеанс ГБО может быть не эффективным. Идеально сочетание: восполнение ОЦК на фоне проведения ГБО.

Премедикация. Целью является профилактика токсического действия гипербарического кислорода, достижение седативного эффекта у возбужденных и эмоционально лабильных детей.

У детей, находящихся в удовлетворительном или среднетяжелом состоянии, целесообразно использовать для премедикации 2,5% раствор аминазина внутримышечно из расчета 0,1 мл/год жизни. Этот препарат дает стойкий седативный эффект, подавляет рвотный рефлекс, обладает выраженным аденолитическим действием, уменьшает риск кислородного отравления.

У беспокойных детей в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, с выраженным болевым синдромом целесообразно использовать для премедикации 2% раствор промедола в возрастных дозировках (детям старше 3-х лет) или 20% раствор ГОМКа (оксибутират натрия). Достаточный седативный эффект от применения ГОМКа в дозе 80 мг/кг массы тела в первые два сеанса ГБО. При последующих сеансах на фоне нормализующегося кровообращения и привыкания к препарату требуется более высокие дозировки ГОМК – до 100мг/кг.

У септических больных, а также в тех случаях когда предполагается использовать высокое давление (1,0–1,2 ати) целесообразно в премедикацию включить 5% раствор унитиола из расчета 0,1 мл/кг подкожно. Как донатора SH-групп можно рассматривать как средство против всех процессов, сопровождающихся



дезактивацией ферментов, содержащих SH-группы (сепсис, кислородная интоксикация). Больным, получающих кортикостероиды, препарат следует вводить перед сеансом ГБО. В противном случае стрессорное воздействие гипербарического кислорода может привести к явлениям надпочечниковой недостаточности. У больных с клиникой отека головного мозга и спазмом церебральных сосудов в премедикацию целесообразно включить введение 2% раствора папаверина в возрастной дозировке.

Проведение сеанса ГБО. Компрессия – чрезвычайно ответственный момент проведения сеанса. Во время его выявляются все дефекты, допущенные при подготовке больного к сеансу ГБО. Наличие дискомфорта у ребенка во время компрессии может привести к необходимости прерывания сеанса ГБО. При возникновении выраженного психоэмоционального беспокойства, жалобах на боли в ушах компрессию необходимо остановить и при отсутствии положительной динамики следует приступить к медленной декомпрессии. Сеанс ГБО при беспокойстве ребенка проводить нельзя, т.к. это в значительной степени снижает эффект ГБО-терапии и усиливает токсический эффект высоких концентраций кислорода. Требуется улучшить премедикацию.

Скорость компрессии для детей раннего и старшего возраста не должна превышать 0,1 кгс/см<sup>2</sup> в мин. Продолжительность компрессии может быть увеличена из-за индивидуальной реакции ребенка на изменение барометрического давления. Если ребенок проявляет признаки беспокойства, компрессию целесообразно проводить «ступенчато», приблизительно с 3-х минутными перерывами. «Площадки» на 0,2–0,4–0,6 ати или на тех режимах, на которых отмечалось беспокойство (также проводить требуется и декомпрессию). Такая тактика обеспечивает лучшую адаптацию ребенка к изменяющемуся давлению и позволяет успешно закончить компрессию на заданном режиме. Изопрессия – у тяжелобольных детей наиболее безопасным и эффективным уровнем используемого давления является 0,4–0,6 ати. Такой режим желателен проводить детям с вяло гранулирующими ранами, трофическими язвами, после кожно-пластических операций, нетяжелых флегмонах новорожденных.

У больных в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, вызванном гнойно-септическими заболеваниями (перитонит, остеомиелит, язвенно-некротический энтероколит, флегмоны), желателен использовать 0,6–0,8 ати. Этот уровень не только стимулирует иммунологическую активность, но и начинает оказывать бактериостатическое воздействие на *St.aureus*, синегнойную палочку и некоторые другие виды бактериальной флоры. Больным после пластических операций на кишечнике без септических осложнений считается оправданным использование давления 0,4 ати. При наличии септических осложнений – 0,6-08 ати. Продолжительность изопрессии при давлении 0,4–0,6 ати – 40-45 мин. При более высоких режимах давления – 30-35 мин.

Декомпрессия – этап чрезвычайно ответственный, т.к. больному приходится реадаптироваться к дыханию воздухом. Скорость обычной декомпрессии не должна превышать 0,1 кгс/см<sup>2</sup> в мин. Детей старшего возраста требуется предупредить о том, что дыхание во время декомпрессии задерживать нельзя. У больных с резко выраженной гипоксией (дети с легочной патологией, дети перенесших реанимационные мероприятия) декомпрессия может вызвать ухудшение состояния, в связи с чем скорость декомпрессии необходимо снижать до 0,02-0,03 кгс/см<sup>2</sup> в мин. Такая же скорость декомпрессии необходимо придерживаться детям после пластических операций на передней брюшной стенке, с опасностью эвентрации кишечника. Это обусловлено с тем, что при обычной скорости декомпрессии увеличивающийся объем кишечных газов приводит к повышению внутрикишечного давления и перерастяжению брюшной стенки. Детям, которые самостоятельно дышат через эндотрахеальную трубку или трахеостомическую канюлю время декомпрессии должно быть увеличено, в противном случае даже частичная обтурация интубационной трубки содержимым трахеобронхиального дерева может привести к баротравме легкого.

Частота проведения сеансов. У большинства больных достаточно проведения 1 сеанса в сутки. Но при обширных и загрязненных ранах, тяжелых циркуляторных нарушениях в области конечностей (различного рода сдавливания и странгуляции) в первые сутки необходимо проведение 3-4 сеансов ГБО в первые сутки, с последующим уменьшением до одного сеанса ГБО к третьим суткам. На курс требуется 6-12 сеансов ГБО. Детям с тяжелыми септическими состояниями, больным, оперированным на органах брюшной полости, необходимо проведение в первые сутки 2-3 сеансов ГБО, в последующем – по 1 сеансу в день. Положительный эффект проявляется, как правило ко 2-му сеансу. У детей после клинической смерти с тяжелыми гипоксическими нарушениями максимальный положительный эффект наступает при использовании 2-3 сеансов ГБО в первые сутки с давлением 0,6-0,8 ати. На курс требуется 8-10 сеансов. Аналогичная тактика детям с клиникой острых отравлений.

Мониторинг – у детей, особенно младшего возраста, в условиях ГБО является обязательным. Только на основании данных постоянного мониторингового контроля можно вносить определенные коррективы в применяемые режимы ГБО. Ребенку как минимум требуется регистрация стандартных отведений ЭКГ. Применение ГБО детям с легочной патологией находится в центре внимания многих исследователей и считается наиболее дискуссионным.

Согласно последним данным, применение ГБО целесообразно у детей со следующей патологией органов дыхания: бактериальная деструкция легких; аспирационная пневмония; вторичная токсическая пневмония; если тяжесть их сопряжена с тяжелой гипоксией. У таких больных ГБО направлена на купирование гипоксических и метаболических нарушений жизненно важных органов. Показатели легочного кровотока



имеют положительную динамику с нормализацией к концу 3-4 сеанса. Без применения ГБО легочной кровотоков у аналогичных больных нормализуется, по данным Е.В.Неудахина, к 10-14-м суткам. В тоже время длительные курсы ГБО чреватые развитием токсического действия кислорода на легкие. Степень развития токсического действия кислорода на легкие у больных острой пневмонией находится в обратно пропорциональной зависимости от глубины гипоксии. Токсическое действие кислорода на легкие у детей с легочной патологией начинает нарастать после 3-го сеанса, которое купировалось после прерывания сеансов ГБО через 1,5-2 суток.

Для защиты легких от кислородного повреждения применяется спонтанное дыхание под постоянным положительным давлением в дыхательных путях (СДППД). По данным многочисленных авторов сочетание СДППД и ГБО позволяет избежать нарушений механики дыхания, обычно усиливающие к 3-му сеансу ГБО и обеспечивает более длительный и стойкий эффект. Артериальное PO<sub>2</sub> после сеанса, 123,7±1,9 мм рт.ст., а без применения СДППД 72,6±3,3 мм рт.ст. При невозможности совместного проведения ГБО и СДППД последнее необходимо назначить сразу после сеанса ГБО, причем у детей с тяжелой гипоксией начинать СДППД необходимо как можно раньше, используя ингаляцию 100% кислородом. Затем в течение 2-3 часов концентрацию кислорода снижают до уровня, обеспечивающего нормальное напряжение кислорода в артериальной или артериализированной капиллярной крови.

Т.о. оптимальным рабочим давлением детей с легочной патологией следует считать 0,4-0,6 ати в течение 45 минут с последующей медленной, плавной декомпрессией в течение 25-30 минут. Курс лечения – 3-4 сеанса ГБО. Если во время ГБО проводится профилактика токсического эффекта кислорода при помощи СДППД, то количество сеансов на курс можно увеличить до 8 сеансов ГБО. Повторные курсы ГБО желательно назначать не ранее чем через 48 часов. Дети с пневмотораксами и пиопневмотораксами применение ГБО только при возможности осуществления в барокамере дренирования специальным аспиратором. Применение ГБО детям с тяжелыми хирургическими заболеваниями. Эффективность применения ГБО детям с тяжелыми хирургическими заболеваниями в первую очередь зависит от срока ее начала. Чем раньше применяется ГБО, тем ярче эффект, и наоборот, позднее применение ГБО в острых ситуациях является уже актом отчаяния и, как правило, бесперспективно.

У детей с тяжелыми гнойно-септическими состояниями (перитонит, язвенно-некротический энтероколит, флегмона новорожденных, остеомиелит) положительный эффект проявляется входе первого сеанса. По сравнению с исходными данными достоверно отмечалось урежение частоты сердечных сокращений на 25±4,3% и дыхания на 27±7%. Дети становились более активными. У детей с перитонитами приблизительно в 2 раза быстрее восстанавливается нормальная перистальтика кишечника, уменьшается токсикоз. Летальность снижается в 1,5 раза, причем чем раньше начата ГБО-терапия, тем меньше летальность и количество осложнений, соответственно уменьшается и койко-день в ОРИТ и стационаре соответственно в 1,6 и 1,2 раза. Снижается количество релапаротомий в 5,3 раза.

Таблица №1. Сравнительная оценка эффективности применения ГБО-терапии у детей с аппендикулярным перитонитом в послеоперационном периоде.

Показатели	Срок нормализации, дни	
	с ГБО	без ГБО
Исчезновение интоксикации	3	5
Нормализация волевических расстройств	4	6
Нормализация температуры	4	6
Нормализация ЧСС	4	6
Нормализация ЧД	4	6
Восстановление перистальтики кишечника	2	5
Восстановление мочевыделения	2	5

По данным российских ученых отмечается высокая эффективность применения ГБО-терапии детям с язвенно-некротическим энтероколитом.

Таблица №2. Сравнительная оценка эффективности применения ГБО-терапии у новорожденных с язвенно-некротическим колитом.

Показатели	Срок нормализации, дни	
	с ГБО	без ГБО
Восстановление перистальтики кишечника	4	7
Нормализация кала	5	8
Перевод на энтеральное питание	5	8
Улучшение общего состояния	5	8

Применение ГБО детям с флегмонами новорожденных в первые сутки заболевания позволяет иногда полностью остановить развитие воспалительного процесса, не прибегая к хирургическим методам лечения. При применении ГБО в более поздние сроки прерывается дальнейшее распространение процесса, активизируется

дренажная функция насечек, проводимых при хирургической обработке, способствует снижению интоксикации.

Опыт применения ГБО-терапии в ЦГБО имени Т.О.Орынбаева показывает положительный результат у детей, оперированных по поводу кишечной непроходимости. С первых же сеансов удавалось справиться с послеоперационным парезом кишечника.

Отмечается успешное применение ГБО-терапии у детей в коматозном состоянии с тяжелыми гипоксическими нарушениями. Особенно при правильном подобранной премедикации (при гипертонусе мозговых сосудов ГБО-терапия малоэффективна).

Применение ГБО-терапии детям с острыми отравлениями. Широкое применение лекарственных средств современной практической медицины создает условия для острых отравлений в результате самолечения и попыток самоубийства. Медикаментозные отравления занимают одно из ведущих мест среди больных с разно-образными видами отравлений. Более четверти всех отравлений составляют комбинированные отравления на фоне приема алкоголя или приема с ними других токсических веществ.

В клинической токсикологии встречаются все типы и формы гипоксии, а дыхательная недостаточность во многих случаях бывает основой развития критических состояний. Поэтому нормализация снабжения кислородом и восстановление нормального напряжения кислорода в тканях – одно из главных задач токсикологической реаниматологии (Е.А.Лужников и соавт., 1989), а в ликвидации гипоксических состояний гипербарическая оксигенация (ГБО) заняла прочное место в арсенале лечебных средств, применяемых в токсикологии. Существенным недостатком всех работ в отечественной и зарубежной литературе является абсолютное игнорирование стадий токсического процесса при назначении ГБО: токсикогенной, когда токсическое вещество циркулирует в крови; и соматогенной, когда яда в крови нет. Между тем стадия отравления в большинстве случаев имеет первостепенное значение в установлении показаний к проведению ГБО и обуславливает степень ее эффективности. Кроме того, одним из существенных недостатков являются режимы ГБО.

За последние три года в токсикологическое отделение ЦГБО имени Т.Орынбаева г. Шымкента поступили 4722 больных, из них 1172 больных с медикаментозными отравлениями (24,8%). Большинство больных поступало в стационар в первые часы (60,8%), 1/3 часть от 6 до 12 часов с момента отравления (32,6%), и малое количество больных позже, т.е. более суток (6,6%). От общего числа всех отравленных медикаментами 706 человек – взрослые (60,3%), 245 человек – подростки (20,9%) и 211 – дети до 14 лет (18,8%).

В лечебные мероприятия наряду с общепринятыми методами детоксикации (антидотная терапия, повторные промывания желудка, очищения кишечника, форсированный диурез, ноотропы, витаминотерапия и др.) мы включили экстренные сеансы ГБО после активной детоксикационной терапии. Сеансы ГБО проводились в конце токсикогенной стадии отравления, когда активные методы детоксикации уже необязательны или в ранней соматогенной стадии для ликвидации гипоксии, связанной с токсическими последствиями отравляющих медикаментов. ГБО применялась детям с отравлениями психотропными, гипотензивными, противовоспалительными, жаропонижающими препаратами, а также больным с полимедикаментозными отравлениями. Указанным больным использованы 625 сеансов ГБО в режимах 0,4–0,8 ати продолжительностью по 40–60 минут в зависимости от выраженности интоксикации, общего состояния и гемодинамического показателя больного.

Эффективность ГБО-терапии судили по изменению окраски кожных покровов, гемодинамических показателей, двигательной активности, восстановлению сознания, суточного диуреза с определением отравляющего компонента в моче. После применения ГБО-терапии на фоне общепринятой детоксикационной терапии общее состояние, гемодинамические показатели, сознание больных быстро восстанавливались, явления энцефалопатии купировались раньше (средняя длительность койко/дней 3,7), чем у больных получавших терапию по общепринятой методике без ГБО, (контрольная группа 130 человек, средняя длительность койко/дней 5,2).

Таким образом, клинический опыт применения ГБО-терапии при медикаментозных отравлениях у детей приводит к мысли о перспективности указанного метода пострадавшим, после активной детоксикационной терапии. Средняя продолжительность пребывания больного уменьшилась в 1,4 раза. Однако, следует подчеркнуть, что применять ГБО у больного с отравлениями можно лишь только в том случае, когда врач хорошо представляет себе пути метаболизма данного яда в гипероксической среде. В противном случае гипербарический кислород может вызвать «летальный синтез» и усугубить тяжесть состояния ребенка.

Наилучший эффект применение ГБО наблюдается у детей с отравлениями окисью углерода и метгемоглобинообразователями. ГБО дает возможность в течение первого же сеанса вывести детей с отравлением окисью углерода из состояния тяжелой гипоксии, особенно если проводить в сочетании с цитохромом С.

Заключение. В ЦГБО имени Т.О.Орынбаева разработана и внедрена методика проведения детоксикационной терапии в сочетании ГБО, а также продленные сеансы в условиях барокомплекса «Арысь-МТ». Собранный опыт применения ГБО-терапии в сочетании с методами интенсивной терапией и экстракорпоральной детоксикации показывает эффективность применения ГБО не только у взрослого населения, но и у детского.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Комаров Д.Д., Лужников Е.А., Шиманко И.И. Хирургические методы лечения острых отравлений - М., Медицина, 1981.- 283с.

2. Кузьменко А.П., Зайцев В.Е., Буланов Н.А. Опыт применения ГБО у детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. //Тезисы шестого Всероссийского съезда анестезиологов, М.-1998.- С.144.
3. Косоногов Л.Ф., Шаповалова Н.В., Струков М.А., Косоногов Ю.Л., и др. Вспомогательное кровообращение, эфферентная детоксикация и гипербарическая оксигенация при лечении экзотоксического шока. //Анестезиология и реаниматология.- 1995.- №3.- С. 26-29.
4. Лужников Е.А., Гольфарб Ю.С., Мусселиус С.Г. Детоксикационная терапия - руководство для врачей - СПб., издательство «Лань» 2000.- 192 с.
5. Петровский Б.В., Ефуни С.Н. Руководство по гипербарической оксигенации.- М., 1986.- С.344.
6. Петровский Б.В. и Ефуни С.Н. Основы гипербарической оксигенации, М., 1976.
7. Конъюнктурные отчеты ОЦГБО имени Т.О.Орынбаева за 2007-2009 гг.
8. Internet // [www.med.ru](http://www.med.ru)., [www.gbo.med.ru](http://www.gbo.med.ru)., [www.medicina.ru](http://www.medicina.ru).

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*А.А. Бермагамбетова*  
*Областная больница, Атырау*

### ТҮЙІН

Инсульттің емдеуінде клиникалық әсер етулердің ерекшеліктеріне арна жұмысы, сонымен бірге кедергілердің профилактикасында негізгі бағыттарға сусамырдың инсульт өткерген 1 және 2 түрі бар емделушілерінде.

### SUMMARY

Peculiarities of clinical manifestations of stroke in patients with diabetes Bermagambetova AA Regional Hospital, Atyrau. Work is devoted to the peculiarities of clinical manifestations and treatment of stroke, as well as major destinations in the prevention of complications in patients with type

Известно, что СД представляет собой один из ведущих независимых факторов риска развития острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). В Атырауской области заболеваемость инсультом у мужчин, болеющих СД, в 1,5-4 раза, а у женщин – в 2-6 раз выше, чем у лиц аналогичного возраста, не страдающих диабетом. У больных СД старше 65 лет инсульт является вторым по частоте встречаемости осложнением заболевания.

Популяционный риск инсульта, обусловленный СД (то есть число случаев инсульта, которые можно было бы предотвратить при возможности полного излечения диабета), составляет 18% у мужчин и 22% – у женщин [1]. С другой стороны, распространенность СД среди пациентов с ОНМК составляет 11-43%, что существенно превышает соответствующие показатели частоты встречаемости диабета в общей популяции (4-6%). При этом СД – фактор риска не только первичных, но и повторных ОНМК [2]. Более того, значение СД как фактора риска развития инсультов возрастает в последние годы.

СД приводит не только к значительному возрастанию риска развития ОНМК, но и сопровождается более тяжелым течением и худшим исходом развившегося инсульта. Так, смертность больных с ОНМК и СД как на госпитальном этапе, так и в отдаленные сроки наблюдения в 2-5 раз выше, чем у пациентов с инсультом без диабета [3].

Факторы риска развития инсультов у пациентов с СД можно разделить на специфические для данного заболевания (гипергликемия, длительность диабета, наличие микрососудистых осложнений, тип диабета, инсулинорезистентность) и неспецифические (АГ, дислипидемия, курение, наследственная предрасположенность, «повреждающее» значение которых на фоне СД значительно усилено).

На основе результатов крупных интервенционных клинических исследований, проведенных с позиций «доказательной медицины», разработаны подходы к профилактике развития ОНМК у пациентов, страдающих СД, включающие назначение следующих лекарственных препаратов: сахароснижающие, антигипертензивные, гиполипидемические, средства, воздействующие на реологические свойства крови.

Эффективность коррекции гипергликемии как средства предупреждения инсультов до настоящего времени не доказана. Так, в исследовании UKPDS было обнаружено, что снижение показателя гликозилированного гемоглобина на 0,9% было сопряжено с возрастанием риска инсульта на 11%, однако эти различия были статистически недостоверными [4]. Также не удалось показать возможность снижения риска развития инсульта путем коррекции гипергликемии и в завершенных недавно крупных интервенционных исследованиях – ACCORD, ADVANCE, VADT. Вместе с тем, нормализация показателей гликемии остается важнейшим компонентом терапии СД, принимая во внимание многократно доказанную важность поддержания нормогликемии для предупреждения микрососудистых осложнений диабета.

Наиболее эффективным методом снижения риска развития инсульта является назначение адекватной антигипертензивной терапии с целью достижения «целевых» значений артериального давления (АД), которое у больных СД не должно превышать 130/80 мм рт. ст. Показано, что снижение систолического АД на 10 мм рт. ст. и диастолического на 5 мм рт. ст. у больных СД приводит к уменьшению риска инсульта на 44% [5].

Эффективность антигипертензивной терапии как метода предупреждения ОНМК у больных СД была многократно подтверждена также и в таких крупных исследованиях, как Syst-Eur, Syst-China, SHEP, HOT, HOPE, PROGRESS, ASCOT и др. При этом было показано, что эффективное снижение АД позволяет снизить риск развития инсульта у больных СД до уровня, соответствующего аналогичному риску у лиц, не страдающих диабетом. Для нормализации показателей АД применяются препараты первого ряда – ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II, диуретики, блокаторы кальциевых каналов, бета-адреноблокаторы. У пациентов с СД весьма часто возникает необходимость назначения комбинированной антигипертензивной терапии, поскольку монотерапия не позволяет достичь целевых значений АД [2].

Назначение гиполипидемических препаратов является, по современным представлениям, обязательным компонентом лечения больных СД с целью предупреждения сердечнососудистых осложнений, в том числе инсультов. Так, в исследовании HPS назначение симвастатина приводило к снижению риска цереброваскулярных заболеваний на 24%, а в исследовании CARDS прием аторвастатина способствовал уменьшению риска инсульта на 48% в группе пациентов, страдающих СД [6]. В опубликованном метаанализе 14 исследований, в которых изучалась эффективность назначения статинов у 18 686 пациентов с СД, было установлено, что каждый 1 ммоль/л уменьшения уровня липопротеидов низкой плотности приводит к снижению риска инсульта на 21% [7]. Назначение статинов показано абсолютному большинству пациентов с СД в возрасте старше 40 лет, в том числе с целью первичной и вторичной профилактики инсультов.

Важное направление профилактики инсультов у больных СД – назначение лекарственных средств, воздействующих на реологические свойства крови. Наиболее часто используемым с этой целью препаратом является аспирин, который рекомендуется принимать всем пациентам с диабетом старше 40 лет, особенно при наличии еще одного фактора риска сердечнососудистых заболеваний и при отсутствии противопоказаний к приему препарата. В последние годы часто также используется плавикс, который следует назначать лицам, у которых имеются противопоказания к приему аспирина. Такая коррекция обычно отмечающегося у больных диабетом повышения протромботического потенциала крови приводит к существенному уменьшению риска развития первичных и повторных нарушений мозгового кровообращения.

Комплексная многофакторная «агрессивная» терапия, направленная на коррекцию уровня гипергликемии, АД, дислипидемии, реологических нарушений, позволяет проводить эффективную первичную и вторичную профилактику инсультов у пациентов, страдающих сахарным диабетом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Kearney P.M., Blackwell L., Collins R. et al. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis // Lancet. – 2008. – 371. – P. 117-125.
2. Bottle A., Millett C., Khunti K., Majeed A. Trends in cardiovascular admissions and procedures for people with and without diabetes in England, 1996-2005 // Diabetologia. – 2009. – 52. – P. 74-80.
3. Capes S.E., Hunt D., Malmberg K., Patnak P., Gerstein H. Stress hyperglycemia and prognosis of stroke on nondiabetic and diabetic patients. A systematic overview // Stroke. – 2001. – 32. – P. 2426-2432.
4. Gaede P., Lund-Andersen H., Parving H.H., Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes // N Engl J Med. – 2008. – 358. – P. 580-591.
5. Kothari V., Stevens R.G., Adler A.I. et al. UKPDS 60: Risk of stroke in type 2 diabetes estimated by the UK Prospective Diabetes Study risk engine // Stroke. – 2002. – 33. – P. 1776-1781.
6. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol-lowering with simvastatin in 5963 people with diabetes: a randomized placebo-controlled trial // Lancet. – 2003. – 361. – P. 2005-2016.
7. Granger C., Califf R., Young S. et al. J. Am. Coll. Cardiol, 1993, 21, 920-928.

#### ПЕРВИЧНО ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

*С.У. Каменова, К.К. Құжыбаева, А.М. Кондыбаева  
ЦНО Каз НМУ им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы*

#### ТҮЙІН

Алматы қаласы бойынша шашыранды склероз ауруының біріншілік өршу түрі 15 ауруда сапрапталып, осы жағдайға әкеліп бейнелейтін фактордың бірі дебют кезіндегі пирамидалық жарақат бұзылуы және жас ұлғайған кезде басталған кезең. Клиникалық түрде ббасым байқалатын аяқ қолдың қозғалуының бұзылуы, аурудың өршіуі бағыты жоғары, ал мүгетектіке әкелетін уақыт томен деңгейде, жалпы осы көрсеткіштер шашыранды склероздың байырғы формасы мен салыстырғанда. Осы анықталған мәліметтер аурудың дифференциалды диагностикасында және негізгі емін қолданған кезде пайдалануға болады.

#### SUMMARY

Studied in primary progressive course of multiple sclerosis 15 patients in Almaty predisposing factor for its development came with the debut of the pyramidal disorders in older age. The clinical picture was dominated by motor disturbances, the rate of disease progression was higher and the time to reach the desk of disability is less than the

typical form of MS. The data obtained can be used for differential diagnosis of MS and the appointment of pathogenetic therapy of patients with different courses of MS

Первично-прогрессирующий течение рассеянного склероза (ППРС) наблюдается у 10-15% больных и достаточно активно изучается в последние годы в связи с сохраняющимися существенными проблемами в его лечении [1,3,8,10]. Попытки использовать препараты, изменяющие течение РС при наличии обострений, оказались данным варианте РС неэффективными[6,10]. Течение ППРС злокачественное более, чем при ремитирующем течении заболевания[4,8]. Преобладание нейродегенеративного компонента над воспалительным, а также своеобразие генетических маркеров предрасположенности – повышение частоты гаплотипов (HLA-DR3 и HLA-DR4 в отличие от HLA-DR2) при типичном РС, а также картины МРТ позволяют обсуждать вопрос о возможности выделения его в отдельное заболевание, при котором воспалительный компонент выражен менее значимо, чем дегенеративный[5,7,9,10].

Диагностика ППРС представляет определенные трудности, так как требует исключения целого ряда заболеваний, характеризующихся сходной клинической картиной. Расширение возможностей современного лечения РС и внедрение в практику препаратов нового поколения делают необходимым оценку вариантов течения и прогрессирования заболевания на ранних стадиях. Поэтому исследование особенностей клинической картины, закономерностей естественного течения РС и роли прогностических факторов в нем является весьма актуальным.

В качестве первого этапа эпидемиологического анализа была собрана информация о больных из годовых отчетов, представленных в Департамент здравоохранения неврологами всех лечебно-профилактических учреждений города Алматы. Для уточнения данных использовались архивы неврологических стационаров городских клинических больниц г.Алматы, документация медико-социальных комиссии (МСЭК) г.Алматы. Все больные были обследованы амбулаторно или стационарно в ЦГКБ г.Алматы и на кафедре невропатологии ЦНО при КазНМУ. Для подтверждения достоверности диагноза РС использовались критерии С.Poser (1983). Тяжесть клинического состояния оценивали с помощью двух шкал Крузе: Functional System scales (FS) и шкалы инвалидизации Expanded Disability Status Scale (EDSS), а также по скорости прогрессирования, которую рассчитывали как отношение показателя степени инвалидизации в баллах EDSS к длительности в годах (Verjans E.,1983).

Из 144 осмотренных нами больных, родившихся и выросших в г.Алмате, ППРС наблюдался у 15 (11%) больных.

Таблица 1.-Сравнительные клинко-демографические характеристики больных с ППРС и типичными течением РС

Показатели	ППРС N=15	Типичным течением РС N=129
Возраст на момент осмотра, лет	43,9±9,3*	42,7±8,7
Женщины /мужчины	15/6	81/48
Средний возраст начала	30,7±7,3	28,5±7,3
Средняя длительность РС	11,3±0,7	14,2±8,6
Симптомы дебюта, абс. / % :		
Пирамидные	5/39*	29/23%
Мозжечковые	3/20	15/12%
Чувствительные	1/3	12/10%
Полисимптомное начало	4/31*	29/23%
Зрительные	2/7	25/20%***
Стволовые	-	9/7%
Тазовые нарушения	-	2/2%
Прочие	-	7/3%
EDSS	6[5;7]***	5[4;6;5]***
Достигли EDSS=3 (чел.),абс.\%	4\27	32/25
Время достижения EDSS=3	2[1;5]**	4[1;11]***
Достигли EDSS=6(чел.),абс\%	7/47	41/32
Время достижения EDSS=6	7,6±6,2***	10,5±7,4
Скорость прогрессирования	0,79±0,69***	0,51±0,4

\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001.

Мы сравнивали клинические проявления в этой группе и у больных с типичным РС (ремитирующее или вторично-прогрессирующее течение с началом в возрасте от 16 до 45лет). Преобладали женщины, как и при типичном РС, но различие не достигало статистической значимости. По данным других авторов, для ППРС характерно равное соотношение мужчин и женщин или даже преобладание мужчин [7,11]. Средний возраст больных с ППРС на момент исследования и возраст начала заболевания были больше, чем в типичной группе.

У 5 больных с поздним началом рассеянного склероза ППРС наблюдался у 54% из них, риск развития ППРС был выше ( $p < 0,001$ ).

Средняя продолжительность заболевания у больных с ППРС составляла  $11,3 \pm 0,7$  года и не отличалось от основной группы, чаще заболевания начиналось с двигательных нарушений с относительным риском  $p = 0,009$ .

В дебюте не отмечалось стволовых нарушений, реже такой тип начинался со зрительных нарушений ( $p = 0,0005$ ). Достоверно часто при ППРО были вовлечены в процесс пирамидная система ( $p = 0,004$ ), что обусловлено тяжестью состояния пациентов. При ППРС выявлялись, более высокий средний уровень инвалидности по шкале EDSS в сравнении с типичным РС ( $p = 0,0002$ ), выше скорость прогрессирования ( $p = 0,00008$ ). Анализ показал, что время достижения уровней инвалидности в EDSS=3 и EDSS=6 баллов при таком течении РС было существенно меньше, чем при типичном течении РС ( $p < 0,05$ ).

Данные наших исследований совпадают с клиническими характеристиками ППРС в других популяциях: начало ППРС в более старшем возрасте, чем при типичном РС [1,4,7,9]; достоверно часто такой тип течения начинается с пирамидных нарушений, реже – со зрительных [9]; в клинической картине часто наблюдается поражение двигательных проводящих пути, что обуславливает тяжесть состояния больных [2,4,9]; более высокие скорость прогрессирования и уровень инвалидизация больных по сравнению с типичным течением РС [4,8];

Изучение первично-прогрессирующего типа течения необходимо для уточнения особенностей патогенеза, дифференциальной диагностики рассеянного склероза, планирования соответствующих методов лечения и профилактики заболевания.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. – М., 2004.
2. Рассеянный склероз. Избранные вопросы теории и практики / Под ред. Завалишина И.А., Головкина В.И. – М., 2000.
3. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз. – М., 2003.
4. Bashir K., Whitker J.K. // Neurology. – 1999. - Vol.53. – P.765-771
5. Leary S.M., Miller D.N., Stevenson V.L. et al // Neurology. – 2003/ - Vol.60. – P.44-51
6. Madigan M., Oger J.J., Fauchert R., et al. // J.Neurol.Sci. – 1982. – Vol.53. – P.519-529.
7. McDonnell G.V. Hawkins S.A // J.Neurol.Sci/ - 2002. – Vol.199. – P.1-15.
8. Montblan X., Rio J. // J.Neurol.Sci/ - 2001. – Vol. 22. – P.41-48.
9. Olerup O., Hillert J., Fredricson S. Et al. // PNAS. – 1989. – Vol.86. - P.7113-7117.
10. Runmarker V.L., Miller D.H., Rovaris M. et al. // Neurology. – 1999. – Vol. -52. – P.839-845.

#### ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПРЕХОДЯЩИХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

*С.У. Каменова, К.К. Кужибаева, Е.Ю. Ли, А.М. Кондыбаева  
ЦНО Каз НМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы*

#### ТҮЙІН

Жедел ми қан айналысының бұзылысын алған госпиталдық топ ішіндегі 254 наукастар арасында инсульттың негізгі қауіп-қатер факторларының жайылмалылығына анализ жүргізілді.

Инсульттың негізгі қауіп-қатер факторлары артериалдық гипертензия 59,5%, эмоционалдық стресс 89,7%, артық салмақ 38,5% болып табылады. Ми қан айналысының өткізгі бұзылыстары 15,7% (40) наукаста анықталды. Ми қан айналысының өткізгі бұзылысы темекі шегу, ЖИА, АГ сияқты қауіп-қатер факторларымен жиі бірігіп келетіні анықталды. УДЦГ мәліметтері бойынша МҚАӨБ наукастарда қан ағысының сызықтық жылдамдығы анықталды.

Бас экстракраниалдық артерияларының қан ағым жылдамдығы анамнезінде МҚАӨБ көрсетілмеген топтардан төмен болып шықты.

#### SUMMARY

Analysis of prevalence of basic risk factors of cerebral stroke among 254 patients of hospital group having an acute stroke is done. Basic risk factors of cerebral stroke are arterial hypertension - 59,4%, emotional stress - 89,7%, smoking - 40,9%, overweight – 38,5%. The transient cerebral circulation disturbance (TCCD) were revealed in 15,7% (40) patients and they were combined with risk factors as smoking, ischemic heart-disease, arterial hypertension. A linear speed of blood flow in patients with transient cerebral circulation disturbance was detected by Doppler ultrasonography's data. It was revealed that a linear speed of blood flow of extra-cranial arteries of head in patients' group with TCCD is below than in patients' group without TCCD in anamnesis.

Патогенетические механизмы, лежащие в основе преходящих нарушений мозгового кровообращения, различны. При гипертонических церебральных кризах ведущая роль принадлежит, по-видимому, срыву ауторегуляции мозговых сосудов с явлениями избыточной гиперемии мозга, а также ангиоспазмам. При

атеросклеротических транзиторных ишемических атаках - проходящей ишемии в зоне атеросклеротически измененного сосуда, возникающей в результате воздействия экстрацеребральных факторов и снижения артериального давления, пусковым механизмом при этом чаще всего является ослабление сердечной деятельности, иногда неблагоприятное перераспределение крови в организме в связи с приемом горячей ванны, в некоторых случаях - импульсация из патологически измененного каротидного синуса и другие факторы. Чаще проходящие нарушения мозгового кровообращения развиваются вследствие микроэмболии церебральных сосудов: этот механизм нарушения мозгового кровообращения развивается вследствие микроэмболии церебральных сосудов. Данный механизм нарушения мозгового кровообращения характерен для больных с пороком сердца, инфарктом миокарда, атеросклеротическим и постинфарктным кардиосклерозом, мерцательной аритмией, а также для больных с атеросклеротическим поражением аорты и магистральных сосудов головы (артерио-артериальные эмболии).

В отдельных случаях главная роль принадлежит изменению реологических свойств крови (повышение вязкости и свертывания). Материалом для артериогенных эмболий служат кристаллы холестерина, атероматозные массы распадающихся бляшек, кусочки пристеночных тромбов, конгломераты тромбоцитов. При атеросклерозе проходящие нарушения мозгового кровообращения часто наблюдаются в условиях окклюзирующего поражения магистральных сосудов головного мозга (сонных и позвоночных артерий), иногда при полной их закупорке; они являются в таких случаях признаком декомпенсации коллатерального кровообращения. В других наблюдениях в основе проходящих нарушений мозгового кровообращения лежат микротромбозы и микрогеморрагии. Развитию проходящих нарушений мозгового кровообращения могут способствовать различные стрессовые факторы. Иногда наряду с проходящим нарушением мозгового кровообращения наблюдаются признаки дисциркуляции в других органах и тканях - сосудах сердца, почек, брюшной полости, конечностей.

Особой формой ПНМК является острая гипертоническая энцефалопатия. Чаще острая гипертоническая энцефалопатия развивается у больных злокачественной артериальной гипертонией и клинически проявляется резкой головной болью, тошнотой, рвотой, нарушением сознания, судорожным синдромом, в ряде случаев сопровождается очаговой неврологической симптоматикой (2,5)

По литературным данным сложно оценить распространенность транзиторных ишемических атак т.к. во многих случаях пациенты не придают проходящим кратковременным расстройствам существенного значения и не обращаются за консультацией к врачу (3,4) Нами проведен анализ распространенности основных факторов риска инсульта в госпитальной группе больных.

Всего методом стандартизированного обследования получены сведения о факторах риска инсульта у 254 пациентов. Среди всей группы обследованных была изучена распространенность отдельных клинических форм инсульта. Наиболее часто в госпитальной когорте больных встречался ишемический инсульт. Всего зарегистрировано 109 (42,9%) больных ишемическим инсультом, среди них женщин 41 (39%) мужчин 68 (45,6%). Геморрагический инсульт был выявлен у 50 больных (19,6%): у 22 (20,9%) женщин и 28 (18,9%) мужчин. Не уточненный инсульт был зафиксирован у 28 (18,8%) мужчин и у 13 (12,3%) женщин. Субарахноидальное кровоизлияние чаще встречался у мужчин 19 (12,8%) чем у женщин 6 (5,7%). Из основных установленных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний исследована распространенность артериальной гипертонии (АГ), органических заболеваний сердца с нарушением ритма и без нарушения ритма, сахарного диабета, проходящих нарушений мозгового кровообращения. (Рисунок 1). Основные факторы риска инсульта

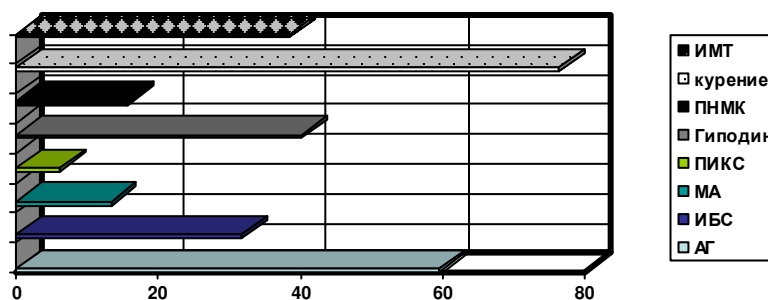


Рисунок 1.

Наиболее часто встречаются сочетание таких факторов риска как АГ, ИБС, эмоциональный стресс, гиподинамия, избыточный вес, ПНМК, мерцательная аритмия и курение. Курение среди госпитализированных больных было распространено больше, чем среди всех больных перенесших инсульт и составило 194 (76,3%) случая. Подавляющее большинство курящих мужчины (83%). Большинство обследованных больных инсультом выкуривают по 10-20 сигарет в день. Гиподинамия чаще выявлялась у женщин.

В структуре факторов риска развития инсульта одно из ведущих место принадлежит ПНМК, ранняя диагностика и адекватное лечение этого заболевания является важной стратегической задачей во вторичной профилактике инсульта. Преходящие нарушения мозгового кровообращения выявлены у 40 (15,7%) больных: у 26 (65%) мужчин и у 14 (35%) женщин.



В группах больных с ПНМК анализировалась как частота выявления отдельных симптомов и их сочетаний, так и частота и тяжесть приступов. Клиническая картина проявляется в большинстве случаев приступами смешанного генеза 60% (24 чел.). В 29% (10 чел.) случаях наблюдались только общемозговые симптомы, реже 15% (6 чел.) только локальные. Самыми частыми общемозговыми симптомами были: головокружение несистемного характера, несколько реже головная боль различного характера и локализации. Из очаговых симптомов часто встречались расстройства чувствительности, реже зрительные и двигательные нарушения.

ПНМК чаще сопровождалась с ИБС 80% (16 чел.). Среди основных форм ИБС изученных в нашей работе отмечена наибольшая тенденция преобладания сердечного ритма (55%) и стенокардии напряжения (30%) в меньшей степени постинфарктный кардиосклероз (15%).

Частота отдельных симптомов при ПНМК

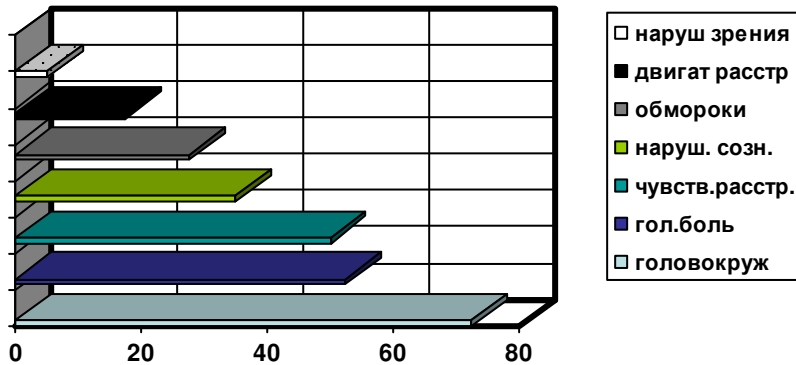


Рисунок 2.

При сравнении групп больных ПНМК с ИБС и без нее достоверно чаще ( $p < 0,01$ ) преобладали в первой группе лица с чувствительными расстройствами в виде онемения в лице или конечностях. В группе ПНМК нарушения проявлялись чаще всего смешанными симптомами. Причем такие сочетания как «приступы головной боли», «головокружения», «нарушения сознания» преобладали у больных из группы ИБС.

Частота приступов ПНМК

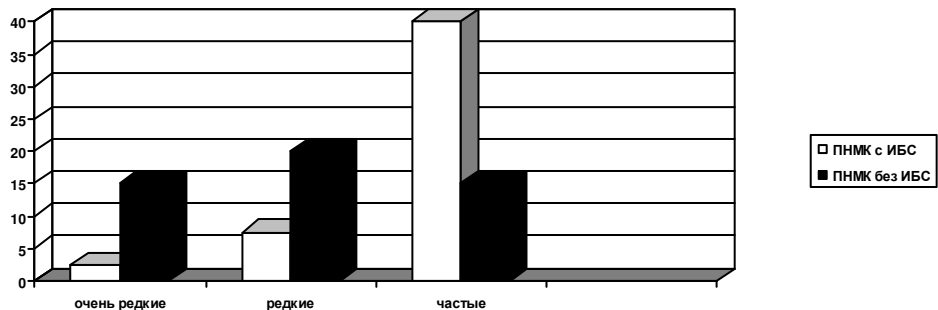


Рисунок 3.

Было установлено, что частота приступов ПНМК и их тяжесть различаются в сравниваемых группах (рисунок 3).

В приведенной таблице можно видеть, что при ПНМК, сочетающихся с ИБС в отличие от группы сравнения преобладают частые приступы.

Длительность приступов ПНМК

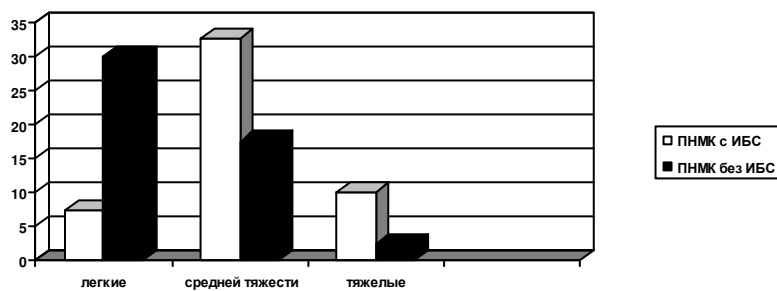


Рисунок 4.

Что касается тяжести клинических проявлений, то в первой группе длительные расстройства оказались наиболее частыми, а в 4 случаях спустя 24 часа сохранялись легкие остаточные явления (асимметрия рефлексов), не сопровождающиеся нарушениями функций (рисунок 4).



Нами проведен анализ структуры клинических симптомов у больных ПНМК на фоне ИБС в сочетании с дополнительным фактором риска в виде АГ.

Структура симптомов ПНМК у больных с АГ имела определенные различия в группах: у лиц с ИБС достоверно преобладали как отдельные симптомы (чувствительные расстройства), так и некоторые их сочетания (таблица 1).

Таблица 1 - Соотношение между артериальной гипертонией и структурой симптомов при ПНМК.

Симптомы в группе с повышенным АД	Лица с повышенным АД		Значение р
	ПНМК в сочетании с ИБС	ПНМК без ИБС	
Двигательные расстройства	5 – 12,5%	2 – 5,0%	P<0,01
Чувствительные расстройства	13 – 32,5%	3 – 7,5%	P<0,01
Приступы головокружения	13 – 32,5%	9 – 22,5%	
Приступы головной боли	13 – 32,5%	8 – 20,0%	
Нарушение сознания	15 – 37%	10 – 25,0%	
Нарушение зрения	2 – 5,0%	1 – 2,5%	
Чувствительные расстройства и приступ головной боли	12 – 30,0%	3 – 7,5%	
Приступ головной боли и нарушение сознания	8 – 20,0%	6 – 15,0%	

Всем больным с ПНМК была проведена МРТ – ангиография экстракраниальных артерий головы. Атеросклеротические изменения сонных артерий выявлены у 13 мужчин и у 6 женщин, патология в системе позвоночных артерий у 2 мужчин. Для лечения больных ПНМК использован препарат вазaproстан, в состав которого входит простагландин E1 (ПГЕ1). Лечение вазaproстаном получали все 40 больных в возрасте от 42 до 68 лет (в среднем  $55,4 \pm 2,2$  года). Препарат вводили внутривенно капельно в дозе 20 мкг (1 ампула), разведенный в 200 мл физиологического раствора, в течение 1,5-2 час ежедневно. Продолжительность курса лечения – 10 инфузий.

Клиническое улучшение статистически значимо подтверждалось результатами проводимых в динамике ультразвуковой доплерографии магистральных артерий. Оказалось, что линейная скорость кровотока по пораженным артериям нарастала после проведенного лечения (таблица 2).

Как видно из таблицы 2 сопоставление линейной скорости кровотока по экстракраниальным артериям выявило, что скорости кровотока у пациентов после лечения были статистически значимо выше, чем до лечения. Зависимость прослеживалась по всем сегментам магистральных артерий каротидного и вертебробазилярного бассейнов.

Таблица 2 - Линейная скорость кровотока у больных до и после лечения вазaproстаном.

Магистральные артерии головы	ЛСК до лечения		ЛСК после лечения	
	Справа	Слева	справа	Слева
Общая сонная артерия	40,6+1,4	35,1+2,3*	43,6+3,2	54,1+4,1*
Внутренняя сонная артерия экстракраниально	28,9+3,8	29,4+1,3*	41,9+2,4	40,2+1,6*
Позвоночная артерия	37,2+1,3*	34,5+0,8*	48,0+1,6*	52,5+1,9*
Количество пациентов	N=40		N=40	

Примечание - \* - статистически значимые различия ( $p<0,05$ ) по сравнению с исходными значениями

Применение вазaproстана (простагландина-E1) способствует патогенетической коррекции кровотока по позвоночным и подключичной артериям, что позволяет повысить эффективность лечения. Проведенные исследования по оценке препарата свидетельствуют о высокой эффективности вазaproстана (простагландина-E1) при ПНМК.

Таким образом, появления ПНМК указывает на высокий риск нарушений мозгового кровообращения, поскольку патогенетические механизмы этих состояний во многом сходны и требует проведения профилактики повторных ОНМК. Полученные нами эпидемиологические характеристики факторов риска, помогут при планировании и организации действенной системы лечения и профилактики острых нарушений мозгового кровообращения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гусева Н.Г. Простагландин E1: результаты и перспективы применения в клинической практике // Клин. мед., 2001, №2, с. 4-10.
2. Adams H.P., Bogousslavsky J., Cook R et al. The safety and efficacy of abciximab in acute ischemic stroke // Ann Neurology 2002; 52-64

3. Adams H.P., del Zoppo G.J., Kummer R. Management of stroke; A practical guide for the prevention, evaluation, and treatment of acute stroke./Publ. By Professional Communications, Ins., 2002
4. Adams H.P., Bogousslavsky J., Cook R et al. The safety and efficacy of abciximab in acute ischemic stroke //Ann Neurology 2002; 52-64
5. Adams H.P., del Zoppo G.J., Kummer R. Management of stroke; A practical guide for the prevention, evaluation, and treatment of acute stroke./Publ. By Professional Communications, Ins., 2002

## РОЛЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ КРИЗОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНСУЛЬТА

*С.У. Каменова, К.К.Кужибаяева, Е.Ю.Ли, А.М. Кондыбаева  
ЦНО Каз НМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы,*

### ТҮЙІН

Инсульттің әр түрлі ішкі түрлерінің дамытуға гипертония ми қатты ауруларының үлесінің зерттеуіне арна жұмысы. Неврологиялық дефициттің биік корреляциясы және маңызды үлес тамыр көрсетеді бұзушылықтардың ми қан айналулары тамыр гипертониясы бар инсульттің дамытуын тәуекелге гипертония ми қатты аурулары анамнез болатын ауруларда. Жоғарғы жиілік тамыр бұзушылықтарының кездесетіндіктері, Гцк жеке алғанда гипертония ми қатты аурулары бар күрестің өткізуді қажеттіліктің инсульт ауруларында, себеп және тамыр гипертониясының алдын алу емісін дұрыс таңдап алуды айқындауға еріксіз көндіреді

### SUMMARY.

Role of hypertensive cerebral crises in pathogenesis a stroke. S.U.Kamenova, E.Yu. Lee, K.K.Kuzhibayeva, A.M. Kondybayeva. Work is devoted studying of the contribution of hypertensive cerebral crises (ГЦК) in development of various subtypes of a stroke. High correlation of neurologic deficiency and ГЦК shows the essential contribution of vascular infringements of brain blood circulation at patients with the arterial hypertension, having in anamnesis ГЦК in risk of development of a stroke. High frequency of occurrence of vascular infringements, in particular ГЦК at инсультных patients dictates necessity of carrying out of struggle against hypertensive cerebral crises, to find out the reason and correct selection of preventive treatment of an arterial hypertension.

Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ), среди которых различают острые (инсульт, транзиторная ишемическая атака) и хронические (дисциркуляторная энцефалопатия) формы, являются важнейшей медицинской и социальной проблемой как в нашей стране, так и во всем мире в силу значительной распространенности и тяжелых последствий – потери трудоспособности, инвалидизации, нарушений функций высшей нервной системы вплоть до развития деменции и др. В последние годы отмечается существенный рост ЦВЗ [1]. При АГ этот процесс происходит рано и ускоренным темпом, способствует дальнейшему ухудшению кровоснабжения головного мозга, а сочетаемые с АГ сахарный диабет, нарушения липидного обмена и курение оказывают также повреждающее действие на сосудистую систему головного мозга.

Специфичным для АГ является поражение белого вещества полушарий головного мозга, обозначаемое термином “гипертоническая лейкоэнцефалопатия” – лейкоареоз (ЛА), который характеризуется мелкоочаговыми и диффузными изменениями в белом веществе [2]. Диффузные и мелкоочаговые изменения белого вещества представлены распространенным спонгиозом, развившимся вследствие длительно существующего отека и хронической гипоксии этой области мозга; очагов полного и неполного некроза; образования мелких полостей, кист, периваскулярного энцефалолизиса и прогрессирующей деструкции миелина нервных волокон. Сначала эти изменения развиваются перивентрикулярно вокруг передних рогов боковых желудочков, распространяясь далее по боковым отделам желудочков симметрично в обоих полушариях мозга. Диффузные изменения часто сочетаются с очаговыми изменениями в белом веществе – лакунарными инфарктами (ЛИ). Ведущую роль в развитии ЛА играют гипертонические кризы [3].

Сосудистые нарушения (СН) головного мозга встречались практически у всех пациентов с инсультом, страдающих АГ (97,8% – 1998 чел.), из них у женщин в 57,1%, а у мужчин в 42,9% случаев.

Нами проведен тщательный сбор анамнеза ФР развития инсульта, обработаны истории болезни, амбулаторные карты, проведены тщательные беседы с больными и их родственниками. Было отмечено, что у больных с АГ в 79% случаев в анамнезе преобладали гипертонические церебральные кризы (1578 чел.), из них мужчин 63,1%, женщин 36,9%.

В структуре сосудистых нарушений головного мозга у инсультных больных с АГ встречаются ГЦК (79%), НПК (66,7%), ДЭ (55,2%) и ТИА (34,5%). Острая гипертоническая энцефалопатия (ОГЭ) и малый инсульт встречаются значительно реже (12,1% и 9,4% соответственно) (рисунок 1).

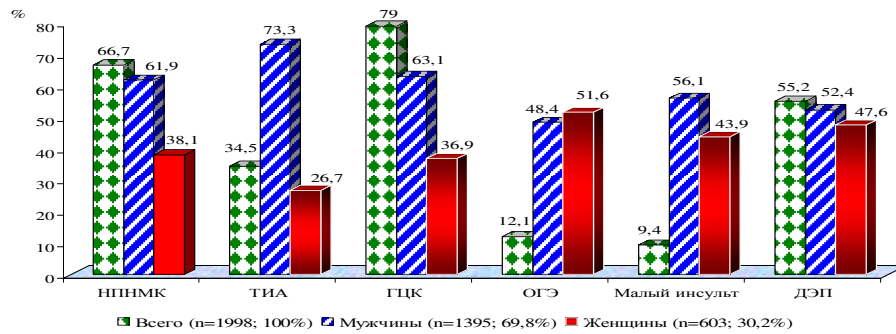


Рисунок 1 – Представленность сосудистых нарушений у пациентов с инсультом, страдающих артериальной гипертензией

Как у мужчин, так и у женщин чаще отмечаются ГЦК (71,4% и 96,5%), НПНМК (59,15 и 84,2%) и ДЭ (41,4% и 87,1%) соответственно. Необходимо отметить, что в группе инсультных женщин с АГ, имеющих сосудистые нарушения головного мозга, ГЦК встречается чаще, чем у мужчин (96,5% против 71,4%) случаев. ТИА практически одинаково отмечены в обеих группах (36,2% и 30,5% при  $p < 0,05$ ).

Как известно, клиническое проявления ЦК – это неврологические симптомы в виде двигательных и чувствительных расстройств и общемозговых симптомов. Нами сформированы подгруппы инсультных больных с ГЦК и подгруппа инсультных больных без ГЦК и анализировалась взаимосвязь с неврологическим дефицитом и общемозговыми симптомами.

Самыми частыми общемозговыми симптомами в 1 подгруппе были: головокружение несистемного характера (31,8%), несколько реже головная боль различной локализации и интенсивности (41,2%), из очаговых симптомов часто встречались чувствительные расстройства (32,5%) и достоверно отличались от таковых показателей во 2 подгруппе (22,6%, 27,2% и 7,9% соответственно) (при  $p < 0,01$ ) (рисунок 2).

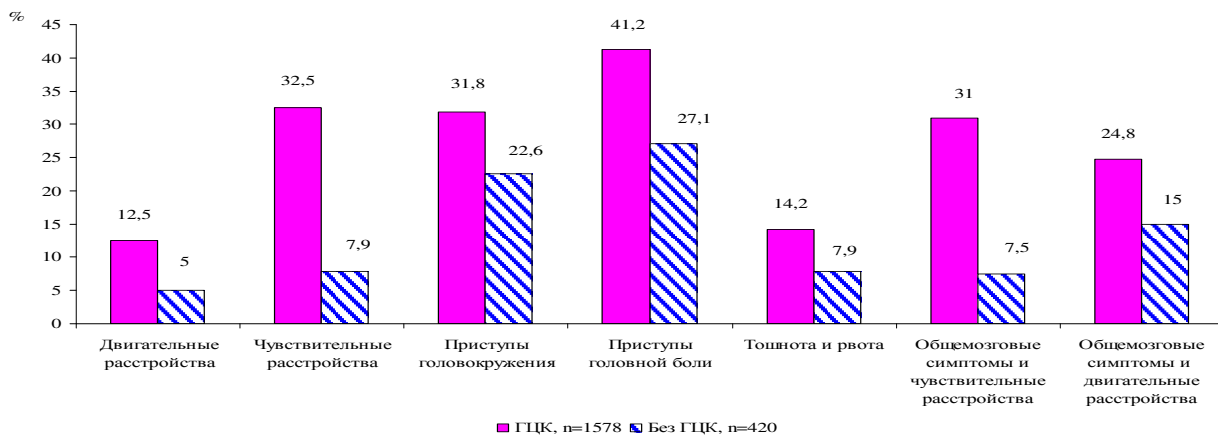


Рисунок 2 – Гипертонический церебральный криз и общемозговые симптомы и неврологический дефицит

Из рисунка 2 видно, что и неврологический дефицит и общемозговые симптомы преобладают в группе инсультных больных, имеющих в анамнезе ГЦК. Клиническая картина в обеих сравниваемых группах проявлялась приступами смешанного характера в сочетании общемозговых симптомов и двигательных расстройств группе ЦК до 24,8% случаев (391 чел.), в группе без ГЦК значительно меньше 15% (63 чел.). Чувствительные расстройства в сочетании с общемозговыми симптомами преобладали в группе ЦК (31% против 7,5%).

Нами была выявлена корреляционная взаимосвязь ГЦК со степенями неврологического дефицита (таблица 1). Из представленной таблицы 9 видно, что тяжесть неврологических нарушений при инсульте зависит от наличия у больного инсультом ГЦК.

Таблица 1 – Корреляционная зависимость степени неврологического дефицита и гипертонический церебральный криз

Степени выраженности неврологического дефицита по шкале NIHSS	R
Лёгкая степень (< 5 баллов) и ГЦК	0,11
Средняя степень (6–14 баллов) и ГЦК	0,13
Тяжёлая степень (>15 баллов) и ГЦК	0,58

В последующем анализе нами были сформированы подгруппы: 1 подгруппа– инсультные больные с ГЦК с тяжелым неврологическим дефицитом (58,7%-927чел.), 2 подгруппа инсультные больные с легким и

умеренным неврологическим дефицитом (41,3%-651чел.) по шкале NIHSS и было установлено, что и частота приступов различаются в сравниваемых группах (рисунок 27).

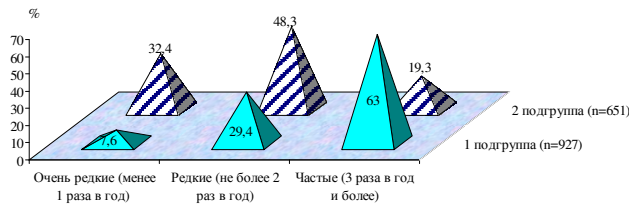


Рисунок 27 – Частота приступов при гипертоническом церебральном кризе

Как видно из рисунка 27 в 1 подгруппе больных инсультом наиболее часто отмечались частые приступы ГЦК до 63%, а во 2 подгруппе чаще встречались редкие (18,3%) и очень редкие (12,4%).

Учитывая наличие корреляционной взаимосвязи средних цифр систолического и диастолического давления, дальнейший анализ проведен в обеих подгруппах ГЦК у больных инсультом со степенью и длительностью артериальной гипертонии (рисунок 3).

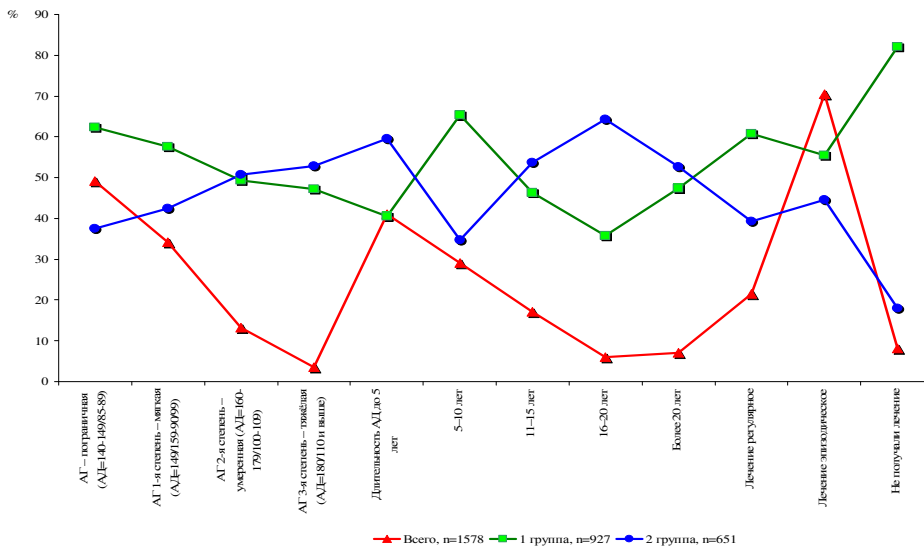


Рисунок 3 – Распределение больных с гипертоническим церебральным кризом в зависимости от степени и длительности артериальной гипертонии

Из рисунка 3 видно, что ГЦК чаще встречаются у лиц, имеющих пограничную и мягкую АГ (49,1% и 34,1%), чем у лиц с умеренной и тяжелой АГ (13,2% и 3,6%). Больные со стажем АГ до 5 лет и от 5 до 10 лет в анамнезе имеют частые ГЦК (41% и 29%). Нами также было выявлено, что пациенты, получавшие лечение АГ эпизодически страдают ГЦК чаще тех лиц, которые получали регулярную гипотензивную терапию и не получавшие лечение (70,4% против 21,5% и 8,1% соответственно). В 1 подгруппе максимальные показатели отмечены у больных с пограничной и мягкой АГ (64,2% и 57,6%), со стажем АГ 5–10 лет (65,3%) и лиц, не получавших гипотензивную терапию до 82%. Во 2 подгруппе пациентов отмечаются самые высокие показатели ГЦК у лиц с умеренной и тяжелой АГ (50,7% и 52,8,2%), со стажем АГ свыше 10 лет и, получавших эпизодическое антигипертензивное лечение (55,4%).

При анализе ЦГК в структуре инсультов было выявлено, что ЦГК встречались чаще у больных с АГ и сосудистыми нарушениями при ГИ в возрасте 50–59 лет. Максимальные показатели встречаемости ГЦК у инсультных больных отмечены при ИИ в возрасте 50–59 лет и 60–69 лет, при САК 40–49 лет, при СМИ 50–59 и 70–79 лет. Средний возраст, при котором преобладали ЦГК, составила молодая возрастная категория 50–59 лет (рисунок 4).

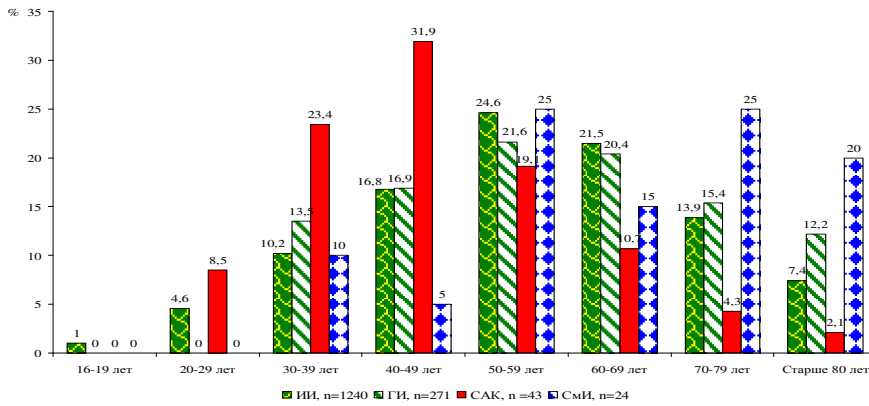


Рисунок 4 – ЦГК в структуре инсультов у больных страдающих артериальной гипертензией, имеющих сосудистые нарушения головного мозга

Исходя из полученных данных профилактика развития инсульта складывается из нескольких направлений: Эффективное осуществление контроля АД, включая “мягкую” форму. Под контролем понимается достижение целевых уровней АД < 140/90 мм рт.ст. (оптимальное – 135/85 мм рт.ст.) при неосложненной цереброваскулярными заболеваниями АД.

При достижении целевых уровней АД возможен переход на поддерживающие дозы препаратов. Лечение должно быть постоянным, а не только в период ухудшения самочувствия. При лечении следует избегать резких перепадов АД. С этой целью целесообразно использовать пролонгированные формы антигипертензивных препаратов (АГП) с 24-часовым действием. Добиваться уменьшения выраженности утреннего подъема АД, который происходит за 1 ч до и 4–5 ч после пробуждения. Терапевтический эффект ранее принятых препаратов к этому времени ослабевает.

Проводить борьбу с гипертоническими церебральными кризами (ГЦК): выяснять причины, подбирать профилактическое лечение. Опыт показывает, что причинами развития ГЦК (при исключении эндокринной патологии) могут быть: чрезмерные физические и психоэмоциональные перегрузки у больного гипертонией и повышенная метеочувствительность в отсутствии регулярного лечения; самостоятельная резкая отмена гипотензивных препаратов; неправильно подобранное лечение, прием короткодействующих препаратов, способных усилить резкие колебания АД, и т.д. Адекватно купировать ГЦК с тем, чтобы не допускать чрезмерного снижения АД.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Суслина З.А., Танащян М.М., Ионова В.Г. и др. Кавинтон в лечении больных с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения. Рус. мед. журн. 2002; 10(25):1170–74.
2. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии. Русс. мед. журн. 2002; 10(12–13): 539–42.
3. Верещагин Н.В., Пирадов М.А., Суслина З.А. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики. М: Интермедика, 2002; 208.

### ИНСУЛЬТ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

А.А. Оспанов

Центральная клиническая больница, Алматы

Сусамыр инсульттің дамытуын белгі негізгі фактор болып табылмаған көрсет жұмысында, бірақ шынымен алады ағым және инсульт өткерген емделушілердің Ақтау мүмкіндігін шиеленістіріп алу. Сусамырдың дұрыс емес терапиясы, инсульттің өткір мерзімінде әсіресе, қайтадан инсульттің тәуекелін жоғарылатуға немесе ишемия ошағының ауданы айтарлықтай үлкейте алады.

In work it is shown that СД isn't a major factor of risk of development of a stroke, but can seriously complicate a current and possibilities of rehabilitation of the patients who have had a stroke. Incorrect therapy СД, especially in the sharp period of a stroke, can essentially raise risk of a repeated stroke or increase the area of the ischemic center.

Среди заболеваний нервной системы сосудистая патология головного мозга является наиболее частой причиной стойкой утраты трудоспособности [1,2]. Число пациентов, перенесших инсульт и способных вернуться к прежней трудовой деятельности, составляет всего лишь около 20 %. По данным мировой статистики, в настоящее время сахарным диабетом страдает от 2 до 4% населения. Хотя СД не является основным фактором риска развития инсульта, он может серьезно осложнить течение и возможности

реабилитации пациентов, перенесших инсульт. Некорректная терапия СД, особенно в остром периоде инсульта, может существенно повысить риск повторного инсульта или увеличить площадь ишемического очага.

Эпидемиология инсульта при сахарном диабете. Роль СД как фактора риска возникновения первого инсульта была продемонстрирована в популяции 55-84 лет на основе десятилетнего наблюдения, проводившегося в г. Фрамингем (США)[3]. Было выявлено, что у людей старше 40 лет острые нарушения мозгового кровообращения возникают на фоне СД в полтора-два раза чаще, чем у лиц, не страдающих этим заболеванием, а в возрасте до 40 лет - в три-четыре раза чаще, причем среди заболевших со значительным перевесом преобладают женщины. В возрасте до 40 лет в случае непродолжительного течения СД при гипогликемической коме развивается кровоизлияние в мозг, а при длительном (более 15-20 лет) - инфаркт мозга. Нередко, особенно у пожилых больных инсультом, СД не диагностируется, хотя может встречаться у 50% пациентов. Среди людей, страдающих СД, существенно выше летальность при инсульте. До сих пор до конца не установлено соотношение заболеваемости ишемическим и геморрагическим инсультом у больных СД. Так, по данным патологоанатомических исследований, этот показатель практически не отличается от среднепопуляционного - инфаркт мозга при СД наблюдается в три-четыре раза чаще, чем кровоизлияние. В то же время, по клиническим данным, инфаркт мозга у больных СД развивается в 5-6 раз чаще, чем кровоизлияния.

Патофизиологические механизмы инсульта при сахарном диабете. Существенную роль в развитии цереброваскулярных нарушений играет патология магистральных артерий головы: сонных и позвоночных артерий, которые при СД часто поражаются атеросклерозом. Важность изучения влияния глюкозы и инсулина на толщину мышечного слоя артерий (индекс ІМТ) подтверждена работами, проводившимися в рамках международной программы IRAS. Так, увеличение этого показателя по сравнению с контрольной группой, выявленное в ходе проспективных наблюдений с использованием ультразвуковой сонографии, не только свидетельствует о наличии атеросклероза, но и позволяет судить о влиянии различных факторов риска у больных СД. Причем обнаружена значимая корреляция как с низкой, так и с высокой концентрацией инсулина таких факторов, как пол, индекс массы тела, толерантность к глюкозе, уровень триглицеридов, апо-липопротеидов А-1 и В-1, фибриногена, кровяного давления.

Гиперинсулинемия и гипоинсулинемия оцениваются как независимые факторы риска каротидного атеросклероза. Чем ниже уровень инсулина, тем больше выражен атеросклероз внутренней сонной артерии. Зависимость между факторами риска и каротидным атеросклерозом менее выражена у пожилых, чем у молодых больных. Максимальный стеноз и максимальная толщина стенок общей и внутренней сонной артерий с возрастом увеличиваются больше у мужчин, чем у женщин, и лучше коррелируют с данными о перенесенных инсульте и коронарной болезни сердца. Выявлена связь этих показателей с систолическим АД, гипертрофией левого желудочка сердца, концентрацией холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, глюкозы и инсулина, а уровень холестерина липопротеидов высокой плотности и величина диастолического АД имели обратную связь с максимальными показателями ІМТ внутренней сонной артерии и степенью стеноза артерий. У пожилых больных с СД 2 типа ІМТ в области бифуркации общей сонной артерии был больше, чем в контрольной группе, и коррелировал с уровнем инсулина в плазме (спустя 1 ч после нагрузки глюкозой), концентрацией в сыворотке крови липопротеидов низкой плотности, триглицеридов и апопротеина В. Основным фактором, влияющим на ІМТ при СД, является уровень инсулина после нагрузки глюкозой вместе с нарушением профиля липопротеидов и синдромом резистентности к инсулину[2].

Клинические особенности инсульта у больных с сахарным диабетом. У больных СД, по сравнению с лицами, не страдающими этим заболеванием, имеется ряд особенностей в клинике острых нарушений мозгового кровообращения. Инфаркт мозга у них чаще возникает днем, в период активности, нередко развивается на фоне повышенного АД, сопровождается более высокой летальностью; у некоторых больных он имеет псевдотуморозное течение. У пациентов с СД отмечается более тяжелое течение инсульта, более выражен отек головного мозга, выше смертность.

При кровоизлияниях в мозг отмечаются очень высокая смертность, выраженная декомпенсация диабетических нарушений; у половины больных наблюдаются длительные коматозные состояния. Паренхиматозные кровоизлияния нередко развиваются постепенно; при субарахноидальном кровоизлиянии начало не острое, сопровождающееся нерезко выраженными менингеальными симптомами и умеренным психомоторным возбуждением.

Особый интерес представляет дифференциальный диагноз инсульта с метаболическими расстройствами, которые нередко могут имитировать клиническую картину инсульта у больных СД. Энцефалопатии, вследствие метаболических или токсических нарушений, обычно вызывают подострое развитие нарушений сознания, с системными расстройствами или без них и минимальными очаговыми расстройствами. Чаще всего в качестве очаговой неврологической симптоматики обнаруживаются генерализованная гиперрефлексия и симптом Бабинского. Иногда метаболические нарушения проявляются очаговыми неврологическими симптомами и жалобами, которые могут начинаться остро и имитировать инсульт. Это относится как к гипогликемии, так и к гипергликемии. Гиперосмолярность при гипергликемии способна вызывать уменьшение мозгового кровотока, фокальный неврологический дефицит, т. е. симптомы, имитирующие инсульт.

Хотя гипогликемия обычно вызывает признаки адренергической активности, такие, как потливость и тахикардия, иногда у больных отмечаются только очаговые неврологические проявления без адренергических симптомов. В этом случае необходим дифференциальный диагноз с инсультом. Пациенты практически всегда получают гипогликемические препараты по поводу диабета, поэтому у них возможно развитие гипогликемии. Жалобы, как правило, стереотипны и возникают до еды (утром перед завтраком, ночью) или после физической нагрузки. Симптоматика уменьшается после приема глюкозы. Уровень сахара в крови снижается до 2-2,5 ммоль/л в начале приступа, однако может нормализоваться самопроизвольно или после приема глюкозы. Однако следует помнить, что при длительном течении сахарного диабета гипогликемическое состояние может наступать у больного даже при, казалось бы, «нормальных» значениях глюкозы крови. Если у больного с сахарным диабетом подозревают инсульт, симптомы которого проявились рано утром, непременно нужно иметь в виду возможность наличия у пациента гипогликемии, которая требует адекватной коррекции.

Гипергликемия (уровень сахара крови выше 8 ммоль/л при разовом исследовании или выше 6,7 ммоль/л при мониторинговании) наблюдается у 43% пациентов с острым инсультом. Из них у 25% больных диагноз сахарного диабета был поставлен ранее, а еще у 25% отмечался повышенный уровень гликозилированного гемоглобина, что свидетельствует о латентном течении диабета. Однако у 50% пациентов уровень гликозилированного гемоглобина был в пределах нормы, это свидетельствует о том, что повышение уровня глюкозы связано с инсультом. Версия, согласно которой гипергликемия является следствием стрессового высвобождения кортикостероидов и катехоламинов, представляется спорной.

Особенности терапии инсульта при сахарном диабете. При лечении диабетиков, перенесших инсульт, практикующий врач сталкивается с рядом проблем. Во-первых, это связано с необходимостью более тщательного мониторинга уровня глюкозы крови. Кроме того, у пациентов, длительно страдающих СД, имеются, как правило, другие поражения внутренних органов, вызванные сахарным диабетом, что также следует учитывать в ходе комплексной терапии.

Основными направлениями лечения являются: Гипергликемия после инсульта является плохим прогностическим знаком. Это можно объяснить тем, что более тяжелые инсульты влекут за собой более выраженную стресс-реакцию и, следовательно, становятся причиной гипергликемии. Гипергликемия в остром периоде инсульта играет важную роль в выборе тактики ведения пациента. Есть свидетельства, что гипергликемия может способствовать увеличению площади очага поражения. Т. А. Baird, М. W. Parsons и соавт. обнаружено прямое отрицательное влияние повышения уровня глюкозы крови на процесс ишемизации участка головного мозга.

По данным D. M. Bravata и соавт. (1996), частота развития гипергликемии в остром периоде варьировала от 6 до 31%. Однако только у одного пациента (1%) был обнаружен гемоглобин типа A1, т. е. подтвердился диагноз сахарного диабета. Вместе с тем, диабетические микро- и макроангиопатии существенно осложняют патофизиологическую картину инсульта. При ведении пациентов, перенесших острый инсульт, важно контролировать уровень глюкозы крови, определять концентрацию гликозилированного гемоглобина, возможно также проведение теста на толерантность к глюкозе.

Гипогликемия, как уже говорилось ранее, может имитировать клиническую картину инсульта или ТИА. Вместе с тем, в остром периоде инсульта из-за снижения потребления пищи гипогликемия нередко возникает у пациентов, получающих сахароснижающие препараты. Так как гипогликемия может существенно осложнить течение инсульта и стать причиной нарастания неврологического дефицита, уровень сахара крови у пациентов, получающих сахароснижающие препараты, должен контролироваться особенно тщательно. С первых дней после инсульта важно начать профилактику повторного инсульта. У пациентов с инсулинонезависимым СД адекватная антигипертензивная терапия и рутинная терапия антикоагулянтами могут существенно снизить риск развития инсульта.

Летальность при инсульте у больных сахарным диабетом составляет 40,3-59,3% - это выше среднего показателя в основной группе населения, а при кровоизлияниях в мозг достигает 70-100%. Среди причин частых летальных исходов можно назвать затруднения при диагностике (при инсульте ошибочно ставят диагноз диабетической или гипогликемической комы и др.), декомпенсацию диабетических обменных нарушений, диабетические сосудистые изменения, сопутствующие заболевания и осложнения СД (инфаркт миокарда, нефропатия, повышенная ранимость кожных покровов и др.), обширность очагов инфаркта мозга, трудности проведения рациональной терапии в связи с одновременным лечением по поводу инсульта и СД. В связи с этим, основными направлениями для лечения инсульта у больных с СД являются: - проведение общих мероприятий, включающих контроль АД, коррекцию метаболических нарушений и поддержание гомеостаза; - предупреждение отека головного мозга; - назначение антикоагулянтов и ангиагрегантов; - двигательная нейрореабилитация; - логопедическая реабилитация.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Профилактика острых нарушений мозгового кровообращения: теория и реальность. Журн. неврол. и психиатр., 1996, т.96, №5, с.4-9.
2. Белоусов Ю.Б. «Доказательная медицина», Журнал Клиническая фармакология и терапия, 1999, 8 (6), с. 3-4.
3. Diringer M.N., Edwards D.F., Mattson D.T., Akins P.T., Sheedy C.W., Hsu C.Y., Dromerick A.W. Predictors of Acute Hospital Costs for Treatment of Ischemic Stroke in an Academic Center. Stroke. 1999; 30:724-728.

## АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ФАКТОР РИСКА ИНСУЛЬТА

*Б. Ш. Шынжирбекова**Городская поликлиника, г. Атырау*

## ТҮЙІН

Зерттеу барысында 458 адам 40-59 жас мөлшерлеріндегі (344 еркек, 114 әйел), артериалды қан қысымына кезде 20,9% еркектерде 31,9% әйелдерде анықталды. Цереброваскулярлы аурудың 4 формасы бекітілді: алғашқы ми қан айналымының созылмалы жетіспеушілігі, ми қан айналымының өткіңші бұзылыстары, инсульттан қалған қатерлер, дисциркуляторлық энцефалопатия. Артериалды қан қысымының басқадай қауіп-қатер факторлар мен байланысын талдадық

## SUMMARY

Analysis of prevalence of basic risk factors of cerebral stroke among 86 patients of hospital group having an acute stroke is done. Basic risk factors of cerebral stroke are arterial hypertension - 72%, emotional stress - 12%, smoking - 28 %, overweight - 16 %. The transient cerebral circulation disturbance (TCCD) were revealed in 15,7% patients and they were combined with risk factors as smoking, ischemic heart-disease, arterial hypertension. It was revealed that a linear speed of blood flow of extra- cranial arteries of head in patients' group with TCCD is below than in patients' group without TCCD in anamnesis.

Профилактика ишемических цереброваскулярных заболеваний является актуальной медицинской и социальной проблемой, обусловленной их широкой распространенностью, высокой частотой смертности и инвалидизацией при ишемическом инсульте и сосудистой деменции.

Профилактика основывается на устранении или ослаблении действия корригируемых факторов риска ишемических цереброваскулярных заболеваний (1,2,3).

Артериальная гипертензия - одно из наиболее частых хронических заболеваний, легко распознаваемое и поддающееся эффективному лечению. В то же время, артериальная гипертензия – величайшая в истории человечества неинфекционная пандемия, определяющая структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Цель антигипертензивного лечения: снижение артериального давления до целевого уровня для разных групп больных (гипотензивная терапия в узком смысле слова) и предотвращение возникновения сердечно-сосудистых осложнений: инсульта, гипертрофии левого желудочка, ишемической болезни сердца (включая острый инфаркт миокарда), хронической сердечной недостаточности, сосудистой деменции.

Сосудистые заболевания головного мозга продолжают оставаться одной из наиболее острых проблем здоровья общества, обусловленных широкой распространенностью, высокой частотой смертности и инвалидизации как острых, так и хронических форм ишемических нарушений мозгового кровообращения (1,2,3).

Предупреждение сосудистых заболеваний мозга базируется на концепции факторов риска с учетом реальных возможностей органов здравоохранения. В последние десятилетия в некоторых странах (Япония, Англия, США) накоплен опыт предупреждения сосудистых заболеваний мозга на популяционном уровне путем борьбы с АГ и устранения ряда других факторов риска развития инсульта.

Во многих эпидемиологических исследованиях показано значение АГ как фактора риска инсульта. Артериальная гипертензия (АГ) является важнейшим, хорошо изученным и поддающимся коррекции фактором риска различных форм нарушений мозгового кровообращения. Показана реальная возможность и высокая эффективность профилактики инсульта путем контроля АГ. Это положение является общепризнанным и обоснованным как отечественными, так и зарубежными контролируруемыми профилактическими исследованиями (1,2)

Нами изучена распространенность артериальной гипертензии среди организованной популяции г. Атырау. Проведен общий скрининг среди работников для получения объективных сведений о наличии основных заболеваний системы кровообращения и важнейших факторов риска. Заполнены короткие анкеты с ответами на вопросы для выявления ведущих факторов риска, регистрации данных анамнеза, а также основных жалоб. Каждому обследуемому дважды с 5 минутным интервалом измеряли АД на правой руке в положении сидя. Полученная информация оценивалась с целью выделения пациентов, нуждающихся в последующем углубленном обследовании, лечении и динамическом наблюдении.

Обследовано 458 человек в возрасте 40-59 лет (344 мужчин, 114 женщин) АГ отмечена в 20,9% мужчин, у 31,9% женщин. Выделены 4 формы цереброваскулярных заболеваний: начальные проявления недостаточности кровообращения мозга, переходящие нарушения мозгового кровообращения, последствия мозговых инсультов, дисциркуляторная энцефалопатия. Мы проанализировали распространенность этих нарушений и их связь с некоторыми факторами риска и частности с АГ.

Обращает на себя внимание большой процент лиц с цереброваскулярными заболеваниями. Продемонстрирована прямая корреляция между выраженностью АГ и вероятностью сосудистых поражений мозга. Пациенты многие годы не знали о своей болезни, не предъявляли жалоб, имели высокую жизненную



активность, иногда у них случались приступы «дурноты», выраженной слабости и головокружения. Больные практически не обращались за помощью.

Жалобы при артериальной гипертензии возникали в том случае, если поражались так называемые органы-мишени, наиболее чувствительные органы к подъемам артериального давления. Возникновение у пациента головокружения, головных болей, шума в голове, снижение памяти и работоспособности указывали на начальные проявления мозгового кровообращения.

Через некоторое время (от 1 года до 5 лет) присоединялись двоение в глазах, мелькание мушек, слабость, онемение конечностей, затруднение речи, на начальном этапе изменения кровообращения носили преходящий характер. Только далеко зашедшая стадия артериальной гипертензии осложнялась инфарктом мозга или кровоизлиянием в мозг. Наиболее ранним и постоянным признаком постоянно повышенного артериального давления является увеличение, или гипертрофия левого желудочка сердца. Обобщая результаты проведенного исследования, выявлены некоторые аспекты, связанные с проблемой «мягкой» артериальной гипертензии.

По нашим данным среди обследованных 120 больных с цереброваскулярной патологией только артериальная гипертензия или АГ в сочетании с атеросклерозом имелись у 69,2% (83) больных. 86,7% (72) лиц с АГ в популяции составили пациенты с «мягкой» АГ (уровень АД 140/90-180/105 мм рт. ст.). Среди 11 больных перенесших инсульт «мягкая» АГ - диагностирована у 54,5% (6) лиц. Наши наблюдения, а также работы других авторов (1,3) показывают, что термин «мягкой» АГ не имел прямого отношения к прогнозу заболевания. Даже небольшое повышение АД увеличивает риск развития инсульта.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И. Эпидемиология инсульта в России / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская // Журнал неврологии и психиатрии - 2003. - Т. 8. - С. 4-9.
2. Скворцова В.И. Ишемический инсульт: патогенез ишемии, терапевтические подходы // Неврологический журнал, 2003г. Т6 №3. С 4-9.
3. Смирнов В.Е. Эпидемиология неинфекционных заболеваний /Под. ред. А.М.Вихерт, А.В.Чаклин. М.1990
4. Борьба с артериальной гипертензией. Доклад Комитета экспертов ВОЗ. Женева, 1996,-104с.
5. Верещагин Н.В. Клиническая ангионеврология на рубеже веков //Журнал невропатологии и психиатрии.- 1996.-№1.-С.11-13.
6. Ferszt R. Arterial Hypertonie /In: Klinische Neuropathology. hrgeg. Cervos-Navarro J., Ferszt R.- Stuttgart – New-York.-1989.-S.129-132

#### ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

*А.Е. Туртаева*

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

#### ТҮЙІН

Артериалды гипертензияның ревматоидты артриттің ағымына әсер етуін бағалау үшін, ұзақ уақыт ревматоидты артритпен ауыратын 2 топ әйелдер тексерілді. Алынған нәтижелерінің талдауын жүргізу бойынша ревматоидты артриті бар наукастарда жүректің сол жағының морфофункционалдық және клиникалық көрсеткіштеріне жұмсақ артериалды гипертензия әсер ететінің тұжырымға келдік.

#### SUMMARY

For the evaluation of the influence of arterial hypertension on the course of rheumatoid arthritis, are inspected 2 groups of women with prolongedly suffering rheumatoid arthritis. The analysis of the obtained results made it possible to make the conclusion about the influence of soft arterial hypertension on the clinical characteristics and the morphofunctional parameters of the left divisions of heart in patients with rheumatoid arthritis.

Заболевания сердечно-сосудистой системы основная причина преждевременной летальности при ревматоидном артрите (РА). У больных РА чаще, чем в популяции в целом, отмечается повышение артериального давления (АД). Артериальная гипертензия (АГ) – наиболее частое «коморбидное» состояние при РА, может быть связано с активностью воспалительного процесса, а также приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и некоторых базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) – циклоспорин, лефлуномид [1]. РА – чрезвычайно гетерогенное заболевание, основу патогенеза которого составляет сложное, плохо изученное сочетание генетически детерминированных и приобретенных дефектов (дисбаланс) нормальных иммунорегуляторных механизмов, ограничивающих патологическую активацию иммунной системы в ответ на потенциально патогенные, а нередко и физиологические стимулы [2]. Это определяет многообразие клинических, патологических и иммунологических проявлений, что делает РА похожим на иммунологический синдром, нежели на одну «гомогенную» болезнь. Увеличение риска кардиоваскулярных осложнений (КВО) у больных РА связано не только с традиционными факторами риска

(ФР), но и с особенностями иммуновоспалительных механизмов, лежащими в основе патогенеза РА. В этой связи само заболевание и его лечение в настоящее время признаны вероятными ФР кардиоваскулярного происхождения [3].

Цель. Изучить влияние артериальной гипертонии на течение ревматоидного артрита. Материал и методы. Нами обследовано 60 больных длительно ( $\geq 10$  лет) страдающих РА, постоянно принимающих одновременно НПВП и БПВП. Все больные были лицами женского пола, в возрасте от 45 до 60 лет. Средний возраст составил  $52,3 \pm 1,5$ . Было выделено 2 группы больных. В первую группу были включены 32 женщины, имевших клинически выраженный и рентгенологически подтвержденный РА, не имеющих АГ. Во вторую группу вошли 28 женщин, имевших сочетание РА и АГ 1-2 степени. С целью более точной оценки характера функциональных нарушений в повседневной жизни больных РА, применяли Станфордский индекс НАQ (Health Assessment Questionnaire). У всех пациентов оценивали степень активности РА с помощью DAS 28 (Disease Activity Score 28). Значения DAS 28  $< 2,6$  соответствует ремиссии, 2,6-3,2 – I степени активности, 3,3-5,1 – II степени,  $> 5,1$  – III степени. Наличие гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), состояние диастолической функции ЛЖ определяли с помощью доплер эхокардиографии (Д-ЭхоКГ). Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. При оценке изменений индекса НАQ у пациентов с РА в сочетании с АГ нами было установлено достоверное повышение по сравнению с больными группы РА без АГ (соответственно  $1,48 \pm 4,2$  и  $0,44 \pm 1,8$ ;  $p < 0,05$ ). Также в группе больных РА с АГ DAS 28 в среднем составило  $4,7 \pm 0,8$ , что соответствовало II степени активности, тогда как в группе РА без АГ DAS 28  $2,4 \pm 0,6$  и  $2,7 \pm 0,7$ , что характерно для ремиссии и I степени активности соответственно. Наши исследования свидетельствуют, что наиболее частыми Д-ЭхоКГ изменениями, характеризующими морфофункциональные особенности левых отделов сердца у пациентов с РА, являлись: ГЛЖ, диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ), которые были выявлены соответственно у 19 (67,9%) и 9 (32,1%) пациентов от общего числа обследованных больных РА с АГ.

Анализ полученных результатов показывает, что у обследованных больных независимо от наличия АГ, конечно-диастолический размер (КДР) ЛЖ и относительная толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки (ЗС) ЛЖ в диастоле имели тенденцию к увеличению и достоверно отличались от группы больных с РА без АГ ( $p < 0,001$ ), а конечно-диастолический объем (КДО) ЛЖ оказался достоверно выше ( $p < 0,05$ ) только в группе больных РА с АГ. Индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ у пациентов РА с АГ оказался выше ( $p < 0,05$ ), чем при РА без АГ ( $123,4 \pm 6,3$  и  $98,6 \pm 5,4$  г/м<sup>2</sup>). Наряду с оценкой морфофункциональных особенностей левых отделов сердца у больных РА без и с АГ нами было изучено состояние внутрисердечной гемодинамики. При анализе показателей фракции выброса (ФВ) и оценке систолической функции ЛЖ в обеих группах больных нарушений систолической функции ЛЖ не было выявлено, показатели ФВ во всех случаях превышали 60%. В группе больных РА с АГ, ударный объем (УО) оказался достоверно выше  $91,1 \pm 7,4$ , чем в группе РА без АГ  $75,4 \pm 5,8$  ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, анализ полученных результатов доказал, что даже мягкая артериальная гипертония вносит свой вклад в течение и усугубление проявлений РА, повышая функциональный индекс НАQ, степень активности основного заболевания. Изменения морфофункциональных параметров левых отделов сердца у больных РА с АГ приводит к развитию ГЛЖ и ДДЛЖ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Национальное руководство. Ревматология. – Москва. – 2008.- С.647.
2. Emery P., Breedveld F.C., Dougados M. Et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidens based development of a clinical guide // Ann. Rheum. Dis. – 2002. – Vol. 61 – P. 290-297.
3. Насонов Е. Л. Ревматоидный артрит как общемедицинская проблема// Терапевт, архив. - 2004; 5: 5-7.

УДК 615.8:616.8-00

#### ВОЗМОЖНОСТИ ФИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*А.П. Ермагамбетова, Н.М. Мавлюдова, Г.Б. Кабдрахманова*

*РГКП «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М. Оспанова», г. Актобе,*

#### ТҮЙІН

Бұл мақалада жүйке жүйесінің ауруларын кешенді емдеудегі өсімдік шикізаттарынан жасалған дәрілік препараттарды пайдалану жөніндегі клиникалық зерттеулердің мәліметтері ұсынылған. Фитопрепараттардың синтетикалық дәрілік заттардың алдындағы басымдықтары, сонымен қатар липофильді фитокосындыларының құрамы көрсетілген.

#### SUMMARY

This article provides the data of clinical investigations for usage of medical products made from herbal raw material in neuropathy multimodality therapy and the advantages of phytopreparations over synthetic medicines and also the properties of lipophilic nature phytocompounds.

На основе лекарственных растений в настоящее время создано большое количество препаратов, применяемых в практической медицине. Это связано с многокомпонентными фармакологическими свойствами растений (противовоспалительное, антиоксидантное, иммуностропное, антигипоксическое, антитоксическое и др.), обеспечивающими воздействие на предполагаемые этиопатогенетические факторы, максимально мобилизуя гомеостатический потенциал организма. Фитопрепараты, содержат биологически активные вещества природного происхождения (флавоноиды, витамины, сапонины, фосфолипиды, аминокислоты) и обладают антиоксидантной активностью, что позволяет использовать их в качестве антиоксидантов. Кроме того, участвуя в системе внутриклеточной регуляции, фитосоединения поддерживают энергетический гомеостаз клетки. Рациональным считается использование всего комплекса биологически активных веществ, входящих в состав растений, чем применение отдельных его компонентов. Для создания фитопрепаратов в народной и клинической медицине активно используются солодка, лопух, девясил, крапива, ревень, одуванчик, черноплодная рябина и другие растения [1, 2].

Препараты на основе растительного сырья в настоящее время составляют более 50% от общего объема выпускаемых лекарственных средств и по прогнозам ВОЗ доля их будет постоянно возрастать. Фитопрепараты, в отличие от синтетических препаратов, обладают рядом положительных свойств, среди которых наличие комплексов биологически активных веществ, низкая степень токсичности, хорошая переносимость, малый риск возникновения побочных эффектов [3].

Цереброваскулярные заболевания относятся к наиболее распространенным заболеваниям в современном обществе, занимая третье место после заболеваний сердца и онкологических заболеваний. В настоящее время отмечается омоложение и увеличение частоты цереброваскулярной патологии. В связи с этим внимание фармакологов и клиницистов направлено на поиск и разработку лекарственных средств, препятствующих к росту и прогрессированию сосудистой патологии мозга. Наряду с этим представляет интерес изучение опыта восточной медицины по использованию целебных растений в лечении хронической сосудистой недостаточности головного мозга.

В состав растительного препарата «Риколин» входят экстракты гинкго двулопастного, травы центеллы азиатской, семян фасоли обыкновенной, плодов перца яванского, блюмеи бальзамической, корневищ куркумы длинной и мед. Препарат обладает комплексом положительных свойств: антигипоксическое, мембранопротекторное, антиоксидантное, ноотропное, антидепрессивное, усиливает процессы синаптической передачи в центральной нервной системе. Установлено, что включение в комплексную терапию препарата «Риколин» по 1 капсуле 2 раза в день в течение 8 недель способствовало улучшению общего состояния пациентов, регрессу неврологической симптоматики у 58% пациентов. У 45% пациентов отмечалось повышение концентрации внимания и улучшение памяти. Также наблюдалось улучшение показатели сердечной деятельности, углеводного, липидного обмена [4]. В настоящее время для лечения дисциркуляторной энцефалопатии, последствий острых нарушений мозгового кровообращения, черепно-мозговой травмы, вегетативной дистонии активно применяются Болюсы Хуато – комплексный фитопрепарат с ноотропным действием. В состав фитопрепарата входят софора японская, дудник китайский, женьшень, любисток сычуанский, дреза китайская, кориандр камфорный, офиопогон японский, эвodia лекарственная, горчавка крупнолистная, дудник даурский, мед, активированный уголь. Клинические и биохимические исследования свидетельствуют об улучшении психической и умственной деятельности, кровоснабжения и функционального состояния головного мозга и сердца, уменьшении головных болей, головокружения, нормализации сна [5].

Известно, что одним из провокаторов экзакербаций у больных рассеянным склерозом (РС) являются беременность и период грудного вскармливания. В связи с этим особый интерес представляет применение фитотерапии и оценка ее эффективности у молодых бездетных женщин, больных РС. Были исследованы 6 пациенток в возрасте 32-37 лет. Растительное сырье разделялось на две группы и было размещено в два сбора. В первую группу вошли растения, подвергнутые термической обработке (корни элеутерококка колючего, аралии высокой, лимонника китайского, родиолы розовой, куркумы ароматной, лопуха большого, крушины ломкой и др.), во второй сбор вошли растения, не выдерживающие термической обработки (мята, душица, тимьян, зверобой, анис, фенхель, шиповник, валерьяна, боярышник и др.). Фитосборы подбирались индивидуально. Результаты исследования свидетельствовали об эффективности фитотерапии у всех больных, что проявлялось длительной ремиссией, субъективным улучшением, купированием негрубых симптомов неврологического дефицита. На фоне фитотерапии происходила также нормализация функций яичников, что способствовало зачатию, нормальному вынашиванию беременности, родам доношенным плодом. Наряду с этим снималась проблема токсикозов и гипоплазии [6].

Одной из основных проблем современности является пограничная психопатология. По данным ВОЗ, последние 15 лет характеризуются значительным ростом невротических расстройств. Это связано с ростом социально-экономических проблем в обществе, информационной перегрузкой. На сегодняшний день одним из приоритетных направлений в лечении неврозов является применение рефлексотерапии, светотерапии, фитотерапии. Препарат «Седавит» (производство АО «Галичфарм») – раствор для питья, в состав которого входят корневища с корнями валерианы, трава зверобоя, листьев мяты перечная, шишки хмеля и плоды боярышника. Применение фитопрепарата у 94 пациентов в возрасте от 18 до 47 лет с диагнозом Неврастения

приводило к регрессу нарушений сна, головной боли, раздражительности, в среднем, в 60,6; 77,9 и 98,6% случаях соответственно. Отмечалась также положительная динамика объективных неврологических симптомов. У всех больных наблюдались положительные изменения на электроэнцефалограмме (ЭЭГ), что проявлялось доминированием альфа-ритма, уменьшении явлений асимметрии и дезорганизации ЭЭГ [7].

Ухудшение экологической обстановки, эмоциональные стрессы, несоразмерная нагрузка в школе, гиподинамия, вызванная многочасовым сидением перед компьютером, приводят к росту числа детей с нарушением адаптационных возможностей организма. Для коррекции подобных нарушений в настоящее время активно используются растительные сборы в сочетании с общеоздоровительными мероприятиями. В зависимости от клинических проявлений вегетативной дистонии применяются фитосборы из набора успокаивающих трав (валериана, пустырник, боярышник, хмель, таволга, лаванда и др.) или фитосборы, обладающие преимущественно тонизирующими свойствами (рябина, крапива, спорыш, подорожник, береза, девясил и др.). Фармакологическая коррекция фитосборами Фитоседан №3 (валериана, донник, чабрец, душица, пустырник) и Фитоседан №2 (пустырник, хмель, мята, солодка) способствовала регрессу кардиальных, дыхательных нарушений, дисфункции желудочно-кишечного тракта, нарушений терморегуляции [8].

Перспективным направлением в фармакологии и фитотерапии считается использование фитолитофильных препаратов, разработанных на кафедре фармакологии ЗКГМУ им. М. Оспанова. Подобные фитопрепараты обладают выраженными противовоспалительным, ранозаживляющим, иммуномодулирующим, антиоксидантным эффектами наряду с их низкой токсичностью и отсутствием местнораздражающего и аллергизирующего действиями. Биоактивные вещества с липофильными свойствами, такие как эфирные масла, жирорастворимые витамины, жиры, жирные кислоты, смолы, воски, растительные антибиотики, имеют высокую активность и специфичность действия. Как известно, лекарственные средства, содержащие фитосоединения липофильной природы, легче проникают через мембраны клеток. Масляная основа препаратов позволяет ожидать выраженный эффект, особенно на центральную нервную систему, так как липофильные соединения хорошо проникают через гематоэнцефалический барьер [1, 2, 3].

У лиц, проживающих в регионе нефтегазовых месторождений Актюбинской области, выявлено токсическое воздействие неблагоприятных экологических факторов на нервную систему с развитием синдромов поражения центрального и периферического отделов: астено-невротический, очаговой микросимптоматики, пирамидной недостаточности, вестибуло-атактический, полиневритический, вегетативной дисфункции и мнестических нарушений. Патогенетической основой подобных нарушений является дисбаланс в системе ПОЛ-АОС с повышением в крови уровня продуктов ПОЛ и угнетением ферментативного и неферментативного звеньев антиоксидантной защиты (АОЗ). Фармакологическая коррекция метаболических нарушений с применением масляных экстрактов из корней солодки и лопуха способствовала положительной динамике со стороны неврологических синдромов, а также оказывала выраженный антиоксидантный эффект, повышая активность ферментов АОС и снижая уровень показателей продуктов ПОЛ [9].

У больных токсической энцефалопатией (ТЭ), вызванной злоупотреблением суррогатным марганецсодержащим психостимулятором на основе препарата «Колдакт», неврологические расстройства проявлялись синдромами: паркинсонизма, спастико-дистонического, псевдобульбарного, пирамидной недостаточности, вегетативных и эмоциональных нарушений. При этом повышался уровень диеновых конъюгатов, кетодиенов, малонового диальдегида в крови и снижалась активность антиоксидантной защиты (супероксиддисмутаза, каталазы, церулоплазмина, витаминов А, Е, С). В комплексной терапии больных ТЭ, вызванной употреблением суррогатного психостимулятора применялись масляные экстракты из корней солодки и девясила, что приводило к торможению процессов ПОЛ и активация ферментативного и неферментативного звеньев АОС [10].

Включение масляного экстракта из корня лопуха в комплексную терапию больных дисциркуляторной энцефалопатией приводило к регрессу общемозговых проявлений, астено-невротических, вестибуло-атактических расстройств (приводит к регрессу неврологической симптоматики) антиоксидантная система дисфункции: мыльные стрессы, несоразмерна, а также ингибированию активности процессов ПОЛ и активизации АОЗ [11].

Таким образом, применение препаратов из растительного сырья для коррекции нарушений нервной системы различного генеза является актуальным и перспективным направлением современной фармакологии и фармакотерапии. Многокомпонентные фармакологические свойства фитопрепаратов (противовоспалительное, антиоксидантное, антигипоксическое, иммуностропное, антигипоксическое), а также богатство содержания комплексов биологически активных веществ, низкая степень токсичности, хорошая переносимость, минимальный риск развития побочных эффектов свидетельствуют о преимуществах фитопрепаратов перед синтетическими лекарственными средствами. Способность фитосоединений липофильной природы легче проникать через мембраны клеток и гематоэнцефалический барьер позволяет ожидать выраженный эффект на нервную систему. Фитолитофильные препараты могут быть рекомендованы для включения их в комплексную терапию заболеваний нервной системы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кузденбаева Р.С. Перспективы создания отечественных лекарственных препаратов из растительного сырья Западного Казахстана. Наука производству. Развитие прикладных исследований и внедрение их в

- производство в современных условиях //Материалы первой Казахстанской конференции. – Алматы. – 2002. – С.153-154.
2. Р.С. Кузденбаева. Перспективы применения фитопрепаратов на основе местного растительного сырья. //Мед. журн. Западного Казахстана. 2004. - №4. – С. 22-24.
  3. Р.С. Кузденбаева. Система обеспечения безопасности лекарственных средств в Республике Казахстан //Фармация Казахстана, 2007. - № 11. – С. 9-11.
  4. Б.В. Агафонов, Н.Н. Шевцова. Возможности фитотерапии в комплексном лечении пациентов с хроническими сосудистыми заболеваниями головного мозга //Справочник поликлинического врача. - 2010.
  5. Валентинов Б.Г. Системные биологические эффекты фитопрепаратов китайской медицины: дисс ... канд. биол. наук. - Тула, 2005. – 156с.
  6. О.Д. Барнаулов, М.Л. Пospelова. Фитотерапия больных рассеянным склерозом в период беременности и грудного вскармливания //Оригинальные исследования. – 2008. - №3. – С. 43-45.
  7. Е.Л. Мачерет. Новые возможности в фитотерапии неврастений //Медицинская газета «Здоровье Украины». – 2004. - №9.
  8. Данилюк О.А. Фитотерапия вегетативной дисфункции у подростков //Материалы I Съезда натуротерапевтов России. Сборник научных трудов. М., 25 октября, 2009. - . 46-48.
  9. Ермагамбетова А.П. Клиника неврологических проявлений и состояние окислительного метаболизма у населения, проживающего в условиях экологического неблагополучия в регионе нефтегазовых месторождений Актюбинской области: дисс ... канд. мед. наук. - Астана, 2010. – 109с.
  10. Гузь Н.И. Влияние масляных фитоэкстрактов на перекисное окисление липидов и антиоксидантную систему у больных токсической энцефалопатией, вызванной суррогатным марганецсодержащим психостимулятором: автореф. ... дисс. канд. мед. наук. - Актюбе, 2007. – 26с.
  11. Садыкова Г.М. Влияние масляного экстракта корня лопуха на показатели перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы при дисциркуляторной энцефалопатии: автореф. ... дисс. канд. мед. наук. - Актюбе, 2010.– 24с.

## АНАЛИЗ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИХ ЦРБ

*Е.Ф. Сахнова*

*Зерендинская ЦРБ Зерендинская ЦРБ, Акмолинская область*

### ТҮЙІН

Ми қан айналысының бұзылысын алған госпиталдық топ ішіндегі 86 науқастар арасында инсульттың негізгі қауіп-қатер факторларының жайылмалылығына анализ жүргізілді. Инсульттың негізгі қауіп-қатер факторлары артериалдық гипертония 72 %, эмоционалдық стресс 12%, артық салмақ 16% болып табылады. Ми қан айналысының өткініші бұзылыстары 15,7% науқаста анықталды. Ми қан айналысының өткініші бұзылысы темекі шегу, ЖИА, АГ сияқты қауіп-қатер факторларымен жиі бірігіп келетіні анықталды.

### SUMMARY

Analysis of prevalence of basic risk factors of cerebral stroke among 86 patients of hospital group having an acute stroke is done. Basic risk factors of cerebral stroke are arterial hypertension - 72%, emotional stress - 12%, smoking – 28 %, overweight – 16 %. The transient cerebral circulation disturbance (TCCD) were revealed in 15,7% patients and they were combined with risk factors as smoking, ischemic heart-disease, arterial hypertension. It was revealed that a linear speed of blood flow of extra- cranial arteries of head in patients' group with TCCD is below than in patients' group without TCCD in anamnesis.

Широкое распространение, высокая смертность и инвалидизация населения вследствие цереброваскулярных заболеваний и наиболее тяжёлого их проявления в виде инсультов ставят профилактику и лечение этих болезней в один ряд с самыми актуальными медико-социальными проблемами (1,2). По данным ВОЗ на сегодняшний день в мире около 9 млн. человек страдают цереброваскулярными болезнями. Основное место среди них занимают инсульты, ежегодно поражающие от 5,6 млн. до 6,6 млн. человек и уносящие 4,6 млн. жизней. Мозговой инсульт является второй по значимости причиной смерти и одной из частых причин госпитализации и длительной инвалидизации в промышленно развитых странах мира (1).

Отсутствие достоверных продолжительных популяционных эпидемиологических исследований затрудняет планирование адекватной лечебно-профилактической помощи населению и делает невозможным сопоставление показателей заболеваемости, смертности и факторов риска развития инсульта (ВОЗ, 2007 г.). В настоящее время в нашей стране проводится изучение эпидемиологии инсульта с учетом их географических и этнических особенностей. Выявлена высокая заболеваемость инсультом, которая составила в различных регионах Казахстана от 2,5 до 3,7 случаев на 1000 человек, смертность от инсульта от 1 до 1,8 случаев на 1000 человек в год. Анализ заболеваемости инсультом в разных группах показал, что с увеличением возраста она

резко повышается. Полноценный анализ проблемы сосудистых заболеваний мозга требует оценки организации помощи больным на ранних этапах. В составе терапевтического отделения ЦРБ имеется 7 неврологических коек, куда госпитализируются больные с заболеваниями нервной системы, в том числе и сосудистыми заболеваниями головного мозга.

Наиболее распространенными на территории нашего района остаются болезни органов кровообращения, которые составляют более 60% потерь от смертности, 53,7% по инвалидности и 5,9% по временной нетрудоспособности. Болезни системы кровообращения наиболее распространены в возрасте от 40 лет и старше. Наиболее распространенными среди сердечно - сосудистых заболеваний являются: ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные болезни и болезни, связанные с повышением артериального давления. На территории нашего района из года в год регистрируется высокий процент больных, перенесших инсульты в 2009г.- 46 больных; за 9 месяцев 2010г – 37 случаев. Соотношение ишемических и геморрагических инсультов 4:1. Надо отметить, что инсульты «омолаживаются», все чаще поступают больные в возрасте от 40 лет. Летальность от инсультов составляет 0,9% от всей цереброваскулярной патологии. В 2009г. произошло незначительное первичного выхода на инвалидность среди всех групп населения на 1,8% и первичного выхода на инвалидность среди населения трудоспособного возраста на 0,8%. Анализ распространенности факторов риска среди лиц перенесших инсульт в 2009г. позволил установить, что наиболее распространенным фактором риска инсульта является артериальная гипертония, которая выявлена в 72% случаев инсульта. При этом регулярно получали лечение только 20% больных.

Вторым по распространенности фактором риска являются заболевания сердца 42%. Эта группа заболеваний разнородна и включает в себя острые и хронические формы ИБС, клапанные пороки сердца ревматической и атеросклеротической этиологии, заболевания эндокарда, миокарда и перикарда. Такие факторы риска как стресс, сахарный диабет, избыточная масса тела составили соответственно: 12,0%, 14,0% и 16,0%. Курение, являющееся независимым фактором риска мозгового инсульта, установлено у 28% больных со значительным преобладанием в когорте мужчин.

Таким образом, можно утверждать, что само наличие АГ и особенно слабая приверженность к лечению повышает риск развития инсульта.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И. Эпидемиология инсульта в России / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская // Журнал неврологии и психиатрии - 2003. - Т. 8. - С. 4-9.
2. Скворцова В.И. Ишемический инсульт: патогенез ишемии, терапевтические подходы // Неврологический журнал, 2003г. Т6 №3. С 4-9.
3. Каменова С.У., Жанузаков М.А. Ли Е.Ю., и др. Влияние артериальной гипертензии на риск развития сосудистых заболеваний мозга // Материалы Междунар. форума специалистов здорового образа жизни (2 съезд) «Политика формирования здорового образа жизни в Казахстане». – Алматы, 2006. – С. 316–320.
4. Каменова С.У., Ли Е.Ю., Маханбетжанова Р.А. и др. Эпидемиология мозгового инсульта в Казахстане // Всерос. науч.-практ. конф.: «Актуальные вопросы психиатрии и неврологии», (Санкт-Петербург, 18–19 октября 2007 г.). – 2007. – С. 135–136.

#### ЭПИЛЕПСИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

*Е.Ф. Сахнова*

*Зерендинская ЦРБ, Акмолинская область*

#### ТҮЙІН

Талма ауруына қарсы ламотриджин дәрісін қолдана отырып екі қабат әйелдегі эпилепсия ауруының ерекшеліктері сарапталды. Ламотриджин дәрісінің басқа дәрілерге қарағандағы әсері жоғары, екі қабат әйелдерге талма ауру кезінде беріледі. Талма ауруымен ауыратын әйелдерді бақылағанда, емдегенде қолданылатын нұсқаулар берілген.

#### SUMMARY

The features of epilepsy in pregnant women during treatment with antiepileptic drugs lamotrigine. The advantages over traditional lamotridzhina antiepileptic drugs are highly effective in the treatment of epilepsy in women during beremennosti. Privedeny recommendations for a comprehensive monitoring and treatment of pregnant women with epilepsy.

Эпилепсия- хроническое заболевание головного мозга, характеризуется повторными приступами, которые возникают в результате чрезмерной нейронной активности и сопровождаются различными клиническими и параклиническими проявлениями. Сочетание беременности и эпилепсии не является редкостью и составляет 0,3-0,5% от общего числа родов.

При эпилепсии нарушаются регуляторные механизмы нейромедиаторных систем, что происходит уже на ранних сроках беременности, у здоровых женщин соответствующие изменения при беременности

происходят позже. Лечение больных эпилепсией в период беременности до сих пор является весьма сложной проблемой, что обусловлено совокупностью двух процессов: патологического и репродуктивного. Известно, что противозепилептическая терапия во время беременности повышает риск формирования пороков развития у плода в целом в 2 раза. Этот риск наиболее велик при приеме противозепилептических препаратов в первом триместре беременности и в некоторой степени зависит от дозы препарата. Риск развития пороков у плода выше при политерапии, чем при монотерапии. Внутритробное воздействия противозепилептических препаратов на плод ведет к снижению массы тела, замедлению роста, задержка развития речи, миопии у детей.

Данные многих исследований указывают на значение дефицита фолевой кислоты с профилактической целью в дозе 5мг в день у беременных с эпилепсией, позволяет добиться снижения тератогенного эффекта противозепилептических препаратов. Препарат ламотриджин имеет массу преимуществ перед традиционными противозепилептическими препаратами, высокоэффективен в лечении эпилепсии у женщин во время беременности. Наблюдение из практики. Больная К.29лет, страдает с 12 лет ДЗ: эпилепсия с большими судорожными припадками до 3-4 раз в месяц. Первоначально получала карбамезепин, затем постепенно переведена на депакин, но приступы продолжались до 3-4 раз в месяц, обычно под утро, при пробуждении. Лечение было пересмотрено, и больная была переведена на препарат ламотриджин с адаптацией дозы до 250мг/сут. В течение 4 месяцев состояние улучшилось, приступы стали реже, 1 раз в месяц.

В 2005г больная забеременела. При обследовании: Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное. Деятельность сердца ритмичная, тоны ясные. АД 110/70ммртст, ЧСС 86 уд.в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. В неврологическом статусе: Сознание ясное, ориентирована. Когнитивные функции не нарушены. ЧМН- в норме. Сухожильные рефлексы D=S. Чувствительных расстройств нет. Сила и тонус мышц без разниц сторон. Координация не нарушена. Менингеальных и патологических знаков нет. Лабораторные данные без особенностей. Инструментальные методы исследования: КТ головного мозга без особенностей. ЭЭГ головного мозга представлена пароксизмальной тета активностью в лобно-височных отведениях на фоне диффузной дизритмии. В динамике на фоне лечения отмечалась улучшение картины ЭЭГ головного мозга.

Во время беременности на фоне приема ламотриджина приступы участились до 2-5 раз в месяц. Доза ламотриджина была повышена до 300 мг в сутки. Течение беременности было физиологичным. Роды были разрешены кесарева сечением. Ребенок родился в срок. Мое наблюдение за этим ребенком в течение двух лет: ребенок здоров, психомоторное развитие соответствует возрасту, во время стал ходить, сидеть, говорить. В послеродовом периоде больная продолжала принимать ПЭП ламотриджин в дозе 250мг/сут., приступы

В настоящее время комплексное наблюдения и лечения беременных женщин с эпилепсией с позиций практической неврологии можно представить следующим образом: 1. Эпилепсия относится к группе хронических заболеваний, при которых прием противосудорожных препаратов жизненно необходим, в том числе и при беременности. 2. У больных эпилепсией женщин беременность должна планироваться. Беременность возможна при стойкой медикаментозной ремиссии и субкомпенсации заболевания с редкими эпилепсиями. 3. В связи с риском обострения эпилепсии в послеродовом периоде настоятельно рекомендуется соблюдение регулярности приема противозепилептических препаратов и режима отдыха.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Авакян Г. Ламотриджин в лечении эпилепсии женщин//Эпилепсия журнал.-2007.-№5 –с. 44
2. Архангельский А.Е. Эпилепсия и беременность //Акушерство и гинекология.- 1984.- №12. – с63-66.
3. Карапетова А.А. Исследования беременности и родов у женщин, страдающие эпилепсией// Акушерство и гинекология.- 1981.- №3. – с57.
4. Зенков Л.Р., Притько А.Г. Фармокорезистентные эпилепсии: Руководство для врачей.- М.:МЕДпресинформ,2003.-208с.

#### РОЛЬ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТОВ

*К.И.Мухамбетова*

*Областная больница, г. Атырау*

#### ТҮЙІН

Рамиприлань кальцидің антагонистының препаратының тиімділігінің арна жұмысы ми қан айналудың бұзушылықтары бар 60 ауруларында. Препарат жақсы гипотензия эффекті көрсетті және өткір цереброваскуляр бұзушылықтарының клиникалық симптоматиінің жақсартуына мүмкіндік туғызды. Рамиприл тамыр гипертониясының емдеуі үшін инсульті бар аурулардың ми қан айналудың өткір бұзушылықтарының жан-жақты емдеуінде ұсынылады және

#### SUMMARY

Work is devoted to the effectiveness of the drug ramipril calcium antagonist in 60 patients with impaired cerebral circulation. The drug has a good antihypertensive effect and contributed to the improvement of clinical symptoms of acute cerebrovascular disorders. Ramipril is recommended for the treatment of hypertension in patients with stroke in the combined treatment of stroke and recurrent stroke prevention.

Артериальная гипертония (АГ) - не только самое распространенное хроническое неинфекционное заболевание среди взрослого населения, но и основной фактор риска развития ИБС, включая инфаркт миокарда, внезапную коронарную смерть, главная причина cerebrovasкулярных осложнений, формирования хронической сердечной и почечной недостаточности[1].

Проблема артериальной гипертонии (АГ) занимает по значимости одно из ведущих мест в клинической медицине, т.к. существенно повышает риск развития сердечнососудистых осложнений (ССО) и преждевременной смертности в популяции[2].

У больных, перенесших инсульт или преходящее нарушение мозгового кровообращения, очень высока вероятность развития повторного инсульта - частота рецидива составляет около 5 % в год. Иными словами, примерно у каждого пятого больного перенесшего инсульт в течение последующих 5 лет развивается повторный инсульт, и, если имеются поражения других сосудистых бассейнов, то высок риск развития серьезных коронарных осложнений, частота которых составляет около 3% в год [3].

АГ относится к модифицируемым факторам риска, т.е факторам на которые можно воздействовать тем или иным путем. Согласно опубликованным данным метаанализа 7 проспективных эпидемиологических исследований и 17 рандомизированных исследований по изучению антигипертензивной терапии, возрастание систолического АД на 5 мм.рт. ст. повышает риск инсульта на 1/3 и наоборот, снижение диастолического АД на 5-6 мм.рт.ст приводит к уменьшению риска инсульта на 38 % [4].

Препаратами первого ряда для лечения АГ признаны 5 групп гипотензивных средств. Антигипертензивная эффективность основных классов лекарственных препаратов близка, но в последнее время внимание ученых привлекают гипотензивные средства с вазопротективным действием. К последним относится препарат из группы ингибиторов АПФ, рамиприл (хартил), отличающийся высокой липофильностью активного метаболита[5].

Вазопротективное действие рамиприла было убедительно продемонстрировано в крупнейшем многоцентровом проекте HOPE (The Heart Outcomes Prevention Evaluation study) в клинических центрах Канады, Мексики, Аргентины, США, Западной Европы. Под наблюдением находились 9541 пациентов с верифицированным атеросклерозом (в анамнезе ИБС, в т.ч. инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, заболевания периферических артерий) или его эквивалентом – сахарным диабетом. На фоне терапии было выявлено, что рамиприл (хартил) предупреждает развитие инсультов на 32% у больных с высоким риском сердечнососудистых осложнений, независимо от типа инсульта [6]. Причем, частота фатальных инсультов в группе рамиприла была на 61% ниже, чем в группе, принимавших на фоне стандартной терапии плацебо.

Цель исследования: изучить эффективность гипотензивного препарата рамиприл (хартил EGIS). На базе неврологического отделения областной больницы города Атырау проведено клиническое исследование оценки эффективности препарата рамиприл (дозы варьируют от 2,5 мг до 10 мг) в лечении и профилактике повторных инсультов у больных с острыми и перенесенными нарушениями мозгового кровообращения с нормальным или повышенным артериальным давлением (АД).

Исследованием были охвачены 60 чел - в возрасте от 30 до 69 лет (мужчин - 28; женщин – 32), пациенты с уровнем систолического АД выше 140-155 мм.рт.ст, диастолического выше 100-115 мм.рт.ст, с последствиями мозгового инсульта – 34 чел (56,6%), с острыми нарушениями мозгового кровообращения -26 чел (43,4%) (таблица 1, 2). В группу сравнения взяты 40 больных, с аналогичной патологией, не получавшие рамиприл.

Таблица 1 - Распространенность АГ по степени в основной группе.

категории	Систолическое АД	диастолическое АД	Количество б-х
Степень 1	140-159	90-99	22 – 36,6%
Степень 2	160-179	100-109	26 – 43,4%
Степень 3	> =180	> =110	12 – 20,0%

Среди лиц с повышенным АД преобладали лица со второй и первой степенью риска сердечнососудистых заболеваний 80% больных; а с третьей степенью оказалось 20% .

Таблица 2 - Количество пациентов с АГ по возрастам.

Категории АГ	Количество пациентов по возрастам			
	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет
Степень 1	2	4	4	6
Степень 2	4	2	6	4
Степень 3	4	8	6	10
ВСЕГО: 30	10-16,7%	7-23,3%	16-26,7%	20-33,3%



Высокий сердечнососудистый риск отмечен у пациентов, имеющих в анамнезе такие факторы риска как, ИБС, АГ, заболевания периферических артерий, сахарный диабет, курение, заболевания почек. В основной группе преобладали факторы риска: курение – 10 чел (16,7%), ожирение III степени – 18 чел (30%), сахарный диабет – 6 чел (10%), гиперхолестеринемии – 20 (33,3%), заболевания почек- 10 (16,7%), повышение свертываемости крови – 26 чел (43,4%).

Рамиприл назначался в дозе от 2,5 мг до 10 мг однократно, ежедневно, с последующим подбором адекватной терапевтической дозы, лечение проводилось параллельно с ноотропными, вазоактивными и антиагрегантными препаратами. Продолжительность наблюдения – 3 месяца. Исследование неврологического статуса проводилось с оценкой общемозговых проявлений (церебральный синдром): головные боли, головокружение, состояние эмоционального фона; нормализация АД, динамика лабораторных данных (свертываемости крови, холестерина, ЛПНП, ЛПОНП).

Оценка эффекта лечения по четырехступенчатой шкале «хорошо», «удовлетворительно», «отсутствие эффекта», «ухудшение». В основной группе АД снизилось на 12,0 - 5,0 мм.рт.ст и было стабильным на протяжении всего исследования чем в группе сравнения.

Отмечается менее значимый регресс артериального давления у пациентов с АГ в старшей возрастной группе. Среди лиц 50-69 лет снижение и стабильное АГ отмечается у 44,4 % больных, а в возрасте 30-49 лет у 75,0%. Среди женщин и мужчин нормализация АД выявлена в равной степени. Под влиянием активной антигипертензивной терапии развитие гипертонических церебральных кризов наблюдалось только у 6 больных.

Анализ зависимости показателей свертываемости крови, симптомов «церебрального» синдрома от нормализации АД, выявил регресс головных болей –36,6%, уменьшение головокружений – 20%, уменьшение вегетативных расстройств – 56%, улучшение эмоционального фона- 43,3%, ночного сна – 33,3%, нормализации реологических свойств крови – 85%.

Выводы: 1. Активное и своевременное лечение АГ, способствует значительному снижению частоты мозговых инсультов. В настоящее время вопрос о вторичной профилактике цереброваскулярных осложнений у больных с артериальной гипертонией остается открытым, что требует от кардиологов и неврологов дальнейших совместных усилий. 2. Препарат рамиприл (хартил EGIS) оказывает хороший гипотензивный эффект и рекомендуется для лечения АГ у пациентов с указанием на церебральные гипертонические кризы и в комплексном лечении острых нарушений мозгового кровообращения – независимо от уровня артериального давления. 3. Для получения данных о динамике заболеваемости и оценки эффективности внедрения усовершенствованных программ оказания медико-социальной помощи пациентам с артериальной гипертонией планируется продолжение исследований.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Верещагин Н.В. Клиническая ангионеврология на рубеже веков //Журнал невропатологии и психиатрии.- 1996.-№1.-С.11-13
2. Беленков Ю.Н., Чазова И.Е., 2003, Оганов Р.Г., 2004
3. Преображенский Д.В, Маренич А.В. Профилактика мозгового инсульта с помощью антигипертензивных препаратов: возможности и ограничения. Кардиология №6,2002,79-85
4. Оганов Р.Г. Профилактическая кардиология от гипотез к практике. Кардиология 1999; №2, С.4-9.
5. Смирнов В.Е. Эпидемиология неинфекционных заболеваний //Под редакцией А.М.Вихерг, А.В.Чаклин. М.1990
6. Чазова И.Е. Лечение артериальной гипертонии как профилактика инсульта //Инсульт №3, 2001. С 3-7.

### ОСТРЫЕ ИШЕМИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА. ПОИСК ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ

*Мухамбетова К.И.,  
Областная больница, г. Атырау.*

По данным статистики инсульт, наряду с ИБС и онкологическими заболеваниями является основной причиной смертности населения нашей планеты [1]. Ежегодно в мире умирает от инсульта около 4.6 миллионов человек и три четверти из них - жители развитых стран. В этих странах инсульт является третьей ведущей причиной смерти населения [2]. В связи с этим поиск эффективных методов медикаментозной коррекции острого ишемического поражения головного мозга является актуальной задачей современной неврологии[3].

Цель нашего исследования: изучить эффективность препарата церебролизин в остром периоде ишемического инсульта (ИИ). На базе неврологического отделения областной больницы города Атырау проведено клиническое исследование оценки эффективности препарата церебролизин (дозы варьируют от 10 мл до 25 мл). Исследованием были охвачены 182 чел., мужчин - 97; женщин – 85, с острыми нарушениями мозгового кровообращения по типу ИИ. Средний возраст составил 57,6±4,8 лет, у мужчин он составил – 55,6±6,6 лет, у женщин – 60,7±7,0 лет. В группу сравнения взяты 192 больных, адекватные по возрасту, с

аналогичной патологией, не получавшие церебролизин. Среди больных ИИ в обеих группах преобладал кардиоэмболический тип (таблица 1)

Таблица 1- Подтипы ишемического инсульта

Подтип ИИ	Основная группа n=182		Контрольная группа n=192		p
	abc	%	Аbc	%	
АТТ	31	17,5±2,8	32	16,8±3,0	*
ГД	26	14,5±2,6	27	13,9±2,5	*
ЛК	42	23,3±3,1	47	24,7±3,1	*
КЭ	48	26,2±3,3	54	28,1±3,2	*
ГМ	35	18,5±2,9	32	16,5±2,7	*

Примечание \*p<0,01

Локализации ишемического очага в различных сосудистых бассейнах головного мозга основной и контрольной групп, представлены в таблице 2

Таблица 2- Локализация ишемического очага.

Подтип ИИ	Основная группа n=182		Контрольная группа n=192		p
	abc	%	Аbc	%	
СМА	153	83,8±2,7	156	81,3±2,7	*
ЗМА	5	2,7±1,2	7	3,7±1,4	*
СМА и ЗМА	4	2,1±1,0	8	4,2±1,5	*
ПМА	7	3,9±1,4	6	3,1±1,3	*
Ствол мозга	13	7,6±1,96	15	7,8±1,9	*

Примечание \*p<0,01

Самыми частыми общемозговыми симптомами в основной и контрольной группах были: головокружение несистемного характера (31,8% и 29,6%), головная боль различной локализации и интенсивности (41,2% и 37,1%), из очаговых симптомов часто встречались чувствительные расстройства (32,5% и 37,9%) (таблица 3).

Таблица 3 - Общемозговые симптомы в основной и контрольной группах.

Симптомы	Основная группа n=182		Контрольная группа n=192		p
	Аbc	%	Аbc	%	
Двигательные расстройства	23	12,5±2,5	22	11,5±2,3	*
Чувствительные расстройства	59	32,5±3,5	73	37,9±3,5	*
Приступы головокружения	58	31,8±3,5	57	29,6±3,3	*
Приступы головной боли	75	41,2±3,6	71	37,1±3,5	*
Тошнота и рвота	26	14,2±2,6	34	17,9±2,8	*
Общемозговые симптомы и чувствительные расстройства	56	31±3,4	63	33,0±3,4	*
Общемозговые симптомы и двигательные расстройства	45	24,8±3,2	48	25,0±3,1	*

Примечание \*p<0,01

Оценка степени неврологического дефицита проведена по шкале NIHSS[2]. В основной и контрольной группах преобладает средняя степень неврологического дефицита по шкале NIHSS (таблица 4).

Таблица 4 - Степени неврологического дефицита в основной и контрольной группах по шкале NIHSS.

Степень неврологического дефицита	Основная группа		Контрольная группа		p
	Аbc	%	abc	%	
Лёгкая степень (< 5 баллов)	64	35±3,5	63	33±3,4	*
Средняя степень (6-14 баллов)	89	49±3,7	102	53±3,6	*
Тяжёлая степень (>15 баллов)	29	16±2,7	27	14±2,5	*

Примечание \*p<0,01

Церебролизин назначался в дозе от 10,0 мл до 25,0 мл однократно, ежедневно, с последующим подбором адекватной терапевтической дозы, лечение проводилось параллельно с ноотропными, вазоактивными и антиагрегантными препаратами. Продолжительность наблюдения – 15 дней. Оценка эффекта лечения по четырехступенчатой шкале «хорошо», «удовлетворительно», «отсутствие эффекта», «ухудшение». В основной группе на 9 сутки курса лечения по сравнению с группой сравнения улучшились общемозговые симптомы: головокружение несистемного характера на (18,8% и 26,1%), головная боль различной локализации и интенсивности (12,4% и 21,1%), двигательные расстройства (8,2% и 11,5%), чувствительные расстройства (17,2% и 29,6% соответственно). При сравнении показателей общемозговых и неврологических симптомов в основной группе отмечается снижение головокружения на 22,4%, головных болей на 38,4%, тошноты и рвоты на 51%, чувствительных нарушений на 26%.

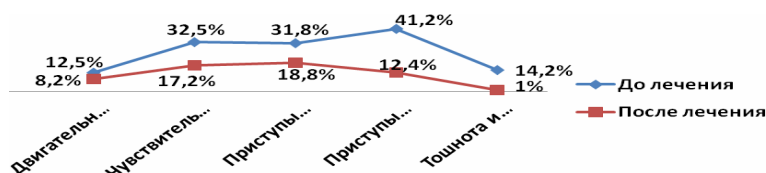


Рисунок 1 Динамика общемозговых и неврологической симптомов в основной группе.

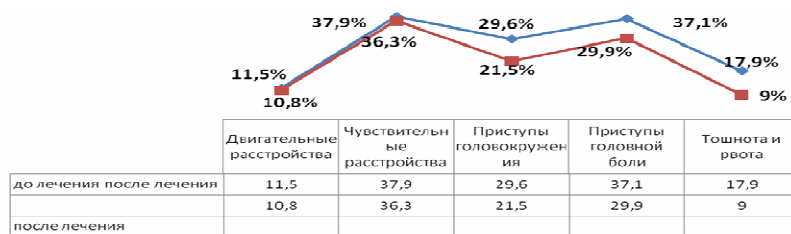


Рисунок 2 Динамика общемозговых и неврологических симптомов в контрольной группе.

Отмечается значимый регресс неврологического дефицита по шкале NIHSS у пациентов с ИИ основной группы, чем в контрольной группе. В основной группе отмечено уменьшение количества больных с тяжелым неврологическим дефицитом на 75%, средней степени тяжести на 22,4%.

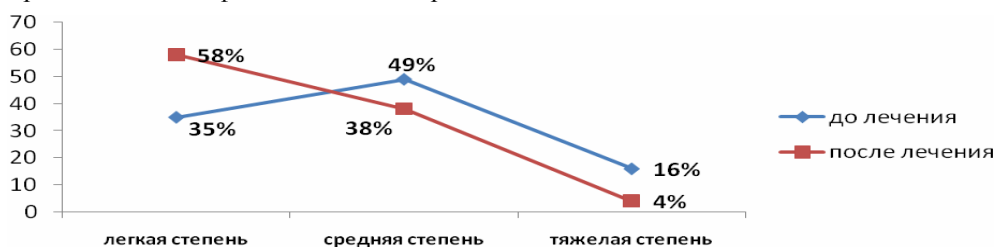


Рисунок 1 Динамика неврологического дефицита в основной группе.



Рисунок 2. Динамика неврологического дефицита в контрольной группе.

В то же время в контрольной группе на фоне проведенного стандартного лечения инсультов без церебролизина отмечается уменьшение числа больных с тяжелым неврологическим дефицитом лишь на 14%, со средним неврологическим дефицитом на 5,7%. За время наблюдения в основной группе не отмечалось повторных ИИ, то время как в контрольной группе у 2 больных отмечен ИИ повторно и у 3 больных усилилась степень тяжести ИИ.

Выводы: 1. Активное и своевременное лечение ишемического инсульта, способствует значительному снижению степени неврологического дефицита, общемозговых и неврологических симптомов, что способствует меньшей инвалидизации и предотвращает развитие повторного инсульта. В настоящее время вопрос о профилактике повторных инсультов остается открытым, что требует от кардиологов и неврологов дальнейших совместных усилий. 2. Препарат церебролизин в терапевтических дозах 10-25 мл оказывает хороший нейропротективный эффект и рекомендуется для лечения пациентов с ИИ в комплексном лечении острых нарушений мозгового кровообращения. 3. Для получения данных о динамике заболеваемости, инвалидизации, профилактике повторных ишемических инсультов и оценки эффективности внедрения усовершенствованных программ оказания медико-социальной помощи пациентам с инсультом планируется продолжение исследований.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Национальная ассоциация по борьбе с инсультом: история создания, настоящее и будущее // Инсульт: Прилож. к Журн. невропатол. и психиатр, им. С.С. Корсакова.— 2001.-Вып 1, -С 3 - 6.
2. Манвелов Л.С. Смирнов В.Е., Распространенность факторов риска и смертность от инсульта в разных географических регионах // Инсульт. -2001.-Вып. 2.-С. 19-25.
3. Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. VI отчет объединенного национального комитета по профилактике, диагностике и лечению повышенного артериального давления. (США) // Клиническая фармакология и терапия. - 1999. -№3. - С. 12-17.

#### ТИОКТОВАЯ КИСЛОТА В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

*Бермагамбетова А.А.  
Областная больница, Атырау.*

Диабетическая периферическая полинейропатия (ДПН) относится к наиболее распространенным осложнениям сахарного диабета (СД) и является одной из главных причин инвалидизации больных СД. По данным эпидемиологических исследований, в зависимости от используемых методов обследования частота развития ДПН при СД варьирует от 5% до 100% [1].

ДПН значительно снижает качество жизни больных и является одним из основных факторов риска развития язвенных дефектов стоп, ожогов, обморожений и гангрены [2]. Установлено, что от 40 до 70% всех нетравматических ампутаций происходит у больных сахарным диабетом, поэтому чрезвычайно важно вовремя диагностировать нейропатию и принять соответствующие меры профилактики и лечения.

В настоящее время для предупреждения развития ДПН основное внимание уделяется поддержанию нормогликемии. Однако в запущенных стадиях ДПН требуется удерживать уровень глюкозы крови в близких к норме параметрах в течение нескольких месяцев или даже лет для того, чтобы добиться положительного эффекта в поврежденных нервах. Поэтому часто требуется дополнительное фармакологическое лечение диабетической периферической нейропатии [3]. Сегодня феномен «окислительного стресса» рассматривают, как основную причину формирования поздних осложнений сахарного диабета, в том числе генерализованного поражения нервов [4]. В условиях хронической гипергликемии процессы аутоокисления глюкозы, активации перекисного окисления липидов и значительного накопления конечных продуктов гликирования белков приводят к избыточному образованию свободных кислородных радикалов, нарушающих деятельность клеточных структур (в первую очередь эндотелия). Это способствует развитию эндоневральной гипоксии, которая не только определяет дисфункцию нерва, но и усиливает активность свободнорадикального окисления в нервных волокнах, замыкая, таким образом, «порочный круг» [5]. Учитывая вышеизложенное, в настоящее время сформировалось представление об необходимости антиоксидантной терапии с целью коррекции неврологических расстройств, обусловленных ДПН.

Одним из самых сильных антиоксидантов, используемых в лечении нейропатии, является тиоктовая кислота (Тиоктацид) [6]. Высокая эффективность и патогенетическое действие Тиоктацида доказаны многочисленными экспериментальными и клиническими исследованиями (ALADIN, DECAN, ORPIL, SYDNEY, NATHAN) [7,8]. По данным литературы для пациентов старшей возрастной группы, больных СД, внутривенное применение Тиоктацида не всегда приемлемо. Биодоступность таблетированной формы значительно повышается при использовании тиоктовой кислоты быстрого высвобождения (Тиоктацид БВ). Это сделало актуальными вопросы об эффективной терапевтической дозировке Тиоктацида БВ и возможности назначения таблетированной формы тиоктовой кислоты быстрого высвобождения без предварительного проведения инфузий, что раньше было обязательным условием терапии.

Для изучения эффективности влияния тиоктовой кислоты на клинические проявления ДПН было обследовано 87 пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа, проходивших стационарное лечение на базе эндокринологического отделения областной больницы города Атырау. Критериями включения в исследование являлись: стаж сахарного диабета 1 и 2 типа более 1 года; симметричная сенсомоторная периферическая

полинейропатия, по крайней мере, стадии 2, связанная с диабетом (после тщательной оценки других причин нейропатии); возраст от 18 до 74 лет; оценка по шкале TSS > 7,5 баллов. Из исследования исключались пациенты, принимавшие антиоксиданты в течение последнего месяца до начала исследования; с нейропатией любого другого генеза; с наличием тяжелых заболеваний периферических кровеносных сосудов, пролиферативной ретинопатии, клинически значимых сердечных, легочных, желудочно-кишечных заболеваний, язвенных поражений стоп, беременности, кормления грудью; с отягощенным аллергологическим анамнезом; злоупотребляющие алкоголем.

Учитывая критерии включения, критерии исключения, 87 пациентов были случайным образом разделены на 4 группы, 1-я из которых получала плацебо (n=19), 2-я – Тиоктацид 600 мг (n=22), 3-я – Тиоктацид 1200 мг (n=23), 4-я – Тиоктацид 1800 мг (n=23). Все пациенты в течение 5 недель получали препарат по 3 таблетки утром за 30 минут до завтрака. При сравнительном анализе между 4 группами пациентов не наблюдались достоверные различия по показателям возраста, веса, ИМТ, длительности сахарного диабета, длительности ДПН, что говорит об однородности этих групп (таблица 1)

Таблица 1 Характеристика пациентов по группам

Показатель	Плацебо (n=19)	ТИО 600 (n=22)	ТИО 1200 (n=23)	ТИО 1800 (n=23)	Всего (n=87)
% мужчины	26,3	36,4	30,4	43,5	34,5
% женщины	73,7	63,6	69,6	56,5	65,5
Возраст, годы	55,5±13,9	56,2±14,1	57,8±13,0	56,3±11,3	56,5±12,8
Вес, кг	83,8±21,9	77,0±10,1	87,5±15,2	80,7±14,1	82,2±15,8
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	29,4±5,8	27,4±3,2	30,5±4,6	27,4±4,1	28,7±4,5

Таблица 2. Общая характеристика пациентов в группах по типу СД и стадии ДПН

Показатель	Плацебо	ТИО 600	ТИО 1200	ТИО 1800
СД 1 типа, %	85	82	80	81
СД 2 типа, %	15	18	20	19
Длительность СД, годы	12,3±7,5	13,2±7,1	14,4±9,2	14,8±10,5
Длительность ДПН, годы	4,7±3,4	4,8±3,7	4,9±3,9	5,0±3,9
ДПН 2А ст., %	91	84	87	97
ДПН 2Б ст., %	9	16	13	3

Для оценки ДПН учитывались жалобы пациентов и проводились исследования, результаты которых заносились в специально разработанные таблицы. У пациентов оценивались следующие субъективные симптомы: «стреляющие» боли, жжение, парестезии, онемение. Количественный анализ жалоб осуществлялся по шкале TSS.

Таблица 3. Оценка жалоб по шкале TSS

Частота симптома	Интенсивность симптома (баллы)			
	Отсутствие	Легкая	Средняя	Сильная
Редкая	0	1,0	2,0	3,0
Частая	0	1,33	2,33	3,33
Постоянная	0	1,66	2,66	3,66

Количественно объективные симптомы оценивались по шкале NISLL (Neuropathy Impairment Score of lower limbs – объективный невропатический счет для нижних конечностей), так как у абсолютного большинства пациентов наиболее рано симптомы появляются на нижних конечностях. По шкале NISLL мышечную силу оценивали по следующим показателям: сгибание бедра, разгибание бедра, сгибание в коленном суставе, разгибание в коленном суставе, сгибание в голеностопном суставе, разгибание в голеностопном суставе, сгибание пальцев стопы, разгибание пальцев стопы. Оценивали коленный и ахиллов рефлексы. Тестирование порога болевой, тактильной и вибрационной чувствительности осуществляли в области дорсальной поверхности у основания ногтевого ложа концевой фаланги большого пальца стопы.

Основополагающей при анализе эффективности терапии тиоктовой кислотой у пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа в проводимом исследовании являлась оценка клинических проявлений ДПН по данным

шкалы

TSS

(таблица

4).

**Таблица 4. Динамика TSS на фоне 5 недель лечения тиоктовой кислотой**

Показатель	Плацебо (n=19)	ТИО 600 (n=22)	ТИО 1200 (n=23)	ТИО 1800 (n=23)
Скрининг	10,22±1,65	10,29±1,76	10,03±1,93	9,82±1,58
День 7	9,22±1,88	9,43±1,86	9,35±1,67	9,03±1,65
День 14	8,88±1,75	8,67±1,88	8,08±2,17	7,72±2,11
День 21	7,82±2,05	6,81±2,18	6,54±2,56	5,95±2,43*
День 28	6,54±2,49	5,59±2,56	4,9±2,06*	4,7±2,19*
День 35	5,45±2,91	4,20±2,64	3,30±2,57*	4,16±2,55
День 42	4,96±3,15	3,04±2,77*	3,05±2,91	3,54±2,89

\* p<0,05 в сравнении с плацебо

**Таблица 5. Изменения TSS по сравнению с 7-м днем**

День	Плацебо (n=19)	ТИО 600 (n=22)	ТИО 1200 (n=23)	ТИО 1800 (n=23)
14-й	-0,34±1,2	-0,76±1,45	-1,27±1,35	-1,31±1,59
21-й	-1,4±1,25	-2,62±1,67	-2,81±2,32	-3,08±2,08
28-й	-2,68±2,63	-3,84±1,96	-4,41±2,28	-4,26±2,67
35-й	-3,77±2,99	-5,23±2,44	-6,05±3,03	-4,93±2,76
42-й	-4,96±2,93	-6,39±3,03	-6,3±3,32	-5,49±3,54

Таким образом, в группе пациентов, принимающих Тиоктацид 600 мг, достоверные различия (p<0,05) по сравнению с плацебо появились на 5-й неделе лечения (день 42) и составили 3,04±2,77, хотя и до этого отмечалось клинически значимое снижение суммы общих симптомов по шкале TSS на 3-й неделе лечения, но эти изменения были статистически недостоверны (p>0,05). При использовании Тиоктацида 1200 мг достоверные различия появились к 3-й неделе приема препарата (день 28) и составили 4,94±2,06 по сравнению с плацебо 6,54±2,49 (p<0,005). И, наконец, при оценке лечения самой большой из исследуемых доз препарата – 1800 мг статистически значимые различия появились уже ко 2-й неделе приема Тиоктацида (день 21) и составили 5,95±2,43 против 7,82±2,05 при использовании плацебо (p<0,05).

Учитывая, что первая неделя наблюдения представляла собой односторонний плацебо – период для выявления и исключения плацебо-респондеров, оценку изменений шкалы TSS в каждой группе производили с 7-го дня лечения (таблица 5). На первой неделе лечения (день 7 – день 14) происходило достоверное снижение общего счета TSS в каждой группе (p<0,005), кроме плацебо (p>0,05). Со 2-й недели приема препарата и до конца лечения достоверное уменьшение жалоб по шкале TSS происходило в каждой группе (p<0,005) и в конце лечения (день 42) составило в группе плацебо 4,96±3,15, в группе, принимающей Тиоктацид 600 мг, 3,04±2,77, 1200 мг – 3,05±2,91, 1800 мг – 3,54±2,89. Несомненно интересной стала оценка динамического изменения каждого симптома на фоне лечения различными дозами Тиоктацида БВ в сравнении с плацебо. На скрининге жалобы на боль в стопах с учетом частоты возникновения и интенсивности за последние 24 часа в группе, получающей плацебо, составили 2,65±0,55 баллов, при приеме Тиоктацида 600 мг – 2,83±0,47, 1200 мг – 2,82±0,19, 1800 мг – 2,54±0,20. Достоверных различий между группами выявлено не было (p>0,05).

Статистически значимое уменьшение боли отмечалось к концу 2-й недели (день 21) приема препарата и составило 1,36±0,75 (p=0,04). Но при дальнейшем лечении достоверной разницы в сравнении с плацебо не получено (при оценке боли на 28, 35, 42-й дни p>0,05). Достоверные различия при приеме Тиоктацида 1200 мг наблюдались с 4-й недели приема (день 35, 42-й p<0,05). До этого со 2-й недели выявлялось клиническое улучшение, но которое не было статистически значимым (p>0,05). На фоне приема Тиоктацида 1800 мг достоверное уменьшение болей в стопах произошло на 2-й неделе (день 21) и составило 1,14±0,17 балла по сравнению с 1,86±0,82 балла на плацебо (p<0,05). В дальнейшем каждые 7 дней лечения разница при использовании Тиоктацида 1800 мг оказывалась статистически значимой по отношению к плацебо и по окончании лечения к концу 5-й недели (день 42) составила 0,47±0,15 балла против 1,10±1,08 балла на плацебо (p<0,05). Таким образом, при оценке боли также как и в общем счете TSS наблюдается дозозависимый эффект Тиоктацида.

Следующим оцениваемым симптомом явилось жжение, которое на скрининге в группе, получающей плацебо, составило 2,34±1,30 балла, Тиоктацид 600 мг – 2,22±1,22 балла, 1200 мг – 1,96±0,28 балла, 1800 мг – 2,04±0,24 балла. Достоверных различий в группах по оценке данного симптома выявлено не было (p>0,05). На фоне приема Тиоктацида 600 мг отмечалось клинически значимое ослабление симптоматики к 4–5-й неделям лечения (день 35, 42), достоверное в данной группе пациентов (p<0,05), но статистически незначимое по сравнению с плацебо (p>0,05). На фоне лечения Тиоктацидом 1200 мг отмечается клинически значимое снижение жжения с 1,87 ± 0,26 балла на начало приема активного препарата до 0,72 ± 0,22 балла к 42-му дню (5-я неделя) (p<0,05), но которое не является достоверным при сравнении с плацебо (p>0,05). При приеме Тиоктацида 1800 мг жжение снизилось с 1,91±0,23 балла на 7-й день наблюдения до 0,83±0,20 баллов к 42-му дню, что является достоверным (p<0,05), но статистически незначимо по сравнению с плацебо (p>0,05). Третьим оцениваемым симптомом шкалы TSS являются парестезии, которые на скрининге составляли в группе,



принимающей плацебо  $2,37 \pm 0,73$  балла, Тиоктацид 600 мг  $2,30 \pm 0,96$  баллов, 1200 мг  $2,37 \pm 0,16$  балла, 1800 мг  $2,32 \pm 0,16$  балла и не имели достоверных различий между собой ( $p > 0,05$ ).

Жалобы на покалывание снизились с  $2,13 \pm 0,99$  баллов (день 7) до  $0,70 \pm 1,02$  (день 42) и были статистически значимы между собой ( $p < 0,05$ ), но не имели достоверных различий в сравнении с плацебо ( $p > 0,05$ ). При приеме Тиоктацида 1200 мг в начале лечения (день 7) парестезии составляли  $2,14 \pm 0,14$  балла, снизившись к окончанию лечения (день 42) до  $0,67 \pm 0,22$  балла ( $p < 0,05$ ). Статистически достоверная разница по сравнению с плацебо наблюдалась на 2-й неделе лечения ( $p < 0,05$ ). На фоне лечения Тиоктацидом 1800 мг жалобы на парестезии снизились с  $2,19 \pm 0,12$  баллов (день 7) до  $0,82 \pm 0,20$  баллов (день 42). Достоверные различия между группами получены ко 2-й неделе наблюдения ( $p < 0,05$ ).

Последним оцениваемым симптомом явилось онемение, которое на скрининге в группе плацебо составило  $2,93 \pm 0,87$  балла, Тиоктацид 600 мг  $2,94 \pm 0,70$  балла, 1200 мг  $2,86 \pm 0,14$  балла, 1800 мг  $2,93 \pm 0,16$  балла. Статистически значимых отличий между группами не выявлено ( $p > 0,05$ ). При лечении Тиоктацидом 600 мг онемение снизилось с  $2,72 \pm 0,66$  баллов (день 7) до  $1,21 \pm 1,15$  балла (день 42) ( $p < 0,05$ ). Но достоверных различий по сравнению с плацебо не получено на протяжении 5 недель лечения ( $p > 0,05$ ). На фоне терапии Тиоктацидом 1200 мг онемение снизилось с  $2,81 \pm 0,15$  балла (день 7) до  $1,13 \pm 0,24$  балла (день 42), что оказалось также статистически достоверно, как и в предыдущей группе ( $p < 0,05$ ), но незначимо по сравнению с плацебо ( $p > 0,05$ ). В группе, получающей Тиоктацид 1800 мг, онемение в начале терапии (день 7) составило  $2,62 \pm 0,19$  балла, уменьшившись до  $1,42 \pm 0,27$  балла в конце лечения (день 42) ( $p < 0,05$ ). Но достоверных отличий по отношению к плацебо не выявлено ( $p > 0,05$ ). После оценки TSS исследовалась в динамике шкала NISLL, включающая определение мышечной силы, коленного и ахиллова рефлексов, тактильной, болевой, вибрационной видов чувствительности и мышечно-суставного чувства на фоне применения различных дозировок Тиоктацида в сравнении с плацебо (таблица 6).

Показатель	Плацебо (n=19)	ТИО 600 (n=22)	ТИО 1200 (n=23)	ТИО 1800 (n=23)
До лечения	$10,06 \pm 2,35$	$9,73 \pm 6,02$	$11,36 \pm 4,27$	$9,85 \pm 3,08$
После лечения	$9,13 \pm 2,42$	$6,82 \pm 4,44^*$	$9,29 \pm 4,2$	$7,29 \pm 2,52^{**}$

\*  $p < 0,05$  в сравнении с плацебо; \*\*  $p = 0,052$  в сравнении с плацебо

Суммарный счет NISLL в группе, получающей плацебо, составил  $10,06 \pm 2,35$  балла, Тиоктацид 600 мг  $9,73 \pm 6,02$  балла, 1200 мг  $11,36 \pm 4,27$  баллов, 1800 мг  $9,85 \pm 3,08$  балла. Достоверных различий между группами не выявлено ( $p > 0,05$ ). На фоне лечения значимые отличия выявлены в группе, принимающей Тиоктацид 600 мг, и составили  $6,82 \pm 4,44$  балла ( $p < 0,05$ ). Близкие к достоверным показатели в группе, использующей Тиоктацид 1800 мг –  $7,29 \pm 2,52$  ( $p = 0,052$ ). Статистически незначимо изменение NISLL при лечении 1200 мг Тиоктацида ( $p > 0,05$ ) и составило  $9,29 \pm 4,2$  балла. Таким образом, в проведенном исследовании показано, что быстрее наступление клинического эффекта происходило при приеме Тиоктацида 1800 мг (со 2 недели,  $p < 0,05$  в сравнении с плацебо), на фоне приема 1200 мг Тиоктацида с 3 недели, 600 мг к окончанию лечения – 5 неделе ( $p < 0,05$  в сравнении с плацебо). Снижение общего счета TSS на 62% произошло в группе Тиоктацида 600 мг, на 63,5% 1200 мг, на 53% 1800 мг в сравнении на 38% на плацебо ( $p < 0,05$ ). В изменении NISLL различий не было между Тиоктацидом 1200 мг и плацебо, но имелись достоверные отличия между Тиоктацидом 600 мг и плацебо ( $p < 0,05$ ) и близкие к достоверным значения между Тиоктацидом 1800 мг и плацебо ( $p = 0,052$ ).

Таким образом, в результате клинического исследования у пациентов с СД 1 и 2 типа было показано, что снижение общего счета TSS произошло в группах пациентов, принимавших Тиоктацид в суточной дозе 600 мг – на 62%, 1200 мг – на 63,5%, 1800 мг – на 53%, и лишь на 38% в группе плацебо. Уменьшение боли происходило со второй недели приема Тиоктацида в суточной дозе 1800 мг, с четвертой недели приема в дозе 1200 мг и только к пятой неделе на фоне приема 600 мг Тиоктацида. Достоверное уменьшение неврологических симптомов в динамике выявлено в группе, принимающей Тиоктацид 600 мг в сутки; в группе, использующей Тиоктацид 1800 мг, отмечена тенденция к положительной динамике неврологической симптоматики. При наличии боли, как преобладающего симптома шкалы TSS, целесообразно начинать лечение с 1800 мг Тиоктацида БВ. Учитывая дозозависимый эффект развития побочных явлений, во всех остальных случаях оптимальной является дозировка 600 мг Тиоктацида БВ.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Ziegler D, Schatz H, Conrad F, et al. Effect of treatment with the antioxidant  $\alpha$ -lipoic acid in cardiac autonomic neuropathy in NIDDM patients (DECAN Study). *Diab Care* 1997; 20: 369–73.
- Диабетическая периферическая сенсомоторная полинейропатия. Патогенез, клиника, диагностика. Методические рекомендации. М., 2000.
- Окислительный стресс. Биохимические и патофизиологические аспекты / НК. Зенков, В.З. Лапкин, Е.Б. Меньшикова. – М.: Наука, Интерпериодика, 2001. – 343 с.
- Балаболкин МИ, Креминская ВМ, Клебанова ЕМ Роль окислительного стресса в патогенезе диабетической нейропатии и возможность его коррекции препаратами  $\alpha$ -липоевой кислоты т.51 №3 22–33 2005.
- Аметов А.С., Строков И.А., Самигуллин Р. Антиоксидантная терапия диабетической полинейропатии // РМЖ. 2005. Т. 13. № 6. С. 339–43.

6. Ziegler D, Hanefeld M, Ruhnau KJ, et al. Treatment of symptomatic diabetic peripheral neuropathy with the antioxidant  $\alpha$ -lipoic acid. A 3-week multicentre randomized controlled trial (ALADIN Study). *Diabetologia* 1995;38:1425–33.
7. Ziegler D, Nowak H, Kempler P, et al. Treatment of symptomatic diabetic polyneuropathy with antioxidant  $\alpha$ -lipoic acid: a meta-analysis. *Diabetic Medicine* 2004;21:114–21.
8. Ziegler D, Schatz H, Conrad F, et al. Effect of treatment with the antioxidant  $\alpha$ -lipoid acid in cardiac autonomic neuropathy in NIDDM patients (DECAN Study). *Diab Care* 1997;20: 369–73.

УДК 616.248+616.12-008.331:616.24-008.4-053.84

**ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, В ВОЗРАСТЕ 39 – 50 ЛЕТ**

*М.Т. Мулинова*

*Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, г. Алматы*

**ТҮЙІН**

Осы мақалада бронх демікпесінің гормонға тәуелді түрімен ауыратын адамдармен салыстыра отырып және 39 – 50 жас аралығындағы топта артериялық қан қысымының жоғарылауымен үйлесе отырып бронх демікпесімен ауыратын адамдардың сырттан тыныс алу функцияларының өзгеруі қарастырылады.

Негізгі сөздер: бронх демікпесі, артериялық қан қысымының жоғарылауы, сырттан тыныс алу функциялары.

**SUMMARY**

This article includes issues of change of external respiration of patient with bronchial asthma vs. patients with hormone-dependent bronchial asthma accompanied with arterial hypertension. Age group is 39-50 years.

Key words: bronchial asthma, arterial hypertension, function of external respiration.

Наиболее часто встречается сочетание бронхиальной астмы и артериальной гипертонии. По данным разных авторов, частота выявления артериальной гипертонии у лиц с бронхиальной обструкцией в среднем составляет 34,3% [1, 2].

Известно, что к 40 годам и после 40 лет жизни снижается качество жизни человека, что обусловлено сосудистыми дистониями, эпизодами артериальной гипертензии, связанных, как с гормональными дисфункциями, так и с большей частотой воздействия стрессорных факторов на производстве и в быту. Следовательно, определенный интерес представляют изменения показателей функции внешнего дыхания при бронхиальной астме, гормонозависимой формы бронхиальной астмы и при сочетании с артериальной гипертонией у больных в возрасте 39-50 лет.

Материалы и методы. Нами были обследованы 88 больных страдающие бронхиальной астмой возрасте 39 – 50 лет (таблица 1).

Таблица 1. Распределение больных бронхиальной астмы по группам, полу возрастной категории 39 – 50 лет.

Группы	БА (контрольная)	ГЗБА (1-я группа)	БА+АГ (2-я группа)	ГЗБА+АГ (3-я группа)
N	21	25	21	21
Половой состав (муж/жен)	9/12	11/14	10/11	10/11
Итого	88			

Критериями включения в опытные и контрольную группы были: больные любого пола в возрасте от 39 до 50 лет, получившие стационарное лечение в НИИ КиВБ за период 2003 по 2010гг.; наличие верифицированной астмы средней или тяжелой степени тяжести; отсутствие (1-й группе) или наличие (2-я и 3-я группы) верифицированной артериальной гипертонии любой степени; отсутствие или наличие (1-я, 2-я и 3-я группы) потребности в регулярном приеме системных кортикостероидов; отсутствие тяжелых сопутствующих хронических заболеваний (ИБС, гломерулонефрит, сахарный диабет, активный вирусный гепатит, цирроз печени, гипотиреоз, тиреотоксикоз, системные заболевания соединительной ткани, туберкулез легких); информированное согласие больных.

Верификация диагноза «Астма» проводилась на основании анализа анамнестических данных, имеющихся консультативных заключений, выписок из историй болезни, амбулаторной карты, физикального обследования, лабораторно-функционального обследования (включая аллергологическое и неоднократное спирометрическое обследование с проведением фармакологических проб). Степень тяжести астмы устанавливали в соответствии с рекомендациями GINA [3], основанными на следующих показателях: количество ночных симптомов в месяц, неделю, сутки; количество дневных симптомов в неделю, день; выраженность нарушений физической активности и сна; объем форсированного выдоха за 1 сек. (ОФВ1) и



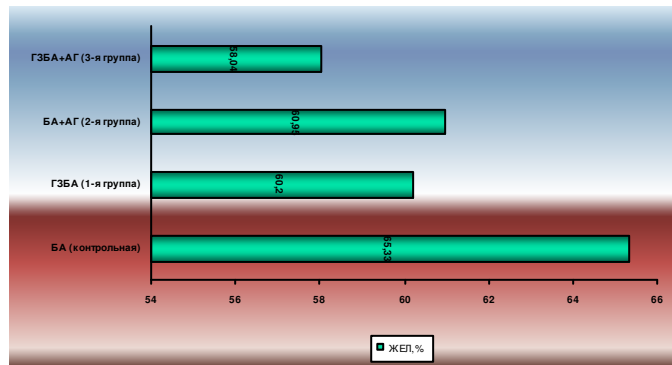
пиковая скорость выдоха (ПСВ), процентное соотношение с должными величинами или наилучшими значениями больного; суточные колебания величин ПСВ и ОФВ1.

Верификация диагноза «Артериальная гипертония» проводилась на основании анализа анамнестических данных, имеющихся консультативных заключений, выписок из историй болезни, амбулаторной карты, физикального обследования, лабораторно-функционального обследования (включая суточный мониторинг артериального давления (АД)). Артериальная гипертония классифицировалась по степени повышения АД по нормам ВОЗ и МОАГ(1999г.): Легкая степень. Артериальное давление находится в пределах 140-159/90-99 мм рт.ст. Вторая степень, или умеренная. Артериальное давление в диапазоне 160-179/100-109 мм рт.ст. Тяжелая, третьей степени гипертония. Артериальное кровяное давление выше 180/110 мм рт.ст. Все больные астмой предъявляли стандартные жалобы на периодические приступы удушья, в той или иной степени купируемые бета-2-агонистами, кашель сухой или с вязкой мокротой, одышку при физической нагрузке, чувство нехватки воздуха, особенно в положении лежа на спине, ухудшение сна, периодическую заложенность носа, чихание, ринорею, слабость.

Больные артериальной гипертонией указывали на наличие головных болей, головокружения, функциональных нарушений зрения («мушки», «туман» перед глазами), шум и пульсацию в ушах, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, ухудшения сна, слабость и быструю утомляемость. Одним из основных методов исследования функции внешнего дыхания была спирограмма. Спирографическое исследование проводилось на спирографе "MasterScreen" фирмы Erich Jaeger (Германия). Каждому больному спирографическое исследование производилось не менее 2 раз в течение периода госпитализации. Кроме этого проводилась пикфлоуметрия в течение 3-5 суток по 2-3 раза в день с различными бронхолитиками.

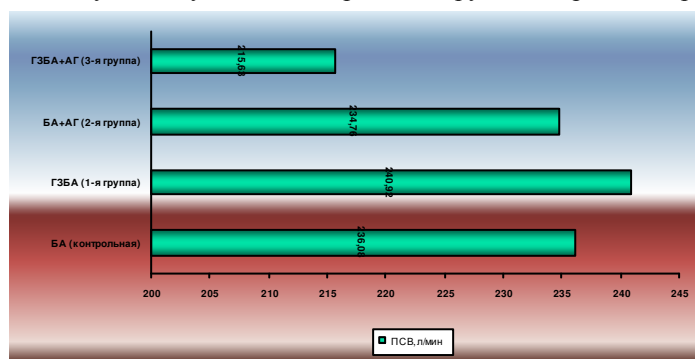
Результаты и обсуждения. Выявленные показатели жизненной емкости легких (ЖЕЛ) у больных исследуемых групп были несколько ниже данных контрольной группы (Рисунок 1). При этом, ЖЕЛ достигал наименьшего значения в группе больных гормонозависимой бронхиальной астмой в сочетании с артериальной гипертонией (ГЗБА+АГ) ( $58,04 \pm 11,28$ ), а в контрольной группе этот показатель соответствовал значению  $65,33 \pm 10,98$ ,  $p < 0,05$ .

Рисунок 1. Показатели ЖЕЛ, % у исследуемых и контрольной групп в возрастной группе 39 – 50 лет.



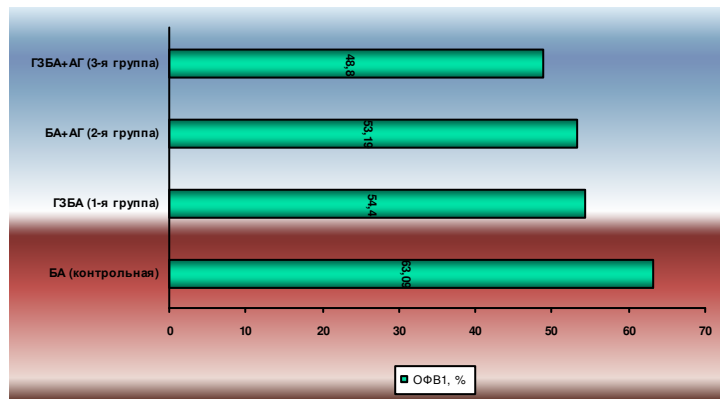
Показатель пиковой скорости выдоха (Рисунок 2) также имел тенденцию к значительному снижению в группе больных гормонозависимой формой бронхиальной астмы в сочетании с артериальной гипертонией ( $215,63 \pm 63,71$ , при контрольных показателях =  $236,08 \pm 90,43$ ).

Рисунок 2. Показатели ПСВ, л/мин у исследуемых и контрольной групп в возрастной группе 39 – 50 лет.



У больных бронхиальной астмой в сочетании с артериальной гипертонией наблюдали значительное снижение объема форсированного выдоха за 1 секунду, в сравнении с данными контрольной группы (БА) и группы сравнения (ГЗБА) – Рисунок 3.

Рисунок 3. Показатели ОФВ1, % у исследуемых и контрольной групп в возрастной группе 39 – 50 лет.



Как следует из данных, представленных в данной диаграмме, наименьший показатель ОФВ1 отмечается в группе больных ГЗБА в сочетании с артериальной гипертензией, достигая значения  $48,80 \pm 16,13$ , в то время как этот показатель в группе контроля был равен  $63,09 \pm 12,82$ , а в группе БА с АГ -  $53,19 \pm 7,31$ .

При сопоставлении количественных показателей ЧДД у больных 39-50 лет в исследуемых и контрольной группах, различий, имеющих статистическую достоверность, не было обнаружено. Частота дыхательных движений находилась в пределах  $19,95 \pm 1,98$  –  $21,42 \pm 2,90$ .

Таким образом, мы выявили, что больные гормонозависимой формой бронхиальной астмы в сочетании с артериальной гипертензией в возрастной группе 39 – 50 лет в сравнении с контрольной группой бронхиальной астмы без гормонозависимости и сочетания артериальной гипертензии имели выраженную бронхообструкцию, что существенно утяжеляет течение бронхиальной астмы, снижает качество жизни больного и трудности подбора патогенетической терапии как для основного заболевания, так и сопутствующей патологии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ильина Н.И., Романова О.В., Латышева Т.В. Формотерол при бронхиальной астме и сопутствующей сердечно-сосудистой патологии // Атмосфера. 2004. V. 2. № 13. С. 40—42.
2. Козырев А.Г., Жданов В.Ф. Дневные колебания артериального давления и пиковой объемной скорости выдоха больных бронхиальной астмой в сочетании с гипертонической болезнью // Пульмонология. 2003. № 2. С. 52—55.
3. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. Чучалина А.Г. —М.: Издательский дом «Атмосфера», 2006. — с 40.

УДК 613.7/9:330.422

#### ЖЕКЕ ТҮЛҒАНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІ

*Г.У. Тулепбергенова, Г.Ә. Қасқараева*

*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы*

#### РЕЗЮМЕ

В работе изучалось состояние развития и некоторых физических показателей студентов в период адаптации к обучению в высшем учебном заведении. В результате исследования установлены низкие показатели физического развития студентов младших курсов по сравнению среднестатистическими данными.

#### SUMMARY

In work the condition of development and some physical indicators of students in adaptation to training in a higher educational institution was studied. As a result low indicators of physical development of students of the first years in comparison by the average data are established.

Жеке тұлғаның дамуы, оның әлеуметтік ұнамды қасиеттерінің қалыптасуы белгілі қоғамдық қолдау мен әлеуметтік қажеттілікті керек етеді. Әрқандай жеке адам өзінің өмірлік салтын, жеке құндылық бағыттарына орай тіршілік жағдайларын өзгертудің, қайта құрудың тұрақты тәсілдер жүйесін түзеді. Осыдан адамның тұрмыс, тіршілік салты оның жалпы өмір сүру, қоғамдағы өз орнын иелену бағдарына айналады. Сонымен әлеуметтік салт-бағыттан адамның жоғары инабатты жасампаздық өмірі, рухани- эстетикалық, рухани- этикалық дүниетанымы туындайды. Жеке адам тұрақты қасиеттері жиынтығымен дараланады тұлғаның барша ерекшеліктері оның тума нәсілдік және әлеуметтік-мәдени сапаларының бірігуімен қалыптасады.

Адамның мінез-құлқы ми құрылымының жетілуіне қарай өзгереді және жоғары сатыға көтеріледі. Сыртқы ортаның түрткілерінің көбеюі салдарына, рефлекстер өзгеріп, мінездің жаңа өзгерістерінің пайда болуына әсер етеді. Мінез және психика әсерленістері мидың ұласқан жүйесі арқылы атқарылады [1]. Денсаулықты зерттеу немесе оны өлшеу ерте кезден бері қолға алынған бақылау әдістері аурудың алғашқы белгілерін және оны туғызатын зиянды себептерді анықтауға бағытталған. Сонымен, денсаулықтың мағынасын және оның өлшемін анықтайтын көрсеткіштерді іздестіру әлі де жалғасуда. Бұл сұрақ әлеуметтік, гигиена, демография, экономика, психология саласында еңбек етіп жүрген ғалымдардың алдына қойылған ең негізгі сұрақ болып отыр.

Гигиеналық тұрғыдан алғанда, денсаулықтың түсініктемесіндегі ағзаның қоршаған ортадағы жайлы тіршілігі деген ұғым барынша қызығушылық туғызады. Сондықтан, гигиенисттер үшін дүниежүзілік денсаулық сақтауды ұйымдастыру қоғамның негізгі құжатында көрсетілген денсаулықтың анықтамасы қолайлы деп есептеледі. Онда: «Денсаулық дегеніміз – ағза мен қоршаған ортаның динамикалық тепе-теңдігімен және ауру мен кемістігінің жоқтығымен сипатталатын адамның толық физикалық, рухани және әлеуметтік бақуаттылығы» - деп атап көрсетілген. Осы жағдайда денсаулық аурудың айқын клиникалық белгілерінің жоқтығымен ғана сипатталып қоймайды, сонымен бірге оның алғашқы белгілерінің болмауымен сипатталады [2].

Тұлғалық даму ағза мен қоршаған орта ара қатынасының жағдайын көрсететін денсаулық көрсеткіші. Тұлғалық даму көрсеткіштерінің көмегімен ағзаның оқуға, еңбекке, спортпен айналысуға дайындық дәрежесін анықтайға болады. Жасөспірімдердің тұлғалық даму көрсеткіштері, қоршаған ортаның зиянды әсерін бағалаудың ең оңтайлы өлшемдеріне жатады. Бұл көрсеткіштер жасөспірімдердің ішкі ортасының бақуаттылығын, ағза қызметінің дұрыстылығын анықтайтын көрсеткіш болып табылады. Тұлғалық даму морфологиялық және қызметтік жағдайларының қасиеті мен сапасын сипаттайды. Ол жас ерекшелітеріне тән физикалық қуат пен шыдамдылықтың негізін құрайды. Оны анықтау үшін зерттеу кезеңінде алынған морфологиялық-қызметтік көрсеткіштері осы жастың жыныстық көрсеткіштердің қалыпты шамасымен салыстырады.

Бүгінгі күні тұлғалық дамуға мынадай анықтама беріледі: «Тұлғалық даму – ағзаның әрбір белгілі кезеңге сай жетілу дәрежесін сипаттайтын морфологиялық және қызметтік белгілер жиынтығы». Ол қоршаған ортада және онымен тікелей байланысты дамиды. Көптеген экологиялық және стрестік түрткілер өскелең жасөспірімдердің физиологиялық дамуына және денсаулығына кері әсерін тигізеді. Өсіп келе жатқан жасөспірімдердің әлеуметтік келеңсіз жағдайы, қоршаған ортаның зиянды әсерлері (пестицил, гербицид, тұздар, ауыр металдар және т.б.) жүйке жүйесін зақымдайды. Олар жүйке жүйесінің қажуы мен әртүрлі ағза ауруларының туындауына әкеліп соғады. Темекі шегу, ішімдікке әуестену, нашақорлық шектен тыс және айықпайтын жүйке-психикалық стресске әкеліп соғады. Адам денсаулығына әсер ететін түрткілер арақатынасындағы орнын анықтау эндогенді және экзогенді түрткілер болып табылады (3-4).

Эндогендік түрткілерге тұқым қуалаушылық қасиет, жүктіліктің дұрыс жүрмеуі, баланың анамнезінде мешелдің, анемияның болуы және жасөспірімдерді тексерген кезде созылмалы аурудың анықталуы, денені май басу, дәрумендердің жеткіліксіздігі, жүйке түрі тағы басқалар жатады. Экзогендік түрткілердің құрамы әлеуметтік сипатта болады. Ауа-райы мен географиялық антропогендік себептермен қатар, оған ата-аналардың жасы мен денсаулығы, жанұядағы балалардың саны, толық емес санды жанұя отбасының әлеуметтік-экономикалық жағдайы жоқ жалпы санитарлық мәдениеті, ата-анасының зиянды әдеттері жатады. Осы әлеуметтік түрткілер негізінен адам өмір салтын қалыптастырады. Көптеген аурулардың гигиенадан бейхабар студенттер арасында туындайтыны дәлелденіп отыр.

Біздің жұмысымыздың мақсаты студенттердің денсаулығын, жеке тұлғасының дамуын, ағзадағы физиологиялық өзгерістерін зерттеу. Зерттеу барысында антропометрлік, физиологиялық және социологиялық әдістер қолданылды. Екінші курс студенттері арасында 200 студент зерттеліп және анкеталық бақылаудан өткізілді. Оның ішінде ұлдар – 35,5 %, қыздар – 64,5%. Зерттеу нәтижесінде қыздардың жасының орташа көрсеткіші 19,7±0,27. Дене салмағының орташа көрсеткіші 57,4±0,82 кг. бойдың ұзындығының орташа көрсеткіші 162,2±0,54 см. Бойдың дене салмағына ара қатынасы – 35,41±4,85 см/кг. Өкпенің тіршіліктік сиымдылығы 2871,4±59,5 мл (қалыпты көрсеткіш 3500 мл), тіршіліктік көрсеткіші 51,2±1,41 мл/кг (қалыпты көрсеткіш 65 мл/кг). Ал ұлдардың жасының орташа көрсеткіші 19,9±0,22. Дене салмағының орташа көрсеткіші 67,7±1,33 кг. Бойдың ұзындығының орташа көрсеткіші 173,3±0,95. Бойдың дене салмағына ара қатынасы 37,16±7,02 см/кг. Өкпенің тіршіліктік сиымдылығы 3726,6±95,03 мл/кг (қалыпты көрсеткіш 400 мл), ал тіршіліктік көрсеткіші 55,9±1,67 мл/кг.

Анкеталық бақылаудың нәтижесінде 39% жасөспірімдерге алдын алу жұмыстарын жүргізу керек екендігі анықталды. Ал 2% жасөспірімдер арнайы мамандардың (дәрігер, психолог, гигиенист және т.б.) көмегін қажет етеді. Физикалық жаттығулармен айналысу қажет ететін жасөспірімдер 33,5% құрады. Осы 39% жасөспірімдердің денсаулығын жақсартуда алдын алу шараларын ұйымдастыру төмендегідей бағытталуы тиіс: Тұлғалық жаттығулар ағзаның әрекеттік қосалқы мүмкіндіктерін жоғарлатады. Спорттық жаттығулар жүру, жүкіру, жүзумен бірге спорттық ойындарды өткізу. Әлеуметтік тұрғыда ұйымдастыру, яғни еңбектік, тәрбиелік т.б. шараларға көңіл аударып, оларды қайта ұйымдастыру. Гигиеналық шаралар. Оларға – жеке адам тазалығын сақтау, дұрыс тамақтану, психотерапия, жеке тұлғаның мінезінің қалыптасуы жатады.

Физиотерапиялық шараларды (массаж, суға түсу, монша және т.б.) ұйымдастыру. Инемен емдеу, физикалық жаттығулар, тыныс гимнастикасы, аутотренингтер.

Профилактикалық шаралардың негізгі бағыты зиянды әдеттерге қарсы күрес болып табылады. Арнайы мамандықтың көмегін қажет ететін жоғарыда аталған 2% жасөспірімдер негізі терең диспансерлік тексерілуден немесе қосымша арнайы тексеруден (уақытылы дәрігерлік кеңесуден және тексерілуден, жоспарлы емханалық тексеруден, арнайы орталықта немесе емханаларда тексеруден) өтуі тиіс. Бұл топтың адамдарының айында үшін этиология, патогенез және клиникалық негіздері арнайы емдік және профилактикалық шаралар ұйымдастырылуы қажет.

Сонымен зерттеу нәтижесінде студенттердің жеке тұлғаның дамуы мен өсуі, бойының ұзындығы мен дене салмағының ара қатынасы тиесілі физиологиялық көрсеткіштерге сәйкес келмейтіні анықталды.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Сәтбаева Х.Қ., Өтепбергенов А.А., Нілдібаева Ж.Б. Адам физиологиясы. Алматы, 2005.
2. Арнольды И.А. Жасөспірімдер еңбек гигиенасының қазіргі кездегі сұрақтары. Москва7 Изд7 «Медицина»7 19657
3. Лисицин Ю.П. Тұрғындардың денсаулығы және медицинаның жаңа бағдарламасы. М.: Медицина. 1982.
4. Сердоковская Г.Н., Громбах С.М. Балалар мен жасөспірімдер гигиенасы. М.: Медицина. 1965.

УДК 615.82-053

#### ДЕНЕ ДАМУЫ - КӘСІПТІК-ТЕХНИКАЛЫҚ ЛИЦЕЙ ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ БІРІ РЕТІНДЕ

*Приз В.Н., Жиенбекова А.Ж.*

*Қарағанды мемлекеттік медициналық университеті,  
балалар мен жасөспірімдер гигиена кафедрасы, Қарағанды қаласы.*

Кіріспе. Жасөспірімдердің денсаулығы биологиялық және әлеуметтік факторлардың ықпалымен қалыптасады. Оқушылардың қалыпты дене дамуы, жүйке жүйесі және мүшелер қызметтерінің деңгейлері, олардың ағзаларының экзогенді факторлар тұрақтылығын сақталуына және сыртқы және өндірістік ортаның құбылмалы шарттарының бейімделуіне байланыстылығы [1, 2].

Дене дамуының антропометриялық көрсеткіштері физикалық және ақыл-ой жұмысы қабілеттіліктерінің жақсаруына байланысты болғандықтан, көп оқушыларда, денсаулық жағдайының әр түрлі ауытқулары тіркелді: дене бітімінің бұзылыстары, сколиоздар, алыстан көрмеушілік (әлсіз, орташа дәреженің миопиясы), жүйке-психикалық ауытқулар, ағзаның төзімділік қасиетінің төмендеуі [3].

Қазіргі жасөспірімдердің әлсіздігі және олардың қатарластарының нашар қозғалыстары, баяу жүгірулері көптеген ғылыми және танымал басылымдарда ескеріледі. Бұл - білім беретін мекемелерде жеткіншектердің дене тәрбиесімен жеткіліксіз шұғылдануымен, гипокинезия, тамақ пен күн тәртіптің бұзылуыларымен түсіндіріледі [4]. Зерттеушілердің басқа саны, бұл құбылыстарды жеткілікті мөлшерде ұйқы қанбауымен, спорт және туризммен белсенді түрде шұғылдануының төмендеуімен байланыстырады [5].

Өкпенің, құлақтың, тістің және ауыс қуысының аурулары дене дамуына кері әсерін тигізеді. Дене дамуының деңгейі мен үлгерімнің арасындағы байланыстың болуы үлкен мәселе туындатады [6]. Кейбір авторлар гипокинезияның арасындағы байланысты табады, ол оқушылардың физикалық дайындығына және үлгерімнің нашарлауына әсер етеді [7].

Денсаулық - бұл сыртқы әсер мен ішкі себептер ықпалымен құрылған жағдай. Өсіп келе жатқан организмнің денсаулығы, сырқаттанушылықтың жоқтығымен немесе бар болуымен ғана емес, ол гармониялық, жасына сай дамуымен сипатталады [8,9]. Басқа авторлар, созылмалы аурулар дене дамуын нашарлатады деп көрсетті [10].

Күн тәртібінің дұрыс, гигиеналық орындалуы, кәсіптік-техникалық лицейлер оқушыларының денсаулық жағдайы мен физикалық жұмысқа қабілеттілігінің көрсеткіштерімен тығыз байланысты [11].

Физикалық және жыныстық процестердің жетілуі өзара байланысты, олар дамудың жалпы заңдылығын көрсетеді және орталық факторларға тәуелді, мысалы үйлестірілген тамақтану, қимыл белсенділігі, жеткілікті ұйқы, қызу күй, сырқаттанушылық, мекендеудің климатогеографиялық жағдайлары. Дене дамуында нормадан тыс маңызды ауытқулардың кез - келген көріністері, денсаулық жағдайында салыстырмалы сәтсіздікті куәландырады [12].

Кәсіптік-техникалық лицейлерде оқитын оқушылардың денсаулығы – бұл көптеген факторлармен шартталатын және әр түрлі белгілермен, соның ішінде дене дамуы мен денені шынықтыру дайындығымен анықталатын, белгілердің ішінде ең нақты және ақпараттық болып табылатын интегралды көрсеткіш [11,12].

Қолданылған әдістер. Қарағанды қаласының №3 кәсіптік-техникалық лицейі оқушыларының дене дамуының бағасы мен зерттеулері жүргізілді. Бұл лицейде жасөспірімдерді келесі мамандықтар бойынша

даярлау жүзеге асады: техникалық қызмет көрсету, автомобиль көлігінің жөндеуі мен пайдалануы (9 сынып негізінде – 3 жыл, 11 сынып негізінде – 10 ай), электробайланыс құрылғыларының өткізгіштік және жүйелік пайдаланылуы (9 сынып негізінде – 3 жыл, 11 сынып негізінде – 10 ай), жол-құрылыс көліктерінің техникалық пайдаланылуы (9 сынып негізінде – 3 жыл, 11 сынып негізінде – 10 ай), тамактануды ұйымдастыру (9 сынып негізінде – 3 жыл, 11 сынып негізінде – 10 ай). Оқу-өндірістік жұмыстарының ауыртпалығы қосымша сабақтарын қоса алғанда, аптасына 36 сағат және күніне 6 сағаттан аспады. Өндірістік оқыту және өндірістік тәжірибе жүргізу жұмыстарының ұзақтығы жас ерекшеліктеріне байланысты болады: 15 жастағы жасөспірімдерге – 4 сағат, 16-17 жас аралығындағы жасөспірімдерге күніне – 6 сағаттан. Өндірістік оқыту мен өндірістік тәжірибе жүргізу жұмыстары 1 курста тек тазалық сақтау –гигиеналық талаптарға жауап беретін оқу шеберханаларында жүргізілді. 2 және 3 курстарда өндірістік оқыту мен өндірістік тәжірибе жүргізу жұмыстары еңбек шарттарының бекітілген тазалық сақтау нормалары мен ережелеріне сай келетін шеберханалар мен негізгі кәсіпорындарда жүргізілді.

№3 Техникалық лицейі – Қарағанды қаласындағы физика, математика, химия, информатика сынды тек техникалық білім беру салаларының жоғарғы деңгейінде ғана ерекшеленіп қана қоймайтын, сонымен қатар, спорт саласындағы - шахмат, жеңіл атлетика, шаңғы, футбол, үстел теннисі аясындағы жоғарғы жетістіктерімен көзге түсетін жетекші білім беру мекемелерінің бірі болып табылады. Бұл жерде дене шынықтыру сабағы барысында оқушылардың шынығуына мүмкіндік беретін шынығу залдары қолданылады. Дене бітімі жетілуі мүмкіндігі шектелген оқушылардың патологиялық ауытқуларын есепке алатын бекітілген жоспар бойынша арнайы тобы құрылған. Рационалды күн тәртібі мен қозғалу белсенділігін қамтитын, оқушылардың қалыпты өмір сүру жағдайы принципін жүзеге асыруға бағытталған белсенді жұмыстар атқарылуда.

Берілген жұмыста жалпыға ортақ дененің дамуы, оның ішінде, соматометриялық көрсеткіштерді анықтау (дене ұзындығы, кеуде клеткасының аумағы, дененің салмағы), физиометриялық көрсеткіштер (қол буыны бұлшықеттерінің күші, өкпе қуысы қызметінің сыйымдылығы) және соматоскопиялық көрсеткіштер (омыртқа, кеуде клеткасының, табан, мүсін, бұлшықет қызметтері дамуының жағдайлары) зерттеу әдістері қолданылған [9]. Дене дамуының зерттелуі 1 сантиметрге өсу барысындағы дененің салмағы, кеуде клеткаларының аумағы және басқа да белгілерге байланыстылығы есепке алына отырып, регрессия деңгейі бойынша жүргізілді. Берілген әдістеме бойынша оқушылардың дене дамуының 5 деңгейі ерекшеленді. Салауатты өмір салты мәселелері принциптерін ұстану мақсатында сабақтан тыс және сабақ уақытында 12 сұрақтан құралған сауалнама қолданылды.

Бақылауда кәсіптік-техникалық лицейдің 300 оқушысы болды.

Нәтижелер мен талқылаулар. Қарағанды қаласының №3 лицейі оқушыларының дене дамуы мен денсаулық жағдайын зерттеу жұмыстары күн тәртібінің бұзылуы, оқу барысының ауыртпалығына байланысты жиі кездесетін және денсаулық жағдайының терең ауытқуларына себепкер болуын көрсетеді. Оқушылардың денсаулық жағдайын нақтылау үшін дене бітімінің дамуы да ерекше маңызға ие. Оқушылардың дене бітімінің жақсы дамуы – бұл кәсіптік-техникалық лицейлерде кәсіпті жақсы меңгерудің кепілі. Сондықтан, кәсіптік-техникалық лицейге қабылдау кезінде соматометриялық (ұзындық, дененің салмағы, кеуде клеткаларының аумағы) және физиометриялық (қол буыны бұлшықеттерінің күші, өкпе қуысы қызметінің сыйымдылығы) даму деңгейлерінің көрсеткіштеріне баса назар аударылуы қажет. Дене дамуындағы ауытқуларда әр түрлі деңгейдегі аурулар түрлерінің жасырынуы мүмкін. Осы ауытқулардың нақты бағаланбауы келешек кәсіптік және қызмет барысында өзінің кері әсерін тигізуге әкеп соқтырады. Дене дамуының ауытқуларын дер кезінде байқау кәсіптік-техникалық лицей оқушыларының денсаулық жағдайларын түзету жұмыстарын жүргізуге мүмкіндік береді. Қарағанды қаласының №3 кәсіптік-лицейінде көз және оның бағыныңқы аппараттары, тыныс алу (өкпе ауруы, тұмау), асқорыту мүшелері (асқазан жарасы және он екі елі ішек), эндокриндік жүйелер, асқорыту және зат алмасу жүйелерінің бұзылуынан туындайтын аурулар түрі жиі кездесті. Тексеруден өткендердің әрқайсысы тыныс алу мүшелерінің өткір ауруларына шалдыққан, 20 % -ы 4 есеге жиі ауруға шалдығады.

Кәсіптік-техникалық лицейдің оқушыларының дене бітімі дамуы -жастардың арасында кездесетін қазіргі жағдайларға байланысты жалпы үрдісінің көрінісі болып табылады. Толық қанды дене бітімі дамуы – 40,0%, дене бітімінің нашар дамуы – 43,0%, өте нашар даму – 11,0 %, дене дамуының жалпы кідірісі – 3%, дене дамуындағы озулар – 3,0% оқушылар санын құрады.

Осыған қоса, дене бітімінің нашар дамуы мен жалпы кідірісіне шалдыққан оқушылар санының 57% аса назарға алынады. Сауалнамаға жауап бергендер ішінен 70% - ы қозғалу белсенділігі, рационалды күн тәртібін қамтамасыз ететін сабақтан тыс және сабақ оқу уақытындағы сақталатын негізгі салауатты өмір салтына байланысты принциптерді ұстанатынын көрсетті. Осылайша, №3 кәсіптік-техникалық лицейде оқитындардың мамандық бойынша даярлау тізімі бойынша оқушылардың дене дамуы мен дұрыс қызметтерінің аса маңызды талаптарына сай келуін міндеттейтіні көрсетіледі. Осыған орай, дене дамуының жағдайын денсаулықтың негізгі көрсеткіші және қазіргі заманғы кәсіптік-техникалық лицейлердегі оқытудағы жастарды таңдау белгілерінің бірі ретінде қарастыру қажет.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. // Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки. М., 2003. С. 153-173.

2. Баранов А.А., Щеплягина Л.А.// Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы). М., 2000, 605 С.
3. Баранов А.А. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах / А.А. Баранов – М., 2004. – с. 118–149.
4. Воронцов И.М. // Рос. педиатр. журн. 1999. № 2. С. 6-13.
5. Кучма В.Р., Суханова Н.Н., Кардашенко В.Н. // Гигиена детей и подростков на пороге 3-го тысячелетия. Основные направления развития: Мат. Конф. НИИ ГиОЗДиП НЦЗД РАМН. М., 1999. С. 33.
6. Кучма В.Р., Чепрасов В.В.: Оценка физического развития как скрининг-тест выявления детей с донозологическим нарушением // Гигиена и санитария.-2004.-№4.С.39-42.
7. Кучма В.Р. Медико-профилактические основы обучения и воспитания детей / В.Р. Кучма – М., 2005. – с. 94–106.
8. Ланда Б.Х. Методика комплексной оценки физического развития и физической подготовленности / Б.Х. Ланда – М., 2004. – с. 34–82.
9. Методы исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге: Руководство для врачей / Под ред. А.А.Баранова, В.Р.Кучмы.-М.,1999.-С.86-89.
10. Максимова Т.М., Подунова Л.Г., Добчинов С.Б., Токуров М.В.// Материалы по физическому развитию детей и подростков городов и сельских местностей РФ. М., 1998. Вып. 5. С. 8-33.
11. Основные морфофункциональные константы здорового ребенка / под ред. проф. В.И Макаровой.– Архангельск, 2002. – с. 17–42.
12. Сухарев А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков.- М.: Медицина, 1991.- 272с.

УДК 616.12-008.331.1

### ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА И ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*К.С. Казбекова*

*Международный казахско-турецкий университет им. Х. А. Ясави, г.Шымкент, Казахстан*

#### ТҮЙІН

Ұзақ ағымды артериальді гипертензияда оның клиникалық түрлеріне қарамастан сол жақ қарыншаның айқын гипертрофиясы және гемодинамикалық өзгерістер орын алады.

#### SUMMARY

In the case of prolonged arterial hypertension regardless of its clinical form highgrade left ventricular hypertrophy and unidirectional hemodynamic changes occurs.

Актуальность проблемы Общеизвестно, что ГЛЖ является диагностическим и прогностическим маркером АГ. По степени развития ГЛЖ можно судить о этапе эволюции хронической АГ, эффективности гипотензивной терапии [1,2,7]. В настоящее время не вызывает сомнения связь развития сердечной недостаточности, протекающей по систолическому и диастолическому вариантам, с гипертрофией левого желудочка. В то же время накоплено достаточно сведений о гемодинамической неоднородности внутри группы больных с артериальной гипертонией с увеличенной массой миокарда левого желудочка [4]. Изучается роль изменения геометрии левого желудочка, связанного с конкретным механизмом повреждения функции сердца.

Выделены три основных типа строения полости левого желудочка: концентрический, эксцентрический и асимметричный. Несмотря на значительные успехи достигнутые в последние годы в разработке и применении эффективных гипотензивных препаратов способных длительно и адекватно стабилизировать АД, более чем в 30-35% случаев не удается добиться достаточной регрессии массы гипертрофированного миокарда. [3,4,7].

Целью исследования было сопоставить кардиогемодинамику, ММЛЖ и типы ГЛЖ у больных с двумя клиническими формами АГ: эссенциальной гипертонией и симптоматической почечной гипертонией на фоне хронического пиелонефрита.

Материал и методы Эхокардиографическое исследование проведено 101 больному АГ в возрасте 30-59 лет. Средний возраст обследованных равен 51,3±0,8 мужчин - 47, женщин - 54. Из них у 53 больных диагностирована эссенциальная гипертония (ЭГ), у 48 больных – симптоматическая почечная гипертония (СПГ) на фоне хронического пиелонефрита в стадии ремиссии. Длительность АГ не менее 5 лет.

Эхокардиографические исследования проводили с помощью эхокардиографа "Aloka" (Япония). Визуализацию структур сердца проводили из парастернального и верхушечного доступов. К основным расчетным показателям относили конечный систолический (КСР) и конечный диастолический (КДР) размеры ЛЖ., конечный систолический (КСО) и конечный диастолические объемы (КДО) полости ЛЖ., фракцию выброса (ФВ), ударный объем (УО) сердца. Определяли толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней

стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ). Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) рассчитывали по формуле R. Devereux и Reichek. (1977г,1984г.):  $ММЛЖ = 0.8324 (МЖП+3С+КДР)^3 - ((КДР)^3)$ .и ММЛЖ индексировали к площади поверхности тела и получали индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ).

Критерием гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) был принят ИММЛЖ >134 г/м<sup>2</sup> у мужчин и >110 г/м<sup>2</sup> у женщин. В зависимости от величины массы миокарда различают 3 степени его гипертрофии (J.Gottdiener et al 1990г.). 1. Легкая степень ИММЛЖ от 135 до 151 г/ м<sup>2</sup>. 2. Умеренная степень от 152 до 172 г/м<sup>2</sup>. 3. Тяжелая степень 173 г/м<sup>2</sup>.и более.

Основные ЭХОКГ показатели у больных АГ.

Показатели	Контроль n=20		СПГ на фоне хр.пиелонефрита n=48			Гипертоническая болезнь II ст.n=22		
	М	±m	М	±m	P	М	±m	P
КСР,(см)	3,08	0,89	3,2	0,11	>0.05.	3,55	0,14	> 0,05
КДР,(см)	4,77	0,07	5,0	0,1	<0,05	5,0	0,08	< 0,05
КСО,(мл)	37	2,09	45,1	2,87	<0,05	47,6	4,92	< 0,05
КДО,(мл)	112,66	3,59	122,3	4,41	<0,05	118,8	4,11	> 0,05
ФВ,(%)	60,0	0,02	63,7	1,18	>0.05	56,2	10,11	> 0,05
УО,(мл)	68,43	3,46	77,8	0,28	<0,05	76,0	6,72	< 0,01
ТЗСЛЖ,(см)	1,1	0,02	1,5	0,05	<0,001	1,5	0,06	< 0,001
ТМЖП,(см)	1,0	0,01	1,9	0,09	<0,001	1,4	0,04	< 0,001
ММЛЖ,(г).	180,0	13,28	331,3	16,94	<0,001	322,4	16,04	< 0,001
ИММЛЖ,(г/м <sup>2</sup> )	109,0	3,68	189,3	3,9	<0,001	189,6	4,1	< 0,001
S(%)	1,65	0,02	1,78	0,03	<0,001	1,77	0,03	< 0,001

#### М – средняя арифметическая

m – среднеквадратическая (стандартная) ошибка средней арифметической

p – уровень достоверности в сравнении с контрольной группой

Кардиогемодинамика больных ЭГ и СПГ при сравнительном анализе характеризовались следующими параметрами: высоко достоверном увеличении КДР у больных ЭГ до5,5см .Данный показатель превышает контроль на 0,73см. (15,3%) (p<0,001). У больных СПГ- на 0,23 (6,3%) (p<0,001). КСО и КДО ЛЖ увеличены как у больных ЭГ так и у больных СПГ , КСО у больных ЭГ равен 49,7±4,02 мл. Разница с контрольной группой составляет 12,7 мл (34,3%) (p<0,05), у больных СПГ данный показатель равен 45,1±2,87 мл. (P<0,05) разница по сравнению с контролем составляет 8,1 мл. (21,8%)`

Средние значения КДО у больных ЭГ равны 126,8±4,41 мл. (p<0,05). у больных СПГ 122,3±4,41 мл.(p<0,05). У больных ЭГ КДО больше показателя в контрольной группе на 14,14 мл., (12,6%), при СПГ на 9,64 мл.(8,6%). Данные являются достоверными. Увеличение КСО и КДО указывают на увеличение объемов полости ЛЖ, более выраженное у больных ЭГ.

Фракция выброса в целом по группе ЭГ равнялась 56,2±1,11% (p>0,05), у больных СПГ 63,7±1,18%, (p>0,05), тогда как в контроле она равна 61,1±0,02%(P>0.05). По данным различных авторов допустимый диапазон ФВ у здоровых лиц в покое составляет 50-74% ( Капелиович М.Р,1984г.,Виноградова Т.С.,1986г).УО у больных ЭГ недостоверно увеличен на 5,89 (8,6%) мл. , у больных СПГ на 9,39 мл. (13,7%) (p>0,05). ТЗСЛЖ у больных ЭГ и СПГ имеют одинаковые высокодостоверные показатели и равны 1,5 ±0,05см. (P<0,001) и больше показателя контрольной группы на 0,4 см. (36,3%). Толщина межжелудочковой перегородки у больных ЭГ равен 1,4±0,04 см. (P<0,001), что больше нормы на 0,4 (40%)см. (P<0,001), у больных СПГ составляет 1,9±0,09см (P<0,001) и разница с контрольной группой равна 0.9 см.(90%). Эти показатели указывают на степень выраженности гипертрофии ЛЖ, наиболее обозначенной при СПГ. При анализе показателей ММЛЖ выявлены высокие значения их в целом, до средней и тяжелой степени вне зависимости от клинической формы заболевания. По данным наших исследований ИММЛЖ у больных эссенциальной гипертонией в среднем составил 189,6 ±12,57 г/ м<sup>2</sup>. У больных САГ на фоне хронического пиелонефрита - 189,3±10,96 г/ м<sup>2</sup>. ММЛЖ у больных ЭГ ,была равна 322,4±16,04 г. (P<0,001) и больше массы контрольной группы на 178,4г. (79,1%), у больных СПГ 331,3±16,94 г. (P<0,001) и больше контроля на 187,3 (84%). ИММЛЖ у больных ЭГ и СПГ имеют одинаковые показатели и составляют 189,6±4,1 г/м<sup>2</sup> при ЭГ(p<0,001), при СПГ 189,3±3,9 (P<0,001).

Анализ ЭхоКГ данных больных с длительно текущей АГ показывает, что при ЭГ и СПГ отмечается увеличение размеров и объемов полости левого желудочка, на что нам указывают показатели КДР, КСО, КДО. и компенсаторное увеличение УО. Отмечается выраженная гипертрофия левого желудочка, выражающаяся в гипертрофии МЖП и ЗСЛЖ и увеличении ММЛЖ. Наибольшие показатели массы миокарда левого желудочка отмечены у больных СПГ и ЭГ Шст..

**Таким образом:** Для обеих клинических форм хронической АГ характерны выраженная гипертрофия левого желудочка и однонаправленные гемодинамические изменения, заключающиеся в систолической дисфункции левого желудочка (дилатация левого желудочка и перегрузка объёмом) с компенсаторным увеличением УО. Сдвиг гемодинамических показателей имеют место как у больных ЭГ, так и больных СПГ, наиболее выраженные у больных с осложнёнными формами ЭГ, однако без статистически достоверной разницы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гогин Е.Е. Артериальная гипертония и почки. // Тер. архив, 1997, 6, с. 65-68
2. Грачев А.В., Аляви А.Л., Ниязова Г.У., Мостовщиков С.Б. Масса миокарда левого желудочка, его функциональное состояние и диастолическая функция сердца у больных артериальной гипертонией при различных эхокардиографических типах геометрии левого желудочка сердца. // Кардиол. №3. 2000 г., с. 31-38
3. Григоричева Е.А., Празднов А.С. Функциональное состояние левого желудочка у больных эссенциальной гипертонией с различными типами гипертрофии левого желудочка в покое и при ручной изометрической нагрузке. // Кардиология. - 1999. - №7. с. 17-20
4. Дядык А.И., Багрий А.Э., Лебедь И.А., Яровая Н.Ф. Патогенез гипертрофии левого желудочка сердца у больных артериальными гипертониями. Обзор // Кардиология, 1, 1995, с. 59-63
5. Дядык А.И., Багрий А.Э., Яровая Н.Ф. и др. Влияние ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента на гипертрофию левого желудочка сердца у больных артериальными гипертониями // Тер. архив, 1995, с. 65-67
6. Козлова В.Г., Громов В.Л., Балкаров И.М., Бурневич Э.З., Силенко О.В., Пятин Т.Н., Кондахян М.А., Шовская Т.Н., Никифорова Н.В. Поражение почек и артериальная гипертония у лиц пожилого и старческого возраста. // Тер. Архив, 6, 1996, стр. 53-55
7. Литвин А.Ю. Гипертоническая болезнь и микроальбуминурия. Обзор. Кардиология, 9, 1996, с. 74-80

УДК 616.833.15-02:616.31-07

#### СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

*В.О. Кенбаев*

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

#### SUMMARY

For today in an arsenal of doctors there is variety of not surgical and surgical methods of treatment of a neuralgia of a trigeminal nerve that allows at correct diagnostics and an adequate choice to achieve proof knocking over of a painful syndrome.

Боль изначально является жизненно важным биологически целесообразным феноменом, в нормальных условиях играющим роль важнейшего физиологического механизма защиты. Около 90% всех заболеваний связано с болью. Различают острую и хроническую боль. Хроническая боль в неврологической практике состояние значительно более актуальное. Международная ассоциация по изучению боли рассматривает хроническую боль как "...боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления". К хроническим болям можно отнести и повторяющиеся болевые состояния (невралгии, головные боли различного генеза и др.). Дело, однако, заключается не столько во временных различиях, сколько в качественно различающихся нейрофизиологических, психологических и клинических особенностях. Главное в том, что острая боль всегда симптом, а хроническая боль может становиться по существу самостоятельной болезнью. Наиболее распространенной хронической формой пароксизмальных лицевых болей является невралгия тройничного нерва (тригеминальная невралгия), которая считается самым мучительным видом лицевой боли.

Тригеминальная невралгия - заболевание, сопровождающееся приступообразной интенсивной, обычно односторонней болью в сегментарных зонах лица, иннервируемых тройничным нервом.

В классификации и диагностических критериях головных, лицевых и черепных невралгий, предложенной Международным обществом по изучению головной боли (1988), тригеминальная невралгия подразделяется на идиопатическую (первичную или эссенциальную), развивающуюся вне зависимости от



какого-либо патологического процесса, возникшего ранее, и симптоматическую (вторичную) - как осложнение какого-либо заболевания.

Наиболее частой причиной возникновения НТН является компрессия тройничного нерва на экстра- или интракраниальном уровне. Как основные интракраниальные компримирующие факторы рассматриваются: расширенные извитые мозжечковые артерии, аневризмы базилярной артерии, объемные процессы в задней черепной ямке, опухоли мостомозжечкового угла.

Среди внечерепных факторов отмечаются: формирование туннельного синдрома (компрессия в костном канале, по которому проходит нерв, связанная с его врожденной узостью или приобретенной в результате хронического воспалительного процесса в смежных зонах - кариез, синуситы), местный одонтогенный или риногенный воспалительные процессы. Развитию НТН могут способствовать инфекционные процессы, сосудистые, эндокринно-обменные и аллергические расстройства, значительно реже - демиелинизация корешка тройничного нерва при рассеянном склерозе (1,2, 3).

В основе патогенеза заболевания лежит нарушение функционирования сенсорного отдела системы тройничного нерва, состоящего из чувствительных нейронов и проводников, воспринимающих и проводящих всю сенсорную информацию от структур зубочелюстной системы, кожных покровов лица, слизистой оболочки придаточных пазух носа и частично от твердой мозговой оболочки.

Передача поверхностной чувствительности в системе тройничного нерва осуществляется по медленнопроводящим волокнам (типа В и С) экстралемнисковой системы через ядра таламуса к коре постцентральной и лимбической извилин, последняя обеспечивает вегетативный и эмоциональный компонент ощущений.

Глубокая чувствительность проводится по быстропроводящим миелинизированным проводникам (типа А) лемнисковой системы через таламус к соматосенсорному полю коры большого мозга, отдавая по ходу коллатерали к желатинозной субстанции (GS) ядра спинального тракта.

В соответствии с теорией «контроля ворот» боли, нервные клетки GS посредством пресинаптического торможения ингибируют передачу нервного импульса на уровне первого синапса между афферентными ноцицептивными волокнами и передаточными нейронами спиноталамического тракта, что оказывает тормозное влияние на болевые афферентные стимулы, и ощущение боли не возникает (4, 5).

В результате компрессии ветвей тройничного нерва нарушается аксоток по их волокнам, что приводит к активации аутоиммунных процессов и очаговой демиелинизации. Разрушение миелиновой оболочки волокон типа А способствует снижению интенсивности афферентного потока по ним, относительному усилению проведения импульсов по немиелинизированным волокнам, а также формированию в корешке эфаптического контакта между волокнами поверхностной и глубокой чувствительности. В результате происходит торможение клеток желатинозной субстанции и снимается тормозное влияние на прохождение импульсов любой модальности. В этом случае мощный поток ноцицептивных стимулов проходит к вышележащим сенсорным структурам и воспринимается как боль. Кроме того, эфаптическая передача возбуждения по коллатералам глубокой чувствительности в ядре спинального тракта приводит к усилению потока сигналов по проводникам поверхностной чувствительности, что увеличивает болевое восприятие.

Следовательно, в формировании болевого синдрома при НТН играют роль как периферические, так и центральные механизмы, преобладание которых определяет клиническую форму заболевания (6). В зависимости от воздействия патологического процесса на соответствующий отдел тройничного нерва выделяют НТН преимущественно центрального и периферического генеза, которые различаются по клинической картине, механизмам ее возникновения и требуют дифференцированного подхода к лечению.

В возникновении НТН центрального генеза большую роль играют эндокринно-обменные, сосудистые и иммунологические факторы, под влиянием которых нарушается реактивность корково-подкорковых структур и формируется очаг патологической активности в центральной нервной системе (7).

Заболевание проявляется приступами мучительных, жгучих болей, схожих по ощущениям с воздействием электрического тока, локализующихся в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва (чаще 2-й и 3-й ветвей) и не сопровождающихся нарушением чувствительности на лице. Болевые пароксизмы при этой форме НТН обычно возникают утром и в первой половине дня, продолжаются от нескольких секунд до нескольких минут с обязательным наличием «светлого промежутка» и прекращаются внезапно, резко обрываясь.

Вследствие изменения функционального состояния чувствительных ядер в участках иннервации ветвей тройничного нерва формируются триггерные зоны, при механическом раздражении которых возникает болевой приступ. Триггерными факторами при данной форме заболевания являются чистка зубов, умывание, прикосновение, жевание, разговор и др. Приступ болей нередко сопровождается вегетативными проявлениями в виде гиперемии лица, слезотечения, повышенного слюноотделения.

Невралгия тройничного нерва периферического генеза, в возникновении которой большую роль играют компрессионный фактор, одонтогенные процессы, инфекции, травмы, аллергические реакции и др., характеризуется алгическими приступами, которым часто предшествуют длительные и тягостные болевые ощущения в зоне иннервации соответствующей ветви тройничного нерва. Болевой синдром, приступообразно

усиливаясь, длится долго (часы и сутки), ослабевая постепенно, и имеет четкую локализацию в зонах разветвления отдельных ветвей тройничного нерва.

Триггерные участки отсутствуют, но выявляются триггерные факторы. Устранение причины тригеминального синдрома часто не приводит к ликвидации невралгии. При объективном исследовании могут наблюдаться парестезии отдельных участков лица, гипестезия в зоне иннервации, трофические нарушения, боль в точках выхода нерва.

Несмотря на значительный прогресс за последние годы в вопросах патогенеза, диагностики и лечения невропатических болевых синдромов, проблема терапии НТН по-прежнему остается до конца не решенной. Это главным образом связано с неоднородностью данного заболевания в отношении этиологии, патогенетических механизмов и симптоматики.

В современных условиях лечебная тактика при НТН базируется на принципах комплексного подхода с учетом генеза и формы заболевания (преобладание центрального или периферического компонентов), данных доказательной медицины, индивидуальных особенностей конкретного пациента и включает медикаментозные, физиотерапевтические и хирургические методы.

Основными направлениями медикаментозной терапии являются устранение причины НТН, если она известна (лечение больных зубов, воспалительных процессов смежных зон и др.), и проведение симптоматического лечения (купирование болевого синдрома, восстановление структуры и функции нерва). В случае отсутствия эффекта от консервативного лечения больным рекомендовано оперативное лечение.

Для контроля болевого синдрома при НТН, согласно рекомендациям Европейской федерации неврологических сообществ (2009), в качестве препаратов первой линии применяют карбамазепин в дозе 200–1200 мг/сут (уровень доказательности А) и окскарбазепин по 600–1800 мг/сут (уровень доказательности В).

Препаратами второй линии являются баклофен в дозе 40–80 мг/сут и ламотриджин в дозе 400 мг/сут (уровень доказательности С).

Малые открытые исследования (класс IV) свидетельствуют об эффективности применения фенитоина, клоназепама, габапентина и вальпроата (2, 7).

Указанная терапия наиболее эффективна при классической (идиопатической) форме НТН.

При НТН периферического генеза в дифференцированные схемы лечения предпочтительно включать ненаркотические анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), а в случае развития хронических болей (более 3 мес.) показано назначение антидепрессантов (амитриптилин) (1, 4).

Клинический опыт показывает, что проведение лишь противоболевой терапии при НТН, без лечения, направленного на улучшение структурно-функционального состояния самого нерва, в конечном итоге приводит к усугублению тяжести заболевания и появлению сенсорных и вегетативно-трофических нарушений. Это обуславливает необходимость и целесообразность назначения, кроме антиконвульсантов, антидепрессантов и НПВП, препаратов нейрометаболического, нейротрофического, антиоксидантного, антигипоксантного действия.

Использование при лечении тригеминальной невралгии стратегии рациональной комбинированной фармакотерапии с учетом различных патогенетических аспектов заболевания позволяет достичь наибольшего клинического эффекта и снизить риск развития побочных явлений.

В ряде исследований последних лет показана высокая эффективность использования метаболических препаратов в комплексе лечения невропатической боли различного генеза (8).

Также показано, что использование нейрометаболических препаратов при НТН способствует нормализации метаболических и обменных процессов в системе тройничного нерва, устранению триггерных зон и предотвращению развития приступа боли.

Одним из современных высокоэффективных препаратов метаболического действия является Актовегин - депротеинизированный гемодериват из крови молодых телят, хорошо зарекомендовавший себя в медицинской практике благодаря чрезвычайно разностороннему спектру его клинико-фармакологического воздействия.

Прочные позиции в комплексном лечении невралгии тройничного нерва занимают витамины группы В. Это обусловлено их полимодальным нейротропным действием, анальгетическим эффектом, а также способностью существенно улучшать регенерацию нервов. Опыт применения этих средств показывает, что максимальная эффективность витаминов группы В достигается при их комбинированном использовании в виде мультивитаминных комплексов. Результаты клинических исследований подтвердили эффективность и безопасность современных витаминных препаратов при лечении болевого синдрома различной этиологии.

Витамин В 6 является кофактором целого ряда ферментов аминокислотного обмена, участвует в метаболизме белков и аминокислот, обмене липидов и выработке энергии в клетках. Активируя синтез миелиновой оболочки нервов и транспортных белков в осевых цилиндрах нервных волокон, пиридоксин способствует ускорению регенерации периферических нервов, тем самым проявляя нейротропный эффект.

Антиноцицептивное действие витамина реализуется через восстановление синтеза ряда медиаторов - серотонина, дофамина, норадреналина, ГАМК и активации нисходящих тормозных серотонинергических путей (антиноцицептивной системы), что приводит к снижению болевой чувствительности.

Витамин В 12 участвует в синтезе пуринов и пиримидинов, играющих важную роль в процессах регенерации нервной ткани; участвует в образовании метионина и S-аденозилметионина, необходимых для

продукции нейротрансмиттеров и фосфолипидов; ускоряет регенерацию нервов, активируя синтез липопротеинов, необходимых для построения клеточных мембран и миелиновой оболочки; уменьшает высвобождение возбуждающих нейротрансмиттеров (глутамата), оказывает гемопозитическое, противоанемическое и метаболическое действие.

Таким образом, стратегия комплексной нейротропной, нейрометаболической и анальгезирующей фармакотерапии при невралгиях тройничного нерва и других вариантах лицевых болей позволит оптимизировать терапевтические схемы и улучшить прогноз при этих проблемных в курабельном плане нозологических формах в неврологии.

Однако, в связи с прогрессированием заболевания и заметной устойчивостью к применяемой фармакотерапии, физиотерапии и рефлексотерапии у больных с невралгиями тройничного нерва обоснованно применяются хирургические вмешательства. Существуют два метода хирургического лечения невралгий.

Это операция Джаннета - микроваскулярная декомпрессия, методика проведения которой заключается в трепанации задней черепной ямки, ревизии взаимоположения корешка тройничного нерва, верхней и нижней передних мозжечковых артерий и верхней каменной вены. При компрессии корешка сосудами их выделяют, между сосудами и корешком помещают прокладку, предотвращающую контакт между ними и воздействие сосуда на корешок. Этот метод позволяет несколько сократить число рецидивов и дает меньше побочных эффектов, но более травматичный (9).

Ко второму типу операций относят миниинвазивные вмешательства, направленные на интракраниальную частичную или полную деструкцию чувствительного корешка нерва.

Это, в частности, терморизотомия (чрескожная высокочастотная селективная ризотомия), криоризотомия с использованием низких температур, ретрогассеральная ризотомия глицеролом и баллонная микрокомпрессия Гассерова узла (10).

В последние пять-шесть лет арсенал деструктивных операций пополнился бескровным радиохирургическим методом деструкции чувствительного корешка с помощью фокусированного g-излучения с использованием специальной установки так называемого «гамма-ножа».

Вопрос, какому методу следует отдать предпочтение, остается дискуссионным.

Таким образом, на сегодняшний день в арсенале врачей имеется целый ряд нехирургических и хирургических методов лечения невралгий тройничного нерва, что позволяет при правильной диагностике и адекватном выборе добиться стойкого купирования болевого синдрома.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гречко В. Е. Неотложная помощь в нейростоматологии// М., Медицина, 1990, 452 с.
2. Гречко В. Е., Пузин М. Е., Степанченко А. В. Одонтогенные поражения системы тройничного нерва.// М., Медицина, 1988, 100 с.
3. Карлов В.А., Савицкая О.Н., Вишнякова М.А.. Невралгия тройничного нерва. - М.: Медицина, 1980. - 151 с.
4. Пузин М.Н. Лицевая боль. М: Изд. УДН. - 1992. - 308 с.
5. Исмагилова Т. Лазерная хирургия невралгии тройничного нерва.// Нейрохирургия, 2000, №4, с.42-45
6. Степанченко А..В. Клинические аспекты невралгии тройничного нерва // Журн. невропатол. и психиатр. - 1989. - № 4. - с. 8 - 12.
7. Albander J. M, De Nardin E. Serum IgG level to P. Gingivalis in healthy and early-onset periodontitis // J. Dent. Res. - 1999. - Vol. 78, Special Issue. -Abstr. 250.
8. Мейзеров Е. Е., Решетняк В. К., Гречко В. Е. Соматосенсорные вызванные потенциалы у больных с поражением системы тройничного нерва.//Журнал невропатологии и психиатрии, 1989, № 4, с. 12-17
9. Баязин В.А., Баязина Е.В. Особенности микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва при лечении тригеминальной невралгии. Рос стоматол журн 2001;1:4-7.
10. Григорян Ю.А., Окопченко Е.В. Результаты тригеминальной нуклеотрактотомии при лицевых болях. Вопр нейрохирур 2000;2:3-7.

УДК 615.9-099.574.021

#### ОЖОГИ ЛИЦА

*Казбекова К.С., Мун О.Т., Досыбаев М.Б., Бурабаева М.Д., Бекбанов Ч.А.*

*МКТУ имени Х.А.Ясави*

*Областной центр гипербарической оксигенации имени Т.Орынбаева, г Шымкент*

#### ТҮЙІН

Беттің термиялық күйігін емдеуде жараның тереңдігіне, зақымдалу деңгейіне және күйік ауруының ағымына байланысты ем жүргізу керек, беттің күйігін емдеуде ең бастысы қоздырғышпен күрес болып итабылады (антибактериалды терапия, некроэктомия); терең күйіктерде ерте терілік пластика жасау кейінгі кезеңдерге болатын көптеген қайта қалпына келтіру операцияларын жасауды азайтады.

SUMMARY

Thus, the choice of treatment of thermal burns on the face depends on the depth, the prevalence of lesions and severity of burns; factor contributing to the successful treatment of burns, the person is fighting infection (antibiotic therapy, necrectomy); early dermepentesis with deep burns significantly reduces the need for subsequent reconstructive operations and improve their outcome.

Проблема лечения термических ожогов лица остается актуальной. Ожоги лица в мирное время составляет 32% [4]. Ожоги лица отличаются значительной тяжестью течения, разнообразием сочетанных поражений, большой частотой функциональных нарушений. Высокодифференцированная иннервация лица, обуславливающая выраженную болевую реакцию, быстро нарастающий отек век приводящий к временному ослеплению пострадавшего, ограничение движения губ, вызывают не только физические, но и моральные страдания. Поэтому острые психозы у таких пострадавших наблюдаются чаще, чем при ожогах другой локализации. Ожоги лица нередко сочетаются с поражениями органов дыхания и зрения.

Как правило, при ожогах пламенем необратимых первичных изменений на роговице или конъюктиве глаз не возникают [1]. Лишь изредка, в тех случаях, когда в момент травмы произошла потеря сознания или имелся непосредственный контакт термического или химического агента с глазными яблоками, возникает тяжелое его поражение. В лечении таких больных должен участвовать офтальмолог. Первичное поражение глаз при ожогах пламенем в большинстве случаев не угрожает потерей зрения. Однако глубокий ожог век, вызывающий впоследствии их выворот, приводит к тяжелым вторичным изменениям роговицы (кератит, кератоирит, изъязвление и перфорация роговицы).

Нами изучены результаты лечения 208 больных, что составляет 28 % от всех ожогов, в ожоговом центре г. Шымкента за период 2007-2009гг. У 176 (84%) больных ожоги лица сочетаются с ожогами других областей тела, из них у 94 (45%) с общей площадью поражения до 10% поверхности тела, у 82 (39%) более 10% поверхности тела, у 125 (60%) поверхностные ожоги I-II-IIIА степени, у 83 (40%) глубокие ожоги IIIБ-IV степени. Основными поражающими агентами при этом бывают кипяток, пар, огонь, вспышка вольтовой дуги [5].

Ожоги лица, сочетающиеся с обширными поверхностными ожогами других областей, чаще всего были вызваны пламенем. Изолированные поверхностные ожоги наблюдались у 23 (11%) больных, изолированные глубокие ожоги встречались реже, в 9 (4,3%) случаях. Это преимущественно контактные ожоги, возникающие от соприкосновения с расплавленными предметами или неизолированными проводниками электричества. При этом в зависимости от локализации поражения или длительности воздействия термического агента могут возникать ожоги не только кожи и подкожной клетчатки, но и подлежащих костей. У таких больных мы наблюдали поражение носа, ушных раковин, потерю органов зрения.

Таблица Количество пролеченных больных с ожогами лица в г.Шымкенте за период 2007-2009гг.

Глубина ожогов	Ожоги лица			Всего
	Изолированные	В сочетании с ожогами другой локализации		
		До 10%	более 10%	
Поверхностные ожоги I-II-IIIА ст.	23	77	25	125
Глубокие ожоги IIIБ-IV ст.	9	17	57	83
Итого	32	94	82	208

Глубокие ожоги лица встречаются у тяжело обожженных при большой общей площади поражения. Они возникают при взрывах и пожарах в закрытом помещении, особенно у лиц, находящихся в бессознательном состоянии, вызванном травмой головного мозга, алкогольным опьянением, отравлением угарным газом. Как правило, при этом имеется ожог дыхательных путей, что намного утяжеляет клиническую картину.

В силу особенностей анатомического строения лица, ожог его сопровождается быстро развивающимся отеком, который вызывает плотное смыкание век, затруднение носового дыхания и сужение ротовой щели. Длительно сохраняющийся отек нарушает микроциркуляцию и способствует развитию обширного вторичного некроза в ранах. Поверхностные ожоги лица обычно протекают благоприятно. Появляющийся и нарастающий в первые часы после травмы отек лица проходит через 2-3 суток. Поражения I-II степени эпителизируются в течение 1-2 недель. После ожогов IIIА степени, заживающих 3-4 недели, нередко могут оставаться деформации и функциональные нарушения. Ожоги IIIА степени ушных раковин могут приводить к нарушению микроциркуляции в надхрящнице, прилегающий непосредственно к дерме, что вызывает появление выпота между хрящом и надхрящницей, нагноение и некроз хряща [3]. Поэтому дермальные ожоги могут сопровождаться возникновением острых хондритов, часто заканчивающихся образованием дефектов и

деформации ушных раковин. Рубцы век после ожогов III степени могут вызывать их функциональную недостаточность, проявляющуюся в основном во время сна.

При ожогах лица I-II степени проводили лечение открытым методом, 2-3 раза в сутки смазывали раны синтомициновой эмульсией или левомиколью, также применяли аэрозоли, несколько раз в день осуществлялся туалет глаз, носовых ходов, ротовой полости - освобождали их от скопления гнойного содержимого, корочек. При ожогах глаз в конъюнктивальные мешки закапывали 4 раза в день 30% сульфацил натрия, при болях 0,25% раствор дикаина, за веки закладывали 5% левомецетиновую мазь. Эти мероприятия проводили до полного исчезновения болей, ликвидации гиперемии склер.

Если у больного имеется ожог III степени, то длительное ведение открытым способом нецелесообразно, так как на лице образуется струп с нагноением. Для очищения ран, покрытых при ожогах III степени тонким струпом, который начинает формироваться на 2-3 сутки, на лицо накладывают мазевые лечебные маски. Маска состоит из 1-2 слоев марли, пропитанной 5-10% синтомициновой эмульсией, левомеколью. Повязка-маска не должна закрывать носовые, глазную и ротовую щель. Она легко и безболезненно меняется через 1-2 дня. При этом ожоговая поверхность очищается от остатков некротических тканей, что способствует ускорению эпителизации и предохраняет конъюнктивальную полость от затекания в нее гнойного отделяемого.

При глубоких ожогах (III-IV степени) лица сразу после поступления в стационар начинаем терапию, направленную на уменьшение отека в области поражения тканей, что способствует нормализации тканевого кровотока. С этой целью применяем осмотические диуретики. 30% раствор тиосульфата натрия, гепарин, выполняем двустороннюю вагосимпатическую блокаду. Больных укладываем на кровать с приподнятым головным концом. К концу 2-х – началу 3-х суток отмечается уменьшение отека, больные могут самостоятельно открывать глаза, восстанавливается носовое дыхание (если нет тяжелого поражения дыхательных путей). Мазевые лечебные маски накладываем позже, чем при ожогах III степени, – на 4-5 день после травмы. Они способствуют размягчению струпа и более раннему его отторжению. Маски меняем ежедневно, чтобы предотвратить затеканию гноя в конъюнктивальный мешок, ротовую полость или наружный слуховой проход. Раннюю некрэктомию на лице почти все хирурги отвергают в связи как с трудностью определения границ поражения тканей, так и с опасностью повреждения при иссечении функционально важных образований (ветви лицевого нерва, проток слюнной железы и т. п.).

По мере очищения раны и появления грануляции на 15-17 день после травмы производили аутодермопластику сплошным расщепленным лоскутом толщиной 0,3 мм, не дожидаясь полного отторжения струпа. При этом возможно иссечение оставшихся некротических участков. Даже при плохом приживлении аутотрансплантата или его лизисе после операции мы отмечали более быстрое очищение раны с появлением в ней ярких грануляций. Повторная, через 6-7 дней, аутодермопластика на эти же участки давала хорошие результаты. Ускорение отделения сухого ожогового струпа, возможно применяя аппликации 40% салициловой мази, начиная с 7-9 дня после ожога. Некролитическая мазь способствует отторжению ожогового струпа через 48 часов после аппликации. Химическая некрэктомия является более щадящей, 15 (18% от всех глубоких ожогов лица) больным произведена химическая некрэктомия.

При лечении больных с контактными электроожогами лица придерживаемся активно-выжидательной тактики, что особенно целесообразно при обширных ожогах и тяжелом состоянии больного. Местно применяем повязки-маски. Отторжение некротизированных мягких тканей лица обычно начинается с краев через 7-8 дней после ожога, при этом границы поражения подкожной клетчатки и мышц всегда оказываются обширнее, чем поражение самой кожи. По мере отграничения грануляционным валом омертвевших тканей их отсекаем по возможности бескровно. При поражении лишь мягких тканей очаг некроза удается полностью удалить в течение второй – третьей недели после травмы. Рана к тому времени заполняется грануляциями и можно производить аутодермопластику сплошным расщепленным лоскутом толщиной 0,3 мм. При поражении костей лица придерживаемся в основном более консервативной тактики, удаляя некротизированную кость лишь тогда, когда рана уже подготовлена к кожной пластике.

Глубокий ожог лица, эпителизирующийся самостоятельно и леченный свободной пересадкой кожи, почти всегда заканчивается развитием келоидных рубцов, особенно в области с мобильными тканями и естественными отверстиями. Патологические рубцы сопровождаются зудом и болью, часто изменяют анатомические соотношения; вызывают уродства, нарушают функцию различных органов. Так, наиболее часто встречающийся послеожоговый рубцовый выворот век препятствует смыканию глазной щели и морганию, вызывает слезотечение. При этом нарушается естественная защита роговицы глазного яблока от механических воздействий и нормальное увлажнение роговицы, что влечет за собой ряд серьезных осложнений. Рубцовое заращение носовых ходов деформирует нос и создает тягостное ощущение у больных, связанное с нарушением носового дыхания. Развитие рубцов в области рта, губ и щек приводит к сужению ротовой щели, что затрудняет прием пищи.

По нашим данным у 38% больных с ожогами лица возникают келоидные рубцы в сроки от 3 недель до 2-3 месяцев после эпителизации ран [3]. Пластические операции по поводу келоидных рубцов лица выполняли через 12-14 месяцев после эпителизации ожоговых ран. При изучении и сопоставлении отдаленных

результатов, оказалось, что ранняя кожная пластика значительно уменьшает необходимость в последующих реконструктивных операциях и в то же время значительно улучшают их исходы.

Вывод: Таким образом, выбор метода лечения термических ожогов лица зависит от глубины, распространенности поражения и тяжести течения ожоговой болезни; фактором, обуславливающим успешное лечение ожогов лица является, борьба с инфекцией (антибактериальная терапия, некрэктомия); ранняя кожная пластика при глубоких ожогах значительно уменьшает необходимость в последующих реконструктивных операциях и улучшают их исход.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. В.В.Юденич: Лечение ожогов и их последствия. Москва «Медицина» 1980 г. стр. 90-94.
2. М.И.Кузин, В.К.Сологуб, В.В.Юденич: Ожоговая болезнь. Москва «Медицина» 1982г. стр. 109-111.
3. Б.С.Вихреев, В.М.Бурмистров: Ожоги. Ленинград «Медицина» 1986 г. стр. 153-156.
4. В.В.Юденич, В.М.Гришкевич. Руководство по реабилитации обожженных. Москва «Медицина» 1986 г. стр. 103-108.
5. Конъюнктурные отчеты ОЦГБО имени Т.О.Орынбаева за 2007-2008-2009гг.

УДК 616.12-008.331.1:612.398.11:577.17

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ РААС И ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Казбекова К.С.*

*Международный казахско-турецкий университет им. Х. А. Ясави, г.Шымкент, Казахстан*

#### ТҮЙІН

Рениннің белсенділігі мен сарысудағы альдестеронның концентрациясы артериальді гипертензияның клиникалық түріне байланысты

#### SUMMARY

Renin activity aldosterone plasma concentration depends on clinical form of arterial hypertension.

Актуальность проблемы. Значимость ренин-ангиотензин-альдостерона (РААС) в патогенезе АГ не вызывает сомнений, однако воздействие этой системы на миокард вызывает много дискуссий. Так в частности в работе Минушкиной Л.О., Затейшиковой А.А. показана взаимосвязь активности ренина и концентрация альдостерона со строением и функцией миокарда левого желудочка у больных АГ. Ими выявлено, что состояние диастолической функции левого желудочка связано с активностью ренина крови, а степень ГЛЖ с активностью альдостерона. В исследованиях (Mazzolai L. et al 1998г., Koga M., Sasaguri M. et al 1998г.) помимо корреляции уровня альдостерона с ММЛЖ, показана прямая корреляция между ГЛЖ и уровнем ренина крови.

Наши данные согласуются с данными (Парфеновой Е.В., Дьяконовой Е.Г., 1995г.) в которых указано на отсутствие корреляционной связи между величиной гипертрофии левого желудочка и АРП. По мнению авторов единственным циркулирующим гормоном, содержание которого соотносится со степенью ГЛЖ, является альдостерон. Альдостерон способствует развитию миокардиального фиброза, взаимодействуя с фибробластами сердца [1,2,3].

Цель исследования: провести сравнительный анализ РААС и состояние гемодинамики при двух клинических формах АГ: эссенциальной гипертонии и симптоматической почечной гипертонии на фоне хронического пиелонефрита в стадии ремиссии

Материал и методы. Для анализа состояния ренин-ангиотензин альдостероновой системы у больных АГ нами обследованы 53 больных АГ и 30 практически здоровых лиц. Больные АГ распределились следующим образом: 30 больных страдающих АГ II- III степени по классификации ВОЗ (1999), 23 больных с симптоматической почечной гипертонией (СПГ) на фоне хронического пиелонефрита в стадии ремиссии. (ремиссия > 7 лет). Группы рандомизированы по возрасту, полу и длительности АГ и представлены в табл.1

Таблица 1. Общая характеристика обследованных

Показатели	Больные АГ n=30	Больные СПГ n=23	Здоровые N=30
Возраст, лет	51,4±1,4	49,8±2,3	49,5±1,3
Длительность АГ, лет	17,05±1,05	19,25±1,9	-
Пол	Мужской	17	17
	Женский	13	13
Избыточная масса тела	14	7	3
Процент осложнении	17(56,6%)	3(13,0 %)	-
Наследственность по АГ	11(36,6%)	-	-
Наследственность по пиелонефриту	-	2(6,0%)	-

В группе больных АГ 17 мужчин и 13 женщин средний возраст  $51,4 \pm 1,4$  лет. Длительность АГ  $17,05 \pm 1,05$  лет, 17(56,6%) из них имеют сосудистые осложнения в виде перенесенного острого инфаркта миокарда 12(40 %) и острого нарушения мозгового кровообращения 5(16,6 %). У 11 больных семейная АГ, т.е. двое и более родственников первой степени родства страдали документированной АГ. 14 больных имели избыточную массу тела (индекс Кетле >25). В группе больных СПГ на фоне хронического пиелонефрита 13 женщин и 10 мужчин. Средний возраст составляет  $49,8 \pm 2,3$  лет. Длительность АГ  $19,25 \pm 1,9$  лет, семейный анамнез по АГ на фоне хронического пиелонефрита имели 2 больных. Сосудистые осложнения имели 3 (13,0 %) больных: ОИМ-2(8,6 %), у одного больного ОНМК (4,3 %) У 7 больных определена избыточная масса тела (индекс Кетле >25).

Активность ренина и содержание альдостерона в плазме периферической венозной крови определяли радиоиммунологическим методом с помощью коммерческих наборов Radioimmunoassay kit N0 1664 для альдостерона и Radioimmunoassay kit N0 1682 для ренина. Взятие крови осуществлялось в условиях основного обмена утром, натощак, в предварительно охлажденные пластмассовые пробирки с ЭДТА, после 15 минутного отдыха, в горизонтальном положении и хранились в морозильнике в условиях  $-200$  С. За неделю до исследования отменялись все гипотензивные препараты и мочегонные средства. Больные находились в обычном солевом режиме (стол 10 по Певзнеру).

Эхокардиографические исследования проводили с помощью эхокардиографа "Aloka" (Япония). Визуализацию структур сердца проводили из парастернального и верхушечного доступов. К основным расчетным показателям относили конечный систолический (КСР) и конечный диастолический (КДР) размеры ЛЖ., конечный систолический (КСО) и конечный диастолические объемы (КДО) полости ЛЖ., фракцию выброса (ФВ), ударный объем (УО) сердца. Определяли толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ).

Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) рассчитывали по формуле R. Devereux и Reichek. (1977г., 1984г.):  $ММЛЖ = 0,8324 (МЖП + 3С + КДР)^3 - (КДР)^3$ . и ММЛЖ индексировали к площади поверхности тела и получали индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Критерием гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) был принят ИММЛЖ >134 г/м<sup>2</sup> у мужчин и >110 г/м<sup>2</sup> у женщин. Результаты сравнительного анализа АРП, содержания альдостерона с длительностью АГ, уровнем САД и ДАД, ММЛЖ у больных ГБ и СПГ представлены в таблице 2.

Таблица 2. Показатели кардиогемодинамики в зависимости от АРП у больных ГБ

Показатели	Контрольная группа		Высокая активность ренина			Низкая активность ренина			P1
	М	±m	М	±m	P	М	±m	P	
Средний возраст, лет	49	1,4	53	0,84	<0,05	49,8	1,4	>0,05	<0,05
САД, мм.рт.ст	118,5	2,48	188,8	1,7	<0,001	169	1,5	<0,001	<0,001
ДАД, мм.рт.ст	73	1,86	106,8	0,123	<0,001	108	1,5	<0,001	<0,001
ТМЖП, см.	1,05	0,02	1,46	0,06	<0,001	1,67	0,216	<0,01	>0,05
ТЗСЛЖ, см.	1,04	0,02	1,26	0,09	<0,05	1,38	0,111	<0,05	>0,05
ММЛЖ, г	179,86	8,9	317,0	32,78	<0,001	323,8	42,48	<0,001	>0,05
АРП нг/мл/час	0,87	0,22	4,5	0,39	<0,001	0,4	0,05	>0,05	<0,001

P – уровень достоверности по сравнению с контрольной группой

P1 – уровень достоверности показателей между высокой и низкой АРП

При анализе данных исследования активности РААС установлено, что для всей группы больных как АГ, так и особенно СПГ не характерно резкое повышение в плазме АРП, средний уровень которой по группе АГ составил  $2,335 \pm 0,378$  нг/мл/ч., т.е. статистически достоверно превышая показатели контроля на 164,3 %. Концентрации альдостерона в крови была равна  $72,411 \pm 0,378$  пг/мл/ч ( $P < 0,001$ ), превышая показатели контроля на 61,99% ( $p < 0,001$ ). У больных ЭГ повышение АРП сочеталось с достоверным снижением РИ справа до 0,59 и ниже показателя контроля на (103,3 %) и слева до 0,49 (104,8 %). Показатель тонуса сосудов  $\alpha T$  у больных АГ составил  $25,6 \pm 0,79$  % ( $p < 0,01$ ), что на 86,6 % выше контроля. ММЛЖ достоверно превышала контроль на 136,5г (75,9%) ( $p < 0,001$ ). У больных СПГ АРП в периферической крови была равна в среднем  $1,12 \pm 0,24$  нг/мл/ч, что на 28,7 % больше, чем в контроле и на 108,4 % ( $P > 0,05$ ) меньше, чем в подгруппе больных ГБ. Содержание альдостерона в среднем составило  $95,28 \pm 8,04$  пг/мл/ч, достоверно превышая соответствующие показатели у больных ГБ на 31,5% и на 113,1% показатели контроля ( $p < 0,001$ ).

Анализируя полученные исследования активности ренина и содержания альдостерона в плазме следует отметить, что и в той и другой группе отмечались высокая и низкая АРП и содержание альдостерона в крови, поэтому каждую группу анализировали отдельно, разбивая на 2 подгруппы с различной АРП и содержанием альдостерона. При этом установлено, что в группе больных АГ в 70% (21) случаев относительно

высокая АРП, которая в среднем составила  $4,5 \pm 0,39$  нг/мл/ч ( $p < 0,001$ ), что на 417,2% выше показателя ренина в контрольной группе. И только у 8 (26,6%) больных АРП была ниже показателя контроля на 54,5 % и составила  $0,40 \pm 0,05$  нг/мл/ч ( $P > 0,05$ ).

В группе больных СПГ у 14 (60,8%) больных отмечалось умеренное повышение АРП и средний уровень равнялся  $1,67 \pm 0,16$  нг/мл/час ( $P < 0,01$ ), что на 91,9% выше контроля, однако достоверно ниже АРП больных ГБ с высокой АРП на 169,46%. Низкая активность ренина плазмы отмечалась у 9 (39,1%) больных СПГ на фоне хронического пиелонефрита и составила  $0,32 \pm 0,09$  нг/мл/час ( $P < 0,05$ ). Данный показатель достоверно ниже уровня ренина в контрольной группе на 63,2% и на 31,2% ниже активности среднего уровня ренина в группе больных ГБ.

Содержание альдостерона плазмы у больных ГБ была высокой у 20 (66,6%) и в среднем составило  $87,27 \pm 15,36$  пг/мл/час ( $P < 0,01$ ), что выше контроля на 98,9%. Низкая концентрация альдостерона в данной группе больных определена у 7 (30,4% больных) и равнялась  $30,9 \pm 3,22$  пг/мл/час ( $P < 0,001$ ), т.е. ниже соответствующего уровня контроля на 30,8%. У трёх (10 %) больных отмечался нормальный уровень содержания альдостерона и был равен  $44,7 \pm 1,08$  пг/мл/ч. У больных СПГ высокая концентрация альдостерона установлена у 13 (56,5%) больных и средний уровень был равен  $143,4 \pm 19,13$  пг/мл/час ( $P < 0,001$ ), что на 220,7% выше концентрации альдостерона в контрольной группе и выше содержания альдостерона

Выводы. Таким образом, активность ренина и концентрация альдостерона плазмы зависят от клинической формы АГ; для ГБ более характерно относительно высокая активность ренина с умеренным повышением концентрации альдостерона. Высокая активность ренина плазмы коррелирует с уровнем САД. Для СПГ более характерно высокое содержание концентрации альдостерона плазмы с умеренным повышением АРП, коррелирующая с ММЛЖ и ДАД. У больных с осложненными формами АГ показатели активности ренина плазмы и концентрация альдостерона повышены, группа больных ГБ с высокой АРП характеризуются более тяжёлым клиническим течением АГ и высоким САД. Группа больных СПГ с высоким содержанием альдостерона характеризуются выраженной гипертрофией левого желудочка, высоким ДАД. У больных с осложнёнными формами АГ, отмечаются наиболее значимые изменения в состоянии активности РААС. Масса миокарда левого желудочка не зависила от АРП.

Данное исследование проводилось с целью коррекции патогенетической терапии при длительно текущей артериальной гипертензии различного генеза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мишушкина Л.О., Затеищикова А.А. и др Активность ренин-альдостероновой системы и особенности структуры и функции миокарда левого желудочка у больных артериальной гипертензией. Кардиология, 9, 2000 г. с. 23-26.
2. Джусипов А.К. Гемодинамические и гуморальные характеристики гипертонической болезни, рефрактерной к терапии и лечение ее простеноном. // Диссертация на соискание ученой степени док.мед. наук Алма-Ата, 1991 г., 242 с.
3. Дядык А.И., Багрий А.Э., Лебедь И.А., Яровая Н.Ф. Патогенез гипертрофии левого желудочка сердца у больных артериальными гипертониями. Обзор // Кардиология, 1, 1995, с. 59-63
4. Дядык А.И., Багрий А.Э., Яровая Н.Ф. и др. Влияние ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента на гипертрофию левого желудочка сердца у больных артериальными гипертониями // Тер. архив, 1995, с. 65-67

УДК 618.3-008.3

#### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ.

Э.Н. Алиева

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

#### ТҮЙІН

Созылмалы гепатит 6 айға созылатын, бауыр циррозына ауысатын немесе ауыспайтын бауырдың диффузды полиэтиологиялы қабыну ауруы болып табылады. Бұл мақалада созылмалы гепатиттің жүктілікке әсері туралы айтылады. Созылмалы гепатиттің ремиссия сатысында босанатын болса босанған, босанатын әйелдерге және ұрық пен жана туылған нәрестеге болжамы дұрыс болады.

#### SUMMARY

Chronic Hepatitis – is inflammation of the liver, causer's slowly progressive liver damage which can lead to serious pathologies such as cirrhosis and cancer of the liver. This article relate about Chronic Hepatitis and its influence on pregnancy. If disease is calm, prognosis will be favorable for fetus and pregnancy-women then the disease is turn for the worse.



Вирусные гепатиты остаются одной из актуальных проблем здравоохранения в мире, в том числе и в Казахстане. Республика Казахстан относится к региону с высокой эндемичностью распространения вирусных гепатитов. Ежегодно регистрируются от 13 до 30 тыс. случаев. До сих пор до конца не решены вопросы четкого выбора наиболее информативных прогностических и диагностических критериев, и разработка эффективных мер профилактики, как важных составляющих благоприятного исхода родов для матери и плода. Все это диктует изучение проблемы вирусного гепатита при беременности.

Хронический гепатит определяется как диффузный полиэтиологический воспалительный процесс в печени, продолжающийся без улучшения на протяжении 6 месяцев и эволюционирующий или не эволюционирующий в цирроз печени (А.С. Логинов, Ю.Е.Блок, 1987). Наиболее распространенной формой хронического гепатита является гепатит вирусной этиологии, развившийся вследствие перенесенного ранее гепатита В,С и D[1].

Хронический вирусный гепатит, как известно, характеризуется латентностью течения, преобладанием неактивных и малоактивных форм[2]. Установлено, что наличие вирусной инфекции у матери не влияет на течение беременности и ее исходы, не увеличивает риска самопроизвольных аборт, не ведет к учащению врожденных уродств[3,4]. Однако, тяжесть заболевания печени, а именно наличие признаков активности печеночного процесса и/или холестаза, определяет риск возникновения осложнений в печени самой беременной, неблагоприятных исходов плода: при активном хроническом вирусном гепатите отмечается риск развития гестоза. Недонашивания беременности, повышена перинатальная смертность[1,2].

Целью данной работы является изучить влияние хронического вирусного гепатита на течение и исход беременности.

Материалы и исследование. Под наблюдением находились 20 женщин в возрасте от 20-35 лет с хроническим вирусным гепатитом родоразрешенные в ОПЦ ЮКО за 2009 год, из них повторнородящих-11, первородящих-ли8. Находились на «Д» учете с ХВГ в течение 10 лет-3, 5 лет-7, 2-х лет-4 и у 6-ти женщин ХВГ был выявлен при данной беременности. Диагноз во всех наблюдениях был подтвержден с помощью иммуноферментного анализа, HBV-17 женщин, HCV-3женщины. Все женщины были проконсультированы инфекционистов в первые сутки поступления в стационар.

Использовали клинические, лабораторные, функциональные методы исследования.

Результаты и обсуждение. Обострение и ухудшение течения хронического гепатита наблюдались нами у 34% женщин в I, II триместре беременности которое проявлялось такими симптомами, как боли в правом подреберье, желтушность, кожный зуд, в III триместре – у 20%, это объясняется, по-видимому, влиянием гиперкортицизма, свойственного этому периоду гестации. В периферической крови отмечалась анемия умеренная-34%, тяжелая-10%, лейкоцитоз(8,5-10,9г/л) - в 40%, повышение СОЭ (30-55мм/ч) - в 70%. В биохимическом анализе крови отмечалось снижение количества общего белка в 60%, уровень билирубина в период обострения колебался в 45-126 мкмоль/л, АлАТ-1,7-5,6 ммоль/л, АсАТ-1,8-2,7 ммоль/л. В общем анализе мочи в 40% обнаруживались желчные пигменты. Увеличение времени свертывания определялось в 30%, в 75% паракоагуляционные тесты положительны.

Наши наблюдения подтверждают отрицательное влияние ХВГ на течение и исход беременности. У 23% беременных развился гестоз, у 20%-невынашивание. Частота последнего осложнения зависела от тяжести печеночного процесса, его активности и холестаза. В вопрос акушерской тактики у беременных с ХВГ более приемлемы [5], что прерывание беременности при хроническом гепатите в стадии обострения в любом сроке приводит к ухудшению течения заболевания, при пролонгировании беременности к моменту родов наступает стадия ремиссии и вероятность осложнений и неблагоприятного исхода родов не выше чем у здоровой беременной. Все роженицы родоразрешены через естественные родовые пути: родов в срок-15, до срока-5. Преждевременные роды протекали в острой фазе. В последовом и раннем послеродовом периоде необходимо проводить профилактику кровотечения, включающую в себя активное ведение третьего периода и контроль над допустимой кровопотерей. Из 20 живых детей было 15 доношенных, 5 недоношенных, которые отправлены на второй этап. При рождении отмечались низкие оценки по шкале: 3-4 балла – 10%, 6-7 баллов – 70%, 7-8 баллов-20%. Новорожденные от матерей – носительниц HBsAg подлежат обязательной иммунопрофилактике HBV инфекции. Наличие HBV и HCV инфекции у матери не рассматривается в качестве противопоказания к грудному вскармливанию новорожденного[3]. Все родильницы(15) выписаны домой с ребенком под наблюдение участкового акушер-гинеколога, терапевта, гастроэнтеролога. Гормональные контрацептивы при ХВГ противопоказаны.

**Выводы.** Обострение и ухудшение течения хронического гепатита чаще происходит в I, II триместре беременности (34%). Поэтому для своевременной диагностики на этапе женской консультации имеют значение скрининговые исследования на маркеры вирусных гепатитов, биохимический анализ крови (АлАТ, АсАТ, общий билирубин, прямой билирубин, непрямой билирубин), а также выявление HBsAg и anti-HCV у женщин в группах риска инфицирования вирусами гепатита.

Прогноз для роженицы, родильницы, плода и новорожденного более благоприятен, если роды происходят в стадии ремиссии ХВГ (родов в срок-15), а не в периоде обострения болезни (до срока-5).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Игнатов Т.М., Апросина З.Г., Шехтман М.М., Сухих Г.Т. Вирусные хронические заболевания печени и беременность.//Акуш.и гин. – 1993.-№2.С.20-24
2. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных.-Москва:Триада, 2005. – стр.459-514.
3. Michelsen P.P., Van Damme P. Viral hepatitis and pregnancy.//Acta Gastroenterol. Belg.-1999.-v.62.-p.21-29.
4. Wirsing von Koning C.H. Hepatitis viruses and pregnancy.//Immune Infect.-1993.-v.21.-p.16-19.
5. Фарбер Н.А., Мартынов К.А., Гуртовой Б.Л. Вирусные гепатиты у беременных. -М.,1990

УДК 613.294:664

### ТАМАҚТЫҚ АЗЫҚ-ТҮЛІКТЕРДІ ӨНДІРЕТІН КӘСІПОРЫНДАРДА ЖҰМЫС ЖАСАЙТЫН ЖҰМЫСШЫЛАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

*Г.Н. Талиева*

*Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанда қаласы*

#### РЕЗЮМЕ

При изучении особенностей качества жизни работников предприятий по производству пищевых продуктов выявлена низкая субъективная оценка общего качества жизни. Были выявлены корреляционные связи между возрастом, стажем, некоторыми показателями заболеваемости и качеством жизни.

#### SUMMARY

At studying of features of quality of a life of workers of the enterprises for manufacture of foodstuff low value judgment of the general quality of a life is defined. Correlation communications between age, the experience, some indicators of disease and quality of a life have been revealed.

Көптеген зерттеулер ет, балық, сүт өнімдерін, нан және макарон бұйымдарын өндіретін ірі кәсіпорындарға арналған. Ғылыми әдебиеттердің мәліметтеріне сүйенсек, ет және ет өнімдерін өндіретін кәсіпорындарда механикаландырылмаған қол жұмысы кең қолданылады, ол өз кезегімен жоғары ауырлықпен, қуаттылықпен сипатталады.

Бұдан басқа жұмыс дискомфортты микроклиматтық жағдайда, яғни жоғары ылғалдылықта, конвекциялық жылудың ауытқуында және ауа қозғалысының жоғарылауында, сонымен қатар өндірістік шудың жоғары деңгейінің психо-эмоционалды факторларының қосарласуында жүреді [1, 2, 3].

Толық физикалық, психикалық, әлеуметтік денсаулықтың және жұмысқа қабілеттілік деңгейін қалыптастыруда өмір сапасы маңызды үлес қосатыны мәлім [4].

Жалпы тамақтық азық-түліктерді өндіретін кәсіпорындар, соның ішінде сүт өндірісі кәсіпорны жұмыс жасайтын жұмысшы әйелдердің өмірінің сапасын зерттеу үшін қолайлы және жеткілікті модель болып табылады.

Соңғы жылдары жұмысшылардың денсаулығына әсер ететін әлеуметтік-тұрмыстық және өндірістік факторларды зерттеу үшін субъективті баға, яғни сауалнама сұрақтары жиі қолданылады.

Сүт өндірісі кәсіпорындарының негізгі кәсіптерде жұмыс жасайтын жұмысшылардың және қосымша жұмыстармен айналысатын жұмыскерлердің әлеуметтік-гигиеналық ерекшеліктерін анықтау мақсатында арнайы құрастырылған сауалнама арқылы зерттеу жүргізілді. Шартты түрде зерттенушілерді екі топқа бөлдік: бірінші топқа негізгі кәсіптерде жұмыс жасайтын жұмысшылар (46 жұмысшы), екінші топқа қосымша жұмыстармен айналысатын жұмыскерлер (23 жұмыскер) жатқызылды. Осы кәсіпорындарда жұмыс жасайтындардың 90% әйелдер болып келеді.

Зерттенушілерді бағалау барысында бірінші және екінші топ арасында бірқатар көрсеткіштер бойынша айырмашылықтар байқалды, яғни өзінің тұрмыс жағдайына қанағаттанатындардың төмен пайызы бірінші топ жұмысшылары арасында анықталған.

Бұдан басқа сауалнама арқылы өндірістік орта факторларымен және еңбек процесінің жұмысшыларға әсерін өзіндік бағалауды жүргізгенде келесі жағдайлар анықталды: көптеген жұмысшылардың еңбек стажы он жылдан жоғары, сонымен қатар бірінші топтағы жұмысшылардың 50-ден астам пайызы жұмысқа демалып шықса, екінші топ жұмыскерлері демалып тек қана 20-дан астам пайызы жұмысқа шығады.

Сауалнама алынған жұмысшылардың 68%-ы жұмыста шаршайды және қатты шаршайды, ал қосымша жұмыстармен айналысатын жұмыскерлердің тек қана 46%-ы жұмыста шаршайды. Шаршау сезімі бірінші топтағы жұмысшылардың 58,5 %-да белдегі жағымсыз сезімдер және ауырсынулармен сипатталады, ал екінші топтың 25%-ы жұмыскерлерінің аяқтардың ісінулерімен көрінеді, жұмысшылар бұл жағдайлардың 80-нен астам пайызын көптеген физикалық жүктемелермен, ал 20%-н ұзақ уақыт бойы тік тұру немесе иіліп тұру позицияларымен байланыстырады.

Қозғалмалылықты, үй шаруасын орындау қабілетін сипаттайтын параметрлер бойынша барлық зерделенген топтардың жұмысшы әйелдері едәуір жоғары баға берді. Өмір салтын және өмірлік белсенділікті шектеуші симптомдардың бар екендігін бірінші типті жұмысшылардың 70%-ы растады (1 кесте).

Өзінің ұйқысымен және демалысымен қанағаттануын сипаттайтын критерийді бағалағанда бірінші топ жұмысшыларының 33,3%-ы жақсы, ал екінші топ кәсіпорын жұмысшыларының 50%-ы «орташа» және «нашар» деген баға берген.

Психологиялық функцияларын сипаттайтын параметрлерді қарастырғанда бірінші, екінші топ жұмысшылары оны «орташа» деп бағалады (бірінші топ – 62 балл және екінші топ – 63 балл). Бұл теріс эмоциялардың бар екендігін және оң эмоциялардың жетіспеушілігін көрсетеді. Сонымен қатар жұмысшылардың жоғары немесе төмен өзіндік бағасының бар екендігі байқалды.

1 кесте - Сүт өндірісі кәсіпорындарының негізгі кәсіптерде жұмыс жасайтын жұмысшылардың және қосымша жұмыстармен айналысатын жұмыскерлердің әлеуметтік-гигиеналық сипаттамасы

Орта	Көрсеткіштер	I топ	II топ
Физикалық	Физикалық ауырсыну және дискомфорт	66,5±1,9	57,5±1,8
	Өміршеңділік және белсенділік	68,0±1,5	66,5±1,2
	Ұйқы және демалыс	62,0±1,8	68,0±2,1
Психологиялық	Оң эмоциялар	63,0±0,9	53,0±1,0
	Ойлау	63,0±1,5	68,5±1,0
	Өзіндік бағалау	61,5±0,8	64,0±1,3
	Сыртқы келбеті	59,5±1,2	66,0±0,5
	Кері эмоциялар	63,5±0,8	55,0±1,4
Тәуелсіз болу дәрежесі	Қозғалмалылығы	58,0±2,8	76,5±2,4
	Үй шаруасын орындау қабілеті	64,0±1,5	62,5±1,0
	Дәрігерге тәуелділігі	61,5±2,5	60,5±2,2
	Жұмысқа қабілеттілігі	64,0±2,4	67,0±2,1
Әлеуметтік қарым - қатынастары	Жеке қарым-қатынастары	67,0±2,2	60,0±2,1
	Әлеуметтік тәжірибелік көмек	64,0±1,6	61,0±2,0
	Жыныстық белсенділігі	59,5±1,3	55,0±1,0
Қоршаған орта	Физикалық қауіпсіздік	61,0±1,1	57,5±2,0
	Үйдің қоршаған ортасы	52,0±1,6	63,0±2,4
	Қаржы ресурстары	45,0±1,3	38,5±1,5
	Медициналық көмек	48,0±2,7	31,0±1,7
	Ақпарат алу мүмкіндігі	59,0±2,1	57,0±0,8
	Демалу мүмкіндігі	55,0±1,8	55,5±0,8
	Үй айналасындағы қоршаған ортасы	57,0±1,3	58,0±1,6
	Транспорт көлік	54,5±2,0	47,5±3,0
Рухани орта	Руханилығы және дін	60,0±1,6	53,0±0,9

Ең нашар баллдық баға қоршаған ортаны сипаттайтын сұрақтар блогында алынды: бірінші топ жұмысшылары оны «орташа» деп (55 балл), ал екінші топ жұмысшылары «нашар» деп бағалады (51 балл). Осы параметрді топтар ішінде жеке критерийлері бойынша талдағанда келесідей нәтижелер алынды: екі топтың 70%-ға жуығы өздерінің физикалық қауіпсіздігіне және қорғаныссыздығына алаңдайды және бірінші топтың 41,6% жұмысшы әйелдері өздерінің тұрмыс жағдайларына қанағаттанбайды, екінші топ жұмыскерлерінің 20%-ы медициналық көмектің деңгейі өте төмен екендігін және 90%-ы сапасының өте төмен екендігін көрсетті, бірінші топта бұл көрсеткіш – 58%. Жас, стаж және сырқаттылықтың кейбір көрсеткіштері мен өмір сапасы арасында корреляциялық байланыстар анықталды. Бірінші және екінші топ жұмысшыларының арасындағы жас пен өмір сапасы арасында күшті кері байланыс бар (-0,8-0,89).

Сонымен қатар, жұмысшылардың өмір сапасы мен жалпы соматикалық патология арасында барлық зерделенетін топтар арасында күшті кері корреляциялық байланыс бар (-0,71-0,85), айырмашылықтар сенімді ( $p < 0,001$ ). Сонымен, жұмысшылардың, соның ішінде тамақтық азық-түліктер өндірісі кәсіпорындарында жұмыс жасайтын әйелдердің өмір сапасының ерекшеліктерін зерттеуде олардың жалпы өмір сапасына төмен субъективті баға бергендігі анықталды.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Оценка риска развития профессиональных заболеваний и пути его снижения исходя из стажа работы в условиях воздействия вредных производственных факторов /Бойко И.В., Наумова Т.М., Герасимова Л.Б. и др. – СПб., 1999. – С.18-39.
2. Рукавишников В.О., Паниотто В.И., Чурилов Н.Н. Опросы населения. – М., 1984. – С.19-25.
3. Косарев В.В., Бабанов С.А. Организация исследований и оценка риска здоровью в современной эпидемиологии //Гигиена и санитария. -2001. - №4. – С.64-66.
4. Латышевская Н.И., Карпенко М.В. Социологическое исследование здоровья женщин-работниц пищевой промышленности //Материалы VII Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения», Рязань, -2003, -С.139-141.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ДЕТЕЙ - ИНВАЛИДОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ**

*Ю.М.Мусаев, К.К.Салхожаева, Н.Ш.Бектибаева., У.Ю.Мусаев., Г.М.Калменова, Г.А.Жакипова*  
*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*  
*Городская детская поликлиника №1, г.Шымкента,*

**ТҮЙІН**

Шымкент қаласының №1 балалар емханасында жүргізілген зерттеулерден, балалар арасында тума жүрек ақауларының көп кездесетіндігі анықталды (321). Кардиохирургтардың кеңесінде болған пациенттердің (30,2%) тек 50,5% операция жасалған. Балаларға кардиоревматологиялық көмекті ұйымдастыруда осы мәселелерді ескеру қажет.

**SUMMARY**

The investigation which was carried out in children's polyclinic №1 Shymkent was established a large number (321) of children with congenital heart disease. Patient who consulted by cardiologist (30,2%) 50.5% only, exposed to operations, which we have to discount in organization.

Актуальность. По данным официальных источников, в республике на 1997 год имелось более 30 000 инвалидов с детства, а в 2006 году проживало свыше 50 000 детей - инвалидов. [1,2]

В то же время, в структуре причин формирования детской инвалидности одним из ведущих мест занимают врожденные пороки развития (ВПР), из которых до 30% случаев от общего числа регистрируются врожденные пороки сердца (ВПС).[3,4] Так, в Республике Казахстан ежегодно рождаются до 5 000 детей с врожденными пороками сердца, из которых только 2% оказывается хирургическая помощь, тогда как вопреки лечению нуждаются около 95% детей, а остальные, в основном не доживают до трудоспособного возраста и нуждаются в постоянной медицинской помощи и регулярных социальных пособиях. Вместе с тем, в общем числе детей с ВПС из каждого 5 ребенка четверо умирают на первом году жизни, что свидетельствует об неэффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

Цель исследования оценить эффективность кардиохирургических вмешательств у детей-инвалидов с ВПС на поликлиническом этапе реабилитации.

Пациенты и методы исследования. Материалами работы являются статистические отчеты медико-информационного аналитического центра (МИАЦ) Управления здравоохранения ЮКО по определению детской инвалидности согласно ф 52, здрав, годовая, с целью установления распространенности основных инвалидизирующих заболеваний у детей.

Соответствующая информация черпалась также из истории развития ребенка (ф 112/у), истории болезней детей (ф 003/у), а также карты диспансерного наблюдения (ф 030/у) детей с ВПС в условиях детской поликлиники №1 г.Шымкента. Оценка эффективности лечебно-реабилитационных, в том числе кардиохирургических вмешательств основывалось на результатах клинико-лабораторных и инструментальных обследований: общеклинически анализом биологических жидкостей (крови, мочи), ЭхоКГ, ЭКГ и рентгенография грудной клетки.

Результаты исследования. В области имеется самая большая доля детей-инвалидов с их прогрессирующим ростом, чем среди всех областей (14) и мегаполисов (2) республики. Во вторых, в структуре и динамике детской инвалидности одним из ведущих ранговых мест занимают врожденные пороки развития (до 19,6%) и больше их среди мальчиков, чем у девочек, которые в основном выявлены в младшей возрастной группе (1 мес-3 года).

В детской поликлинике №1 за 2010 год на диспансерном учете состояли 321 детей с ВПС, топический диагноз у 32,6% установлен в первые 3 года жизни ребенка.

В структуре ВПС в подавляющем большинстве случаев (76%) были септальные дефекты : дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) у 124 (38,6%) пациентов, дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) у 39 (12%), ДМПП и ДМЖП в сочетаний с другими сердечно-сосудистыми аномалиями: с открытым артериальным протоком (ОАП) и с открытым овальным окном (ООО) – у 3,1% и 10,2% пациентов соответственно. Открытый Боталлов проток был установлен как в изолированном виде (6,5%), так и в сочетании с другими аномалиями (4,4%). Открытое овальное окно в изолированном виде встречался у 42 (13%) пациентов.

Удельный вес пациентов с другими ВПС был значительно ниже: с транспозицией магистральных сосудов (ТМС) (у 2), с изолированным стенозом легочной артерии (СЛА) (у 13), СЛА в сочетании с другими аномалиями (у 7), с болезнью Фалло(у 10 детей), из которых на диспансерном учете состоят с диагнозом с тетрадой Фалло – 9, пентадой Фалло – 1 ребенок.

Все больные находились под диспансерном наблюдении с осмотром детского кардиоревматолога через каждые 3 месяца (по показаниям чаще) в первые 3 года жизни, с дальнейшим направлением больного ребенка на консультацию к кардиохирургу.

Общепринято, что единственный способ лечения ребенка с ВПС – оперативное, характер и ориентир для которого являются: виды пороков и её клинико – гемодинамический вариант, возраст пациентов. Из всех детей с ВПС в республике и странах ближнего зарубежья (Россия, Киргизстан, Узбекистан, Южная Корея) проконсультированы у кардиохирургов – 97, из которых прооперированы 49 пациентов. Экстренной операции подверглись 4 детей: с тетрадой Фалло с умеренным цианозом (2) в 4 и 7 месяцев, ТМС со стенозом легочной артерий (у 1) в 9 месячном возрасте (оперативное пособие по Рашкинду), ДМЖП и ООС (у 1). Многие пациенты ещё ждут очереди на операцию.

В целом, прооперированные пациенты с ВПС в настоящее время находятся в фазе относительной компенсации и внешне в удовлетворительном состоянии, под регулярным наблюдением детского кардиоревматолога.

Закключение. Таким образом, анализом структуры причин у детей – инвалидов с ВПР установлено, большая распространенность детей с ВПС, из которых только небольшая часть подверглись оперативным вмешательствам (около 15,3%). Ранняя диагностика и своевременное кардиохирургическое лечение помогут сохранить жизни большого числа детей с ВПС, что значительно улучшить их медико – социальную адаптацию.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Оспанова Г.А. Клинико – экспертные подходы к оценке ограничения жизнедеятельности у детей. Автореф. дис. к.м.н. Астана, 2006, 17 с.
2. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2006 году (статистический сборник). Астана – Алматы 2007г.
3. Мусаев Ю.М., Жумабеков Ж.К. Роль классов заболеваний и патологических состояний в формировании детской инвалидности и пути её снижения. Сборник тезисов VI съезда педиатров Республики Узбекистан. Т.2009, с. 297 – 298.
4. Детская кардиология (пер. с англ.) под. редакции Дж.Хоффмана. Москва. 2006, 543 с.

УДК 611.716.4-013:612

#### ТОПОГРАФОАТОМИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ МОЗЖЕЧКОВОЙ АРТЕРИЕЙ СО СТВОЛОМ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

*В.О. Кенбаев*

*Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии, г.Шымкент*

#### РЕЗЮМЕ

Установлено, что причиной нейроваскулярной компрессии корешка тройничного нерва в области моста мозга является петля передневерхней мозжечковой артерии или передненижняя мозжечковая артерия.

#### SUMMARY

It is established that the reason neurovascular compressions of a back of a trigeminal nerve in the field of the brain bridge is the loop rebottom of the top a cerebellar artery or rebottom the bottom a cerebellar artery.

Невралгия тройничного нерва относится к числу наиболее устойчивых болевых синдромов в клинической стоматологии (1,2).

В нашей стране невралгия тройничного нерва, по данным Д.С.Сагатбаева (1997), определяется у 5 из 100 тыс. человек (3).

Проведенные данные в России эпидемиологические исследования представили уровень заболевания невралгией тройничного нерва в пределах 4,5 - 4,9 на 100 тыс. населения (4).

Невралгия тройничного нерва наиболее часто развивается у лиц среднего и пожилого возраста, но у 30 - 35% заболевших первые приступы невралгических болей появляются в возрасте до 40 лет.

За последние десятилетия были проведены многочисленные исследования, посвященные различным аспектам невралгии тройничного нерва, однако в данной проблеме имеется ещё много дискуссионных и нерешенных вопросов относящихся, прежде всего к основным ее разделам - этиологии, патогенезу и принципам терапии. Так, остаются не раскрытыми все патофизиологические составляющие болевого синдрома, в частности, не существует единого мнения о взаимоотношении ствола тройничного нерва и верхней мозжечковой артерии.

Целью настоящего исследования явилось изучение топографоанатомического взаимоотношения ствола тройничного нерва и верхней мозжечковой артерии.

Материал и методика. Мы использовали 15 трупов в возрасте от 29 лет до 69 лет, не страдающих невралгией тройничного нерва.

Путем инъекции сосудов вертебробазиллярной системы, мы проводили окрашенные полимеризующейся силиконовой массой через одну из позвоночных артерий. Цифровые данные обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что вершина петли верхней мозжечковой артерии, образующаяся при переходе ее переднего понтомезенцефального сегмента в латеральный понтомезенцефальный, располагается между стволом тройничного нерва и мостом мозжечка, и латеральный понтомезенцефальный сегмент не пересекал ствол тройничного нерва в вертикальной плоскости. Контакт латерального понтомезенцефального сегмента верхней мозжечковой артерии с верхней поверхностью ствола тройничного нерва в проекции воротной зоны и вблизи нее имел место в 32% случаях. Близкое расположение верхней мозжечковой артерии к стволу тройничного нерва (не более 0,5 мм) отмечено в 42% исследований.

В 8 случаях вершина петли долихоэктазированной верхней мозжечковой артерии располагалась ниже ствола тройничного нерва, и ее дистальное плечо (латеральный понтомезенцефальный сегмент) пересекало ствол тройничного нерва в области воротной зоны либо вблизи нее, оказывая на него травмирующее воздействие.

Таким образом, чаще всего причиной нейроваскулярной компрессии корешка тройничного нерва в области моста мозга является петля передневерхней мозжечковой артерии или передненижняя мозжечковая артерия.

Внедрение в практику микрохирургической техники, применение операционного микроскопа расширит показания к микроваскулярной декомпрессии тройничного нерва. Она заключается в трепанации задней черепной ямки, ревизии взаимоотношений корешка тройничного нерва и окружающих его кровеносных сосудов, определении зоны конфликта между ними.

При компрессии ствола тройничного нерва сосудами их осторожно разделяют, и между ними и нервом помещается протектор, выполняющий защитно-отграничительные и буферно-амортизирующие функции. При этом сам нерв и кровеносные сосуды не повреждаются.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Карвасарский Б.Д. Неврозы. - М.: Медицина, 1990. - 572 с.
2. Лившиц Л.Я. Хроническая боль: состояние проблемы и некоторые принципиальные вопросы с позиции невролога и нейрохирурга//Сб. науч. трудов «Актуальные вопросы современной неврологии».- Саратов, 1997.-С.-3-6.
3. Сагатбаев Д.С., Телибаева А.А., зайтенова Г.Б. Одонтогенные боли тройничного нерва. Сборник научных трудов «Клиника и лечение заболеваний челюстно-лицевой области и смежных областей». Алматы, 1997. С.30-32.
4. Исмагилова Т. Лазерная хирургия невралгии тройничного нерва.// Нейрохирургия, 2000, №4, с.42-45

#### ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ЕГО РАЗВИТИЯ

*Ш.Т. Адилова.,З. Ходиева., А.Я. Утепова*

*Ташкентская медицинская академия, детская стоматологическая поликлиника С.Рахимовского района г.Ташкента*

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

В результате достигнутых значительных успехов в области здравоохранения, в том числе и стоматологической помощи населению Казахстана, также выхода в свет указа Президента Республики «О государственной программе реформирования системы здравоохранения» созданы все условия для ликвидации в республике не только инфекционных болезней, но и ряда других заболеваний, включая стоматологические. Основные из них, кариес зубов и болезни пародонта, являются широко распространенными среди людей любого возраста. Поэтому большое значение имеет первичная профилактика в детском возрасте (2,4,7,8 и др.).

Проблема профилактики кариеса зубов у детей является одной из актуальных в современной стоматологии и одновременно важной проблема представляется в отношении детей с риском возникновения активных форм течения заболевания (5,8).

Некоторые авторы считают, что дети младших возрастов не нуждаются в стоматологическом лечении и профилактике. По данным эпидемиологических осмотров, проведенных в различных регионах Казахстана, единичные случаи кариеса зубов встречаются от 2,62 до 16,53% уже в возрасте 1 год, а в возрасте 2 года диагностируются в 19,58-42,52% случаях, причем в динамике наблюдается его возрастание (3,6).

Использование достижений современной кариесологии отраженных исследователями стран СНГ и за рубежом, а также собственных разработок позволило проработать ряд целевых кариесопрофилактических установок и получить значительный эффект при их применении у детей. Учитывая внешнее значение для организма в раннем возрасте устранения кариеса зубов, нами была разработана профилактическая программа для детей с прогнозируемым высоким риском развития кариеса. При этом, факторами могут быть: гипотрофия, недоношенность, частые общие заболевания, пороки развития твердых тканей зубов и др.(5,7,8 и др.).Профилактические мероприятия были направлены на назначения противокариесной диеты и фторсодержащих препаратов. Родителей дошкольников знакомили со способами ухода за полостью рта, с правилами обучения детей полосканиям и технике чистки зубов; с методикой экзогенной профилактики

кариеса с применением 10% раствора глюконата кальция. При пороках развития и созревания эмали в условиях поликлиники - покрытие зубов фторлаком (1,2,4,5,6).

Ребенок должен быть приучен к посещению стоматолога, причем в первое посещение надо снять мягкий зубной налет, провести осмотр полости рта. При повторном посещении приступить к обработке кариозной полости. Необходимо объяснить матери о важности грудного вскармливания. После кормления необходимо обрабатывать рот ребенку чистыми стерильными салфетками, смоченными водой. Необходимо с самого начала отучить ребенка от дурных привычек - прикусывания губ, сосание пальцев, сосок или других предметов, спать с запрокинутой головой. Необходимо обратить внимание на правильность дыхания. Дышать ребенок должен носом.

Использование этой программы позволило не только предупредить возникновение кариеса и предотвратить прогрессирование уже имеющихся кариозных поражений у 198 3-х летних детей Абайского и Альфарабийского районов города Шымкента участвовавших в программе.

Следующая целевая установка была разработана нами для детей с зубо-челюстными аномалиями, находящихся на аппаратурно-ортодонтическом лечении детей, имеющих низкую исходную кариесрезистентность эмали, ухудшение гигиенического состояния полости рта и показателей, характеризующих свойства ротовой жидкости являются решающим и приводят в очень короткие сроки к возникновению очаговой деминерализации (ОДЭ) и приросту кариеса зубов. Для профилактики этим детям мы предложили: обучение гигиене полости рта, проведение профессиональной гигиены, проведение процедур, способствующих повышению резистентности эмали. Далее после припасовки ортодонтической аппаратуры: поддержание гигиенического состояния полости рта на хорошем или удовлетворительном уровне; наблюдения за изменениями показателей, характеризующих кариесогенную ситуацию; покрытие базиса аппарата различными пищевыми лаками с добавлением фторида натрия, вестибулярную дугу аппарата изолировали оболочкой из полихлорвинила. Применение этих мероприятий у 23 детей позволило в 1,85 раз уменьшить количество очагов ОДЭ, возникающих после сдачи аппаратов и в 21 раз снизить прирост кариеса зубов.

В реализации кариесогенной ситуации решающее значение имеет состояние резистентности эмали, поэтому мероприятия, направленные на ее повышение, включены во все кариесопрофилактические программы, отдавая предпочтение препаратам фтора в силу их высокой профилактической активности. Большое внимание уделяется повышению кариесрезистентности временных и постоянных моляров путем запечатывания естественных фиссур зубов. Для этого мы после прорезывания зубов до момента установления в окклюзионную плоскость проводили тщательное удаление зубного налета и наносили фторсодержащий лак. При достижении зуба окклюзионной высоты герметизация его проводится фиссуритом, что лучше всего проводить в первые 6 месяцев после прорезывания зуба (2).

Изучение отдаленных результатов кариеса моляров у 189 детей (541 зуб) показал, что через год герметик сохранялся в 88,3%+1,4 случаях, частичная его утрата отмечена у 5,21+1,1% и полная в 6,49+1,2%, что служит обоснованием к их включению в комплексную программу профилактики кариеса зубов у детей.

Следующая вторая целевая программа была разработана для дошкольников 5-6 лет с III степенью активности кариеса зубов и имела реабилитационную направленность. Нами было установлено, что у этих детей по сравнению с другими чаще встречаются нарушения питания, агрессивный зубной налет, нарушения слюноотделения, низкая резистентность эмали и другие факторы, повышающие риск развития кариеса. Нами проведено индивидуальное выявление и устранение кариесогенных факторов у 61 дошкольников с III степенью активности кариеса зубов и получен достаточно высокий эффект: достоверно улучшилось гигиеническое состояние полости рта, а также кислотоустойчивость и скорость реминерализации эмали. Редукция прироста интенсивности кариеса постоянных зубов у детей 5 лет составила 62,7%, 6 лет 69,2%.

Третья целевая программа разработана и применена у детей с церебральным параличом. В результате обследования 56 детей инвалидов, выявили высокую распространенность и интенсивность кариеса зубов во всех возрастных группах, особенно в группе детей, не посещающих детские дошкольные учреждения и школу. Анализ материалов стоматологических осмотров показал, что у детей этой группы главным фактором риска в 96,4+3,7% выступает неудовлетворительная гигиена полости рта, последствием чего является повышение ее бактериальной обсемененности, кариесогенности и скорости образования зубного налета. Причина ее: невозможность выполнения в полном объеме индивидуальных гигиенических процедур, неудовлетворительные знания и умения педиатров и родителей по вопросам профилактической стоматологии.

Мероприятия по вопросам гигиенического состояния полости рта, осуществленные у 32 детей с ЦП - индивидуальное обучение, подбор специальных средств, предметов и методов гигиены, привлечение к стоматологическим процедурам родителей или взрослых, ухаживающих за этими детьми, а также регулярная (1 раз в месяц) профессиональная гигиена полости рта позволяют значительно снизить показатели гигиенического индекса (с 4,3+0,7 до 1,9+0,4 баллов) в среднем на одного ребенка по Федоровой-Володкину,  $p < 0,001$ , что в конечном счете привело к 24% редукции прироста кариеса зубов у данной группы детей. В контрольной группе с 41,52+5,6 до 35,21+5% и интенсивность кариеса зубов с 2,48+0,8 до 1,69+1,1% т.е. на 46,74%. При анализе отдаленных результатов у этих детей отмечен высокий кариесопрофилактический эффект в отношении постоянных зубов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аврамова О.Г.Использование фторсодержащих зубных паст в системе профилактики основных стоматологических заболеваний у детей (планирование и эффективность). Автореф. Дисс... докт.мед.наук.М.,2005-41 с.
2. Адилова Ш.Т.,Ходиева З. Профилактика кариеса зубов методом герметизации фиссур.// Dentist.Kazakhstan /- Алматы, 2005.-№1.-17-19с.
3. Алимова Р.Г. Клинико-гигиеническое обоснование принципов профилактики побочных воздействий брекет системы на ткани зубов и пародонта. Автореф.дисс... докт.мед.наук.Т.2008-39с.
4. Рыбаков А.И., Базиян Г.В. Эпидемиология стоматологических заболеваний в СССР и пути их профилактики: М., 1973-306с.
5. Харитян В.С., Мельниченко Э.М., Гаспадарян В.Ф. Гигиеническое состояние полости рта у школьников с различной степенью активности кариеса.// Стоматология.- М., 1983.-№2.-69-71с.
6. Murray J.I. Appropriate use of fluorides for human Health.- WHO, Geneva, 1986- p. 34-38.
7. Mangy F., Fejerskov O. An epidemiological approach to dental caries // In Thylstrup A. Fegerskov O. EdsTextobook of clinical cariesology 2 edn/ Copenhagen, Munkgaard.- 1994 -p. 159- 177
8. Calpan D.J. Weintraub I.A. // J. Dent Educ, 1993,-Vol 57,№12- p. 853- 862.

УДК 616-053.2:614.2

### ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО

*А.С.Биболова, Ж.У. Сулейменова, А.И. Жақсыбаев, Г.Ж. Мырзабекова, Т.Н. Джубанишбаева  
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясави, г.Шымкент, Казахстан*

#### ТҮЙІН

Жаңа туылған нәрестенің денсаулығымен жүкті әйелдің денсаулығының байланысы анықталды.

#### SUMMARY

The interrelation between the health of pregnant and the position of health of the newborn baby is determined.

В последние годы у врачей вызывает тревогу ухудшение показателей качества здоровья у плода и новорожденного[3]. Возникает неотложная необходимость переноса внимания на коррекцию внутриутробного развития человека. Отмечено, что к нарушению адаптации ребенка к внеутробной жизни чаще приводят неконтролируемые причины: иммуноконфликтная беременность, внутриутробные инфекции, синдром дыхательных расстройств[3]. С позиции теории системогенеза наименее адаптированными являются нервная, эндокринная и иммунные системы плода и новорожденного. Мы изучали состояние здоровья беременных женщин, новорожденных детей, а также проводили анализ заболеваемости нервной системы в условиях поликлиники, среди беременных женщин и детей, проживающих на территории обслуживания клиники МКТУ.

Изучение состояния здоровья женщин позволило выявить следующую закономерность: у женщин с осложненным течением беременности и преждевременными родами (основная группа) значительно чаще встречались нарушением менструальной функции по сравнению с беременными контрольной группой (25% против 6,7%). Акушерский анамнез у женщин основной группы был отягощен наличием медабортов (30%), самопроизвольных выкидышей (33,3%), преждевременных родов 38,3%.

Обратил на себя внимание тот факт, что почти у всех женщин основной группы (48%) было выявлено железодефицитное состояние (ЖДС). Инфекционные заболевания в этой группе женщины зарегистрированы в 38,3% случаев против 13,3%, среди экстрагенитальной патологии преобладали инфекции мочевыводящей системы (23,3%).

Структура заболеваемости новорожденных детей в основной группе (рожденных от матерей с осложненным течением беременности и преждевременными родами), а также в контрольной группе представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Структура заболеваемости новорожденных детей в основной и контрольной группе

Наименование патологии	Основная %	Контрольная %
Внутриутробная гипоксия и асфиксия	3,7	4,7
Замедленный рост	8	3
Родовая травма	13	6
ВПП	0,6	-
Геморрагические и гемолитические нарушения	3,8	1,7
Синдром дыхательных расстройств	0,6	

Анализ, проведенный в детской поликлинике позволил выявить высокую распространенность перинатальной энцефалопатии (78%). Поражение головного мозга, возникшее в перинатальный период



является основной причиной инвалидизации и дезадаптации детей [2]. У большинства детей (65%) диагностирована легкая степень перинатальной энцефалопатии (ПЭП), средне-тяжелое течение наблюдалась в 30% случаев и тяжелое течение зарегистрировано у 5% детей. Согласно синдромологической классификации у 40% больных выявлен синдром повышенной нервно-мышечной возбудимости, синдром угнетения наблюдался у 9%, синдром двигательных расстройств у 20%, синдром внутричерепной гипертензии у 22%, синдром гидроцефалии у 3% детей.

Анализ анамнеза беременности у матерей этих детей позволил выявить ЖДС в 48% случаев, гестоз II половины беременности у 48%, угрозу прерывания беременности у 22%, хронический пиелонефрит наблюдался у 30% женщин. Распространенность соматических и гинекологических заболеваний среди женщин рожениц, высокий процент ЖДС и др. обуславливают высокий риск беременности и родов. Одной из основных причин ЖДС считается некачественное питание. Как показывают эпидемиологические исследования последних 15-20 лет роль недостаточного или несбалансированного питания во время беременности может быть сопоставима с ролью генетических факторов и активных химических или инфекционных воздействий [1].

Особенно настораживает высокий уровень заболеваемости нервной системы у детей. При этом большая часть патологии связывается с перенесенной асфиксией. Перечень психоневрологических расстройств, связанных с гипоксическими повреждениями головного мозга, чрезвычайно широк, от задержки психомоторного развития до тяжелых форм детского церебрального паралича, сопровождающегося умственной недостаточностью, двигательными расстройствами, судорогами и др.

По мнению Г. А. Самсыгиной здоровье новорожденного не может зависеть от какой либо одной причины, и следовательно не может быть заботой только семьи, медицины, общества. Необходимо взаимодействие всех этих составляющих чтобы реально обеспечить нормальное развитие и здоровье человека. В последние годы в связи с внедрением программы по защите материнства и детства (2005-2010) и использования при родовспоможении безопасных методов- физиологические роды, идет снижение асфиксии плода с 5% в 2008 году до 3,7% в 2009 году. Врожденных пороков развития с 1,2% до 0,6% соответственно. Снижение врожденных пороков развития объясняется помимо выше указанного, проведением всем беременным УЗИ-скрининга 3 раза в динамике беременности. Отмечается налаживание работы по реабилитации недоношенных детей, для которых очень важны комплексный подход, разнообразие способов реабилитации перинатального поражения нервной системы на фоне основных функциональных систем часто в сочетании с инфекционными воспалительными заболеваниями и аномалиями развития. Использование медикаментозных и немедикаментозных средств позволяет обеспечивать снижение риска последующей инвалидизации этих детей.

В стационаре используются медикаментозные средства коррекции неврологических нарушений у детей с перинатальной энцефалопатией. Эти препараты условно разделены на симптоматические (или применяемые посиндромно и патогенетического действия. В применении традиционно используемых средств посиндромной терапии (протвосудорожные, дегидратационные, седативные) качественного отличия в лечении недоношенных от доношенных практически нет. К новым и нетрадиционным методам могут быть отнесены эмоционально-психологические средства реабилитации. Они включают методы активации психо-эмоционального контакта мать-ребенок (“кенгуру”, “кожа к коже”).

Следует подчеркнуть, что тот краткий миг “перинатальный” определяет качество здоровья в последующем, потому очень важна неразрывная связь акушерства и педиатрии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Воронцов И.М. // Педиатрия. 2005 – N5 – С.87-92.
2. Палачек А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически ишемическая энцефалопатия новорожденных. Санкт-Петербург. 2001.
3. Самыкина Г.А., Демьянтова Г.М., Таллалаев А.Г. // Педиатрия. 1999-N 5-С.4-6
4. Шабалов Н. П. Неонатология. Санкт-Петербург 2008.

УДК 616.831-002

#### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ 1-ОГО ГОДА ЖИЗНИ

*А.С.Биболова, Н. К. Тузельбаев, Ж.А. Аденов, К.С. Казбекова, О.Ж. Таушимбетова  
Международный казахско-турецкий университет им. Х. А. Ясави, г.Шымкент., Казахстан*

#### ТҮЙІН

Жүкті әйелдегі анемияның жиілігімен, жаңа туылған нәрестедегі перинатальды энцефалопатия арасындағы байланыс анықталды.

#### SUMMARY

The interrelation between the frequency of pregnant woman and perinatal brainpatia of newborn children is determined.

В последние годы отмечается рост перинатальных повреждений нервной системы. Из всех заболеваний нервной системы у детей 2/3 своими истоками уходят в перинатальный период [1], при этом большая часть патологии связывается с перинатальной асфиксией. Перечень психоневрологических расстройств, связанных с

гипоксическими повреждениями головного мозга, чрезвычайно широк: от задержки психомоторного развития до тяжелых форм детского церебрального паралича. Исход перинатальных повреждений, его характер и объем становится очевидным к возрасту 9-12 мес [2]. По данным Российских авторов в некоторых поликлиниках Санкт-Петербурга распространенность перинатальных повреждений нервной системы у детей составила 712 на 1000 [1].

Перинатальную энцефалопатию называют “бомбой замедленного действия” [2]. В отношении этой патологии остро стоит вопрос не только о коррекции острого проявления патологического процесса, но и предупреждения его последствия. Основные методологические принципы реабилитации - раннее начало, индивидуальный подход к ребенку, комплексность и преемственность при проведении реабилитации. Мы провели анализ заболеваемости нервной системы у детей 1-ого года жизни, проживающих в районе обслуживания ЗДГП.

Исследование, позволило выявить высокую распространенность гипоксически-ишемической энцефалопатии, которая была зарегистрирована у 76% детей первого года жизни. У абсолютного большинства детей (82%) гипоксически ишемическая энцефалопатия была легкой степени, что обнадеживает в отношении восстановления функции ЦНС. Согласно синдромологической классификации у 40% больных выявлен синдром повышенной нервно-мышечной возбудимости. В настоящее время по поводу явления повышенной нервно-рефлекторной возбудимости отмечают наибольшие расхождения в отечественной и зарубежной неонатальной неврологии. В распространенных у нас представлениях повышенная возбудимость является патологическим синдромом, за рубежом к нему относятся как к возможно физиологическому явлению, так и патологическому синдрому. В клиническом проявлении нервно-рефлекторной возбудимости чаще наблюдались тремор подбородка, спонтанный рефлекс МОРО, беспокойство, невыраженный горизонтальный нистагм и другие.

Синдром угнетения выявлен у 9% детей и выражался в снижении периостальных рефлексов с преобладанием парасимпатического вегетативного тонуса, чаще выявлялся синдром внутрочерепной гипертензии – у 22% детей. Большинство авторов считают указанный синдром патогенетической сущностью гипоксически-ишемической энцефалопатии, а не клиническим синдромом [4]. Синдром гидроцефалии диагностирован в 3% случаев.

Анализ анамнеза беременности у матерей этих детей позволил выявить железодефицитные состояния (ЖДС) в 92% случаев, гестоз II половины беременности у 48%, угрозу прерывания беременности у 22%, хронический пиелонефрит наблюдался у 30% женщин.

Распространенность соматических и гинекологических заболеваний среди женщин рожениц, высокий процент ЖДС и др. обуславливают высокий риск беременности и родов. Одной из основных причин ЖДС считается некачественное питание. Как показывают эпидемиологические исследования последних 15-20 лет роль недостаточного или сбалансированного питания во время беременности может быть сопоставима с ролью генетических факторов и активных химических или инфекционных воздействий.

Следует отметить, что в мозге ребенка испытавшего гипоксическое воздействие, параллельно протекают два процесса: рапарация нервной ткани и ее дистрофия. В связи с этим фаза восстановления может растянуться на неопределенное время. Более того, может наблюдаться феномен отсроченных постгипоксических психоневрологических расстройств.

У этой категории детей в последующем может существовать церебральная уязвимость при повышенных нагрузках, что диктует необходимость бережного к ним отношения в социуме.

Учитывая большой удельный вес железодефицитной анемии у матерей, детей с перинатальной энцефалопатией считаем необходимым более глубоко осветить роль ЖДА. Если принять во внимание, что латентный дефицит железа (ДЖ) встречается в 2 раза чаще ЖДА, то распространенность сидеропении становится катастрофически высокой. У женщин репродуктивного возраста основной причиной ДЖ служат кровопотери (менструация), повторные беременности и роды, при которой на 1 ребенка затрачивается 1 гр железа. Показано, что у многорожавших женщин содержание железа в организме в 15,5 раза ниже нормы [5]. Особенно высока потребность в железе во второй половине беременности так как в этот период его транспорт от матери к плоду возрастает в 10 раз. На ряду с кровопотерями у женщин при несбалансированной формуле питания имеет место алиментарной ДЖ. Чем диктуется необходимость профилактического назначения препарата железа? Во первых, это дистрофические ахлоргидрии, во вторых это снижение интеллекта ребенка, обеднение его эмоциональной сферы, что связывают с депрессией активности монооксидазы [5]. Клинически это выражается отставанием в процессе обучения, дефицитом внимания и интересам к учебному процессу. В этой связи в группу риска должны быть включены повторно беременные женщины.

Профилактика эффективна с 20 недели беременности и до окончания кормления грудью. К лучшим препаратам железа для беременных следует отнести пролангированные, содержащие в одной таблетке или капсуле более 100 мг железа (тордиферон, Ферроградумент, фесовит, гемофер, сорбифер-дурулес и др.

В группе средств этиопатогенетического действия при перинатальной энцефалопатии применяются препараты улучшающие энергетическое обеспечение мозга, стимулирующие пластические процессы, улучшающие мозговой кровоток – церебропротекторы и ноотропы (пироцетам, ноотропил и др.), ангиопротекторы (циноризин, кавинтон, а так же средства влияющие на синаптическую проводимость. При

назначении этих препаратов обычно ориентируются на данные УЗИ, которые являются основанием для выбора препарата и дают возможность нетравматичного динамического контроля эффективности лечения. В клинике используются эмоционально психологические факторы – в родильном зале создана обстановка более приближенная к домашнему (занавески, диван-кресло, присутствие родственников). Включены методы активации психоэмоционального контакта: мать ребенок (кенгуру, кожа к коже).

Возможность предупреждения перинатальной энцефалопатии у детей является большим вкладом в охрану неврологического и психологического здоровья детей и их инвалидизации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Шабалов Н. П. Неонатология. Питер 2008г
2. Барашов Ю. И. Перинатальная медицина и инвалидность с детства “Акушерство и гинекология”, 1991, N 1, - С 49-51.
3. Пальчик А. Б. Скрининг- схема оценки состояния нервной системы новорожденных. СПб, 1999, -88 с.
4. Volpe J.J., Meurlogi of the Newoorn – plulodephia saunders, 1997.
5. Калиничева В. П. Железодефицитная анемия у детей раннего возраста М. 2005.

УДК 616.831.9-002.155-053.2:578.835.11(574.5)

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ Г.ШЫМКЕНТА

*Г.Н.Абуова, Г.А.Айнабек, Ж.О.Сейтқулова, З.Т. Халил, К.А.Турғунова*  
 Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Казахстан  
 ГИБ, г.Шымкент, Казахстан

#### ТҮЙІН

Шымкент қаласындағы балалар арасында энтеровирусты менингиттерінің клинико-лабораториялық ағымының ерекшеліктері зерттелді. Вирусқа қарсы препараттарды антибиотиктермен қосып бергенде аурудың ағымының қысқаруы, асқинулардың азаюы және қалдық өзгерістердің төмендеуі байқалған.

#### SUMMARY

We have studied clinical and laboratory features of the flow enteroviral meningitis in children in the city Shymkent. Prescribing antiviral drugs in combination with antibiotics in reducing the duration of the disease, reducing the frequency of complications and sequelae.

Как известно, нейроинфекции – это острые инфекционные поражения оболочек и/или вещества головного и спинного мозга. К острым нейроинфекциям относят вирусные менингиты, бактериальные менингиты, вирусные энцефалиты [1]. В 90% случаев острые вирусные менингиты вызываются энтеровирусами, ввиду того, что энтеровирусная инфекция является широко распространенной патологией человека, с которой врач чаще сталкивается, чем ставит этот диагноз [1,2]. При этом поражаются различные органы и системы, в том числе и центральная нервная система. Согласно литературных данных, частота менингоэнцефалитов составляет около 12% от всех форм энтеровирусной инфекции [3]. Основными симптомами энтеровирусных менингоэнцефалитов являются головная боль, рвота, нарушение сознания, менингеальные симптомы, очаговая симптоматика. Из черепных нервов чаще поражаются XII, VII и III пары. На фоне адекватной терапии наступает быстрое улучшение общего состояния детей. Имеющиеся остаточные явления незначительны [3].

Нами были проанализированы клинико-лабораторные особенности энтеровирусных менингитов, находившихся на стационарном лечении в Городской инфекционной больнице г.Шымкента в течение июля – августа 2010 года.

Диагноз менингита выставлялся на основании клинических проявлений, данных исследования ликвора, стандартных обследований: общего анализа крови, мочи, биохимического анализа крови. Распределение детей по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по возрасту

Кол-во больных	Возраст														
	1 год	года	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет	8 лет	9 лет	10 лет	11 лет	12 лет	13 лет	14 лет	Всего
	1	1	2	3	2	4	3	3	1	5	2	3	5	4	39

Всего пролечено 39 больных с менингитами, что составило 6% от находившихся в стационаре детей с диагнозом ОРВИ. Длительность пребывания в стационаре колебалась от 10 до 21 дней (в среднем составила 13,9 дней) и зависела от тяжести течения и проведенного лечения.

Большинство детей поступило в стационар на 1-2-е сутки от начала заболевания (28 человек – 71,8%), на 3-и сутки – 4 (10,2%), на 4-е сутки – 7 (18%). При анализе эпидемиологического анамнеза в 3-х случаях выявлен факт купания в бассейне, в 2-х случаях – купание в реке, у 1 больного контакт с ОРВИ, а в 33 случаях эпидемиологический анамнез оказался невыясненным.

Признаком тяжести воспалительного процесса нами расценивалась температурная реакция. Она зарегистрирована у 39 человек (100%), из них у 17 (43,6%) – до 38°C, у 4 (10,2%) – до 38,9°C, а у 18 (46,2%) температура поднималась выше 39°C, держалась от 1 до 7 суток (в среднем 2,5 суток). Основные признаки заболевания представлены в таблице 2.

Таблица 2. Основные симптомы заболевания

Симптомы		Число пациентов
Менингеальные симптомы	резко выраженные	21 (53,8%)
	умеренно выраженные	17 (43,6%)
	диссоциация менингеальных знаков	1 (2,5 %)
Головная боль	выраженная	29 (74,4%)
	умеренная	10 (25,6%)
Множественная рвота		39 (100%)
Повышение температуры тела	до 38° С	17 (43,6%)
	до 38,9° С	4 (10,2%)
	выше 39° С	18 (46,2%)

Из лабораторных методов обследования важнейшим является анализ ликвора. Изменения в ликворе зависели от дня заболевания, что представлено в таблице 3.

Таблица 3. Клеточный состав ликвора при энтеровирусных менингитах

Цитоз	День болезни			Соотношение клеток ликвора
	1-2	3-4	более 5	
15-30	5 б-ных	1 б-ной	-	Нейтрофилы > лимфоциты 16 пациентов (41%)
31-100	6 б-ных	1 б-ной	1 б-ной	
101-200	6 б-ных	1 б-ной	1 б-ной	
201-500	9 б-ных	4 б-ных	1 б-ной	Нейтрофилы < лимфоциты 19 пациентов (48,8%)
Более 500	3 б-ных	-	-	
В среднем	208,6 клеток	250,8 клеток	202 клеток	Нейтрофилы = лимфоциты 4 пациента (10,2%)

Изменения в общем анализе крови зависят также от дня заболевания. В первые дни у 19 больных (48,7%) отмечался лейкоцитоз за счет нейтрофилеза с незначительным палочкоядерным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, лимфопения, умеренное ускорение СОЭ. У 20 больных (51,3%) отмечался нормоцитоз в течение всего заболевания. Лейкопения у больных с энтеровирусным менингитом не регистрировалась.

Все больные с энтеровирусными менингитами получили комплексное индивидуальное лечение: 9 больных - противовирусную терапию таблетками ацикловира в возрастных дозировках, до 1 г в сутки, курс – 5 дней. 17 больных получили комбинированную противовирусную и антибиотикотерапию, 13 больных – только антибиотикотерапию (ампициллин, пенициллин, цефазолин – в возрастных дозировках). В курс стандартной терапии входили диуретики, актовегин, винпосан, ибупрофен, витамины группы В. В результате проведенного лечения наблюдалась четкая регрессия основных клинических симптомов: рвота прекратилась на 1-й день – у 28 пациентов, на 2-й день – у 10 пациентов; нормализация температуры у большинства больных (34 пациента – 87,2%) наблюдалась в течение первых трех дней, уменьшение головной боли (34 пациента – 84,6%) также в течение первых 3-х дней, менингеальные знаки перестали выявляться у 21 больного – на 2-й день лечения, еще у 15 больных – на 3-й день стационарного лечения.

Контрольная спинно-мозговая пункция у 8 пациентов проведена на 10-й день лечения, из них у 5 - нормализация СМЖ; у 17 пациентов на 12-14-й день лечения, из них у 6 - нормализация СМЖ; у 7 пациентов – на 15-17 день лечения, во всех пробах – остаточные явления в виде лимфоцитарного плеоцитоза от 7 до 32-106/л.

В результате проведенного лечения с выздоровлением выписано 22 больных (56,4%), с улучшением – 17 больных (43,6%). Из клинических проявлений остаточных явлений – у 5 пациентов (12,8%) сохранялась умеренная головная боль. Всем детям после перенесенного энтеровирусного менингита был рекомендован диспансерный учет, наблюдение у невропатолога.

Таким образом, подводя итог всему вышесказанному, можно сделать следующие выводы: энтеровирусные менингиты увеличивают длительность заболевания и усиливают тяжесть течения болезни; основные симптомами энтеровирусных менингитов являются головная боль, множественная рвота, повышение температуры тела, менингеальные симптомы. Выраженные менингеальные симптомы (53,8%) преобладают над умеренными (43,6%); в анализах ликвора у больных преобладает лимфоцитарный плеоцитоз (у 48,8%), на 1-2

день болезни количество клеток составило в среднем 208,6 в 1 мкл, на 3-4 день наблюдалось нарастание количества клеток в среднем до 250,8, со снижением в более поздние сроки; на фоне комбинированной антибиотико- и противовирусной терапии наблюдается положительная динамика и наступает быстрое улучшение общего состояния детей; имеющиеся остаточные явления незначительны, но требуют диспансерного наблюдения, что важно для сохранения качества жизни детей

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Идрисова Ж.Р. Нейроинфекции у детей (учебное пособие). Алматы, 2006г.
2. Зубрицкий П.К., Астанов А.А. Энтеровирусная инфекция: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, реабилитация и диспансеризация. – Мн., 1998.
3. А.А.Корнякова, Л.И.Ясинская, А.П.Кудин. Энтеровирусные менингиты у детей.

#### ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ДАННЫЕ ПО ШОФ РГКП «ЮГО-ВОСТОЧНОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА САНЭПИДЭКСПЕРТИЗЫ НА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОМ ТРАНСПОРТЕ

*К. Шалабаева*

*ШОФ РГКП «Юго-Восточного Регионального Центра Санэпидэкспертизы на железнодорожном транспорте»*

#### SUMMARY

The intrahospital infection (a nosokominal infection) – an infection, which occurs in medical institutions. Kinds of microbes which cause an intrahospital infection. The data on Shymkent Departmental Branch of the Republican State Enterprise «Southeast Regional Center of Sanitary-and-epidemiologic examination on railway transport for 10 months 2010.

Внутрибольничная инфекция (нозокомиальная инфекция) – инфекция, заражение которой происходит в больничных учреждениях. Одна из форм ятрогенных связанных с (мед. вмешательствами) заболеваний. Возбудителями внутрибольничной инфекций могут быть облигатно-патогенные микробы. Однако в настоящее время внутрибольничной инфекций в основном встречаются в соматических больницах и вызываются условно-патогенными микробами. В период до антибиотикотерапии основными возбудителями внутрибольничной инфекций были стрептококки, в 50-60-е годы – стафилакокки, в настоящее время происходит резкое увеличение удельного веса внутрибольничной инфекций, вызванных кишечной палочкой, протеем, сальмонеллами, клебсиеллами, псевдомонадами, грам-неферментирующими бактериями.

В развитии внутрибольничной инфекций также имеют значение бактериоиды, микоплазмы, кандиды и многие другие микробы. Более тяжело протекают внутрибольничной инфекций, обусловленные госпитальными экочарами бактерий. Госпитальные экочары (госпитальные штаммы) – варианты микроорганизмов, адаптированные к обитанию в больничных стационарах. Характеризуются множественной устойчивостью к антибиотикам, повышенной устойчивостью к антисептикам, дезинфектантам, антагонистам, более высокой вирулентностью, антагонистической активностью, внутрипопуляционной изменчивостью, более интенсивным обменом генетическим материалом и повышенной миграцией в больничных условиях. В больничных условиях госпитальные экочары быстро элиминируются и существенного значения как возбудители заболеваний не имеют. Источниками госпитальных экочар являются больничные персонал и больные, особенно длительно находящиеся на излечении. Соотносительная роль разных источников инфекции и факторов передачи госпитальных экочар в разных стационарах неодинакова. Госпитальные экочары установлены у *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Salmonella typhimurium*, но вероятно и для других видов.

Госпитальные экочары возникают в результате экзогенного заражения (экзогенные госпитальные инфекции) естественными для возбудителя путями передачи или в результате медицинских вмешательств. Эндогенные госпитальные инфекции отмечается при травмах, тяжелых хирургических вмешательствах, антибиотико-, гормоно- и иммуносупрессивной терапии, а также других явлениях, ведущих к резкому снижению естественного иммунитета и способности к иммунному ответу. Внутрибольничная инфекция может проявляться в виде носительства возбудителя, бессимптомной инфекции или клинической выраженного заболевания. Встречается у больных, реже – у больничного персонала, редко – у посетителей. Внутрибольничная инфекция в значительной мере зависят от типа больничного отделения, но во всех случаях присоединение внутрибольничной инфекции к основному заболеванию ухудшает исходы болезни, в том числе повышает летальность и частоту перехода болезни в хроническую форму, увеличивает длительность пребывания человека в стационаре.

Микробиологические исследования при внутрибольничной инфекции проводят с целью контроля за соблюдением антимикробного режима, эффективностью антимикробных мероприятий и при микробиологической диагностике внутрибольничной инфекций.

Для этой цели в Шымкентском отделенческом филиале Республиканского Государственного Казенного Предприятия «Юго-Восточного Регионального Центра санэпидэкспертизы на железнодорожном транспорте» в 2010 году за 10 месяцев были проведены анализы на стерильность - контроля параметров и эффективности стерилизационного материала и контроля медицинских изделий, хирургического инструментария, мягкого и шовного материала – 44 пробы, из них не соответствовал 1 анализ (выделен *Staphylococcus epidermidis*). Кроме этого проверен воздух в помещениях, взято 14 проб (на общее микробное число, на стафилакокк и на зеленящий стрептококк). Контроль текущей и заключительной дезинфекции с объектов внешней среды оборудования, инвентаря и медицинского инструментария методом смывов: 275 на стафилакокк и 275 на бактерии группы кишечных палочек, из них не соответствовали 7 анализов (4 – *Serratia*, 3 - *Escherichia*).

## РАСПРОСТРАНЕНИЕ МИКРОБОВ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ И ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ

К. Шалабаева

ШОФ РГКП «Юго-Восточного регионального центра санэпидэкспертизы на железнодорожном транспорте»

### SUMMARY

Microbes are extended in the nature widely. They are in a considerable quantity in water and foodstuff. On water and foodstuff there are standard documents of the Minister of Health of Republic of Kazakhstan and tracking under these standard documents in Shymkent Departmental Branch of the Republican State Enterprise «Southeast Regional Center of Sanitary-and-epidemiologic examination on railway transport for 10 months 2010.

Микробы распространены в природе широко. Они в большом количестве находятся в почве, воде, воздухе, в организме человека и животных, а также на поверхности их тела, на растениях, различных предметах, в пищевых продуктах.

Микрофлора воды. Согласно приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 июля 2010 года № 554 об утверждении санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к водоемным источникам, хозяйственно-питьевому водоснабжению, местам культурно-бытового водопользования и безопасности водных объектов»

Согласно приказа № 554 микробиологические показатели качества питьевой воды

Показатели	Единицы измерения	Нормативы
Общее микробное число	Число образующих колонии бактерий в 1 мл	Не более 50
Общие колиформные бактерии	Число бактерий в 100 мл	Отсутствие
Термотолерантные коли-формные бактерии	Число бактерий в 100 мл	Отсутствие
Колифаги	Число бляшкообразующих единиц(БОЕ) в 100 мл	Отсутствие
Споры сульфитредуцирующих клостридий	Число спор в 20 мл	Отсутствие

Определяют содержание в 1 мл исследуемой воды мезофильных аэробов и факультативных анаэробов (ОМЧ). Определение бактерий группы кишечных палочек. К бактериям группы кишечных палочек относятся грамтрицательные неспоровые палочки, сбраживающие лактозу с образованием кислоты и газа при 37°С и не обладающие оксидазной активностью. Выделение колифагов. Для выделения фага производят посев фильтрата исследуемого материала на плотные и жидкие питательные среды одновременно с культурой микробов, на которых происходит размножение искомого фага (тест культуры). О наличии фага судят по отсутствию роста тест культу-ры. Определяют качественно и количественно.

Определение споры сульфитредуцирующих клостридий. Микробы широко распространены во внешней среде. Резервуаром их является кишечник животных и человека, где клостридии постоянно обитают. С фекалиями клостридии попадают в воду, почву, могут обсеменять кожу, одежду, предметы обихода. Наряду с кишечной палочкой их рассматривают как санитарно-показательные микроорганизмы. Наличие этого микроба в воде, почве и других объектах указывает на фекальное загрязнение.

В Шымкентском отделенческом филиале РГКП «Юго-Восточного Регионального Центра санэпидэкспертизы на железнодорожном транспорте» в 2010 году за 10 месяцев по станциям Арысь, Туркестан, Шымкент ТОО «Темиржол-су» и Арысь ПЧ-54(ст. Чанак) и Туркестан ПЧ-55 (ст. Акшокат и разъезд 37) на установках «Таза-су» были исследованы пробы воды 257, из них несоответствовали 21 проба (общее микробное число в 4 анализах, общие колиформные бактерии – 20, термотолерантные коли-формные бактерии -12). Микрофлора пищевых продуктов. При санитарно-бактериологических исследованиях пищевых продуктов проводят: 1) определение общей обсемененности; 2) определение и титрование санитарно-

показательных микроорганизмов; 3) обнаружение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и 4) определение микробной порчи.

Общую обсемененность или общее количество бактерий в 1 г/мл продукта учитывают по росту колоний мезофильных микроорганизмов на мясо-пептоном агаре.

Основными микроорганизмами – показателями фекального загрязнения при исследованиях пищевых продуктов – считают бактерии группы кишечных палочек.

Поиски патогенной и условно-патогенной микрофлоры проводят при возникновении пищевых отравлений и при плановом контроле.

Контроль пищевых продуктов проводят по утвержденным санитарным правилам «Санитарно-эпидемиологическим требованиям» по приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 августа 2010 года № 611.

Для этой цели в Шымкентском отделенческом филиале Республиканского государственного казенного предприятия «Юго-Восточного Регионального Центра санэпидэкспертизы на железнодорожном транспорте» в 2010 году за 10 месяцев по ст. Шымкент, Туркестан, Арысь были проведены пробы пищевых продуктов 165, из них не соответствовали 19 (КМАФАНМ-12 анализах, БГКП (колиформы)-14, E. Coli-7, S. aureus-3)

УДК 616 2-056.54

### РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АБОРТОВ

*Р.К. Джунусова., Г.А. Кизатуллина, Г.М. Жаксылыкова, Б.Т. Салимбаева*  
*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*  
*Медицинский центр «Эскулап», г. Шымкент*  
*ШГ БСМП, г. Шымкент.*

#### ТҮЙІН

Аборттан кейінгі асқынудың алдын алуда ультрадыбысты зерттеудің маңызы. Бұл мақалада аборттан кейінгі асқынудың алдын алуда ультрадыбысты зерттеудің қажеттілігі берілген. Жүктілікті үзудің алдында ультрадыбысты зерттеу жүргізу абортқа қарсы көрсетулерді анықтайды, аборт жасау әдісін таңдауға мүмкіндік береді және аборттың асқинуын төмендетеді.

#### SUMMARY

The role of ultrasound diagnostics in postabortion complications prophylaxis. In this article the importance of the ultrasound examination in complications prophylaxis after artificial abortion is shown. The echographic criteria, allowing determining the correct pregnancy duration, counter indications and the safest method for pregnancy interruption selecting are described.

Проблема абортов и их последствий имеет очень важное значение. До сих пор прерывание беременности остается основным методом планирования семьи. Из 1000 забеременевших женщин 40-50 делают аборт. Прерывание беременности более чем в половине случаев (51,6%) происходит в оптимальном репродуктивном возрасте (20-29 лет) [1]. Растет удельный вес у первобеременных, и особенно он высок у подростков (52,8% в возрасте старше 15 лет, 94,0% - моложе 14 лет) [2].

Социальная проблема заключается не только в частоте прерывания беременности, но и в большом числе осложнений, возникающих после аборта (16-52%), при этом поздние осложнения встречаются чаще, чем ранние [1-4]. Частота постабортных осложнений зависит от выбранного метода прерывания беременности: наибольшее количество осложнений возникает после кюретажа (до 47%), далее следует вакуум-аспирация (7-21%), и наименьший процент осложнений имеет медикаментозное прерывание беременности (1,5-7,5%) [3-5].

Таким образом, в профилактике послеабортных осложнений большую роль играет установление абсолютных и относительных противопоказаний к применению методов производства аборта, чему в очень способствует проведение ультразвукового исследования перед прерыванием беременности.

Методы прерывания беременности, показания и противопоказания. В настоящее время распространено три вида прерывания маточной беременности в первом триместре [4,5]: кюретаж, вакуум-аспирация, медикаментозное прерывание- применение антипрогестинов и простагландинов. Наиболее оптимальным сроком для прерывания методом кюретажа является 7-8 недель, два последних метода рекомендуется применять в 6 недель беременности. Каждый из вышеуказанных методов имеет свои ограничения в применении. Выделяют противопоказания, общие для всех методов, и относительные, которые учитывают при вакуум-аспирации и медикаментозном прерывании [3-5].

Общие противопоказания: - внематочная беременность; -превышение срока беременности; - воспалительные заболевания половых органов. Относительные противопоказания;- миома тела и шейки матки; - объемные образования яичников (кроме кист желтого тела); - внутриматочный контрацептив.

Прерывание беременности в ранние сроки стало возможным не только после разработки соответствующих методов производства абортов, но и достоверной диагностики факта наступления беременности и ее срока. Для точной диагностики срока беременности используются данные ультразвукового,

а в период до 6 недель и гормонального исследований (анализ крови для определения уровня ХГЧ-хорионический гонадотропин человека).

Ультразвуковое исследование широко внедрено в клиническую практику и играет важную роль в профилактике и диагностике послеабортных осложнений. Поскольку разрешающая способность ультразвукового изображения зависит от частоты датчика, после проведения трансабдоминального осмотра показано использование трансвагинального доступа.

Диагностика срока беременности. С целью профилактики послеабортных осложнений ( для диагностики срока беременности, выявления противопоказаний и выбора метода производства аборта) рекомендуется проведение ультразвукового исследования перед прерыванием беременности. Точная диагностика срока беременности - первый шаг в профилактике послеабортных осложнений. Правильная оценка необходима для предупреждения расхождений в определении срока беременности. На сегодняшний день, согласно рекомендациям ВОЗ, рассчитывается акушерский срок беременности, т.е. от первого дня последней менструации. Все расчетные программы ультразвуковых приборов определяют акушерский срок беременности.

Эхография является одним из ведущих методов в диагностике срока беременности. Современные ультразвуковые приборы позволяют установить наличие беременности на 4-5-й неделе. На 4-5-ой неделе беременности плодное яйцо выглядит как округлой формы анэхогенное образование диаметром около 0,5 см с периферическим ободком, эхогенность которого несколько выше эхогенности окружающего эндометрия, а толщина 1,5 мм.

На 5-6-й неделе беременности в полости плодного яйца появляется изображение желточного мешка, который является провизорным органом эмбриона и выполняет трофическую функцию на период формирования хориального кровообращения, он выглядит как кольцевидная структура правильной округлой формы с анэхогенным содержимым, располагается в хориальной полости, ворсинчатый хорион не определяется.

Срок беременности до визуализации эмбриона (4,5-5 недель) рассчитывается по среднему внутреннему диаметру плодного яйца, а также с учетом визуализации желточного мешка. Термин "средний" означает, что выполняются три измерения в двух взаимно перпендикулярных плоскостях. При продольном сканировании тела матки по средней линии измеряются длина и передне-задний размер плодного яйца. При поперечном сканировании тела матки в месте расположения плодного яйца определяется ширина плодного яйца. Термин "внутренний диаметр" означает установку маркеров по внутреннему контуру плодного яйца [6].

В 6 недель беременности визуализация желточного мешка не вызывает затруднений, а рядом с ним близко к внутреннему контуру плодного яйца определяется продольной формы гиперэхогенное образование-клеточная масса зародыша с визуализацией сокращения сердечной трубки. Амнион не определяется, ворсинчатый хорион четко не дифференцируется.

В 7 недель беременности появляется изображение амниотической полости плодного яйца с находящимся в ней эмбрионом, который имеет форму в виде запятой, находится в амниотической полости и окружен анэхогенными амниотическими водами. С момента визуализации эмбриона указывается частота и ритмичность его сердечных сокращений, рассчитывается срок беременности по КТР-копчико-теменному размеру (максимальная длина от головного до хвостового конца)[8].

В 8 недель беременности плодное яйцо занимает две трети полости матки, приобретает овоидную форму полости матки. У эмбриона выделяют головку и туловище. Появляются зачатки сначала верхних, а затем нижних конечностей. Дифференцируются лысый и ворсинчатый хорион [7].

В 9 недель беременности у эмбриона продолжают формироваться конечности: появляются зачатки средних, затем дистальных отделов [7]. В 10 недель беременности плодное яйцо занимает всю полость матки. У плода сформированы верхние и нижние конечности по трем отделам: плечо, предплечье, кисть и бедро, голень, стопа.

Таким образом, на протяжении указанных сроков беременности (5-10 недель) происходят значительные и хорошо видимые при ультразвуковом исследовании изменения в плодном яйце. Оценка времени появления структур плодного яйца, его размеров, КТР эмбриона позволяют диагностировать срок беременности с точностью до двух дней.

Диагностика внематочной беременности. К внематочной беременности относится имплантация плодного яйца вне полости матки. Различают трубную, брюшную, яичниковую, шейечную беременности. На первом месте по частоте встречаемости стоит трубная беременность [9].

При лабораторном исследовании уровень субъединицы ХГЧ в сыворотке крови в 4 недели беременности достигает 50-500 МЕ/л [9]. При значениях показателей до 600 МЕ/л визуализация плодного яйца невозможна. Если значение составляет от 600 до 1000 МЕ/л, она может быть затруднена, а при уровне ХГЧ более 1000МЕ/л плодное яйцо начинает определяться в полости матки. Именно при отсутствии эхографического изображения плодного яйца в полости матки при задержке менструации на одну неделю и более, а также при вышеуказанных уровнях ХГЧ необходимо проводить дифференциальную диагностику с различными формами внематочной беременности.

При проведении ультразвукового исследования имеются косвенные признаки наступившей беременности. Во-первых, эндометрий должен соответствовать поздней секреторной фазе и иметь признаки гравидарной реакции: несколько неоднородная структура с участками пониженной эхогенности, ширина



эндометрия (М-эхо) достигает верхней границы нормы (15 мм). Во-вторых, в одном из яичников должно определяться желтое тело с характерными эхографическими признаками его функциональной активности. Оно обеспечивает развитие беременности в доплацентарном периоде.

Ультразвуковая семиотика функционирующего желтого тела: - округлой формы однокамерное образование;- содержимое анэхогенное или однородное гипоехогенное;- периферический ободок стромы вокруг желтого тела неоднородный по эхоструктуре (несколько повышенной эхогенности, с мелкими анэхогенными включениями, которые являются сосудами желтого тела);- при применении цветодоплерографических методик по периферии желтого тела определяется большое количество цветочных локусов; - при применении импульсноволновой доплерографии в артериях желтого тела регистрируется низкорезистентный тип кровотока с численными значениями индекса резистентности от 0,40 до 5,55 [10,11]. Таким образом, при получении данной эхографической информации и при отсутствии плодного яйца в полости матки возможны варианты: маточная беременность малого срока, при которой еще не видно плодное яйцо в полости матки: - возможно, внематочная беременность. Необходимо назначить контрольное исследование через 4-7 дней и рекомендовать проведение анализа крови для определения уровня ХГЧ в сыворотке крови. В ходе контрольного исследования проводится сравнение с первым исследованием и анализ изменения данных. Уровень ХГЧ в сыворотке крови прогрессивно возрастает прямо пропорционально сроку беременности (100-5000 МЕ/л-в 4-5 недель, 500-1000 МЕ/л- в 5-6 недель, 10000-100000 МЕ/л - в 7-8 недель ) [12], что помогает врачу в поиске определенного изображения плодного яйца, соответствующего значениям ХГЧ в сыворотке крови.

Диагностика воспалительных заболеваний шейки матки и матки. Само наличие воспалительных заболеваний репродуктивных органов без предварительной санации является противопоказанием для прерывания беременности. Ультразвуковая диагностика воспаления внутренних половых органов основана на оценке комплекса эхографических признаков, которые должны сопоставляться с клинической симптоматикой и данными лабораторного исследования. При ультразвуковом исследовании шейки матки следует оценить состояние цервикального канала, эндоцервикса и мышечной ткани. Ультразвуковыми признаками эндоцервиксита вне беременности являются [13-14]: - неравномерная эхогенность, неоднородная структура эндоцервикса;- неровная граница между слизистой оболочкой и мышечным слоем; - неравномерное или равномерное распределение цервикального канала вне перивульварной фазы; - анэхогенное или гипоехогенное содержимое в цервикальном канале вне перивульварной фазы; -повышенная васкуляризация эндоцервикса и прилегающего мышечного слоя.

На фоне беременности обнаружение вышеописанных признаков может быть затруднено или может являться физиологичным ( повышение васкуляризации тканей матки вследствие беременности). При исследовании матки оценивается состояние полости, эндометрия, миометрия. Наличие гиперэхогенных включений в базальном слое эндометрия является признаком эндометрита, но это нужно подтвердить лабораторно, так как эти изменения свидетельствуют о том, что эндометрит имел место, но не об активности его в данный момент.

Беременность на фоне миомы тела и шейки матки. Узловые образования тела и шейки матки представляют собой определенную группу риска по развитию послеабортных осложнений, могут явиться причиной неправильного срока беременности при клиническом осмотре. Внимание обращается на локализацию и размеры узлов. Определяющими высокую группу риска являются неблагоприятные по локализации узловые образования. Это узлы, располагающиеся в шейке матки и перешеечной области, а также деформирующие полость матки ( подслизистые и интерстициальные с центрипетальным ростом). Локализация этих узлов затрудняет инструментальное прохождение цервикального канала и опорожнение полости матки.

Высокий риск представляют также большие по размерам интерстициальные узлы. Поскольку сократительной активностью обладают только неизменные волокна мышечной ткани, наличие таких узлов снижает эту функцию матки. Миоматозные узлы тела и шейки матки с неблагоприятной локализацией и большими размерами способствуют развитию таких осложнений, как перфорация тела матки, повреждение шейки матки, остатки плодного яйца, хориальный полип, гематометра, маточное кровотечение. Беременность на фоне объемных образований яичников.Использование метода медикаментозного прерывания беременности у женщин с ретенционными кистами ( кроме кист желтого тела) и опухолями яичников не рекомендуется, поскольку эти беременные представляют группу высокого риска по отсроченным осложнениям аборта, связанным с нарушением менструальной функции. В случаях обнаружения объемного образования с характерными информативными ультразвуковыми признаками опухоли яичника потребуются также и хирургическое лечение.

Таким образом, задачами ультразвукового исследования, проводимого перед прерыванием беременности, являются выявление комплекса эхографических признаков опухоли и проведение дифференциальной диагностики между опухолями и опухолеподобными образованиями яичников. Опухоли яичников имеют соответствующую капсулу, выявляемую при гистологическом исследовании, которая определяет их тип и способность к пролиферативному росту. В связи с этим, опухоли яичников при наблюдении в динамике не только не уменьшаются в размерах, а прогрессивно увеличиваются.

В зависимости от гистологического строения выделяют эпителиальные опухоли, опухоли стромы полового тяжа, опухоли из герминогенных клеток, метастатические опухоли и редко встречающиеся. Наиболее характерными эхографическими признаками опухоли яичника являются [15]: - строение кистозное, кистозно-солидное, солидное; - многокамерность, наличие внутренних перегородок различной толщины; - содержимое неоднородное (мелкодисперсное, элементы взвеси, включения высокой эхогенности); -внутренний контур неровный (пристеночные структуры, папиллярные разрастания); - наружный контур ровный, четкий; - определение сосудов в перегородках и капсуле при применении доплерографических методик.

К опухолевидным образованиям яичников относят фолликулярные, тека-лютеиновые, эндометриоидные кисты и кисты желтого тела, которые представляют собой жидкостные образования в строении яичников, не имеющие истинной пролиферирующей капсулы. Среди них только киста желтого тела является физиологическим состоянием яичника. Наличие остальных указывает на гормональный дисбаланс или заболевание.

Формирование фолликулярных кист обусловлено нарушением гипоталамо-гипофизарной регуляции функции яичников, часто на фоне воспалительного процесса. К образованию фолликулярной кисты ведет персистенция неовулировавшего фолликула, в полости которого скапливается фолликулярная жидкость. При ультразвуковом исследовании в яичнике определяется однокамерное образование с анэхогенным содержимым, гладким внутренним контуром, однородной стромой по периферии, средним диаметром 30 мм и более, аваскулярное при применении цветочкодированных методик [14,15]. Такие кисты могут встречаться при беременности, если в фертильном цикле происходил доминантный рост более одного фолликула.

Тека-лютеиновые кисты у беременных формируются при трофобластической болезни. В основе патогенеза формирования тека-лютеиновых кист лежит воздействие высокого уровня ХГЧ, стимулирующего рост фолликулов. Тека-лютеиновые кисты -это множественные фолликулярные кисты и фолликулы на разной стадии развития. В этом случае отмечается увеличение размеров обоих яичников за счет множественных округлых анэхогенных тонкостенных включений, различных по диаметру, аваскулярных при применении цветочкодированных методик [14-15].

Эндометриоидные кисты возникают в результате циклического функционирования эндометриоидных гетеротопий яичника, что приводит к формированию кистозной полости с геморрагическим содержимым. В этом случае определяется образование овальной или округлой формы, однокамерное, с мелкодисперсным содержимым различной эхогенности, различных размеров, аваскулярное при применении цветочкодированных методик[14,15].

Беременность на фоне внутриматочного контрацептива. Развитие беременности при наличии внутриматочного контрацептива возможно в случае его неправильной установки- низкого расположения, частичной или полной экспульсии [16]. Применяемые в настоящее время внутриматочные контрацептивы имеют Т- или Ф-образную форму. Эхографические критерии вариантов расположения внутриматочного контрацептива : - правильная установка- контрацептив находится в полости матки, его проксимальный конец достигает дна, плечики расправлены и фиксированы в трубных углах; -низкое расположение- контрацептив находится в полости матки, его дистальный конец не достигает дна матки, оставляя свободное пространство, плечики не расправлены и не визуализируются; - частичная экспульсия- контрацептив находится частично в полости матки, частично-в шейке матки; - полная экспульсия-контрацептив находится в шейке матки или во влагалище.

Наличие внутриматочного контрацептива в полости матки является абсолютным противопоказанием для вакуум-аспирации и медикаментозного прерывания беременности. Использование медикаментозного прерывания беременности или вакуум-аспирации максимально эффективно в сроки, когда эмбрион еще не визуализируется, а диаметр плодного яйца не превышает 10 мм. Указанные ультразвуковые признаки не всегда точно соответствуют числу дней задержки менструации или размеру матки при бимануальном исследовании. Основываясь только на клинических данных ( без результатов эхографии), акушер-гинеколог не может принять решение в пользу выбора того или иного метода прерывания беременности.

Таким образом, проведение ультразвукового исследования перед прерыванием беременности позволяет выявить не только абсолютные и относительные противопоказания, но и правильно выбрать метод аборта, что способствует профилактике послеабортных осложнений и обеспечивает значительное снижение их количества.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Фролова О.Г., Токова З.З. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы и репродуктивного здоровья // Акушерство и гинекология. 2005.№1. С.3-6.
2. Уварова Е.В.Репродуктивное здоровье девочек России в начале 21 века // Акушерство и гинекология.2006. Приложение. С.27-30.
3. Кулаков В.И., Зак И.Р., Куликова Н.Н. Аборт и его осложнения. М.: Медицина,1987. 158 с.
4. Осложнения при аборте // Руководство по техническим и управленческим аспектам предупреждения и лечения: Рекомендации ВОЗ. Медицина,1995. 183 с.
5. Куземин А.А. Медикаментозный аборт // Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации / Под ред. Савельевой Г.М., Серова В.Н., Сухих Г.Т. М.: Гэотар-медиа,2009.с.833-855

6. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П. Акушерство. М.: Медицина, 1986. 496 с. амедов К.Ю. Полипы слизистой оболочки канала шейки и истмической части матки.: Автореф. дис. ... к.м.н. М., 1985. с.24.
7. Валькович Э.И. Общая и медицинская эмбриология. СПб.: Фолиант, 2003. 320 с.
8. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Т.3 // Под ред. Митькова В.В., Медведева М.В.М.: Видар, 1997. 320 с.
9. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность. М.: Медицина, 2001. 215 с.
10. Федорова Е.В., Липмад А.Д. Применение цветового доплеровского картирования и доплерометрии в гинекологии. М. Видар., 2002. 98 с.
11. Агеева М.И., Байсангурова З.С. Эхографические критерии функциональной недостаточности желтого тела при угрозе невынашивания беременности // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2007. № 4. 50 с.
12. Бодяжина В.И. Акушерская помощь в женской консультации. М.: Медицина, 1987. 246 с.
13. Гус А.И., Бутарева Л.Б. Эхографическая семиотика острых и хронических воспалительных заболеваний придатков матки / Под ред. Манухина И.Б., Аксененко В.Н. Ставрополь, 2002. С. 40-55.
14. Озерская И.А., Эхография в гинекологии. М.: Медика, 2005. 285 с.
15. Гус А.И. Современные принципы ранней дифференцированной диагностики и мониторинга больных с опухолевидными образованиями и доброкачественными опухолями яичников, гиперпластическими процессами мио- и эндометрия: Дис. ... докт. мед. наук. М.: НЦАГиП РАМН, 1996. 301 с.
16. Демидов В.Н., Гус А.И. Эхография органов малого таза у женщин. Выпуск III. Патология полости матки и эндометрия. ВМК: Практическое пособие. М., 2001. 138 с.

УДК 618.2:618.25

#### ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

*С.У Мамырбекова, З.Н Бадалова*

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
Областной перинатальный центр, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Бұл мақалада көп ұрықты жүктіліктегі ағымының асқинулары мен перинаталдық нәтижелерінің жиілігі арта түсетіндігі туралы айтылған. Асқинуларды алдын алу, ұақтылы емдеу, жүктілік пен босанды тиімді жүргізу, ана мен перинаталдық өлім мен ауыршандық көрсеткіштерінің төмендету резерві болып табылады.

#### SUMMARY

In this article the multiple pregnancy carries off to factor of high risk in emergence of obstetric and perinatal pathology. Prophylaxis and timely correction of complications among women with multiple pregnancy - essential prophylactic reserve of mother and perinatal morbidity and mortality.

Внедрение вспомогательных репродуктивных технологий и проведенные статистические исследования показали, что частота многоплодной беременности имеет тенденцию к увеличению. Многоплодная беременность встречается в 1.5- 2.5% наблюдений, чаще в семьях, где мать или отец произошли из многоплодной беременности, причем наиболее значимую роль играет генотип матери. В крупных городах же повышение частоты многоплодия объясняется внедрением вспомогательных репродуктивных технологий ( ЭКО и ПЭ) (1). В связи с большим количеством осложнений, особенностями развития плодов, повышенными требованиями к материнскому организму многоплодную беременность считают фактором высокого риска материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Эти данные свидетельствуют о важности проблемы многоплодной беременности, которая имеет большую медико - социальную значимость.

Целью настоящего исследования явилось выявление основных осложнений беременности и причин перинатальных исходов у женщин с многоплодной беременностью родивших в Областном перинатальном центре ЮКО.

Материалы и методы исследования: Проспективный анализ истории родов женщин родивших в ОПЦ г. Шымкента за 2009 - 2010 годы. ( За 11 месяцев ). и истории развития новорожденных. Используются клинические и лабораторные методы.

Результаты исследования показали, что за 10 месяцев 2009 по области зафиксировано 71494 родов, из них двойни 665 (, 0,9% ) в т.ч 6 троен. За 10 месяцев 2010 года - 62992 - 619 ( 1% ), в т.ч 7 троен, где виден рост рождаемости и соответственно частоты многоплодной беременности. По областному перинатальному центру принято за 2009 год - 7532 родов, где роды двойней составили 236 ( 5 троен). За 2010 год на 6720 родов 217 двоен ( 2 тройни ). 3,2% соответственно за 2 года. Снижение же количества родов за этот год связано с ремонтом Областного перинатального центра.

По данным анамнеза за 2 года все многоплодные беременности наступили спонтанно, кроме 3 случаев наступившей после ЭКО. Первородные составили 13%, повторнородные 87%. Возрастной состав распределился следующим образом (таблица № 1)

Таблица №1 Распределение женщин с многоплодной беременностью по возрасту

№	Срок беременности	в % отношении
1	25-30 лет	15 %
2	31 -35 лет	79 %
3	35 лет и более	6 %

Как видно из таблицы преобладают женщины повторнородные 30 – 35 лет. Отягощенный акушерско – гинекологический анамнез выявлен у 396 женщин, что составило 87%.

Экстрагенитальные заболевания выявлено у 439 беременных с многоплодной беременностью, это составило 96 %. Частым осложнением многоплодной беременности является анемия, по литературным данным 51 -57%. (2) и формируется она преимущественно до 20 недель беременности. Многоплодная беременность характеризуется резко увеличенными запросами к материнскому организму, что приводит к быстрому истощению запасов железа. (3, 4). Беременность у женщин протекала на фоне железодефицитной анемии в 421 случаях – 93 %. Хронический пиелонефрит на фоне беременности - 94 случая это 21 %. Варикозная болезнь - у 44 женщин – 9, 7 %

Анализ течения беременности показал, что гестоз развился в 275 случаях это 61 %, начало гестоза у большинства беременных отмечено с конца 2 –го начала 3 –его триместра беременности, причем в 25 случаях - 9 %, беременность пришлось прервать досрочно по жизненным показаниям, в том числе у беременных после ЭКО.

Беременность протекала с явлениями угрозы прерывания в 76 случаях – 16,8 %. Выявлено, что роды были преждевременными у 356 женщин, что составило 79 %. Средний срок родов в нашем наблюдении был  $30,9 \pm 3,3$  нед ниже чем с двойнями  $33 \pm 2,2$  нед.

Беременность при тройнях с тяжелыми гестозами прервана по жизненным показаниям у 4х женщин. Оперативным путем родоразрешены 314 беременных – 69,3 %.

Показаниями к оперативному родоразрешению послужили сочетанные факторы: неправильные положения плодов, неподготовленность родовых путей при длительном безводном периоде, в сочетании с тяжелой формой гестоза, дистресс плодов и т.д. Высокая частота родоразрешений оперативным путем оправдывается тем, что при родах через естественные родовые пути перинатальная смертность в 4 – 5 раз выше, чем при операции кесарева сечения. Рассматривая перинатальные исходы отмечено, что родилось 913 детей. Из родившихся детей погибло 269 детей -29, 4 %. Перинатальная смертность среди многоплодной беременности составила 73%. По гестационному возрасту умершие дети распределились следующим образом (таблица 2)

Таблица №2 Распределение умерших детей по гестационному возрасту

№	Срок беременности	в %
1	28-31 нед	42%
2	32-36 нед	40%
3	37 и более нед	18%

Как видно из таблицы, глубокая недоношенность является одной из важнейших факторов риска перинатальной смертности и доказывает неразрешимость этой проблемы без разрешения проблемы невынашивания.

Следующей причиной перинатальной смертности является гипоксия плода и асфиксия в родах, а также врожденные пороки развития. В наших наблюдениях за 2 года отмечено 27 случаев с пороками развития это составило 6%. Среди тех и других преобладает доля незрелых новорожденных. У вторых важно отметить обязательность проводимого генетического скрининга при многоплодной беременности. Помимо недоношенности, неблагоприятным фактором является и более высокая частота задержки развития плодов (40–72%). Частота внутриутробной задержки одного или обоих плодов зависит от типа плацентации и составила при монохориальной двойне 72 % при бихориальной-40%. (5). Доказано, что отставание плодов в росте начинается с 28 недель беременности, это отражает неспособность матки и окружающей внутриматочной среды обеспечивать потребности нескольких плодов. (6, 7). Внутриутробная задержка развития плодов выявлена в 74 случаях - 16,4 %. Нарушения маточно- плодово- плацентарного кровотока различной степени, по данным УЗИ выявлено в 93 случаях это составило 20,5 %. Причем, по мере прогрессирования беременности их число увеличивалось., что по- видимому связано с истощением компенсаторных механизмов маточно- плодового- плацентарного кровотока в условиях конкурентного сосуществования двух плодов.

При многоплодной беременности также возможна антенатальная гибель и рождение антенатально погибшего плода (8, 9, 10) при живом 2 –ом или 3 –ем. За 2 года - 7 случаев, (1 – с тройни), что составило 1,5 %. Приведенные данные свидетельствуют о значительном увеличении риска

летального исхода для плода и новорожденного при многоплодии. Для разработки мер профилактики перинатальных потерь имеет анализ и устранение материнской патологии, обуславливающие эти потери.

Таким образом, результаты исследования доказывают, что многоплодная беременность относится к фактору высокого риска возникновения акушерской и перинатальной патологии, поскольку уровень осложнений, сопровождающих данную беременность, довольно высок. Профилактика, своевременная коррекция возникающих осложнений и разработка оптимальной тактики ведения беременности и родов у женщин с многоплодием - существенный резерв профилактики материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. М.А, Маркин Л.Б. Многоплодная беременность.- Киев, 1990.
2. Чернуха Е.А, Кочиева С.К, Короткова Н.А // Акушерство и гинекология // - 1997- № 7 –С. 25-28.
3. Егорова О.А Течение беременности и родов у женщин с многоплодной беременностью. Автореферат дис кан мед наук.- М,2002.
4. Баева И. Ю. Анатомо-метрическая характеристика плодов и новорожденных близнецов при многоплодной беременности: Автореф. Дис. Канд.мед.наук. М 2005; 23.
5. Висайтова М. Б. Течение беременности и родов, перинатальные исходы при двойне: Автореф. дис.канд.мед.наук. М. 2003; 24.
6. Кулаков В. И. Клинические рекомендации по акушерству и гинекологии. . ГЕОТАР Медиа 2006; 142.
7. Чернуха Е. А. Родовой блок. М: Триада X 2005; 127.
8. Юлдашева О. Э. Особенности ведения многоплодной беременности, оценка родов и перинатальных исходов: Автореф.дис. ...канд.мед.наук. Уфа 2007; 27.
9. Chang Y. L. Fetoscopic laser therapy for twin-twin transfusion syndrome. Taiwan J Obstet Gynec 2006; 45:4:294-301.
10. Magann E. F., Doherty D. A., Ennen C. S. et al. The outcome of monochorionic diamniotic twin gestations in the era of invasive fetal therapy: a prospective cohort study. Am J Obstet Gynec 2008; 12:2:324-326.

#### ЗНАЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И МАТЕРЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Адилова Ш.Т., Утепова А.Я., З. Ходиева*

*Ташкентская государственная академия, г.Ташкент, Узбекистан*

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

*Детская стоматологическая поликлиника, г.Ташкент, Узбекистан*

Проблема кариеса зубов продолжает оставаться одной из наиболее актуальных в стоматологии. Особую важность имеют вопросы своевременной диагностики этого заболевания у детей раннего возраста. Особую роль в профилактике кариеса зубов отводится санитарному образованию, так как без усилий каждого человека как индивидуума невозможно добиться максимального эффекта (ВОЗ:«Методы и программы профилактики основных стоматологических заболеваний»; Женева, 1996г.) стоматологическое просвещение населения наряду с контролем за гигиеной полости рта позволило добиться значительного снижения интенсивности кариеса зубов среди населения ряда стран мира за текущие годы (1,3,8,9,10,11,13).

Проведенные в г.Шымкентеисследования свидетельствуют, что распространенность кариеса временных зубов у детей в возрасте одного года достигает 14,36+2,51%, а в возрасте два года 45,46+3,45% при индексе кп 0,53+0,035 и 3,12, а 3 годам соответственно 65,74+3,23 и 5,43+0,45 (3,4,11). Нам представляется, что это связано у детей раннего возраста чистка зубов является достаточно сложной процедурой. Самостоятельно чистить зубы и полоскать рот водой дети могут научиться лишь к 2,5-3 годам. Применение фторсодержащих таблеток при высоком риске заболевания кариесом зубов ВОЗ рекомендует применять после 3 лет (ВОЗ, серия технических докладов// Стоматология, 1995г. №6 С.4-10).

В связи с изложенным возрастает роль стоматологического просвещения населения причем первоочередное внимание необходимо уделять санитарной грамотности беременных женщин и матерей. Кроме того рациональное питание семьи и гигиеническое воспитание детей находится в прямой зависимости от знаний женщины. Общеизвестно, что уровень потребления сладостей у женщин достоверно выше чем у мужчин, что ещё раз убеждает нас в необходимости более целенаправленного проведения санитарного просвещения среди женщин.

Анализ данной литературы, методик и рекомендаций по обучению гигиеническим навыкам, показывает, что последнее вырабатываются с трудом и достаточно долго: у детей в течении 2-2,5 лет, у взрослых дело обстоит гораздо сложнее (Харченко О.И. 1998г.). Многие люди не ходят применять профилактические мероприятия вследствие нежелания менять сложившейся привычной образ жизни.

Маме при ежедневном общении с ребенком легче привить ему навыки, используя знания о гигиене полости рта и необходимости поддержания его здорового состояния. Поэтому актуальным становится

вопрос о комплексном санитарно-гигиеническом обучении беременных женщин. Вопросом профилактики кариеса зубов и формированию стойких навыков по уходу за полостью рта, поскольку речь идет об обучении и воспитании будущих матерей. Приведенное нами социологическое исследование показало, что организация санитарно-просветительской работы среди беременных женщин и молодых матерей, свидетельствует, что уровень грамотности их в крайне низком состоянии, что свидетельствует о недооценке этого раздела профилактической стоматологии врачами стоматологами (3,8,11).

Цель исследования – оценка значимости стоматологического просвещения беременных женщин и матерей в профилактике кариеса зубов у детей раннего возраста.

Материал и методы. Для санитарного просвещения в целях профилактики кариеса нами была принята за основу программа разработок А.И.Рыбакова, Г.В.Базиана, 1973г. и Б.А.Леуса, 1989г., с некоторыми нашими дополнениями: профилактические мероприятия надо начинать сразу после определения беременности; обращать внимание на гигиену полости рта, режиму питания, пополнению солевого баланса: устранять очаги инфекций; снимать зубные отложения и налет; с осторожностью принимать различные средства; ограничить потребление сахара до 20 гр. в сутки (норма ВОЗ); пропаганда необходимости грудного вскармливания минимум до одного года; раннее, первое обращение ребенка к стоматологу в 6 месяцев; передача навыков гигиены детям с двухлетнего возраста (3,9,11).

Санитарная культура по вопросам профилактики кариеса зубов и других заболеваний полости рта были у 752 беременных женщин и 301 молодых матерей акушерского кабинета семейной поликлиники №20 г.Ташкента Республики Узбекистан и женской консультации клиники МКТУ г.Шымкента Республики Казахстан. Чтобы исключить возможность искусственного подбора опрашиваемых и быть уверенным в объективности материала исследования был использован метод случайной выборки. Для этого в опросе приняли участие 246 женщин С.Рахимовского района г.Ташкента и 128 женщин г.Шымкента, находящихся под наблюдением в женской консультации клиники МКТУ.

Таким образом, всего в опросе приняли участие 374 женщины второй половины беременности, причем анкету-опросник мы выдавали женщинам до приема у врача стоматолога. Заполнялась анкета будущей мамы методом самоисчисления и возвращалась стоматологу во время его приема. Особое внимание уделялось: важности грудного вскармливания, культуре потребления углеводов, санитарной грамотности по вопросам профилактики заболеваний зубов у детей, источник получения информации. Во время дополнительных индивидуальных бесед у стоматолога освещались менее известные вопросы коррекции питания по количеству и частоте потребления сладостей, продолжительность грудного вскармливания, первого посещения стоматолога. В дальнейшем санитарно-просветительская работа проводилась в детской стоматологической поликлинике №5 г.Ташкента и ОСПг.Шымкента. При первичном посещении стоматолога- в 6 месяцев. Далее в год, в 2 года – продолжали индивидуальные беседы с родителями о необходимости после вскармливания грудью протирать слизистую полости рта ребенка чистой марлевой салфеткой, а также более подробно знакомили родителей с возможными вариантами профилактики медицины, расширяя их сферу влияния.

Следующий этап исследования – проведение стоматологических осмотров 1157 родившихся детей от 6 месяцев до трех лет. Из которых дети С.Рахимовского района г.Ташкента основной группы составляли 771, контрольной 154. В г.Шымкенте соответственно 386 и 97 детей.

В обеих группах детей, образованных методом случайной выборки в динамике через год и два года после начала внедрения профилактической программы определяли распространенность и интенсивность в % и интенсивность кариеса с помощью индекса «кп». Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики, а вычисление достоверной разницы между группами при помощи критерия (t) Стьюдента с применением параметрических методов анализа (M+m), а также была определена экономическая эффективность предложенной программы по специальной формуле.

Полученные результаты и их обсуждение. Изучение первоначального кариесологического статуса детей профилактической и контрольной группы позволило установить возрастание распространенности кариеса зубов в обоих обследованных городах. Как установлено, показатели распространенности кариеса зубов достигают в среднем на всех обследованных от 30,32 до 32,08 % в профилактических группах и от 30,78 и до 33,10 % в контрольной группах, соответственно. Средняя интенсивность пораженности в расчете на одного обследованного профилактической группы от 2,23 до 2,42 и контрольной группы от 2,23 до 2,41 зуба соответственно (показатели стандартизованы).

Табл.1

	г.Ташкент						г.Шымкент					
	Профилактическая группа			Контрольная группа			Профилактическая группа			Контрольная группа		
	N	%	Кп	n	%	Кп	N	%	кп	n	%	кп
6 мес	97	1,35+0,15	0,03+0,004	102	2,71+0,3	0,06+0,005	85	1,67+0,20	0,05+0,003	76	2,84+0,33	0,07+0,006
12 мес	124	15,67+1,78	1,85+0,69	108	14,63+2,51	1,68+0,57	101	16,23+1,67	1,96+0,21	87	15,97+1,63	1,89+0,23
24 мес	18	43,09+4,82	2,26+0,34	106	42,58+3,94	2,56+0,25	103	46,37+5,01	2,87+0,32	91	45,78+4,34	3,02+0,41
36 мес	109	61,13+5,91	4,39+0,35	105	63,22+5,87	4,62+0,39	107	64,05+6,21	4,83+0,51	94	67,81+6,12	4,71+0,57
Всего стандартизованный показатель	30,31+3,47	2,23+0,39	2,23+0,19	421	30,78+3,81	2,23+0,22	396	32,08+0,35	2,42+0,67	348	33,10+3,70	2,41+0,33
							<9,81%		<10,55%		<8,9%	<12,91%

Величина показателей распространенности и интенсивности кариеса зубов после завершения программы у обследованных контингентов

Табл.2

	г.Ташкент						г.Шымкент					
	Профилактическая группа			Контрольная группа			Профилактическая группа			Контрольная группа		
	N	%	кп	n	%	Кп	N	%	Кп	n	%	Кп
6 мес	95	--	--	100	2,95+0,23	0,07+0,005	84	1,2+0,19	0,04+	76	3,06+	0,08+
12 мес	121	16,83+1,71	1,87+0,12	105	18,12+1,90	2,56+0,31	98	17,93+1,80	2,01+	86	19,45+	2,59+
24 мес	116	44,18+4,75	2,23+0,34	104	47,05+4,83	3,09+0,42	104	47,88+3,02	3,10+	90	52,03+	34,01+
36 мес	107	63,18+0,45	4,02+0,45	102	65,89+6,61	5,55+0,60	105	66,35+	5,24+	93	69,85+	6,37+
Всего стандартизованный показатель	439	31,04+2,29	2,03+0,35	411	33,57+3,01	2,81+0,32	391	34,34+3,71	2,59+0,36	345	36,09+4,02	3,44+0,2
		<7,88			>7,88	>21,63					>12,20%	>13,43%

Характерно, что уже в возрасте 6 месяцев выявляются единичные случаи поражения кариесом зубов, которые возрастают и встречаются от 14,69 до 16,23% случаев в возрасте 12 месяцев в обоих городах. В последующих возрастных группах частота кариеса возрастает и наибольших величин она достигает в возрасте 3-х лет как по распространенности, так и по интенсивности (табл.1). Вместе с тем мы не отметили большой разницы среди обследованных контингента больных как по распространенности, так и по индексу кариеса зубов в обоих городах.

В результате внедрения программы санитарной профилактики тех же контингентов в обоих городах в возрасте 6-12-24-36 месяцев в динамике в разные календарные годы установлено, что величины распространенности и интенсивности кариеса зубов возрастали с возрастом, причем более интенсивно в контрольных группах детей. Так распространенность и интенсивность кариеса в единичных случаях возрастала в 2009г. в профилактических группах до 31,04+2,92% и 2,03+0,35 зубов в г.Ташкенте и до 34,34+3,71% и 2,59+0,36 зуба в г.Шымкенте. Более существенные изменения произошли в контрольных группах. Так, в 2009г. наблюдалось повышение уровня распространенности и интенсивности кариесом до 33,57+3,01% и 2,81+0,32 в г.Ташкенте и 36,09+4,02% и 3,44+0,29 в г.Шымкенте. Таким образом, распространенность кариесом зубов среди обследованных детей в г.Ташкент в профилактической группе возросла всего на 8,15% и 33,81 зуба на одного обследованного ребенка. Также наблюдаются более весомые увеличения распространенности и интенсивности кариеса зубов в динамике контрольной группе в 12,24 и 36 месяцев (табл.2), что свидетельствует об эффективности санитарно-просветительской работы среди беременных женщин и матерей. Заслуживает внимания то, что если вначале исследования, до внедрения программы информация о

профилактики заболеваний зубов у беременных женщин и матерей мы с трудом привлекли 21,7%, то через 2,5 года после внедрения программы -47,8%, которые самостоятельно пришли к стоматологу.

Эффективность программы возрастает с уровнем ее внедрения: чем больше детей будет охвачено программой, тем меньше требуется финансовых затрат на лечение кариеса и его осложнений. Уменьшаются также потери времени родителей для посещения с ребенком стоматолога с целью лечения зубов. При реализации профилактической программы стоматологического просвещения в группе беременных женщин отмечен стойкий кариес профилактический эффект: к концу беременности женщин интенсивность кариеса зубов практически осталось на исходном уровне, а в группе, где женщины не были вовлечены в программу, увеличилась на 49,81% в Ташкенте и на 57,3% в Шымкенте.

Резюмируя изложенное можно заключить, что экономическая эффективность программы профилактики кариеса зубов у детей раннего возраста, основанная на стоматологическом просвещении беременных женщин и матерей обосновывает проводимые мероприятия с точки зрения затрат на ее проведение. Помимо уменьшения финансовых затрат при проведении санитарного просвещения появляются преимущества, связанные с медицинской эффективностью этого метода, а также повышается уровень стоматологического, и безусловно, общего здоровья ребенка.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аврамова О.Г., Леонтьев И.К.; Стоматология для всех // Москва, 1998г.-№4, С.22-24
2. Адиатмака А., Сутопо У. и др.; Школьная образовательная программа первичной профилактики кариеса зубов // Женева, 1998г., С.35
3. Адилова Ш.Т.; Эффективность комплексной программы профилактики кариеса зубов у детей г.Ташкента // Вестник Каракалпакского филиала АНРУз, 2008г.№3
4. Боровский Е.В., Кузьмина Э.М., Васина С.А.; Распространенность и интенсивность кариеса зубов и болезней пародонта среди школьников различных регионов страны // Стоматология – Москва, 1987г. –Т.67,№5, 82-85с.
5. Джумадиллаев Д.Н., Негаметзянова Р.А.; Гигиеническое состояние полости рта и интенсивность кариеса зубов // Здравоохранение Казахстана – 1986г.,23-24с.
6. Зуфаров А.А., Тухтабаева М.А., Латипова Ф.Ш. и др.; Результаты и перспективы проведения образовательной программы по гигиене полости рта и профилактике стоматологических заболеваний // Стоматология, -Москва 2000 №3, 31-37с.
7. Кондратов А.И.; Проблемы санитарного просвещения в стоматологии // Стоматология. –М., 1990г. -№4, 78-79с.
8. Леус П.А.; Профилактика стоматологических заболеваний: Методические рекомендации. –Ереван, 1989, 45с.
9. Лунева Н.А.; Эффективность образовательной программы в профилактике стоматологических заболеваний у детей младшего школьного возраста: Автореферат дисс....канд. мед.наук, Волгоград, 2002г., 7с.
10. Серия технических докладов ВОЗ №846 Фториды и гигиена полости рта. Доклад комитета экспертов ВОЗ по гигиене полости рта использованию фторидов // Стоматология –Москва, 1995 -№6, 4-10с.
11. Хамадеева А.М.; Оценка готовности населения и системы здравоохранения к реализации программы профилактики в области стоматологии: Автореферат дисс.... канд.мед.наук. –Самара, 1994, №1/ 46-49с.
12. Benitez C.,Osulevan D., Tinanoff N. Effective preventive approach for the treatment nursing bottle caries // SDC.Dent/. Child,1994 –Vol. 61 №1/ P.46-49
13. Fluorides and oral health : WHO Technical report Series 846 – Geneva: WHO, 1994.

УДК: 616.12:616.5-004.1:711.132

#### НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОЙ ГРУППЫ БОЛЕЗНЕЙ

*П.Т.Доскараева*

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

#### Түйін

Ауыл тұрғындары арасындағы жүйелі склеродермия сырқатындағы ең жиі кездесетін жүрек зақымдалуларына жататын миокардит, перикардит, миокард фиброзы және басқалар лимфоплазматикалық белсенділіктің күшеюіне байланысты екені дәлелденді.

#### Summary

During our investigation for patients with a heart lesion at a system scleroderma among inhabitants of a countryside, it is the most often there are the signs of a myocarditis, pericarditis, fibrosis miocardis probably bound to joining.

Характерной особенностью системной склеродермии (ССД) является прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани. Рано развивающиеся процессы фиброза и склероза при беременности обуславливают функциональную недостаточность ряда органов и систем.

Изучение метаболизма компонентов соединительной ткани – коллагена, протеогликанов, фибронектина и ламинина, входящих в состав основного вещества и волокнистых структур соединительной ткани важно для выяснения некоторых сторон патогенеза ССД.



Одним из ведущих нарушений метаболизма соединительной ткани при ССД является избыточное накопление коллагеновых белков в коже и висцеральных органах, причины накопления в организме больного ССД до настоящего времени окончательно не установлены. Одни исследователи связывают развитие фиброза с повышением биосинтеза коллагеновых белков, в научной литературе имеется достаточное количество доказательств этого положения [3]. Основными причинами развития склеродермии являются нарушения синтеза соединительнотканых волокон, а так же иммунной системы и микроциркуляторного кровоснабжения [2]. Несмотря на активную терапию, болезнь часто прогрессирует, затягивается, в 25-28% случаев (по данным Российских ученых, 2000г.) приобретает хроническое течение с частыми рецидивами [1].

Материалы и методы. Мы наблюдали 61 больных, с достоверным диагнозом системная склеродермия, находившихся на лечении в ревматологическом отделении за период с 2004 по 2009 годы. Диагноз всех больных с ССД, включенных в исследование, соответствовал отечественным (Н.Г. Гусева, 1993) и зарубежным (АРА, 1980) диагностическим критериям ССД. Характер течения определялся в соответствии с классификацией Н.Г. Гусевой (1993).

Все 61 больных – женщины, возраст их составил – от 21 до 58 лет. Длительность заболевания ССД составила от одного года до 18 лет (средняя продолжительность 5,8 лет ± 1,57).

Результаты и обсуждение. Дебют заболевания характеризовался чаще клиническими проявлениями ССД и одновременным развитием выраженного синдрома Рейно у всех 45 (100%) больных. В большинстве случаев поражение сердца протекало на начальной стадии системной склеродермии бессимптомно и выявлялось только при инструментальном методе исследования, как: электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ) и фонокардиография (ФКГ), рентгеноскопии сердца с контрастированием пищевода, а иногда боли в области сердца беспокоили за счет поражения пищевода или мышц грудной клетки.

Все исследуемые женщины были поделены на три основных варианта. Первый вариант характеризовался преимущественным поражением периартикулярных тканей с преобладанием индуративных изменений, фиброзами, контрактурами, артралгиями и миооссалгиями; свойственные ССД висцеральные и сосудистые проявления отсутствовали; морфологически в очагах поражения отмечена пролиферация фибробластов. Второй вариант, протекающий практически как ССД, но торпидный к лечению. Нас, прежде всего интересовал третий вариант, обусловленный фиброзом миокарда, аритмиями, перикардитом, миокардитом и т.д.

Поражения сердца, наиболее часто встречаемые у больных ССД

№	Анализируемые признаки	ССД (n=61)
		%
1	Фиброз миокарда желудочков	84,4
2	Аритмии	46,6
3	Признаки миокардита	93,3
4	Перикардит	68,9
5	Внутрижелудочковые блокады	48,9
6	Очаговые изменения в миокарде	40,0

По результатам таблицы видно, что наиболее часто встречаются миокардит (93,3%), ухудшая прогноз заболевания, перикардит (68,9%) – чаще протекающий бессимптомно, фиброз желудочков (84,4%), в последствии приводящий к систолической и диастолической дисфункции левого желудочка со снижением фракции выброса. На четвертом и пятом местах – внутрижелудочковые блокады (48,9%) и аритмии (46,6%), причем выраженность аритмии коррелируется с тяжестью поражения сердца и существенно ухудшает прогноз [4-5], особенно если одновременно вовлекаются в патологический процесс скелетные мышцы, и могут привести к внезапной смерти. Не так редко встречаются очаговые изменения в миокарде (40,0%). В основном поражению сердца предшествовали – одышка (58,1%) при физической нагрузке, утомляемость (54,0%), угнетенное настроение (19,8%), раздражительность (17,7%).

Наряду с признаками поражения сердечно-сосудистой системы у больных системными аутоиммунными ревматическими заболеваниями отмечались также периферические проявления в виде: синдрома Рейно, дигитальных трофических нарушений (рубчики, некрозы, язвочки), поражения кожи, гиперпигментация, кальциноза, остеолита и суставного синдрома в форме сгибательных контрактур.

Таким образом, склеродермическая группа болезней иллюстрирует самые различные локализации развития «первичного» фиброза, определяющие в значительной мере характер нозологий, диагностика которых далеко не всегда удовлетворительна. Несмотря на различия архитектоники соединительной ткани, основные этапы фибрирования во многом однотипны и включают начальную фазу лимфоплазмочитарной инфильтрации и «активации» фибробластов с последующим преобладанием фиброзно-склеротических изменений. Однако предшествующие факторы и инициальные моменты разнообразны, а патогенетические механизмы сложны и иллюстрируют тесную взаимосвязь и участие иммунных, воспалительных и микроциркуляторных нарушений в развитии фиброза. Изучение их позволяет углубить представления и межклеточной кооперации, межсистемном взаимодействии и характере патологического процесса на молекулярном, ультраструктурном и тканевом уровнях, что, помимо теоретического, имеет большое практическое значение как основа эффективной патогенетической терапии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гусева Н.Г. Системная склеродермия: клиника, диагностика, лечение.//Росс. журн. кож. и вен. бол.- 2002.-№4.-С. 5-15.
2. Mishiro S., Hoshi Y. hepatitis specific antibodies directed at a host-derived epitope: implication for an autoimmune process. Lancet 1990; 2: 1400-1403.
3. Насонов Е.Л. Ревматология. Клинические рекомендации, 2006, Москва.-142с.
4. Соловьева Н.И., Волкова З.И., Щербаков А.В. Изучение общей протеолитической и коллагенолитической активности в клетках крови больных системной склеродермией.
5. Сырцев А. В., Котовская М. А., Соловьев С. К. и др. Молекулярно-биологические маркеры HLTV-1 у пациентов с ревматоидным артритом (РА) и системной красной волчанкой (СКВ) в России. Тез. 4 съезда ревматологов России. Научно-практическая ревматология 2005; 3: 121.

УДК 618.2:314. 48(574)

## КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫЙ АУДИТ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Малгаждарова Б.С., Кокенова М.У., Задина Г.Ж., Утешева З.Б.  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
Управление здравоохранения ЮКО, г.Шымкент  
Областной перинатальный центр, г. Шымкент.*

## ТҮЙІН

Мақалада ОҚО конфиденциалды (жеке)аудиторлы жағдайларды енгізу қағидалары көрсетілген. Соңғы 2 жылда туыскандар мен медицина қызметкерлерінің интервьюленуінің ерекшеленуі келтірілген.

## SUMMARY

In article the process of introducing confidential audit in South Kazakhstan region was indicated. Data of peculiarities of interviewing relatives find medical workers at last two years were given.

По данным экспертов ВОЗ, можно избежать многих материнских смертей даже в бедных ресурсами странах, но для этого необходимо располагать надлежащей информацией, на основе которой следует разрабатывать программы. Недостаточно знать уровень материнской смертности; необходимо понять, какие именно основополагающие факторы приводят к смерти. За каждой материнской смертью или случаем угрожающего жизни осложнения стоит своя история, которая может подсказать практические пути решения проблемы. Основным условием успеха является готовность действовать на основе результатов этих исследований.

Конфиденциальный аудит материнской смертности- систематическое мультидисциплинарное анонимное исследование всех случаев материнской смерти или их репрезентативной выборки, проводимое на областном, региональном или национальном уровнях. Выявляется количество случаев, их причины, а также связанные с ними факторы, которых можно избежать или исправить. Для этого требуется наличие либо функционирующей статистической инфраструктуры (регистрация гражданского состояния, статистический анализ рождений и смертности, людские ресурсы, чиновники, занимающиеся отчетностью, и т.д.) либо назначение специалистов в каждом стационаре для регулярного сообщения о случаях материнской смерти в группу, проводящую расследование. Конфиденциальное расследование может дать рекомендации более общего политического характера, чем те, которые можно получить от расследования, проводимого только в стенах конкретных стационаров. Оно способно более полно представить картину материнской смертности, нежели та, которая воссоздается на основе статистических данных о рождаемости и смертности, неизменно выявляя большее количество случаев материнской смертности, чем количество, идентифицированное только системой демографической статистики.

Поскольку данные исследований публикуются и поступают в распоряжение широкой общественности, их можно использовать для оказания давления в целях улучшения качества оказываемой помощи. Целью расследования является извлечение уроков на будущее, а его выводы могут широко распространяться для использования различными группами общественности.

Заинтересованность правительства определяется участием региональных и национальных отделов здравоохранения в проведении исследований. Такое участие должно привести к тесному сотрудничеству между теми, кто вырабатывает политику, и теми, кто предоставляет услуги. Абсолютное число случаев смерти рожениц зачастую не слишком велико даже в том случае, когда уровень материнской смертности относительно высок. Это ограниченная численность случаев позволяет проводить детальные исследования.

В Южно-Казахстанской области в последние 2 года проводится конфиденциальный аудит МС. Определен координатор по аудиту. Проведено интервьюирование всех случаев МС по области с выездом на место смерти и место жительства. Интервьюирование родственников и работников службы здравоохранения проводилось путем беседы и анкетирования (анкеты для конфиденциального аудита материнской смертности и критических случаев в акушерской практике согласно приказа МЗ РК за №694 от 29.12.2008г). При проведении интервьюирования родственников (рис.1) и работников медицинских организаций (рис.2), региональный

секретарь конфиденциального аудита по ЮКО, проводила одновременно работу с ними как психолог, оказывая психо - эмоциональную поддержку, оставляя им контактные телефоны для круглосуточного связи.



Рисунок -1 - Проведение аудита среди родственников



Рисунок -2- Проведение аудита среди медицинских сотрудников

Проводимая работа по интервьюированию направлена на конечный результат – снижение материнской и младенческой смертности. Благодаря проведению конфиденциального аудита материнской смертности по ЮКО –за период(2009-2010гг) не зарегистрировано ни одной жалобы со стороны родственников и работников службы здравоохранения. В процессе проведения аудита во всех случаях материнской смертности за 2010 г. не было ни одного случая наказания (снятия с должности, увольнения) работников службы здравоохранения. На основании рекомендаций усилена работа по обучению кадров: семинары – тренинги по неотложным состояниям, каскадные тренинги, мастер – классы с привлечением 2-х мультидисциплинарных команд из сотрудников Каунасского медицинского университета (Литва) и специалистов Научных Центров г. Алматы и Астаны (Казахстан).

Таким образом, проведения конфиденциального аудита материнской смертности в ЮКО дает возможности систематизировать полную информацию, касающуюся конкретного случая смерти для выбора адекватной рекомендации в будущем.

## ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Что кроется за цифрами. Исследование случаев материнской смертности и осложнений в целях обеспечения безопасности беременности.-Женева, 2004.

УДК: 616.712.1-007.24-053.2-089

**СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ВОРОНКООБРАЗНО-ЛАДЬЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ РЕБЕР**

*А.К. Карабеков, Е.Т. Бектаев, Н.С. Нарходжаев*

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

*Областная детская больница, г. Шымкент*

## ТҮЙІН

Қабырғаларда тума пайда болған қайықша – құйғыш тәрізді хирургиялық аурулардың емін талдау жасап, алынған қорытындыларына сүйене отырып жаңа хирургиялық түзету тәсәлі ұсынылды.

## SUMMARY

The analysis of surgical treatment of congenital funnel-scapoid strain of ribs and on the basis of these data, a new method of surgical correction.

Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) – порок развития грудины и передних отделов ребер, приводящее к уменьшению объема грудной клетки, сдавлению и смещению органов средостения, вызывающее функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем [1,2,3].

Единственным способом устранения воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК) на сегодняшний день является хирургическая коррекция [3]. Оперативное лечение ВДГК рекомендуют начинать как можно раньше по данным разных авторов - от 3 лет. Ранним оперативным лечением достигается правильное формирование грудной клетки, предупреждается развитие функциональных нарушений, а также вторичных деформаций со стороны грудной клетки и позвоночника. В этом возрасте грудная клетка эластична и легче поддается коррекции, дети лучше переносят операцию и период реабилитации. Чем старше больной, тем сложнее торакопластика.

Известен способ хирургической коррекции воронкообразной деформации грудной клетки, заключающийся в мобилизации грудино-реберного комплекса путем хондротомии ребер по наружной границе деформации и поперечной стернотомии по верхней границе деформации. Максимально мобилизуют внутренние грудные сосуды и производят поворот грудины на 180° последующим сшиванием ребер [4]. Недостатком данного способа является высокая травматичность и опасность секвестрации грудины. Кроме того, после таких операций часто формируется килевидная деформация грудной клетки. Известен способ хирургической коррекции воронкообразно-ладьевидной деформации ребер, заключающийся в производстве поднадхрящечной резекции ребер с фиксацией их в перевернутом виде выпуклостью кнаружи на старое место [5]. Недостатком данного способа является несоответствие концов резецированных и перевернутых реберных хрящей, из-за отсутствия процесса моделирования.

Задачей изобретения является разработка способа хирургической коррекции воронкообразно-ладьевидной деформацией ребер. Технический результат достигается тем, что в предложенном способе хирургической коррекции воронкообразно-ладьевидной деформации ребер после поднадхрящечной резекции реберных хрящей, моделируют концы реберных хрящей, осуществляют разворот и поворот на 180°, при двухстороннем процессе производят еще и их перемещение на противоположные стороны, фиксируют к верхним и нижним концам ребер капроновыми швами. Пример. Больной Л. 1994 г.р., № истории 1252, поступила в клинику 12.04.06 г. с диагнозом: Воронкообразно-ладьевидная деформация ребер слева (рисунок 1). Жалобы при поступлении на деформацию грудной клетки, одышку и сердцебиение при физической нагрузке. Заболевание заметили с рождения, отмечают увеличение деформации с ростом ребенка.

Локально: определяется воронкообразно-ладьевидное углубление левой реберной дуги, верхняя граница деформации проходит на уровне V-го межреберья, боковые границы - передние подмышечные линии, нижними границами является VIII ребра, внутренние границы – края грудины. Глубина деформации - 2,5см.

Обследования: ЭКГ- ритм синусовый, ЧСС 92 ударов в минуту, дистрофические изменения миокарда левого желудочка. Блокада правой ножки пучков Гиса. Спирография – нарушение вентиляционной функции легких по рестриктивному типу I степени на фоне умеренного снижения ЖЕЛ (70%). Эхокардиографического обследования сердца – диспластические изменения сердца: пролапс митрального клапана I степени, пролапс трикуспидального клапана с регургитацией I степени. Аномалии развития хорд в левом и в правом желудочках. Выставлены показания к оперативному вмешательству: 1. функциональные – наличие изменения в сердечно-сосудистой и дыхательной системах. 2. косметические – наличие грубой воронкообразно-ладьевидной деформации ребер слева.

18.04.06г. проведена хирургическая коррекция грудной клетки – торакопластика по методике клиники. В послеоперационном периоде больной получал симптоматическую и антибактериальную терапию в течение 6

дней, дыхательную гимнастику, ЛФК, перевязки. Выписана на 11 сутки после оперативного вмешательства в удовлетворительном состоянии с рекомендациями. Осмотрен через 6 месяцев, через год. Жалоб нет, самочувствие хорошее. При осмотре груди имеется послеоперационный рубец длиной 11 см. Грудная клетка правильной формы, участвует в акте дыхания. Результаты операции оценены как хорошие.

Рисунок 1



а) до операции



б) после операции разворота и переворота ребер на 180°

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абдрахманов А.Ж., Тажин К.Б., Классификация степеней воронкообразной деформации грудной клетки и техника фиксации грудино-реберного комплекса// Травматология және ортопедия, Астана 2002 №1-С.16-17
2. Карабеков А.К., Альжанова Ж.С., Бектаев Е.Т., Тулегенова С.С., Югов Ю.М. //Современный взгляд на изменения в организме при воронкообразной деформации грудной клетки// Травматология және ортопедия, Астана 2003 №2 С.78-81
3. Кондрашин Н.И., // Варианты торакопластики при воронкообразной деформации грудной клетки// Ортопедия, травматология и протезирования М. 1983 №3 С.29-33
4. Гераськин В.И, Рудаков С.С, Васильев Г.С, Герберг А.Н. «Магнитохирургическая коррекция воронкообразной деформации грудной клетки» - Москва «Медицина» 1986 г. с. 29.
5. Ибрагимов Ш.А. «Хирургическая коррекция врожденной деформации грудной клетки и ребер у детей» - дис.... кандидата мед. наук – Бишкек, 2001 г. с. 99.

УДК 616.8-00:615.21

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИДОЛА ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*С.М. Усманов*

*Областная клиническая больница, г. Шымкент, ЮКО*

#### Summary

At the present time the intensification treatment of cerebrovascular accident is one of the main problems of neurology. It was proved by us that the preparation "Maxidol" is safety that determined by realization its therapeutic and prophylactic strategy.

Интенсификация лечения Острого нарушения мозгового кровообращения является одной из основных задач неврологии на современном этапе. Применение для этой цели средств, влияющих на тканевый обмен в головном мозгу, уже достаточно зарекомендовала себя. Одним из наиболее своеобразных и перспективных средств такого рода является препарат Мексидол.

Мексидол-оригинальный препарат, разработанный в Институте фармакологии РАМН, относится к производным 3-оксипиридина. За последние годы был накоплен обширный массив экспериментальных и клинических данных, свидетельствующих о наличии у Мексидола уникального механизма действия и исключительно широкого клинико-фармакологического спектра.

Основной отличительной особенностью Мексидола, выделяющей его среди других препаратов ноотропного и нейропротекторного действия, является широта фармакологических эффектов. Все механизмы действия Мексидола в целом можно разделить на: а.клеточные; б.системные;

Мексидол влияет на структурно-функциональное состояние нейрональных мембран и метаболизм нейронов, обладает модулирующим действием в отношении различных нейромедиаторных дисбаланс мозга.

Клиническая эффективность Мексидола, прежде всего, основана на его свойствах как антиоксиданта и антигипоксанта, которые определяют степени уникальности Мексидола как лекарственного средства. Мексидолу свойственна способность ингибировать образование свободных радикалов при активации синтеза простагландинов и лейкотриенов-ведущего звена повреждения нейронов при цереброваскулярной патологии. Разносторонним мембранотропным действием не обладает ни один из применяемых в неврологии нейротропиков. Еще одним существенным фармакологическим эффектом Мексидола является его антигипоксическое действие, связанное со специфическим влиянием энергического обмена. Сукцинит, входящий в состав Мексидола, является важнейшим компонентом цикла Кребса, оптимизируя биоэнергетический потенциал нейронов и повышая их устойчивость к гипоксии. С клинико-фармакологической точки зрения Мексидол можно рассматривать как своеобразный нейротропный адаптоген, повышающий устойчивость нейронов головного мозга и сохранность функции ЦНС при неблагоприятных физиологических и патологических условиях.

В клинической неврологии Мексидол оказался весьма ценным инструментом фармакотерапии и фармакопрофилактики широкого спектра заболеваний.

С целью установления терапевтического эффекта Мексидола в зависимости от методов его назначения нами было проведено исследование больных в неврологии. Проанализированы данные о 55 больных в остром периоде ишемического инсульта. Эти больные были выделены в три группы: с внутривенным введением Мексидола, с внутримышечным введением и без назначения Мексидола. Больные были в возрасте от 42 до 68 лет, средний возраст их 48-52 год. Первую группу составили 15 больных с ишемическим инсультом. Им вводился Мексидол в дозах 1000 мг внутривенно капельно в течение 15 дней. Вторую группу составили 20 больных которые получали Мексидол внутримышечно по 200 мг 2 раза в день в течение 15 дней. Третью группу составили 20 больных, которым Мексидол не назначался. Эти больные получали капельно Пирацетам, Кавинтон, Эуфиллин. Степень эффективности лечения оценивалась на 20-й день по темпу степени регресса угнетения сознания и неврологического дефекта.

В первой группе больных динамика выздоровления была заметно быстрее. Гораздо быстрее регрессировали или ликвидировались нарушения сознания, парезы, параличи, дисфагии, явления моторной и сенсорной афазий. Что касается побочных действий и осложнений Мексидола, то при внутримышечном введении препарата этого не наблюдалось. При внутривенном его введении у 3-х больных наступили ощущения прилива жара к голове, которые проходили при повторной процедуре. Иных побочных действий не наблюдалось.

Во второй группе у 4-х больных сохранялся неврологические симптомы: парез верхней конечности, симптом Бабинского, Маринеску-Радовича, частичная моторная афазия. В третьей группе больных у 6-х оставались гемипарезы, дизартрии, патологические стопные знаки.

Все вышесказанное позволяет твердо утверждать, что капельное внутривенное применение Мексидола эффективнее чем его внутримышечное введение. Что касается дозировки Мексидола, то следует отметить, что его малые дозы неэффективны как при внутримышечном, так и при внутривенном введении.

Мы считаем, что эффект может дать курс порядка 1000 мг Мексидола и более. В этом случае, как мы убедились, эффект достаточно явственный. Причем у больных в возрасте до 56 лет эффект от подобного лечения выше, чем у больных более старшего возраста. Половых различий в эффекте лечения Мексидолом не наблюдалось. Наш опыт позволяет, учитывая отсутствие побочных эффектов и осложнений, рекомендовать высокие дозы Мексидола при лечении острого нарушения мозгового кровообращения.

**Выводы.** 1. Внутривенный метод введения Мексидола при остром нарушении мозгового кровообращения эффективнее его внутримышечного применения.

2. При внутривенном введении Мексидола, как и при внутримышечном, большие дозы препарата 1000 мг и более оказывают выраженный эффект, чем малые дозы.

3. При внутривенном капельном или внутримышечном введении препарата не наблюдаются побочные эффекты или осложнения.

В этой связи особо следует подчеркнуть безопасность Мексидола. По данному критерию он в целом превосходит большинство других нейротропных средств, что обуславливает возможность реализации долговременной и прогнозируемой терапевтической и профилактической стратегии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Старение мозга/ В.В.Фролькиса.-Л.Наука. 1991.
2. Воронина.Т.А. Антиоксидант Мексидол. Основные нейротропные эффекты и механизмы действия/ Психофармакология. 2001.
3. Федин А.И., Румянцев.С.А. Результаты клинического изучения препарата Мексидола у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения-М.2000.
4. Левин. О.С. Основные лекарственные средства, применяемые в неврологии. М-2009г.



## КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРГОИКЕМИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Н.Н.Бекенов

Международный казахско – турецкий университет им. Х.А. Яссави, г. Шымкент

### ТҮЙІН

Қант диабетінің негізгі белгісі-созылмалы гипергликемия болып табылады. Қант диабеті диабетке тән жүрек-қантамырлық асқынулардың қауіп факторы екендігі белгілі. Жүрек-қантамырлық асқынулардың пайда болуында гипергликемиядан басқа, липид алмасуының бұзылыстарына үлкен мән беріледі. 2-ші типті қант диабетінде липидтік алмасу ауытқулары жайлы мәліметтер өте көп. 1-ші типті диабетте, жиі балаларда болатын бұзылыстар жайлы мәліметтер көп емес және бір-біріне қарама қайшы.

### SUMMARY

The main sign of diabetes mellitus is the chronic hyperglycaemia. It is well-known that, the diabetes mellitus is the factor of risk which are specific for the diabetes of cardiovascular complications. In forming of the lasts, besides hyperglycaemia the great importance is attached to the disturbance of lipids exchange. There are many information regarding the displacements in exchange of lipids with DM of the 2 type. There are not many information concerning similar disturbances in diabetes of the 1 type.

Главным признаком сахарного диабета (СД) является хроническая гипергликемия. Известно, что сахарный диабет является фактором риска специфических для диабета сердечнососудистых осложнений /1/. В формировании последних, помимо гипергликемии, придается большое значение нарушениям липидного обмена [1,2]. В литературе имеется множество данных относительно сдвигов в обмене липидов при СД 2 типа [1,3]. Сведения, касающиеся подобных нарушений при диабете 1 типа, в частности у детей, немногочисленны и противоречивы [4].

Цель исследования - изучение состояния жирового обмена и возможность его коррекции у детей при сахарном диабете 1 типа.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 60 детей и подростков, больных СД 1 типа в возрасте от 5 до 1854 лет с длительностью заболевания от впервые выявленного до 10 лет. Все они до исследования получали интенсифицированную инсулинотерапию (ИИТ). В качестве болюсных использовались препараты инсулина как короткого (актрапид), так и ультракороткого действия (хумалог), в качестве пролонгированного - лантус. Среднесуточная доза инсулина составляла  $0,72 \pm 0,18$  ед/кг.

Все больные и их родители были обучены планированию питания. При этом особое внимание уделялось тому, чтобы источниками углеводов были продукты, содержащие большое количество пищевых волокон (клетчатки), рафинированные углеводы исключались из рациона.

Контроль адекватности проводимой инсулин терапии осуществлялся путем оценки состояния и самочувствия больных детей, а также определения гликемии в шести временных точках: перед всеми основными приемами пищи, через 2 часа после.

Кроме того, в динамике (в начале и конце исследования) определялось содержание в сыворотке крови ЛПОНП, ЛПНП, ЛПВП, ХОНП, ХНП, ХВП, ХС, ТГ, НЭЖК. Длительность наблюдения составила 3 месяца.

При оценке эффективности проводимой терапии пользовались критериями компенсации СД у детей, предложенными Сент-Винсентской декларацией [5], согласно которой конечной целью лечения детей с СД 1 типа является достижение гликемии натощак менее 7,0 ммоль/л, через 2 часа после еды - ниже 10 ммоль/л.

Таблица 1- Динамика гликемии у детей с СД 1типа, получавших инсулин ультракороткого действия

	До завтрака	Ч/з 2часа после еды	До обеда	Ч/з 2часа после еды	До ужина	Ч/з 2часа после еды
до назначения ультракороткого инсулина	11,3±2,0	10,2±1,7	9,8± 1,2	13,1±1,2	11,6±0,8	10,5±0,7
через 1 мес.	5,0± 1,0	8,5±1,2	6,4± 1,7	6,4±0,8	9,0± 1,1	8,2±0,8
P1	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
через 2 мес.	9,7± 1,2	6,7±0,8	5,7±0,5	6,8±0,3	5,1±0,3	5,4±0,3
P2	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
через 3 мес.	13,0±1,3	8,7±1,0	3,5±0,3	4,8±0,2	5,0±0,3	4,9±0,4
P3	>0,05	>0,05	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05

Примечание:

P1 - достоверность различий показателей гликемии через 1 мес. по сравнению с исходными данными;

P2 - достоверность различий показателей гликемии через 2 мес. по сравнению с исходными данными;

P3 - достоверность различий показателей гликемии через 3 мес. по сравнению с исходными данными.

Таблица 2

Динамика липидного обмена у детей с сахарным диабетом 1 типа, получавших инсулин ультракороткого действия

Показатели	Исходные значения	Через 3 месяца лечения	P	Изменения показателей, %
ЛПОНП, мг/дл	602,61±87,22	282,15±92,62	<0,01	53,2
ЛПНП, мг/дл	686,71±74,32	510,37±41,07	<0,05	34,6
ЛПВП, мг/дл	134,67± 11,73	151,37±22,62	<0,05	12,2
ХОНП, ммоль/л	0,21 ± 0,07	0,12±0,04	<0,05	76,8
ХНП, ммоль/л	2,09±0,24	1,97±0,13	<0,05	6,4
ХВП, ммоль/л	0,84±0,14	1,18±0,07	<0,05	29,3
ХС, ммоль/л	3,22±0,21	3,23±0,13	<0,05	0,6
ТГ, ммоль/л	0,82±0,29	0,51±0,10	<0,05	61,4
НЭЖК, ммоль/л	1,05 + 0,17	0,62±0,07	<0,01	68,3
КА	3,85±0,66	2,90±0,54	<0,05	32,9

Результаты и обсуждение. Как следует из таблицы 1, до перевода на ультракороткие препараты инсулина уровни гликемии перед приемами пищи соответствовали состоянию декомпенсации СД. Уровни же гликемии через 2 часа после завтрака и ужина были вполне приемлемыми, и лишь через 2 часа после обеда содержание глюкозы в крови превысило допустимое на 3,3 ммоль/л. Перевод на ультракороткие препараты инсулина привел через 3 месяца к снижению гликемии после завтрака до 8,0 ммоль/л и нормализации ее через 2 часа после обеда и ужина. Параллельно благодаря одновременно производившемуся титрованию доз пролонгированного инсулина удалось достичь нормогликемии в вполне приемлемой средней цифры глюкозы крови натощак.

Улучшение состояния углеводного обмена сопровождалось достоверным снижением содержания в крови атерогенных фракций липидов (табл. 2). Так, уровень ЛПОНП снизился в 2,1, ЛПНП - в 1,3, ХНП - в 1,75, НЭЖК - в 1,7 раза. Заметно повысился уровень ХВП (P<0,05). Отмечена тенденция к снижению КА.

**Выводы:** 1. Назначение детям, больным СД 1 типа, ультракоротких препаратов инсулина способствует значительному улучшению метаболизма.

2. Улучшение обменных процессов при назначении ультракоротких препаратов инсулина проявляется не только снижением показателей гликемии, но и благоприятными сдвигами в липидном спектре крови.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Козлов С.Г., Лякишев А.А. Лечение ишемической болезни сердца у больных сахарным диабетом 2 типа // РМЖ. - 2003. - Т. 11. - № 9. - С. 53-56;
2. Чернышева Ю.А., Кривцова Л.А. Дислипидемия в генезе диабетического поражения сердца у детей //Второй Российский диабетологический конгресс. «Сахарный диабет и сердечнососудистые осложнения». Тезисы докладов, М., 2002. - С. 282-283;
3. Алиева В.А. Особенности липидного обмена у больных сахарным диабетом //Второй Российский диабетологический конгресс «Сахарный диабет и сердечнососудистые осложнения». Тезисы докладов, М., 2002. - С. 90;
4. Вахрушева Л.Л., Князев Ю.А., Туркина Т.И. Дислипидемия при сахарном диабете у детей и их коррекция //Второй Российский диабетологический конгресс «Сахарный диабет и сердечнососудистые осложнения». Тезисы докладов, М., 2002. - С. 264;
5. Franc S.H., Van D.K., Joost V.L. Сент-Винсентская Декларация и ее значение в общей практике //Диабетология. - 1998. - С. 7-10.

УДК 618.2-084:314.42 (574.5)

#### К ВОПРОСУ «ОКОЛОПОТЕРЬ» В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Р.Т. Глеужан, М.А. Булешов, С.Н. Кульбаева, Б.Д. Майсарова*  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН



Сонғы жылдарда ана өлімі облыстың денсаулық сақтау мекемелерінің ең басты мәселелерінің бірі болып табылады. Осыған байланысты ана өлімін төмендетуге жөнінен облыста айқын жұмыстар жүргізілді. Қоғамның дамуының басты критерилерінің бірі акушерлік-гинекологиялық мекемелерде ана өлімі көрсеткіші болып табылады. Ана өлімі барлық өлімінің себептерінің бірі болып табылғанмен, оның әрбір себебі әлеуметтік маңызды, әсіресе ана өлім көрсеткіші.

#### SUMMARY

Studying of the reasons of high parent death rate among women Southern - the Kazakhstan area has shown that one of principal causes of the developed position is the poor-quality organization obstetric - gynecologic service in countryside. Especially among the women carried in group of risk for development of parent death rate prophylactic medical examination is poor organized, preventive maintenance extra genital disease, a timely capture on the account and the high-grade qualified inspection of experts, and also the organization of the stationary help to pregnant women of women. In connection with the above-stated, we consider necessary introduction of the active form of the organization obstetric - the gynecologic help in rural areas Southern - the Kazakhstan area.

В утвержденной Указом Президента «Государственной программе по реформированию и развитию здравоохранения на 2005-2010гг.» приоритетом является раздел «Охрана здоровья матери и ребенка» с определением конкретных целей и путей их реализации. В течение ряда лет проблема материнской смертности является одной из главной в работе учреждений здравоохранения области. В связи с этим в области проводилась определенная работа по снижению данных показателей (1).

Одним из основных интегральных критериев, характеризующих как уровень развития общества в целом, так и эффективность деятельности акушерско-гинекологических учреждений системы здравоохранения в частности, является показатель материнской смертности. Несмотря на то, что материнская смертность не является весомой причиной смертности населения, каждый ее случай приобретает особое социальное звучание, особенно в сельской местности. По международной классификации болезней X пересмотра материнская смертность определена как смерть женщины, обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее завершения, от состояний, связанных с беременностью, отягощенных ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникших обстоятельств (2).

В развитых странах Европы, Японии и Соединенных Штатах Америки причиной смерти женщины во время беременности и в послеродовом периоде чаще являются состояния, трудно предотвратимые при уровне развития современной медицины и представляющие сложности для лечения, в том числе эктопическая беременность, эмболия, тромбозы и т.д. Исследованиями НЦАГиП установлено, что до 70% случаев материнской смертности предотвратимы. Это является основой для системного анализа и изыскания новых подходов в разработке мероприятий по снижению материнской смертности. Так, чрезвычайно актуальна проблема оздоровления девочек-подростков, так как они с 18 летнего возраста составляют «группу резерва родов» и разработка алгоритма их подготовки к будущему материнству – это один из резервов укрепления здоровья женщин репродуктивного возраста. Актуально исследование региональных особенностей материнского риска смерти и репродуктивных осложнений по Республике с разработкой мероприятий по их снижению (3).

По данным статистики здоровья населения и здравоохранения в Республике Казахстан за последние 10 лет ежегодно у 350-400 тысяч женщин наступает беременность и в среднем у 250 тысяч она заканчивается родами. Вместе с тем, данные о материнской смертности, получаемые из статистических материалов системы здравоохранения не всегда отражают реальную картину по этой проблеме.

Основными причинами недостоверности показателя материнской смертности являются следующие: неоднозначные подходы к учету материнской смертности, в том числе фальсификация статистических данных путем умышленного сокрытия случаев материнской смертности с вынесением в основной диагноз сопутствующих заболеваний, осложнений беременности и родов, послеоперационных осложнений; несвоевременные представления экстренных сообщений, материалов разбора случаев материнской смертности, копии медицинской документации в Министерство здравоохранения республики и Республиканский научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, затрудняющие проведение систематического анализа и принятие оперативных мероприятий по снижению материнской смертности в республике; анализ материнской смертности проводится ретроспективно по медицинской документации, которая не всегда отражает все клинические или организационные ошибки наблюдения беременных женщин; искажение показателя материнской смертности путем умышленного переноса случаев в число «поздней материнской смертности».

Таким образом, детальная экспертная оценка случаев материнской смертности показывает о недостоверности данных, представляемых местными органами управления здравоохранением. Вместе с тем, изучение тенденции в динамике показателя материнской смертности, установленные по областям республики на основе данных за 2005-2009гг. показало, что в целом по республике идет значительное снижение уровня смертности беременных женщин. Установлено, что по республике за последние 10 лет материнская смертность снизилась на 37,3%.

По Южно-Казахстанской области показатель материнской смертности составил в среднем за 10 лет от 48,8 до 59,2 случая на 100000 живорожденных. Во всех областях южного региона материнская смертность значительно выше средне республиканского показателя.

Изучение тенденции в динамике материнской смертности по Южно-Казахстанской области показало, что средний уровень показателя по Шардаринскому (126,4±12,4‰), Байдибекскому (112,3‰), Ордабасинскому (109,7‰), Сузакскому (98,2‰), Арысскому (97,2‰) районам значительно превосходит областной (54,0±5,2‰) и республиканский уровни показателя. Материнская смертность по Толебийскому (68,7‰), Сайрамскому (62,5‰), Тюлькубасскому (57,2‰), а также по городу Кентау (56,4‰) остается относительно высоким, чем областной и республиканский уровень показателя материнской смертности.

В Махтааральском районе (38,7‰) и в городах Шымкент (46,1‰), Ленгер (39,4‰), Туркестан (47,6‰) и Джетысай (46,1‰) уровень показателя находится значительно ниже. Кроме того, в динамике показателя материнской смертности на 2005-2009гг. по Арысскому (на 4,15‰ ежегодного роста), Ордабасинскому (на 6,62‰) и по городу Кентау (на 0,33‰ в год) отмечается рост уровня показателя, что является показателем неблагоприятия в вопросах охраны здоровья матери и профилактики материнской смертности среди населения вышеуказанных районов и города Кентау.

При сохранении установленных положительных тенденций в динамике показателя материнской смертности в ближайшем будущем ожидается дальнейшее повышение уровня показателя смертности среди беременных женщин, родильниц и рожениц Арысского, Ордабасинского районов и города Кентау Южно-Казахстанской области.

Изучение распределения умерших беременных, рожениц и родильниц по возрастным группам показало, что наибольший уровень материнской смертности отмечается в возрастной группе до 18 лет (124,3‰). На втором ранговом месте по уровню материнской смертности находятся женщины в возрасте 40 лет и старше (89,3‰), на третьем – женщины, отнесенные к возрастной группе 18-19 лет (82,8‰). Наименьшие уровни материнской смертности отмечены в возрастных группах 30-34 года (42,6‰) и 25-29 лет (48,9‰). Полученные результаты свидетельствуют, что возрастные группы до 18 лет, 18-19 лет и 40 лет и старше являются одними из факторов риска для материнской смертности беременных женщин.

По удельному весу наибольшее распространение материнской смертности приходится на возрастную группу 25-29 лет (23,14%), 30-34 года (21,04%), 20-24 года (20,78%) и 35-39 лет (19,91%). Это свидетельствует о распространенности случаев рождения ребенка в указанных возрастных группах женщин фертильного возраста.

Медико-демографический и социальный статус умерших женщин характеризуется следующими показателями. Среди женщин, умерших во время беременности, родов и послеродовом периоде наибольшее число принадлежит сельским жительницам. Удельный вес умерших сельских матерей в общей численности материнской смертности составил 53,9%, а городских женщин – 46,1%. Уровень материнской смертности выше среди сельских женщин фертильного возраста (62,4‰). Уровень материнской смертности среди городских женщин значительно ниже (51,3‰), чем у сельских женщин.

Удельный вес первородящих, умерших во время беременности, родов и послеродовом периоде составил 41,7%, а повторнородящих – 58,3%. При этом уровень смертности среди повторнородящих в 2,3 раза ниже, чем у первородящих женщин. 51,0% женщин умерли в родильных отделениях центральной районной больницы, 47,1% - в городских стационарах и 1,9% - в сельских участковых больницах.

Уровень материнской смертности в центральной районной больнице составил 65,8‰, городских стационарах – 54,2‰ и в сельских участковых больницах – 50,4‰. Относительно низкий уровень смертности матерей в сельских участковых больницах объясняется тем, что в условиях СУБ принимаются в основном неосложненные роды.

В зарегистрированном браке состояли 76,5% умерших женщин. Уровень материнской смертности у лиц, не состоящих в браке в 1,8 раза выше, чем у женщин, состоящих в браке (73,1 против 40,7‰).

Среди умерших женщин преобладает удельный вес домохозяйек (62,9%). Удельный вес служащих и работниц значительно ниже (28,2 и 8,9%, соответственно). Но наибольший уровень материнской смертности отмечен у работниц (63,8‰), что объясняется наличием у этих контингентов неблагоприятных производственно-профессиональных факторов.

Среди умерших преобладает удельный вес казашек (64,4%) и у них же уровень материнской смертности значительно превосходит показатель смертности женщин других национальностей.

Изучение структуры основных причин материнской смертности, по данным статистики 2005-2009гг. показало, что ведущей причиной ее остаются акушерские кровотечения (29,3%). Аборты как причина материнской смертности занимают второе место (21,9%). Среди женщин умерших по причине беременности, родов и послеродовых осложнений часто встречаются состояния эклампсии (17,3%) и сепсиса (7,0%).

Удельный вес акушерских эмболий в структуре других осложнений беременности, родов и послеродового периода составляет 14,9%, осложнений наркоза, анафилактического шока – 12,0%, разрыва матки – 9,6%.

Изучение причин материнской смертности в Республике Казахстан показало, что все причины взаимосвязаны между собой и являются как прямой, так и непрямой причины смерти женщин.

Как показали анализы причин смертности, из всех акушерских потерь от кровотечений умирает каждая третья женщина. На Алматинскую, Жамбылскую, Мангистаускую, Павлодарскую, Южно-Казахстанскую области приходится 62,4% всех кровотечений. Основными причинами акушерских кровотечений являются – эктопическая беременность, прерывание маточной и внематочной беременности, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, разрыв матки в родах. В послеродовом и раннем послеродовом периодах – гипо- и атония матки, травмы родовых путей.

Среди причин материнской смертности, косвенно связанных с беременностью, 21,4% случаев занимают анестезиологические осложнения. Анестезиологические ошибки, как правило, являются следствием недостаточной подготовки анестезиологов общего профиля без учета особенностей анестезиологии в акушерстве.

Одним из тяжелых осложнений периода беременности и материнской смертности является гестоз. Анализ полученных научных данных показал, что значимые факторы риска развития гестозов включают возраст женщины старше 30 лет и моложе 22 лет, нарушение менструальной функции, наличие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, наличие позднего гестоза в анамнезе, аборт, сотрясений головного мозга.

В 49,7% случаев обращения женщин к гинекологу были по поводу абортов, и в среднем 21,9% материнской смертности является их следствием. Кроме того, остается низким качество оказания медицинской помощи женщинам с осложнениями после проведенного аборта. Так, по данным статистики материнской смертности, не в полном объеме была оказана в сельских больницах медицинская помощь 10% женщин с тяжелыми осложнениями абортов и 10% женщин умерли на дому без оказания какой-либо медицинской помощи после криминальных абортов. Решение проблемы смертности от абортов требует комплексного подхода.

Экстрагенитальные заболевания являются грозными факторами, и по их причине выявляется самый низкий уровень предотвратимости материнской смертности. По данным комплексного анализа материнской смертности установлено, что только у 16% женщин экстрагенитальные заболевания были выявлены до беременности, у 52,8% женщин – во время беременности, а в 31,2% случаев - диагноз был установлен при патолого-анатомическом вскрытии.

Из общего числа умерших женщин почти у каждой второй было осложненное течение беременности в связи с наличием экстрагенитальных заболеваний. У беременных женщин высокая частота анемии (63,7%), высокая отягощенность хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями репродуктивной системы, обусловленными в большинстве случаев специфическими инфекциями. У беременных женщин часто встречаются патологии органов кровообращения, пищеварения, мочеполовой системы.

Основными дефектами, выявленными при экспертном анализе случаев смертности беременных, рожениц и родильниц в сельских районах, являются следующие:

- отсутствие преемственности в звеньях АТПК по подготовке женщины к беременности;
- недостаточное обследование и наблюдение беременных в женской консультации, связанное чаще всего с недооценкой факторов риска;
- дефекты в оказании реанимационной помощи в условиях ЦРБ – низкая квалификация анестезиолога-реаниматолога, недостаточная консультативная помощь, несвоевременный вызов «санитарной авиации»;
- несоблюдение этапности в оказании помощи беременным.

В этих условиях охрана здоровья женщин фертильного возраста и профилактика материнской смертности должна осуществляться путем внедрения Программы скрининга заболеваний с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением. Кроме того, это может служить основным индикатором мониторинга здоровья женщин фертильного возраста.

В рамках реализации «Государственной Программы реформирования и развития здравоохранения на 2005-2020 годы» предусмотрены мероприятия, направленные на укрепление здоровья женщин фертильного возраста, с определением контингента, финансовых средств, источника финансирования.

В родовспомогательных учреждениях внедряются элементы безопасного материнства, исключительно грудное вскармливание, внедряются современные методы лечения беременных и родильниц с гестозами, акушерскими кровотечениями согласно резолюциям, утвержденных МЗ РК. Используются стандарты протоколов диагностики и лечения.

Углубленное изучение и сопоставление частоты акушерских осложнений, летальности и показателя материнской смертности от акушерских кровотечений, гестозов, разрыва матки, заболеваний внутренних органов, сепсиса, абортов и прочих причин показывают их неоднородность и различные тенденции. Вместе с тем, единое измерение всех данных показателей убеждают нас в том, что снижение материнской смертности – процесс управляемый. Поэтому при выборе действий акцент должен быть направлен на управляемые медицинские факторы. Своевременность и степень оказания квалифицированной помощи с использованием новейших технологий, решение вопроса о возможности вынашивания беременности, сокращение практики абортов путем воспитания абортной культуры позволит снизить материнскую смертность.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Каюпова Н.А. Выбор платформы действий. // Материалы VII съезда акушеров-гинекологов Казахстана. Павлодар.- 2006. - С.3-4.
2. Каюпова Н.А., Ахымбаева К.С., Алимбаева Г.Н., Бикташева Х.М., Джусубалиева Т.М. // Руководство по охране репродуктивного здоровья в Казахстане. - Алматы. - 1998.- 563с.
3. Мамедалиева Н.М. Основные приоритеты акушерско-гинекологической службы Казахстана. // Материалы VII съезда акушеров-гинекологов Казахстана. Павлодар.- 2006. - С.5-6.

УДК614.2.616.14-008.64-036.12.617.58

### **КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ФЛЕБОСТАТИЧЕСКИМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Т.А.Султаналиев, В.В.Михальченко, А.К.Баймагамбетов, С.В.Михальченко, Т.С. Сартаев, А.Г. Рыжков, О.А.Полатбек*

*Медицинский сосудистый центр клиники МКТУ им.Яссави, г.Шымкент  
Южно-Казахстанская областная клиническая больница, г.Шымкент*

В литературе существуют определенные противоречия в отношении показаний к хирургическому лечению ХВННК, как неосложненных форм, так и со статическими изменениями кожи, зажившими и активными трофическими язвами венозной этиологии. (6,7,8). Большинство исследователей направляют больных на оперативное лечение с ХВННК при наличии трофических расстройств и язв С4-С6 классы по классификации СЕАР. Однако пациенты с ХВННК, осложненной трофическими расстройствами достаточно разнообразны, что требуют детального рассмотрения вопроса о показаниях к различным видам оперативного вмешательства.(9,10,11,12,13).

Отсутствие единых взглядов на методологию обследования и лечение больных, недостаточная разработка реабилитационных аспектов наряду с широкой распространенностью ХВННК в популяции и ее осложненной формы с развитием флебостатических трофических язв нижних конечностей определяют актуальность и значимость работы.(13).

Учитывая выше изложенные вопросы мы поставили цель - изучить распространенность ХВННК среди населения ЮКО РК, повысить эффективность комплексной диагностики, лечения и реабилитации больных с ФТЯНК

Изучены материалы, проанализированы результаты комплексного обследования 672 больных с хронической венозной недостаточностью (ХВН), осложненной флебостатическими трофическими язвами нижних конечностей (ФТЯНК), в стадии декомпенсации венозного кровообращения. Исследуемая группа- 564 (83,9%) и контрольная - 108 (16%) пациентов. У 434 (64,5%) из общего числа больных имелись сопутствующие заболевания, 67 (9,9%) больных были в возрасте 61 год и старше. Относительно площади ФТЯНК можно отметить, что у больных ПТБ и ВБ чаще отмечались язвы размером от 6 см2 до 29 см2: - 153 (22,7%), 110 (16,5%) соответственно.

Сопутствующие заболевания имелись у 484 (72%), среди них был диагностирован сахарный диабет – у 134 (19,9%): легкая форма - у 85 (12,6%), средней тяжести – у 38 (5,6%), тяжёлая форма – у 11 (1,6%). Экстрагенитальная патология наблюдалась у 176 (26,1%) женщин. Заболевания кожи в зоне, прилегающей к трофической язве, отмечались у 99 (14,7%) больных: дерматит – у 21 (3,1%), целлюлит – у 23 (3,4%), экзема – у 22 (3,29%), грибковые заболевания – у 19 (2,8%), рожистое воспаление – у 14 (2,6%). Заболевания сердечно-сосудистой системы были отмечены у- 27 (4%) больных : гипертоническая болезнь -у 17 (2,5%), ишемическая болезнь сердца - у 10 (1,4%) больных. Патология почек была выявлена у 23 (3,4%): хронический пиелонефрит - у 10 (1,4%), мочекаменная болезнь – у 13 (1,9%).

Патология печени и желчевыводящих путей наблюдалась у 25 (3,7%): хронический гепатит – у 15 (2,2%), холангит – у 10(1,4%).Из группы больных ФТЯНК-484(72%), имеющих сопутствующую патологию, мы выделили группу риска - пациенты с тяжелой формой течения заболевания: сахарный диабет, площадь ФТЯНК 30 см2 и более (2,6%), беременные женщины с ЭГП (5,7%),а также больные старше 61 года (6%), имеющие ИБС, постинфарктный кардиосклероз, хронический пиелонефрит.

Статистическая обработка результатов клинических наблюдений и исследований проводилась с помощью средней арифметической, ошибки, достоверности различий между группами и внутри групп по критерию Стьюдента.

Консервативные методы лечения были использованы в предоперационной подготовке ко всем больным с ФТЯНК. Больные исследуемой группы (564) получали сорбенты (77): гелевин, производства НИИ им. А.А. Вишневого, г.Москва, Россия; дежезан – Германия; полифепан - лаборатория по разработке новых фармакологических препаратов Южно-Казахстанского отделения Национальной академии наук Республики Казахстан. Сорбенты наносились на язвенную поверхность так, чтобы рана была полностью покрыта порошком, поверх накладывалась асептическая повязка, перевязки делались ежедневно.

Из биополимеров больным использовали гемостатическую губку (77) и варигесив (гидроколлоидные повязки, Англия) (34) пациента. После механической очистки раны от некротических масс перфорированная гемостатическая губка накладывалась на язву так, чтобы края ее выступали на 0,5-1 см за пределы язвы; гидроколлоидная повязка на 3-4 см. Варигесив закрепляли за счет клеящейся способности повязки, при этом она сохраняла устойчивость до 3-х суток, надежно предохраняла рану от попадания инфекции. Перед применением сорбентов, биополимеров, варигесива и озона всем больным проводился туалет раны перекисью водорода и озонированным физиологическим раствором.

В процессе лечения этой группы больных мы применяли у 85 пациентов озонирование язвенной поверхности с помощью аппарата ОТРИ-01. После туалета поверхности язвы на конечность надевался целлофановый мешок, который имел вход до 2 см в диаметре для поступления газа и выход для его выброса до 0,8-1 см в диаметре. Выброс газа производился за пределы помещения, в атмосферу. Поток газа регулировался по напряженности “подушки” мешка регулятором аппарата, озон подавался в концентрации 5 мг/л. Сеансы проводились в течение 20 минут один раз в день; при обширных поверхностях трофических язв (огромное количество некротических масс, глубокие воспалительные процессы) - по 20 минут два раза в первые сутки. Время подобрано эмпирически на основании результатов бакпосевов - снижение бактериальной обсемененности поверхности трофической язвы.

Для нормализации метаболических и ускорения репаративных процессов мы использовали поэтапно сорбенты, биополимеры на фоне озона и гипербарической оксигенации. Показаниями к ГБО считались: местная и общая гипоксия, нарушения метаболических процессов, приводящие к эндотоксикозу. К противопоказаниям относили все общепринятые положения по инструкции.

Больные получали сеансы ГБО на базе Республиканского бароцентра (г. Шымкент) в барокамерах: многоместной воздушно-кислородной “Арысь-МТ”, в одностенных “Ока-МТ”, “БЛКС”, транспортной “Казахстан-МТ”. Сеанс ГБО проводился при давлении 1,6-1,8 ата, в течение 45 минут. Курс ГБО-терапии состоял из 9-15 сеансов ежедневно, по одному сеансу в день

Режимы ГБО, количество сеансов, их длительность, отрабатывались строго индивидуально с учетом возраста больного, наличия сопутствующих заболеваний, тяжести патологического процесса и переносимости ГБО. Больным контрольной группы проводились традиционные методы лечения, включающие антисептики - у 21 пациента (эктерицид, томицид, диоксидин и др.), гормональные мази кортикостероидного ряда - у 20, протеолитические ферменты - у 30 и сочетание физиотерапии с протеолитическими ферментами - у 37 пациента. Эпителизация язв при ХВН нижних конечностей без коррекции нарушенного венозного кровотока не приводит к полному выздоровлению. Все больные исследуемой и контрольной групп были подвергнуты хирургическому лечению. В большинстве случаев (91,5%) оперативное лечение больным ФТЯНК проводилось после заживления язвы.

Основной целью оперативного лечения являлось устранение рефлюкса из глубоких вен в поверхностную систему на всем ее протяжении. При выполнении радикального объема флебэктомии по общепринятым методикам, для создания косметического эффекта нами были предложены небольшие плоскостные разрезы вертикальные или косопроходные в зависимости от типа варикозного расширения вен. Основная схема оперативного пособия: Перевязка БПВ и ее ветвей в овальном отверстии по Троянову - из косопроходного разреза. Удаление БПВ по Бабкокку из небольших плоскостных вертикальных разрезов. Удаление расширенных венозных конгломератов на бедре, голени по Маделунгу из небольших плоскостных разрезов. Перевязка перфорантных вен в гунтеровом канале на голени, стопе по Кокетту, Линтону из небольших вертикальных, косопроходных плоскостных разрезов. При обширных чистых язвах площадью 30 см<sup>2</sup> и более - флебэктомия с одномоментной аутодермопластикой.

При ВВ и магистральном (цилиндрическом) типе варикозного расширения поверхностных вен, отсутствии трофических расстройств кожи зоны язвенного рубца была использована методика Троянова-Бабкокка-Кокетта - у 124 больных, Троянова-Бабкокка-Маделунга-Кокетта - у 82, изолированно Кокетт - у 48 пациента. При ПТБ и извитом (змеевидном) типе варикозного расширения вен с трофическими расстройствами кожи мы применяли методику Троянова-Бабкокка-Маделунга-Линтона - у 288, Бабкокка-Маделунга-Линтону - у 68, изолированно Линтон - у 117 пациентов. При наличии варикозно-расширенных поверхностных вен и трофических расстройств в области стопы мы использовали нашу модификацию, методики В.Г. Гладких, Б.С. Суковатых.

Суть нашей модификации заключалась в том, что для удаления варикозно-расширенных вен и перевязки коммуникантных вен в зоне трофических расстройств вместо обширных дугообразных или линейных разрезов использовались небольшие плоскостные разрезы, Больным с санированными обширными трофическими язвами (30 см<sup>2</sup> и более) производилась флебэктомия с одномоментной аутодермопластикой свободным кожным лоскутом. В 10,1 % случаях нашей модификации у 81 (14,4%) больного группы риска операция проводилась в баро-операционной.

Для профилактики послеоперационных нагноений у пациентов, ранее перенесших рожистое воспаление (2%), и у больных сахарным диабетом (19,9%) произведена флебэктомия с интраоперационной озонотерапией. С целью исключения смыкания краев операционной раны, при проведении озонотерапии, в

рану вставляли распорки из полиэтиленовых трубок. Процедура проводилась в течение 20 минут по вышеописанной методике. После сеанса озонотерапии рана послойно ушивалась.

В системе комплексного лечения больных с трофическими язвами только при ХВН нижних конечностей адекватное оперативное вмешательство являлось первым этапом. Значительная роль нами отводилась послеоперационной реабилитации больных. Послеоперационные реабилитационные мероприятия последовательно выполнялись в стационаре и поликлинике. Особое внимание уделяли четкой преемственности в проведении их в этих медицинских учреждениях. Уже в первые дни после операции особое внимание мы придавали проведению комплексной терапии: лечебная гимнастика и физиотерапевтические процедуры, сосудорасширяющая терапия, использование флеботоников (флебодиа 600) и ГБО. При наличии сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной и эндокринной систем проводили их коррекцию, терапия была направлена на стабилизацию основных показателей жизнедеятельности организма. Реабилитационные методы были строго дифференцированными. Комплекс лечебных мероприятий у больных в послеоперационном периоде в условиях поликлиники включал медикаментозную терапию, флеботоники (флебодиа по 1 таб. в течение 2 мес.) дозированную компрессию эластической повязкой (ношение бинтов в течение 3-6 месяцев), комплекс физических упражнений (ЛФК), физиотерапию. С целью улучшения микроциркуляторных процессов, крово- и лимфообращения пациентам назначались курсы гипербарической оксигенации и инфузионной терапии озонированными растворами на фоне актовегина в дозах от 750 мг до 2500 мг два раза в год. Физиотерапевтическое лечение – лазертерапия, токи Бернара, магнитотерапия, электрофорез с протеолитическими ферментами и ультразвук. При благоприятном течении процесса больным применяли один из методов, а при затяжном - все перечисленные выше процедуры последовательно с интервалом 2-3 недели, рекомендовалось возвышенное положение конечности и легкий ее массаж. При наличии рецидива язвы использовалась комплексная консервативная терапия нашей методики.

В течение первого года после операции больные находились под наблюдением хирурга, каждые 6 месяцев проводились осмотры и лабораторные исследования. (ПОЛ, МСМ, ВЭГ, рО<sub>2</sub>, рСО<sub>2</sub>), один раз в год делались неинвазивные методы исследования (РВГ, ВОР ПГ) по показаниям УЗИ, ЭКГ.

Таким образом, у всех больных с ФТЯНК обнаружено поражение клапанного аппарата коммуникантных вен, что вызывало явление патологического рефлюкса и становилось причиной развития трофических расстройств мягких тканей и образования язв. Часто отмечалось сочетание недостаточности клапанного аппарата коммуникантных вен с несостоятельностью клапанов большой подкожной вены. Реже встречалась комбинация патологии коммуникантных, малой подкожной и глубоких вен. При наличии сопутствующей патологии частота “сложных” сочетанных поражений клапанов коммуникантных, подкожных и глубоких вен возрастает.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Шевелев Е.Л. Комплексная флебография в диагностики патологических изменений при варикозном расширении вен нижних конечностей. //Дисс.канд.мед.наук.-Москва,1993.-234 с.
2. Константинова Г.Д., Фролов В.К., Жуков Е.А. и др. Радионуклидная флебография у больных с посттромботической болезнью нижних конечностей. // Хирургия.-1982.-N7.-С.13-16.
3. Королук И.П., Пласунов С.А., Столяров С.А. Флебография в диагностике заболеваний вен нижних конечностей. // Медицинская радиология.-1986.- N9.-С.24-28.
4. Шевелев Е.Л. Комплексная флебография в диагностике патологических изменений при варикозных расширениях вен нижних конечностей. // Автореферат дис. канд. мед. наук.- Москва, 1993.-26 с.
5. Hoare M.C., Nicolaidis A.N., Shull K., Jury R.P., Dud-ley H.A. The role of primary varicoss veins in venous ulceration. Surgery.- 1982.- Sep. 92.-N 3.-p.p.450-453.
6. Coget I.M., Merlen J.F. Reflexions a propos des varices recidivantes phlebologie.- 1982.-vol. 35.-p.p.529-532.
7. Пашин С.В. Особенности коммуникантной недостаточности при различных вариантах несостоятельных клапанов глубоких вен у больных с варикозной болезнью нижних конечностей// Дисс. канд. мед.наук.-Воронеж,-1996.- 182 с.
8. Полуэктов Л.В., Цуканов Ю.Т. Ангиографическая диагностика вен нижних конечностей// Омск,1983.-124 с.
9. Ерюхин И.А., Насонкин О.С., Шашков Б.В., Лебедев В.Ф. Эндотоксикоз как проблема клинической хирургии// Вестник хирургии.-1989.- N3.-С.3-7
10. Шарипов К.Ш. Изменение метаболизма в процессе хирургического и комбинированного лечения// Автореферат дисс. доктора мед. наук. – Алматы, 1992.- 23 с.
11. Ухов В.И. К проблеме хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Кардиология.- 1978.- N8.-С.145-149
12. Верболович В.П., Теплова Л.Л., Подгорная Л.М. Регуляция окислительного гомеостаза при некоторых патологических состояниях // Клиницист.-1996.- N2.-С.4-17
13. Рафальский А.А., Пурмале В.А.,Белозеров В.Л. ГБО в комплексном лечении сахарного диабета// Гипербарическая физиология и медицина. -М.,1996.-N4.-С.65

УДК 616.147.3-007.64-07

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ФЛЕБОСТАТИЧЕСКИМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*В.В.Михальченко, Т.А.Султаналиев, А.К.Баймагамбетов, С.В.Михальченко, Т.С.Сартаев, А.Г.Рыжков.  
О.А.Полатбек*

*Медицинский сосудистый центр клиники МКТУ, г.Шымкент  
Южно-Казахстанская областная клиническая больница, г.Шымкент*

Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы наиболее распространенной патологией остается хроническая венозная недостаточность нижних конечностей (ХВННК). Проблема лечения больных с трофическими язвами при декомпенсированной стадии хронической венозной недостаточности нижних конечностей до настоящего времени остается актуальной.

Цель исследования. Усовершенствовать методы исследования нарушения венозной гемодинамики у больных с флебостатическими трофическими язвами. Исследуемая группа- 564 (83,9%) и контрольная группа - 108 (16%) пациентов. У 434 (64,5%) из общего числа больных (672) имелись сопутствующие заболевания, 67 (9,9%) больных были возрасте 61 год и старше.

Площадь ФТЯНК у больных ПТБ и ВБ чаще размером от 6 см<sup>2</sup> до 29 см<sup>2</sup>: 153 (22,7%), 110 (16,5%) соответственно. Сопутствующие заболевания имелись у 484 (72%), среди них был диагностирован сахарный диабет – у 134 (19,9%): легкая форма - у 85 (12,6%), средней тяжести – у 38 (5,6%), тяжелая форма – у 11 (1,6%). Экстрагенитальная патология наблюдалась у 176 (26,1%) женщин. Заболевания кожи в зоне, прилегающей к трофической язве, отмечались у 99 (14,7%) больных: дерматит – у 21 (3,1%), целлюлит – у 23 (3,4%), экзема – у 22 (3,29%), грибковые заболевания – у 19 (2,8%), рожистое воспаление – у 14 (2,6%). Заболевания сердечно-сосудистой системы выявлены у 27(4%) больных: гипертоническая болезнь - у 17 (2,5%), ишемическая болезнь сердца - у 10 (1,4%) больных. Патология почек была выявлена у 23 (3,4%): хронический пиелонефрит – у 10 (1,4%), мочекаменная болезнь – у 13 (1,9%). Патология печени и желчевыводящих путей отмечена у 25 (3,7%) : хронический гепатит – у 15 (2,2%), холангит – у 10 (1,4%).

Из группы больных ФТЯНК, с сопутствующей патологией 484 (72%), мы выделили группу риска - больные, имеющие тяжелую форму течения заболевания: сахарный диабет и ФТЯНК площадью 30 см<sup>2</sup> и более (2,6%); беременные женщины с ЭГП (5,7%), а также больные старше 61 года (6%), имеющие ИБС, постинфарктный кардиосклероз, хронический пиелонефрит. Больным этой группы оперативное лечение проводили строго индивидуально: в барооперационной, в реабилитационные мероприятия включали ГБО. Всем больным с ФТЯНК проводили функциональные пробы (Троянова-Тренделенбурга, Дельбе-Пертеса, Пратта). Для повышения разрешающей способности функциональных проб с физической нагрузкой нами разработан, изготовлен и внедрён в повседневную работу тренажёр. (предпатент № 9080.15.06.2000 г)

Для характеристики микроциркуляторных процессов у больных с ФТЯНК мы применяли капилляроскопию и термометрию. Исследование капилляров проводилось с помощью капилляроскопа (М-70 Н) с 70-кратным увеличением на пораженной и здоровой конечностях, до и после лечения, в динамике (через 3, 6 месяцев и год) по общепринятой методике. /398/

Температура кожи измерялась кожным датчиком электрического термо-метра ТЭМП-1 с точностью до 0,10 С на бедре, голени, стопе и пальцах. Температура в помещении поддерживалась на уровне 180-200 С. Больной перед исследованием лежал на кушетке с обнаженными нижними конечностями в течение 10-15 мин. Для динамического наблюдения и сравнения показателей температуры обеих конечностей данные термометрии наносились на бумагу в виде кривых. Изучение объемного кровотока пораженной конечности проводилось на отечественном реографе РГ4-02 по общепринятой методике. Исследование венозного кровотока методом веноокклюзионной реоплетизмографии проводилось на плетизмоанализаторе ЭМПА 2-01 в режимах “венозное измерение” (ВИ) и “венозный тонус” (ВТ) по общепринятой методике.

Ультразвуковое обследование пациентов проводилось на аппаратах “Вазоскан” (Англия) и “Ультрамарк” (США), работающих в реальном масштабе времени. Технические особенности аппаратов позволяли одновременно со сканированием выполнять аускультацию сосуда (доплерографию), записывать и измерять параметры ретроградного и антеградного кровотока и оценить состояние клапанов вен. Исследование пациента проводилось в горизонтальном положении с приподнятым под углом 300 головным концом кушетки, руки располагались вдоль туловища, ноги были слегка ротированы наружу. Исследование подколенного венозного сегмента выполнялось в положении больного на животе. Под голеностопный сустав подкладывался поролоновый валик, для расслабления задней группы мышц голени и бедра. Сканирование зоны бедренного сосудистого пучка проводили в верхней трети бедренной артерии и вены. Применяли секторные датчики с рабочей частотой 5 МГц; 7,5 МГц.

Для исследования глубоких вен голени использовался датчик с частотой 10 МГц, который устанавливали под медиальной лодыжкой. После визуализации задней большеберцовой артерии осуществляли проксимальную компрессию икроножных мышц, что вызывало расширение задних больше-берцовых вен и

позволяло изучить их четкое изображение. При проведении УЗИ в покое и при манёвре пробы Вальсальвы оценивали следующие показатели: ретроградный кровоток, патологический рефлюкс, увеличение диаметра сосуда. Для оценки состояния клапанного аппарата глубоких и поверхностных вен, установления характера и протяженности поражения венозной системы нижних конечностей, определения степени нарушения флебогемодинамики проводилась функционально-динамическая флебография, дополненная фле-боскопией с применением контрастных веществ малых концентраций (30% - верографин, 30-36% - триомбраз, 30% - триомбрин) Больного укладывали на рентгеновский стол, проводились активные движения стопами на механической ножной приставке (при горизонтальной и вертикальной флебографии) для лучшего оттока крови и лимфы (предпатент № 8242.15.12.1999г.) На нижнюю и верхнюю треть голени накладывали венозные жгуты и производилось легкое поглаживание конечности по ходу большой подкожной вены. После обработки спиртом пунктировалась вена первого пальца стопы антеградно и подключался автоматический аппарат Миан-2 для введения контрастного вещества.

Для лучшего контрастирования глубоких вен конечность ротировалась наружу на 45°. После введения 20-30 мл контрастного вещества производился первый снимок, жгуты снимались, конечность приводилась в исходное положение. Затем вновь вводилось 20-30 мл контрастного вещества и делался второй снимок. Больной производил активные движения в течение 3-5 мин на механическом столике. Для профилактики флебитов и тромбоза расширенных вен после контрастирования в сосудистое русло вводилось 30 мл 0,9% физиологического раствора с добавлением 10 мл 0,25% раствора новокаина, 2500-5000 ед гепарина. Для выработки рациональной тактики лечения проводилась оценка состояния мягких тканей, костной структуры в зоне трофических расстройств и язвы по флебограммам методом денситометрии. Денситометрия проводилась на аппарате Беан-170, величина щели составляла 0,4-0,6 мм, скорость записи - 60 мм/мин, масштаб записи - 1:1. Установка условно-нулевого уровня отсчета, по тени костного эталона, производилась на свободном от изображения кости участке рентгенограммы. Прибор осуществлял синхронную связь движений рентгенограмм с самописцем регистрирующего устройства. Денситограммы записывали на нижней трети голени пораженной конечности таким образом, чтобы световой луч проходил перпендикулярно кости. Расшифровку кривых проводили по общепринятой методике.

Частота выявляемости клинических признаков заболевания у больных с ФТЯНК .Наиболее частым клиническим признаком заболевания были боли от 75% до 100%, возникающие в пораженной конечности к концу дня (чем обширнее язва, тем интенсивнее боли). Другие признаки: чувство тяжести, утомляемость в пораженной конечности встречались от 33% до 99% случаев и в определенной степени зависели от размера язв. При площади язв до 5 см<sup>2</sup> частота встречаемости этого признака составляла от 33% до 69%, она возрастала от 53% до 85% у больных с размерами язвы от 6 см<sup>2</sup> до 29 см<sup>2</sup> и достигала наивысшего показателя при язве более 30 см<sup>2</sup> (от 60% до 99%).

Кожный зуд в зоне трофических расстройств наблюдался обычно при обширных язвах от 15% до 55% случаев. При небольших язвах (менее 5 см<sup>2</sup>) кожный зуд наблюдался от 4% до 23% у больных сахарным диабетом, гериатрических и в 23% случаев у беременных женщин. Судороги в икроножных мышцах, зябкость и чувство онемения преимущественно отмечались после физической нагрузки (от 73% до 100%) и редко возникали в покое (от 3% до 15%).Отёк в области стопы и голени у больных с ФТЯНК чаще наблюдался при наличии больших язв (от 65% до 100% случаев) и реже при небольших размерах (от 31% до 75%).

Такие проявления заболевания, как пигментация (от 60% до 73%) и склероз подкожно-жировой клетчатки (от 65% до 85%) у больных без сопутствующей патологии встречались на голени, реже на стопе (соответственно от 24% до 38% и от 5% до 15%). У больных с сахарным диабетом, беременных женщин и пациентов старше 61 года эти проявления колебались на голени в пределах от 67% до 94% и на стопе от 5% до 33%. При увеличении площади язв частота этих проявлений возрастала на голени: у больных ПТБ от 67% до 91% и от 90% до 94%, а при ВБ от 73% до 97% и от 82% до 85% случаев. Причем пигментация кожи на голени встречалась в полтора раза чаще ,чем на стопе.

Таким образом, основными клиническими симптомами у больных с флебостатическими трофическими язвами нижних конечностей являлись: боль в пораженной конечности к концу дня, утомляемость, чувство тяжести в конечности, судороги в икроножных мышцах, зябкость и онемение в пальцах после физической нагрузки, пигментация кожи и склероз подкожной жировой клетчатки в области голени. Реже встречались такие симптомы, как кожный зуд, судороги в икроножных мышцах, зябкость и чувство онемения в пальцах в покое. Нами установлено повышение частоты всех вышеперечисленных симптомов в зависимости от размера язв, возраста пациентов и наличия сопутствующей патологии.

Следует отметить, что рентгеноконтрастная флебография в предложенной нами модификации позволила в подавляющем большинстве случаев (92%) установить нозологическую форму заболевания, характер, распространённость патологического процесса. На основании этих данных, с учётом результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований можно определить характер и объём хирургического вмешательства, разработать рациональную тактику послеоперационного лечения и реабилитации больных. Сравнительный анализ инструментальных методов исследования венозного кровообращения показал, что наиболее информативным из неинвазивных методов диагностики является УЗИ,



которое позволило получить достоверную информацию (в 92%) о состоянии венозной системы. Помимо этого, они могут быть использованы у беременных женщин, когда рентгеноконтрастная флебография противопоказана. Неинвазивные методы не травматичны, не имеют противопоказаний, возможно неоднократное их применение для динамического наблюдения

Таким образом ВОРПГ, УЗИ, флебография позволяют с высокой степенью достоверности определять состояние магистральных вен при ПТБ и ВБ, степень венозной недостаточности. Установлена значительная корреляция между результатами этих исследований и данными флебографии. Применение этих методов для определения показаний к операции, оценке результатов позволяют своевременно решать вопросы лечебной тактики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кунгурцев В.В., Мнускин Д.Е., Шиманко А.И., Дибиров М.Д. Средние молекулы в плазме крови, как показатель эндогенной интоксикации, обусловленной артериальной недостаточностью // Кровообращение XXII.-Ереван, 1989.- С.59-60
2. Галактионов С.Г., Николайчик В.В., Цейтин В.М., Михнева Л.М. «Средние молекулы» - эндотоксины пептидной природы // Химико-фармакологический журнал.-1983.- N11.-С.1286-1293
3. Николайчик В.В., Моин В.М., Кирковский В.В. и др. Способ определения «средних молекул» // Лабораторное дело.-1991.- N10.-С.13-18
4. Габриэлян Н.И., Дмитриев А.А., Севастьянов А.А. и др. «Средние молекулы» и уровень эндогенной интоксикации у реанимационных больных // Анестезиология и реаниматология.-1985.- N1.-С.36-38
5. Габриэлян Н.И., Левицкий Э.Р. и др. Гипотеза средних молекул в практике клинической нефрологии // Тер.архив.-1983.- N6.-С.76-78
6. Кричевская А.А., Жданов Г.Г. и др. Внеэритроцитарный гемоглобин суммарная пероксидазная активность в сыворотке и плазме крови при гипербарической оксигенации // Гипербарическая оксигенация. -М., 1980.- С.136-137
7. Тонкошкурова О.А., Дмитриев А.И., Дмитриева Р.Е. Определение концентрации внеэритроцитарного гемоглобина плазмы (сыворотки) крови гемиглобинцианидным методом // Клиническая лабораторная диагностика.-1996.- N2.-С.21-22
8. Гончарова З.Г., Платонов Н.Д. Цитологическое исследование отпечатков трофических язв и длительно незаживающих ран конечностей // Актуальные вопросы хирургии.-М.,1975.-С.96-98
9. Witkowschi J.A., Paris L.C. Histopathology of the decubitus ulcer // J am Dermatol.-1982.- N6.- pp 1014-1021
10. Хохлов А.М., Ханин А.Г. Циклофосфан в лечении трофических язв нижних конечностей с аллергическим аутоиммунным компонентом // Вестник хирургии.-1997.- N6.-С.36-37
11. Scott H.J., Coleridge - Smith P.D., Jeuer J.H. Histological study of white blood cells and their association with lipo-dermatosclerosis and venous ulceration. Br, J. Surg.- 1991.-vol. 78.-p.210.
12. Nachbur V., Blanchard M., Rothlisberger H. Surgical therapy of ulcer. Significance of extension of the damage to deep veins for incidence of ulcer cruris recurrence. Wien-Med Wochenschr.- 1994.-vol. 144.-N 10-11.- p.p.264-268.- German.
13. Shami S.K., Sarin S., Cheartle T.R., Scerr J.H., Coleridge – Smith P.D. Venous ulcers and the superficial venous system. J. Vasc. Surg.- 1993.-vol. 17.-p.p.487-490.
14. Линднер Д.П., Большаков И.Н. и др. Зависимость заживления раны от состояния иммунной системы // Архив патологии.-1982.- N11.-С.30-38
15. Морозов В.В. Изменения неспецифической реактивности организма у больных с трофическими язвами под влиянием ксенопрепаратов и фототерапии // Дисс. Канд.мед.наук.-Новосибирск, 1998.-137 с.
16. Mertz P.M., Eaglsten W.H. The effect of a semi – occlusive dressing on the microbial population in superficial wounds // Arch.Surg., 119.-1984.-p.289-289
17. Шумков О.А. Комбинированные способы лечения больных с трофическими язвами // Дисс.канд.мед.наук.-Новосибирск, 1997.-186 с.
18. Гостищев В.Н., Хохлов Н.М. К патогенезу и хирургической тактике при язвенной стадии варикозной болезни нижних конечностей. // Вестник хирургии.-1984.-N8.-С.50-63.

УДК 618.499-089.888.14

#### ТАКТИКА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

А.Т. Балахмет

ГККП «Городской родильный дом №3 », г. Астана

#### ТҮЙІН

Сонымен, қағанақ суы ерте кеткенде босануды күтіп жүргізудің жедел жүргізуден артықшылығы бар. Жедел жүргізуде жатыр ішінде ұрыққа қауіп төнуі, және де толғақ қызметінің ауытқуы болады, ота жолымен босану жиі кездеседі. Босанудың өздігінен басталуды күткен кезде қағанақ суы кеткен соң 24 сағат көлемінде толғақ өздігінен 50-70% (пайызда) басталады, ал 90 % (пайызда) қағанақ суы кеткен соң толғақ өздігінен 48 сағат көлемінде басталады. Қағанақ суы ерте кеткенде босануды күтіп-кертартпа жүргізудің дұрыстығын біздің талдама көрсетеді.

## SUMMARY

Thus the waiting tactics at rupture before child birth has an advantage than the active tactics. When active management of child birth is increasingly concentrated threatening fetal, as well as observed disc ordinate child birth activity, often used surgical interventions. When expectant management of child births itself child birth develops within 24 hours over 50-70% of women and almost 90% - within 48 hours. The analysis of our cases has shown, that for want of premature rupture of fetal membrane envelopes, is justified kinds of conservative – expectant.

Разрывом оболочек плодного пузыря называется спонтанный разрыв оболочек до начала родов.(1) Диагностика разрыва оболочек часто не вызывает сомнений при отхождении значительного количества околоплодных вод и подтекании их из влагалища. Для идентификации различить околоплодных вод от выделений из влагалища или мочи проводятся лабораторный анализ. (3) Если длительность разрыва плодных оболочек составляет 24 часа и более, диагностика затруднена. После тщательно сбора анамнеза и УЗИ обследования, принимается решение о методе родоразрешения или пролонгирования беременности. При этом подход должен быть строго индивидуальным и решение зависит от состояние матери и плода. (2)

Изучены 141 исход родов при разрыве оболочек до начала родовой деятельности. Всем беременным при поступлении в родильный дом разъяснялось о возможных двух видах ведения родов: выжидательное и активное ведение родов. Роженица решение принимает сама. 123 женщины выбрали выжидательное ведение родов при доношенном сроке беременности. При сроке беременности до 32 недель у 2 рожениц удалось беременность пролонгировать до 36 и 37 недель.

Диагноз разрыва оболочек выставлялся на основании клинических и лабораторных данных и подтверждался УЗИ. В течении 7дней проводилась антибактериальная терапия- эритромицин 250 мг x 3 раза в день. Состояние беременной и плода при мониторинговании не страдали. Температура тела не повышалась, тахикардии не было, количество лейкоцитов в крови не повышалось. Двум беременным, которые приняли решение о пролонгировании беременности, 3 раза проводилось УЗИ, при этом снижение амниотического индекса не наблюдалось, а при последней даже отмечалось его увеличение на 2-3 единицы. Беременные были выписаны с пролонгированной беременностью с рекомендациями. За состояниями беременных и плода проводили постоянное наблюдение: контроль за температурой тела, анализом крови, КТГ плода. Обе беременные поступили в родильный дом с началом родовой деятельности. Роды произошли без осложнений, новорожденные оценены по шкале Апгар 7-9 баллов.

В случаях выжидательной тактики ведения при разрыве оболочек до 24 часового безводного периода в 88 случаях (из них в 14 случаях срок беременности составил 34-36 недель) самостоятельно началась родовая деятельность и роды прошли без осложнений. Из 84 в 4 случаях дети по весу были недоношенными, нуждались в интенсивном наблюдении, в дальнейшем были переведены на второй этап выхаживания.

При доношенном сроке проводилась индукция родов простагландинами и внутривенным капельным введением окситоцина методом титрования. Оценивалась зрелость шейки матки: при зрелой шейке матки применялся окситоцин, при незрелой -- простагландин мизопростол по 25мг для «созревания» шейки матки, при достижении достаточной «зрелости» для родовозбуждения применялся окситоцин.

При безводном периоде 18 часов всем роженицам проводилась антибактериальная терапия ампициллином по 2 гр каждые 6 часов. В 7 случаях развились явления хориоамнионита, в 2 случаях роды завершились оперативным путём с пролонгированным введением антибактериальных препаратов: ампициллин по 2 гр каждые 6 часов, метрил по 500мгx3 раза в сутки. В 5 случаях роды завершились самопроизвольно, при этом антибиотики применялись в течении 3 суток с целью профилактики гнойно- септических заболеваний.

В 3 случаях в I периоде родов отмечалось угрожающее состояние плода. При этом у 2-х рожениц наблюдалась диспропорция размеров головки плода и таза, в связи с чем роды завершились оперативным путём. В 2-х случаях новорожденные нуждались в интенсивном наблюдении в течении суток, в дальнейшем они переведены на 2 этап выхаживания.

Таким образом, выжидательная тактика при разрыве плодных оболочек до начала родов имеет преимущество, по сравнению с активной тактикой. При которой чаще отмечаются угрожающие состояния плода, а также наблюдается дискоординированная родовая деятельность; чаще используются оперативные вмешательства. При выжидательной тактике роды ведутся самостоятельно; родовая деятельность развивается в течении 24 часов у 50-70 % женщин, а почти у 90%- в течении 48 часов. Анализ наших случаев показал, что при преждевременном разрыве плодных оболочек оправдана консервативно-выжидательная тактика.

## ЛИТЕРАТУРА

- 1.Избранные вопросы акушерства. Учебное пособие. г. Бишкек 2002г., в 2-х томах, том 2, стр. 366, стр. 362.
- 2.Акушерство и гинекология: Учебник перевод с английского дополненный/ Под ред. Савельевой Г.М. 1999г. стр. № 598.
- 3.Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Мэррей Энкин. Перевод с английского/ Под ред. Михайлова А.В. 2002г. стр. № 374.
4. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов.Руководство для акушеров и врачей. ВОЗ, Женева.2003г. стр. № 366.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА***Ж.Р. Мырзахметова**Городская поликлиника №1, г. Тараз.***ТҮЙІН**

Бұл еңбекте адамның май алмасу жолдарының бұзылуын алдын-алу және де бұзылған кезде уақытылы коррекциялау жолдары көрсетіледі, өйткені май алмасу бұзылуы көптеген жүрек – тамыр ауруларына әкеліп соғады.

**SUMMARY**

In this article describes early detection and adequate correction of lipid storage disease, because lipid storage diseases are problem of many cardiovascular diseases.

Гиперлипидемия (ГЛП) является важным фактором риска развития атеросклероза, и прежде всего ишемической болезни сердца (ИБС). Поэтому при выявлении у пациентов нарушенного липидного обмена показано проведение его коррекции, как в общей схеме лечения больных ИБС, так и с профилактической целью – для уменьшения коронарного риска.

**Цель** настоящей работы – провести клиническое наблюдение за больными с первичной гиперлипидемией при применении препарата правастатина.

**Материалы и методы:** препарат правастатин – гиполипидемическое средство из группы статинов, ингибитор ГМГ – КоА- редуктазы. Ингибирование ГМГ-КоА редуктазы приводит к серии последовательных реакции, в результате которых снижается внутриклеточное содержание холестерина. Помимо гиполипидемического действия, статины оказывают положительное влияние при дисфункции эндотелия, на сосудистую стенку, улучшает реологические свойства крови.

В исследование были включены 23 больных в возрасте от 35 до 61 года с первичной гиперлипидемией. Первичную гиперлипидемию устанавливали по наличию гиперлипидемии, ксантомоза, клиническим проявлениям атеросклероза и данным семейного анамнеза.

Все пациенты соблюдали гиполипидемическую диету не менее 6 месяцев до начала назначения препарата и в процессе лечения.

**Результаты и обсуждения:** анализируя полученные данные в основной группе после 6 недель лечения правастатина в дозе 40 мг. в сутки выявлено, что у большинства больных 17 (73,9%) происходит достоверное снижение уровня ОХ ( $6,35 \pm 1,10$  исходно, до  $4,43 \pm 0,91$  ммоль/л), снижение ЛПНП (липопротеиды низкой плотности) было наиболее достоверным в данной группе ( $4,13 \pm 1,01$  исходно, до  $2,77 \pm 0,24$  ммоль/л)

Клинически это проявилось снижением количества приступов стенокардии в сутки, уменьшением дозы принимаемых антиангинальных препаратов и повышением толерантности к физической нагрузке.

За время наблюдения не выявлено побочных действий препарата, достоверных изменений массы тела, артериального давления.

**Выводы:** применение правастатина у больных ИБС с гиперхолестеринемией, приводит к снижению частоты ишемических атак, снижению дозы принимаемых антиангинальных препаратов, повышению толерантности к физической нагрузке и повышению качества жизни больных.

Правастатин в дозе 40 мг. в сутки способен снизить уровень холестерина ЛПНП у большинства больных ИБС с гиперхолестеринемией, что соответствует современным принципам вторичной профилактики атеросклероза.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Галлер Г., Ганефальд М. Нарушения липидного обмена. Диагностика. Клиника. Терапия. М., 1979 г.
2. Дислипидемия и ишемическая болезнь сердца. Под редакцией Е.И. Чазова, А.Н. Климова. – М., 1980 г.
3. Кухарчук В.В., Коновалов Г.А. Кардиология. -1990. – №2

УДК 614.7.616.-053.2-074

**УСЛОВИЯ ПРОЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ БИОГЕОХИМИЧЕСКОЙ ПРОВИНЦИИ***М.А. Тубанова, М.А. Булешов, Р.М. Булешова**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент***ТҮЙІН**

Биогеохимиялық аймақтағы денсаулық сақтау жүйесін Жамбыл облысының басқа өңірлерімен салыстыра талдағанда келесідей ерекшеліктер анықталды: биогеохимиялық аймақтың барлық қалалары мен аудандарының дәрігерлермен қамтылу дәрежесі артқан; биогеохимиялық аймақ пен бақылаудағы аудандар

халқының аурухана жатын орындарымен қамтылуы жоғарылаған; биогеохимиялық аймақтың денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыру көлемі артқан.

### SUMMARY

Analysis of the resource ensure of the health system biogeochemical provinces as compared with control areas of Zhambyl oblast has identified the following features: the general increase in the availability of doctors in all towns and areas, the overall improvement of the availability of beds, population growth in the overall funding of the health system biogeochemical provinces.

В биогеохимической провинции основной вклад в загрязнение окружающей среды вносят заводы по выпуску фосфорных минеральных удобрений. Тем более для города с неблагоприятными направлениями ветров являются северные и северо-восточные вторжения, удельный вес которых составляет 30%, т.е. в каждом третьем случае вредные выбросы из труб проносятся над городом.

Основными причинами загрязнения окружающей среды выбросами заводов являются неэффективность традиционных воздухоохраных мероприятий, нарушение технологического регламента, частые аварийные выбросы вредных химических веществ в атмосферу окружающей среды [1-2].

Результаты изучения состояния загрязненности атмосферы города показали, что по жилым зонам города наибольший уровень загрязнения атмосферного воздуха сложился в юго-западной зоне, где максимальная концентрация фосфорного ангидрида достигла 4,98 мг/м<sup>3</sup>, фтористого водорода 0,92 мг/м<sup>3</sup>, фосфина 0,42 мг/м<sup>3</sup>, пыли 0,41 мг/м<sup>3</sup>, диоксида серы 0,75 мг/м, окиси углерода 9,82 мг/м<sup>3</sup>, формальдегида 0,0085 мг/м<sup>3</sup>. Среднегодовая концентрация вышеуказанных химических веществ, загрязняющих атмосферу города превышали ПДК от 1,2 (диоксид серы) до 42,0 (фтористый водород) раза.

По степени загрязненности атмосферы селитебных зон второе ранговое место заняла юго-восточная жилая зона. В этой зоне среднегодовая концентрация фосфорного ангидрида в атмосфере превышала ПДК в 29,7 раза, фтористого ангидрида 39,6 раза, фосфина 36,2 раза, пыли 1,9 раза, окиси углерода 1,1 раза, формальдегида 1,4 раза.

Центральная северо-западная и северо-восточная селитебные зоны по степени загрязненности также по основным компонентам значительно превышают предельно-допустимые концентрации. Условия жилых зон г.Тараза на основе оценки уровня загрязнения атмосферного воздуха по комплексному показателю «Р» характеризуются следующим образом:

- наибольший уровень антропогенного загрязнения атмосферы, характеризующий как «очень сильный» отмечен по господствующей «розе ветров» в юго-западной (3,6,7 период социально-экономического кризиса и 46.2 период восстановления деятельности заводов) жилой зоне;

- очень сильное загрязнение атмосферного воздуха в оба сравниваемые периоды отмечено в северо-западной и юго-восточной жилых зонах, где комплексный показатель «Р» составил от 32,3 до 42,3 единиц.

В зависимости от расстояния жилых зон от заводов по производству фосфорных минеральных удобрений и от интенсивности господствующих ветров сформированы уровни среднегодовой концентрации фтора в водоисточниках центральной (42,9 и 52,6 ПДК), северо-западной (42,8 и 51,8 ПДК) и северо-восточной (38,7 и 48,2 ПДК) жилых зонах. Такое же положение распространяется и к закономерности формирования уровня среднегодовой концентрации фосфатов. Так, его уровень в центральной жилой зоне в период социально-экономического кризиса составил от 36,4 до 41,4 ПДК, а в период восстановления повысилась до 46,4 ПДК в центральной, до 48,7 ПДК в юго-восточной, до 46,2 ПДК в северо-западной и до 41,7 ПДК в северо-восточной жилых зонах.

В последние 5 лет (2000-2004гг.) загрязнение поверхностных водоисточников значительно усилилось. Уже к чрезвычайному уровню загрязнения отнесены водоисточники не только юго-западной жилой зоны (Ксум=121,3), но и юго-восточного селитебного (Ксум=103,7) района территории города. Уровень загрязнения водоисточников остальных жилых зон находится в пределах от 81,9 до 98,5 единиц, характеризующаяся как «очень высокий» уровень загрязнения.

Таким образом, уровень загрязнения водоисточников и степень его опасности для здоровья населения прямо детерминирован количественной и качественной характеристикой выбросов предприятий по выпуску фосфорных минеральных удобрений, сформировавших биогеохимическую провинцию в Жамбылской области. Среднегодовая концентрация фосфорного ангидрида в почве юго-западной зоны города превышала ПДК 23,7 раза, центральной жилой зоне 21,3 раза, юго-восточной жилой зоне 22,8 раза, северо-западной зоне 22 раза и северо-восточной зоне 19,4 раза.

Уровень среднегодовой концентрации фтора в почве юго-западной жилой зоне был наибольшим (28,9 ПДК), а наибольший уровень его среднегодовой концентрации была установлена в северо-восточной жилой зоне 20,3 ПДК. В центральной (24,1 ПДК), юго-восточной (26,4 ПДК), северо-западной (25,8 ПДК) жилых зонах среднегодовая концентрация по фтору также была значительна.

Среднегодовая концентрация фосфористого водорода в почве по жилым зонам повторяет ту же закономерность, что и по фосфорному ангидриду и фтору. Максимальная среднегодовая концентрации фосфористого водорода установлена в почве юго-западной жилой зоны (24,6 ПДК), а минимальная среднегодовая концентрация зафиксирована в почве северо-восточной жилой зоны и составила 122,85 мг/кг

(18,9 ПДК). Преимущественное загрязнение почвы юго-восточной, юго-западной жилых зон соединениями фосфора объясняется наименьшим расстоянием до источников загрязнения, преобладающим уровнем «розы ветров» по этим направлениям.

Таким образом, в зависимости от расстояния жилых зон до фосфорных заводов, метеорологических условий жилые зоны города в разной степени загрязнены фосфорными соединениями и фтором. По результатам наших исследований загрязненность почвы жилых зон города за последние 5 лет значительно возросла. Среднегодовая концентрация фосфорного ангидрида в почве жилых зон города в 2000-2004гг. превышала ПДК от 34,3 до 42,6 ПДК, фтора от 39,2 до 48,4 ПДК, а по фосфористому водороду от 36,5 до 44,5 ПДК.

Оценка суммарного показателя загрязнения почв жилых зон города показала, что наибольшее антропогенное значение почвы, характеризующееся как «очень высокая» степень опасности для здоровья населения отмечается в юго-западной зоне, уровень которой составляла в среднем от 38,2 до 66,8 единиц. К очень высокой степени опасности загрязнения почвы относятся также центральная (от 31,3 до 54,7 ед.), юго-восточная (от 35,3 до 61,9 ед.) жилые зоны города.

Суммарный уровень показателя загрязнения почв жилых зон характеризуется «чрезвычайно высокой» степенью опасности для здоровья. Только лишь северо-западной (48,3) и северо-восточной жилых зонах суммарный уровень показателя загрязнения почв оценен как «очень высокая» степень опасности для здоровья. В целом, в зависимости от интенсивности выбросов фосфорных заводов суммарный уровень показателя загрязнения почвы находился в пределах от «очень высокой» до «чрезвычайно высокой» степени опасности для здоровья населения города.

В связи с восстановлением мощности заводов по производству фосфорных минеральных удобрений отмечается резкое ухудшение состояния окружающей среды. В юго-западной жилой зоне города складывается зона экологического бедствия (102,9), а во всех остальных жилых зонах города складывается чрезвычайно опасная степень загрязнения окружающей среды, которые способствуют резкому ухудшению демографической ситуации и здоровья населения этих жилых зон города. Состояние здоровья населения можно оценить следующим образом: наблюдается дальнейшее увеличение заболеваемости, хронизация имеющихся патологий, которые влияют на демографические и генетические сдвиги в организме.

Исследования, проведенные, нами позволили установить зональное загрязнение объектов окружающей среды основными химическими веществами, представляющих выбросы фосфорных заводов. Полученные данные о загрязнении атмосферного воздуха в период от 1995-1999гг. показали, что высокий уровень загрязнения атмосферного воздуха фосфином в северо-западном направлении отмечен на расстоянии 5 км, 10 км., 20 км, где концентрация химического вещества превышала ПДК в 21,4; 14,9; 3,2 раза соответственно. В южном направлении на расстоянии 10 км уровень содержания фосфина в атмосферном воздухе составил 0,128 мг/м, что превышает ПДК в 12,8 раза.

В восточном и северном направлении на расстоянии 10 км превышение ПДК концентрации фосфина в атмосфере составило 8,7 и 13,4 раза соответственно. В северо-западном направлении в 5 км от фосфорных предприятий концентрация фтористого ангидрида в атмосферном воздухе превышала ПДК в 34,3 раза (0,688 мг/м), в 10 км 22,7 раза (0,454 мг/м) в 20 км - 8,3 раза (0,066 мг/м). В южном, восточном, северном направлении на расстоянии 10 км от источника превышение ПДК по фтористому водороду было 18,9; 12,1 и 20,6 раза соответственно. В северо-западном направлении на расстоянии 5 км максимальная концентрация фосфорного ангидрида достигла 2,867 мг/м, а среднегодовая его концентрация превышала ПДК 18,6 раза. На расстоянии 10 км (11,6 ПДК) и 20 км (2,4 ПДК) концентрация этого химического вещества в атмосфере значительно меньше, но также остается выше предельно-допустимой концентрации. В южном, восточном и северном направлении на расстоянии 10 км от источника выбросов концентрация фосфорного ангидрида превышала ПДК в 10,7; 6,4, и 12,0 раз.

Таким образом, состояние воздушного бассейна находилось в прямой зависимости от расстояния источников выбросов в атмосферу фосфорных соединений. В соответствии с вводом новых и восстановления старых мощностей фосфорных заводов, в период 2000-2004г.г. увеличился объем выбросов вредных веществ в окружающую среду. В этот период объем выбросов составил в среднем от 80,0 до 82,9 тыс. тонн в год. В контрольном пункте в северо-западном направлении на расстоянии 5 км от источника выбросов среднегодовая концентрация фосфина достигла 38,2 ПДК, фтористого водорода 59,7 ПДК, фосфорного ангидрида 32,1 ПДК, диоксида серы 2,8 ПДК и окиси углерода 3,2 ПДК.

На расстоянии 10 км, 20, 30 км превышение ПДК по фосфину составило от 6,2 до 28,7 раза, по фтористому водороду от 1,2 до 48,5 раза, по фосфорному ангидриду от 1,2 до 22,7 раза. Выросла загрязненность атмосферного воздуха биогеохимической провинции в южном, восточном и северном направлении. При этом на расстоянии 10 км от источников выбросов концентрация фосфина превышала ПДК 19,2, 16,2, 19,4 раза, по фтористому водороду в 39,2; 31,7 и 42,3 раза, по фосфорному ангидриду в 16,9; 14,3 и 17,2 раза. В атмосфере превышение ПДК по диоксиду серы в северозападном направлении составило 1,9 раза, в южном направлении 1,02 раза и северном направлении 1,2 раза. Таким образом, уровень загрязнения атмосферного воздуха биогеохимической провинции химическими веществами фосфорного генеза прямо детерминирован с мощностью фосфорных предприятий, объемов выбросов в окружающую среду и расстоянием от источников загрязнения. Уровень загрязнения атмосферного воздуха по комплексному

показателю «Р» выглядит следующим образом. По характеристике «очень сильное загрязнение» отмечено в 5 и 10 км. по северо-западному направлению (39,4 и 26,7), а также в 10 км. от источника выбросов по северному направлению (24,1). Антропогенное загрязнение, характеризуемое как «сильное» установлено в 20 км от (21,9) источника по северо-западному, 10 км от источника выбросов по южному (22,9) и восточному (20,3) направлениям. «Умеренное» антропогенное загрязнение отмечено 30 и 40 км от источника загрязнения по северо-западному направлению (10,3 и 7,4).

Таким образом, основными элементами-загрязнителями атмосферного воздуха биогеохимической провинции являются фосфин, фосфорный и фтористый ангидрид, диоксид серы и окись углерода. Развитие фосфорной промышленности в регионе воздействия на природную среду ведет к непрерывному накоплению в других объектах, в т.ч. в почве и воде перечисленных химических элементов.

К химическим элементам, не оказывающим вредного воздействия на окружающую среду, т.к. они содержатся в концентрациях, близких или ниже с уровнями их природного фона можно отнести аммиак, свинец, двуокись азота и углеводистые соединения.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о продолжающемся и значительном загрязнении атмосферного воздуха газообразными и пылевыми выбросами заводов по производству фосфорных минеральных удобрений, в которых содержится значительное количество фосфина, фосфорного и фтористого ангидрида.

Как известно, выбросы заводов по выпуску фосфорных минеральных удобрений не локализованы и распространяются на всю территорию биохимической провинции. В 25 км от источников выбросов в юго-западном направлении водоисточники также наибольшей степени загрязнены фторидами (28,3 ПДК) и фосфатами (26,4 ПДК). В этой зоне среднегодовая концентрация железа (0,09 ПДК), свинца (0,42), цинка (0,06), меди (0,08 ПДК), хрома (0,36 ПДК), аммиака (0,16 ПДК), хлоридов (0,33 ПДК) характеризуется более низкими показателями загрязнения. На расстоянии 50,0 и 100,0 км в юго-западном направлении концентрация фторидов и фосфатов в поверхностных водоисточниках значительно снижается и составляет от 0,9 до 7,3 ПДК.

В южном направлении в 10 км от источников выбросов среднегодовая концентрация фторидов и фосфатов превышала ПДК на 16,4 и 19,2 раза соответственно. В восточном направлении в 10 км от фосфорных заводов среднегодовая концентрация вышеуказанных химических веществ несколько ниже, чем в южном направлении, но превышает ПДК от 10,8 до 12,4 ПДК, а в северном направлении и наоборот выше и составляет от 18, 2 до 21,8 ПДК.

Настоящее исследование подтвердило мнение, что и в условиях социально-экономического кризиса выбросы фосфорных предприятий продолжали загрязнять объекты окружающей среды. При этом концентрация основных факторов значительно превышала предельно допустимые их концентрации, представляя угрозу для здоровья населения биогеохимической провинции.

Чрезвычайно опасной степени загрязнения подвергнуты окружающая среда северо-западной, и северо-восточной селитебных зон города на расстоянии 20-30 км от источников загрязнения по юго-западному направлению (Кос = 84,3 и 65,6) в районе сел Урнек и Тамды; в 10 км от источников загрязнения в южном направлении (с. Кумшагал, Кос = 87,3), по восточному (с. Кызыл Кайнар, Кос = 83,9) и северному - (с. Мырзатай, Кос = 92,6).

К опасной степени загрязнения окружающей среды отнесена биогеохимическая провинция в 40 км от источников загрязнения по юго-западному направлению господствующих ветров, в районе г. Каратау (Кос = 37,9). Таким образом, ранжирование территории на основе интегрального показателя позволило выделить зоны экологического бедствия и чрезвычайно опасные участки, где необходима реализация государственных природоохранных мероприятий, осуществляемых на основе экологического законодательства Республики Казахстан.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Саурбаев Т.К., Ахметова С.Д., Боребекова Ж.М., Уткельбаев Б. Проблемы совершенствования системы реформирования первичного звена здравоохранения // Международная научно-практическая конференция «Научные основы политики охраны здоровья и формирования здорового образа жизни в Республике Казахстан». Сб. научных трудов. - Алматы, 2003. - С. 180-182.
2. Абилядаев Т.Ш. Совершенствование системы территориально-отраслевого планирования и управления здравоохранением на региональном уровне // Материалы 2-ой Республиканской научно-практической конференции «Опыт проблемы и перспективы реформирования здравоохранения в РК». - Алматы, 2001. - С. 107-110.

УДК 614.7.616.-053.2-074

#### ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ С СОСТОЯНИЕМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

М.А. Тубанова

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Биогеохимиялық аймақ халқының денсаулық жағдайының көрсеткіші мен денсаулық сақтау мекемелерінің қызметін байланыстыра талдағанда, келесідей мәселелер анықталды: биогеохимиялық аймақтағы бала туыну деңгейі денсаулық сақтау мекемелерінің мынадай қызметтерімен тығыз байланысты: дәрігерлердің бақылауында болу көрсеткіші, диспансерлік бақылаудың қамтылуы, науқастардың төсекте жату ұзақтығы, өлім жағдайы.

SUMMARY

The analysis of interrelation of parameters of health of the population of a biogeochemical province, with activity healthcare organization has shown the following, that the level of birth rate in biochemical provinces has close, direct, firsthand information with such parameters of activity of establishments healthcare organizations, as the general number of visiting to doctors, scope of the population dispenser supervision, as work of a cot in a year, average duration of stay of patients on a cot, death and close, return authentic communication with a parameter, as a turn of a bed.

Специфические особенности Каратау-Жамбылской биогеохимической провинции связаны с производством фосфорных минеральных удобрений. В атмосферный воздух, почву и поверхностные воды поступает значительное количество фосфорорганических соединений [1].

Анализ состояния объектов окружающей среды показывает, что с 2000 года не произошло существенного снижения величины общего выброса загрязняющих веществ от стационарных источников. В выбросах фосфорных предприятий города Тараз присутствует более 55 химических веществ и соединений, из которых 9 относятся к I и II классу опасности. Они вызывают развитие экологически зависимых патологий.

В патогенезе этих заболеваний играют существенную роль, как высокая степень загрязненности среды, так и развивающиеся на этом фоне нарушения симпатико-адреналовой системы. Комплексное и постоянное воздействие на организм большого количества фосфорных соединений в концентрациях, в несколько раз превышающих ПДК, высоких концентраций фтористого ангидрида может приводить к хронификации стресса. Создается риск возникновения и обострения «стресс-зависимых» болезней, в их числе нейроциркуляторную дистонию, например, принято даже считать предстadium диффузного токсического зоба [2].

Таким образом, даже беглое рассмотрение свойств комплекса тяжелых металлов, загрязняющих почву, воду, сельскохозяйственную продукцию в районе г.Тараз доказывает существование возможностей для реализации их токсических, мутагенных, тератогенных и канцерогенных свойств, что не может не сказаться на показателях здоровья взрослого и детского населения. Однако, для окончательного суждения о влиянии указанных тяжелых металлов и других неблагоприятных экологических факторов на здоровье людей, необходимо иметь документальное подтверждение. Нами проведен анализ документов автоматизированной государственной службы «Здоровье» за исследуемый период с 2002 года.

Данные о заболеваемости детского и взрослого населения, относящиеся к началу нашей работы в регионе (2002-2007 годы) показывают, что ведущее место в общей структуре патологии занимали экологически зависимые болезни. Так, у детей болезни верхних дыхательных путей составляли 72%, а болезни других органов дыхания (трахеи, бронхов, легкого) - 16,01%. Следующие по значимости виды патологий – это болезни эндокринной системы (4,35%), что вполне объяснимо, т.к. органы эндокринной системы, особенно щитовидная железа - это индикаторы экологического неблагополучия (таблица 1).

Таблица 1 – Заболеваемость детей (0-14 лет) в г.Тараз (n/1000)

№	Заболевания	Годы					
		2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Новообразования	1,0	0,3	0,3	0	0	0
2	Болезни эндокринной сист.	100,0	24,2	8,7	28,63	11,73	8,53
3	Болезни крови и кров.орг.	9,45	10,5	8,1	1,91	3,2	5,86
4	Болезни глаз	30,0	29,0	35,0	25,23	32,52	32,52
5	Болезни уха	81,7	64,0	55,6	34,35	38,39	60,25
6	Болезни верхн.дых. путей	1650,0	1230,0	1224,0	829,52	994,13	993,86
7	Болезни орг.дыхания	370,0	228,4	331,2	183,42	109,84	159,15
8	Болезни ЖКТ	15,6	21,2	13,1	18,24	29,06	36,25
9	Болезни мочеполов. системы	3,2	3,6	2,8	1,7	5,6	5,33
10	Болезни кожи	30,1	33,4	26,8	19,33	20,26	14,12

У взрослых среди типичных видов патологии на первом месте также находились болезни верхних дыхательных путей, составляя 53,5% от всех видов заболеваний, а болезни трахеи, бронхов и легкого составляли 15,2% от общей суммы болезней. Второе место занимали ишемическая и гипертоническая болезнь (10,8%), а третье – болезни желудочно-кишечного тракта (10,0%). Именно эти виды патологии стали предметом пристального внимания специалистов нашей академии в процессе реализации программы по повышению квалификации медицинских кадров и оздоровлению населения г.Тараз.

Ретроспективный анализ данных о динамике и структуре заболеваемости взрослого и детского населения за 2002-2007 годы показывает, что на фоне продолжающегося преобладания экологически зависимых видов патологии общая картина заболеваемости характеризуется определенными изменениями. Установлено, что в г.Тараз продолжается, хотя и незначительное снижение рождаемости (в 2002г. - 11,1%, в 2007 - 8,6‰) и увеличение общей смертности (6,7‰ и 7,8‰ соответственно). Число преждевременных родов продолжает увеличиваться (40% и 45%), растет и показатель младенческой смертности (с 9,9 в 2002 до 12,8/1000 в 2007 г.). Вместе с тем, сравнение показателей общей заболеваемости детей (таблица 33) показывает, что уменьшилось количество случаев (п/1000) болезней эндокринной системы, верхних дыхательных путей, органов дыхания (трахеи, бронхов, легких), болезней кожи у детей за 2002-2007 годы.

Обращает на себя внимание и тот факт, что за период 2002-2007 г.г. уменьшилось количество детей с хроническими видами патологии, стоящих на диспансерном учете (язвенная болезнь, хронический тонзиллит, хронические заболевания кожи, хронические пневмонии). С другой стороны, перечень видов патологии, требующих диспансерного наблюдения, расширился. В него введены такие виды патологии как респираторные аллергозы (7,6/1000 детей состояло учете в 2007 году), бронхиальная астма (2,4/1000), сахарный диабет (0,3/1000) и врожденные пороки (4,7/1000).

Уменьшение заболеваемости по перечисленным видам патологии можно расценить как положительный эффект от проводимой лечебно-профилактической работы, совершенствования методов диагностики в рамках осуществляемой программы. Однако, на относительно постоянном уровне продолжают оставаться показатели заболеваемости болезнями крови, глаз, а количество случаев заболеваний ЖКТ и мочеполовой системы возросло более, чем в 2 раза. Ведущее место в общей структуре заболеваемости детей занимают по прежнему, болезни дыхательных путей, ЖКТ и глаз (таблица 2).

Анализ общей заболеваемости и ее структуры у взрослого населения (таблица 3) показывает, что за исследуемый период времени (с 2002-2007 год) также уменьшилась заболеваемость по нескольким видам патологии (болезни крови, глаз, ишемическая и гипертоническая болезнь, болезни верхних дыхательных путей и органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и кожи). Увеличилось количество новообразований. На этом фоне ведущее место в общей структуре заболеваемости (таблица 4) у взрослых, как и у детей, продолжают занимать болезни органов дыхания. На втором месте гипертоническая и ишемическая болезнь, на 3-м – болезни желудочно-кишечного тракта, на 4-м – болезни кожи, т.е. виды патологии, которые, как уже отмечалось, принято относить к экологически зависимым.

Таблица 2 – Доля отдельных видов патологии в общей структуре заболеваемости у детей (в%)

№	Заболевания	Годы					
		2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Новообразования	0,00	0	0	0	0	0
2	Болезни эндокринной сист.	4,35	2,05	0,55	2,5	0,94	0,65
3	Болезни крови и кров. Орг.	0,43	0,64	0,47	0,18	0,26	0,45
4	Болезни глаз	1,32	1,75	2,06	2,14	2,61	2,47
5	Болезни уха	3,54	3,92	3,32	3,0	3,09	4,58
6	Болезни верхн. дых. Путей	72,0	75,2	72,2	72,5	79,83	75,53
7	Болезни орг. Дыхания	16,01	11,3	19,2	16,0	8,82	12,09
8	Болезни ЖКТ	0,68	1,29	0,76	1,74	2,33	2,76

Таблица 3 – Показатели заболеваемости взрослых в г.Тараз (п/1000)

№	Заболевания	Годы					
		2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Новообразования	1,56	1,56	2,7	2,56	3,02	3,15
2	Болезни эндокринной сист.	3,5	1,62	1,51	2,43	2,5	3,22
3	Болезни крови и кров. орг.	1,69	2,34	2,21	0,74	1,77	1,24
4	Болезни глаз	15,29	14,10	12,54	10,12	10,19	9,26
5	Болезни уха	14,2	14,3	15,4	10,26	10,78	13,34
6	Ревматизм (акт. ф.)	1,3	0,91	0,45	0,2	0,32	0,39
7	Ишемическая болезнь				14,91	19,06	21,36
8	Гипертонич. Болезнь	63,8	63,2	55,47	26,86	27,08	30,56
9	Болезни верхн. дых. Путей	305,4	277,7	237,9	204,82	187,75	197,07
10	Болезни орг. Дыхания	90,0	70,78	88,1	84,29	41,41	72,44
11	Болезни ЖКТ	58,6	60,4	56,7	36,44	43,32	43,71
12	Болезни мочеполовой системы	8,00	7,47	6,89	6,21	8,15	9,33
13	Болезни кожи	18,1	15,54	17,87	14,1	14,86	10,12



14	Сумма болезней	582,4	521,3	490,6	413,96	370,13	415,19
----	----------------	-------	-------	-------	--------	--------	--------

Таблица 4 – Доля отдельных видов патологии в общей структуре заболеваемости у взрослых (в %)

№	Заболевания	Годы					
		2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Новообразования	0,30	0,29	0,63	0,58	0,82	0,76
2	Болезни эндокринной сист.	0,59	0,31	0,34	0,55	0,67	0,78
3	Болезни крови и кр.орг.	0,29	0,45	0,45	0,17	0,48	0,3
4	Болезни глаз	2,8	2,7	2,6	2,34	2,75	2,23
5	Болезни уха	2,4	2,7	3,1	2,27	2,91	3,21
6	Ревматизм	0,22	0,17	0,09	0,05	0,09	0,09
7	ИБС+гипертония	10,8	12,0	11,3	10,22	12,47	12,51
9	Болезни верхн.дых путей	53,5	52,08	48,3	51,11	50,75	47,45
10	Болезни орг.дыхан.	15,2	13,5	17,0	12,15	11,19	17,45
11	Болезни ЖКТ	10,0	11,4	10,2	8,8	11,7	10,53
12	Болезни мочеполов. Системы	1,66	1,42	1,4	1,55	2,2	2,25
13	Болезни кожи	10,0	3,0	4,2	3,21	4,01	2,44

Таким образом, изложенное позволяет сделать следующие выводы: В г.Тараз как следствие интенсивного развития промышленности по производству фосфорных минеральных удобрений сформировалась специфическая среда, характеризующаяся присутствием в воздухе в повышенных количествах промышленной пыли (оседающей на ландшафт), постоянными компонентами которой являются фосфоорганические соединения, в питьевой воде обнаруживаются фосфорный ангидрид, фтористый водород. Экологическое неблагополучие является в ряду других причин основой возникновения и распространения экологически зависимых видов патологии. Среди них ведущее место занимают болезни органов дыхания, болезни эндокринной системы у детей, болезни органов дыхания, ишемическая и гипертоническая болезни, заболевания желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы и глаз у взрослых.

За период с 2002 по 2007 год наметилась положительная динамика в распространенности ряда заболеваний. Уменьшилось количество детей с болезнями эндокринной системы, кожи, верхних дыхательных путей, трахеи, бронхов и легких. У взрослых снизилась заболеваемость по таким видам патологии, как болезни глаз, ишемическая и гипертоническая болезнь, болезни органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и кожи. Снижение заболеваемости может рассматриваться как показатель эффективности проводимых организационных, диагностических, лечебно-профилактических мероприятий в рамках осуществляемой программы.

Наряду с отмеченным снижением распространенности экологически зависимых болезней общий уровень заболеваемости ими остается еще высоким, а по некоторым видам патологии (болезни ЖКТ и глаз, онкологические болезни) отмечен даже рост. Это служит основанием для продолжения интенсивной работы в заданном направлении.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Булешов М.А., Абдухалыков А.М., Кульмаханов К.А. Методические подходы при оценке состояния здоровья населения в связи с воздействием комплекса неблагоприятных факторов // Сборник трудов международной научно-практической конференции «Стратегия развития здравоохранения Казахстана в 21 веке». - Алматы, 2001. – С. 348.
2. Алтынбеков Б.Е., Булешов М.А., Торгаутов Б.К., Жетыбаев Б.К. Влияние социально-гигиенических факторов на формирование и развитие биогеохимической провинции в районе дислокации крупных промышленных предприятия // Ежеквартальный научный журнал «Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии». – Шымкент, 2001. - №4. – С. 99-101.

УДК 614.7.616.-053.2-074

#### РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НАСЕЛЕНИЮ БИОГЕОХИМИЧЕСКОЙ ПРОВИНЦИИ

*М.А.Тубанова*

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

#### ТҮЙІН

Биогеохимиялық аймақтағы денсаулық сақтау жүйесін Жамбыл облысының басқа өңірлерімен салыстыра талдағанда келесідей ерекшеліктер анықталды: биогеохимиялық аймақтың барлық қалалары мен аудандарының дәрігерлермен қамтылу дәрежесі артқан; биогеохимиялық аймақ пен бақылаудағы аудандар халқының аурухана жатын орындарымен қамтылуы жоғарылаған; биогеохимиялық аймақтың денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыру көлемі артқан.

#### SUMMARY

Analysis of the resource ensure of the health system biogeochemical provinces as compared with control areas of Zhambyl oblast has identified the following features: the general increase in the availability of doctors in all towns and areas, the overall improvement of the availability of beds, population growth in the overall funding of the health system biogeochemical provinces.

С использованием разработанных алгоритмов и моделей был произведен анализ ситуации в системе здравоохранения биогеохимической провинции. Рассчитаны интегрированные показатели здоровья, динамика их изменения при различном ресурсном обеспечении, определены прогнозируемые коэффициенты эффективности (таблица 1, рис. 1). В результате проведенных исследований были определены приоритетные направления развития и потребности в ресурсах: увеличение финансирования (на 1 жителя в год), повышение укомплектованности средним медицинским персоналом, снижение средней продолжительности пребывания больных на койке, увеличение расходов на скорую помощь. Число посещений на одного жителя в год в лечебно-профилактические учреждения имеет тесную прямую связь с обеспеченностью населения койками ( $r = + 0,769$ ) и с кассовыми расходами на здравоохранение ( $r = + 0,653$ ) и обратную тесную, достоверную связь с обеспеченностью населения врачами ( $r = - 0,933$ ) и обратную средней силы связь с расходами на одного жителя в год с учетом всех статей ( $r = - 0,38$ ) и с общей суммой ассигнований на здравоохранение ( $r = - 0,329$ ). Таким образом, одной из предпосылок использования математических методов анализа является независимость исследуемых показателей. Предложен простой и эффективный метод исключения мультиколлинеарности, основанный на алгоритме «дискретных корреляционных плеяд». Проведен анализ показателей деятельности ЛПУ, состояния здоровья населения, экономических показателей, сформированы оптимальные наборы признаков для каждого уровня управления: районный, городской, областной. На основе метода множественной корреляции проведен детальный анализ взаимного влияния показателей из различных групп.

В результате проведенного анализа выявлено, что показатели здоровья населения (рождаемость, смертность, общая заболеваемость, госпитализированная заболеваемость, обращаемость населения в скорую помощь, первичный выход на инвалидность) имеют прямую связь с общим числом посещений населения к врачам, охватом населения диспансерным наблюдением, с работой койки, летальностью в стационаре, длительностью пребывания больных на койке.



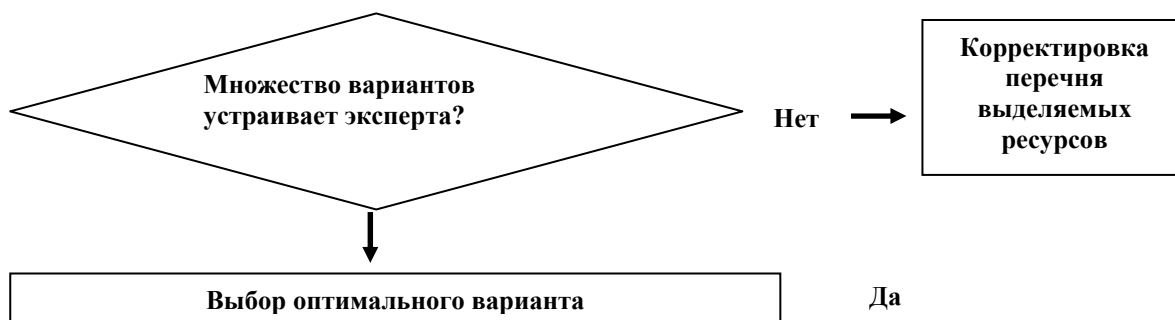


Рисунок 1 - Схема алгоритма формирования множества перспективных вариантов целевой программы

Таблица 1 - Прогнозируемые интегрированные показатели здоровья населения и коэффициенты эффективности по г.Тараз на 2010 год при увеличении ресурсообеспеченности на 5 %

Наименование выделяемого ресурса	Прогнозируемый на 2010 г. интегрированный показатель здоровья	Прогнозируемый на 2010г. коэффициент эффективности
	г.Тараз ПЗ=195	г.Тараз
Обеспеченность врачами	196	0,5
Обеспеченность врачами, имеющими категорию	200	3,6
Обеспеченность средним мед. персоналом	203	4,8
Обеспеченность койками	195	0,1
Расходы на жителя в год	210	10,1
Стоимость 1 к/д	200	3,1
Расходы на скорую мед.помощь	208	8,6

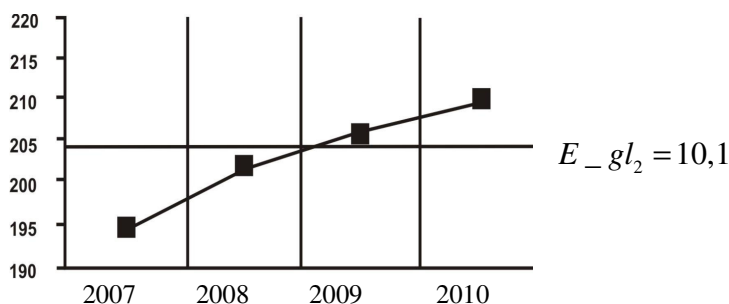


Рисунок 2 - Прогнозируемое изменение интегрированного показателя здоровья по г.Тараз при увеличении на 5% расходов на 1 жителя в год

Как показал корреляционный анализ взаимосвязи показателей деятельности учреждений здравоохранения промышленно развитого региона, в частности г.Тараз и экологически неблагоприятных районов с их ресурсным обеспечением общее число посещений к врачам имеет тесную, прямую, достоверную связь с такими характеристиками ресурсов здравоохранения, как общая сумма ассигнований на здравоохранение регионов ( $r = + 0,981$ ), стоимость одного койко-дня ( $r = + 0,898$ ), фактические расходы на здравоохранение региона ( $r = + 0,842$ ) и обратную, тесную достоверную связь с кассовыми расходами на здравоохранение ( $r = - 0,967$ ), с обеспеченностью койками ( $r = - 0,877$ ), с расходами на одного жителя в год ( $r = - 0,507$ ).

Показатели здоровья населения биогеохимической провинции имеют прямую тесную связь с такими характеристиками ресурсного обеспечения региона как кассовые расходы на обеспечение медицинской помощи, расходы на одного жителя в год, обеспеченность врачами и койками, стоимость одного койко-дня и одного посещения в поликлинику.

Экологическая среда биогеохимической провинции характеризуется наличием в воздухе в повышенных количествах диоксида азота, формальдегида, бензпирена, промышленной пыли, содержащей в высоких концентрациях соединения тяжелых металлов, а также обнаруживающихся в питьевой воде и приводящих к возникновению и распространению экологически зависимых видов патологии: болезней органов дыхания, заболеваний желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, органов зрения и сердечнососудистой системы.

Комплексная оценка состояния здоровья населения исследуемых регионов возможна с использованием разработанного интегрированного показателя здоровья, позволяющего учесть значения рождаемости, смертности, младенческой смертности, общей заболеваемости, госпитализированной заболеваемости, числа

вызовов скорой помощи, первичного выхода на инвалидность с учетом значимости каждого отдельного показателя. Разработана система бальных оценок для каждого показателя, значимость (вес) которых определялась на основе экспертных оценок с использованием метода априорного ранжирования [1-3].

Для прогнозирования изменения показателей здоровья населения в ответ на выделение различных ресурсов построены регрессионные модели, описывающие взаимосвязи между отдельными показателями. В часть моделей в качестве параметра введено время, что позволяет получать долгосрочные прогнозы. Модели разработаны для «сквозных» показателей районного, городского и областного уровней управления.

Сравнение эффективности использования целевых программ в различных регионах возможно с учетом динамики изменения одного или нескольких контролируемых показателей на основе разработанного критерия эффективности. Данный критерий основан на предположении, что важность нормализации показателей здоровья населения изменяется по экспоненциальному закону, начиная с первого дня внедрения целевой программы.

На основе разработанных моделей и алгоритмов произведен анализ ситуации в биогеохимической провинции и определены приоритетные направления развития. Приоритетными направлениями для выделения ресурсов в системе здравоохранения в биогеохимической провинции являются: увеличение финансирования (на 1 жителя в год); повышение укомплектованности средним медицинским персоналом; снижение средней продолжительности пребывания больных на койке; увеличение расходов на скорую помощь.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абилядаев Т.Ш. Совершенствование системы территориально-отраслевого планирования и управления здравоохранением на региональном уровне // Материалы 2-ой Республиканской научно-практической конференции «Опыт проблемы и перспективы реформирования здравоохранения в РК». – Алматы, 2001. – С. 107-110.
2. Турлыбеков Ж.Т., Сакбаев О.С., Абилядаев Т.Ш., Омарбекова С.Ж., Саурбаев Т.К., Доскулов О.Н. Основные проблемы и некоторые результаты реформирования системы здравоохранения в Жамбылской области // Ежеквартальный научно-практический бюллетень «Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением». – Алматы, 2003. – №26. – С. 6-9.
3. Булешов М.А. Комплексное изучение состояния здоровья работающих в фосфорном производстве Казахстана (на примере г.Шымкент). – Москва, 1991. – С. 24.

УДК 614.7.616.-053.2-074

#### РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ БОЛЕЗНЕЙ

*М.А. Тубанова*

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

#### ТҮЙІН

Мәліметтерде берілген ретроспективті талдаулар 2002-2007 жылғы ересек және балалар арасындағы тұрғындардың динамикасы мен құрылымы көрсетіліп, соның әсерінен аурудың жалпы көрінісі экологияға сай түрлі өзгерістерді айқындады. Аурудың жалпы деңгейі экологияға байланысты таралуы төмендегенімен әлі де жоғары көрсеткішті көрсетуде, ал кейбір аурудың түрлері (АҚЖ және көз, онкологиялық аурулар) өсуде. Берілген тапсырманың әлі де интенсивті түрде жұмыс жүргізілуі керек екенін көрсетуде.

#### SUMMARY

The retrospective analysis of the data about dynamics and structure of disease of the adult and children's population for 2002-2007 shows that against proceeding prevalence of ecologically dependent kinds of a pathology the disease overall picture is characterized by certain changes. Along with noted decrease in prevalence of ecologically dependent illnesses the general level of disease of them remains still high, and by some kinds of a pathology (illness and the eye, oncological illnesses) isn'ted even growth. It forms the basis for hard work continuation in the set direction.

Специфические особенности биогеохимической провинции связаны с производством фосфорных минеральных удобрений. В атмосферный воздух, почву и поверхностные воды поступает значительное количество фосфорорганических соединений. Анализ состояния объектов окружающей среды показывает, что с 2000 года не произошло существенного снижения величины общего выброса загрязняющих веществ от стационарных источников. В выбросах фосфорных предприятий города Тараз присутствует более 55 химических веществ и соединений, из которых 9 относятся к I и II классу опасности. Они вызывают развитие экологически зависимых патологий (1-2).

В патогенезе этих заболеваний играют существенную роль, как высокая степень загрязненности среды, так и развивающиеся на этом фоне нарушения симпатико-адреналовой системы. Комплексное и постоянное воздействие на организм большого количества фосфорных соединений в концентрациях, в несколько раз превышающих ПДК, высоких концентраций фтористого ангидрида может приводить к хронификации стресса. Создается риск возникновения и обострения «стресс-зависимых» болезней, в их числе нейроциркуляторную

дистонию, например, принято даже считать предстадией диффузного токсического зоба. Таким образом, даже беглое рассмотрение свойств комплекса тяжелых металлов, загрязняющих почву, воду, сельскохозяйственную продукцию в районе г.Тараз доказывает существование возможностей для реализации их токсических, мутагенных, тератогенных и канцерогенных свойств, что не может не сказаться на показателях здоровья взрослого и детского населения.

Однако, для окончательного суждения о влиянии указанных тяжелых металлов и других экологических факторов на здоровье людей, необходимо иметь документальное подтверждение.

Нами проведен анализ документов автоматизированной государственной службы «Здоровье» за исследуемый период. Данные о заболеваемости детского и взрослого населения, относящиеся к началу нашей работы в регионе (2002-2007 годы) показывают, что ведущее место в общей структуре патологии занимали экологически зависимые болезни. Так, у детей болезни верхних дыхательных путей составляли 72%, а болезни других органов дыхания (трахеи, бронхов, легкого) - 16,01%. Следующие по значимости виды патологий – это болезни эндокринной системы (4,35%), что вполне объяснимо, т.к. органы эндокринной системы, особенно щитовидная железа - это индикаторы экологического неблагополучия (таблица 1).

Таблица 1 – Заболеваемость детей (0-14 лет) в г.Тараз (п/1000)

№	Заболевания	Годы					
		2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Новообразования	1,0	0,3	0,3	0	0	0
2	Болезни эндокринной сист.	100,0	24,2	8,7	28,63	11,73	8,53
3	Болезни крови и кров.орг.	9,45	10,5	8,1	1,91	3,2	5,86
4	Болезни глаз	30,0	29,0	35,0	25,23	32,52	32,52
5	Болезни уха	81,7	64,0	55,6	34,35	38,39	60,25
6	Болезни верхн.дых. путей	1650,0	1230,0	1224,0	829,52	994,13	993,86
7	Болезни орг.дыхания	370,0	228,4	331,2	183,42	109,84	159,15
8	Болезни ЖКТ	15,6	21,2	13,1	18,24	29,06	36,25
9	Болезни мочеполов. системы	3,2	3,6	2,8	1,7	5,6	5,33
10	Болезни кожи	30,1	33,4	26,8	19,33	20,26	14,12

У взрослых среди типичных видов патологии на первом месте также находились болезни верхних дыхательных путей, составляя 53,5% от всех видов заболеваний, а болезни трахеи, бронхов и легкого составляли 15,2% от общей суммы болезней. Второе место занимали ишемическая и гипертоническая болезнь (10,8%), а третье – болезни желудочно-кишечного тракта (10,0%). Именно эти виды патологии стали предметом пристального внимания специалистов нашей академии в процессе реализации программы по повышению квалификации медицинских кадров и оздоровлению населения г.Тараз.

Ретроспективный анализ данных о динамике и структуре заболеваемости взрослого и детского населения за 2002-2007 годы показывает, что на фоне продолжающегося преобладания экологически зависимых видов патологии общая картина заболеваемости характеризуется определенными изменениями. Установлено, что в г.Тараз продолжается, хотя и незначительное снижение рождаемости (в 2002г. - 11,1%, в 2007 - 8,6‰) и увеличение общей смертности (6,7‰ и 7,8‰ соответственно). Число преждевременных родов продолжает увеличиваться (40% и 45%), растет и показатель младенческой смертности (с 9,9 в 2002 до 12,8/1000 в 2007 г.). Вместе с тем, сравнение показателей общей заболеваемости детей (таблица 2) показывает, что уменьшилось количество случаев (п/1000) болезней эндокринной системы, верхних дыхательных путей, органов дыхания (трахеи, бронхов, легких), болезней кожи у детей за 2002-2007 годы.

Обращает на себя внимание и тот факт, что за период 2002-2007 г.г. уменьшилось количество детей с хроническими видами патологии, стоящих на диспансерном учете (язвенная болезнь, хронический тонзиллит, хронические заболевания кожи, хронические пневмонии). С другой стороны, перечень видов патологии, требующих диспансерного наблюдения, расширился. В него введены такие виды патологии как респираторные аллергозы (7,6/1000 детей состояло учете в 2007 году), бронхиальная астма (2,4/1000), сахарный диабет (0,3/1000) и врожденные пороки (4,7/1000).

Уменьшение заболеваемости по перечисленным видам патологии можно расценить как положительный эффект от проводимой лечебно-профилактической работы, совершенствования методов диагностики в рамках осуществляемой программы. Однако, на относительно постоянном уровне продолжают оставаться показатели заболеваемости болезнями крови, глаз, а количество случаев заболеваний ЖКТ и мочеполовой системы возросло более, чем в 2 раза. Ведущее место в общей структуре заболеваемости детей занимают по-прежнему, болезни дыхательных путей, ЖКТ и глаз (таблица 2).

Анализ общей заболеваемости и ее структуры у взрослого населения (таблица 3) показывает, что за исследуемый период времени (с 2002-2007 год) также уменьшилась заболеваемость по нескольким видам патологии (болезни крови, глаз, ишемическая и гипертоническая болезнь, болезни верхних дыхательных путей и органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и кожи). Увеличилось количество новообразований. На этом фоне ведущее место в общей структуре заболеваемости (таблица 4) у взрослых, как и у детей, продолжают занимать болезни органов дыхания. На втором месте гипертоническая и ишемическая болезнь, на 3-м – болезни

желудочно-кишечного тракта, на 4-м – болезни кожи, т.е. виды патологии, которые, как уже отмечалось, принято относить к экологически зависимым.

Таблица 2 – Доля отдельных видов патологии в общей структуре заболеваемости у детей (в%)

№	Заболевания	Годы					
		2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Новообразования	0,00	0	0	0	0	0
2	Болезни эндокринной сист.	4,35	2,05	0,55	2,5	0,94	0,65
3	Болезни крови и кров. орг.	0,43	0,64	0,47	0,18	0,26	0,45
4	Болезни глаз	1,32	1,75	2,06	2,14	2,61	2,47
5	Болезни уха	3,54	3,92	3,32	3,0	3,09	4,58
6	Болезни верхн. дых. путей	72,0	75,2	72,2	72,5	79,83	75,53
7	Болезни орг. дыхания	16,01	11,3	19,2	16,0	8,82	12,09
8	Болезни ЖКТ	0,68	1,29	0,76	1,74	2,33	2,76

Таблица 3 – Показатели заболеваемости взрослых в г.Тараз (n/1000)

№	Заболевания	Годы					
		2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Новообразования	1,56	1,56	2,7	2,56	3,02	3,15
2	Болезни эндокринной сист.	3,5	1,62	1,51	2,43	2,5	3,22
3	Болезни крови и кров. орг.	1,69	2,34	2,21	0,74	1,77	1,24
4	Болезни глаз	15,29	14,10	12,54	10,12	10,19	9,26
5	Болезни уха	14,2	14,3	15,4	10,26	10,78	13,34
6	Ревматизм (акт. ф.)	1,3	0,91	0,45	0,2	0,32	0,39
7	Ишемическая болезнь				14,91	19,06	21,36
8	Гипертонич. болезнь	63,8	63,2	55,47	26,86	27,08	30,56
9	Болезни верхн. дых. путей	305,4	277,7	237,9	204,82	187,75	197,07
10	Болезни орг. дыхания	90,0	70,78	88,1	84,29	41,41	72,44
11	Болезни ЖКТ	58,6	60,4	56,7	36,44	43,32	43,71
12	Болезни мочеполовой системы	8,00	7,47	6,89	6,21	8,15	9,33
13	Болезни кожи	18,1	15,54	17,87	14,1	14,86	10,12
14	Сумма болезней	582,4	521,3	490,6	413,96	370,13	415,19

Таблица 4 – Доля отдельных видов патологии в общей структуре заболеваемости у взрослых (в %)

№	Заболевания	Годы					
		2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Новообразования	0,30	0,29	0,63	0,58	0,82	0,76
2	Болезни эндокринной сист.	0,59	0,31	0,34	0,55	0,67	0,78
3	Болезни крови и кр.орг.	0,29	0,45	0,45	0,17	0,48	0,3
4	Болезни глаз	2,8	2,7	2,6	2,34	2,75	2,23
5	Болезни уха	2,4	2,7	3,1	2,27	2,91	3,21
6	Ревматизм	0,22	0,17	0,09	0,05	0,09	0,09
7	ИБС+гипертония	10,8	12,0	11,3	10,22	12,47	12,51
9	Болезни верхн.дых путей	53,5	52,08	48,3	51,11	50,75	47,45
10	Болезни орг.дыхан.	15,2	13,5	17,0	12,15	11,19	17,45
11	Болезни ЖКТ	10,0	11,4	10,2	8,8	11,7	10,53
12	Болезни мочеполов. системы	1,66	1,42	1,4	1,55	2,2	2,25
13	Болезни кожи	10,0	3,0	4,2	3,21	4,01	2,44

Таким образом, изложенное позволяет сделать следующие выводы: - в г.Тараз как следствие интенсивного развития промышленности по производству фосфорных минеральных удобрений сформировалась специфическая среда, характеризующаяся присутствием в воздухе в повышенных количествах промышленной пыли (оседающей на ландшафт), постоянными компонентами которой являются фосфоорганические соединения, в питьевой воде обнаруживаются фосфорный ангидрид, фтористый водород.

- экологическое неблагополучие является в ряду других причин основой возникновения и распространения экологически зависимых видов патологии. Среди них ведущее место занимают болезни органов дыхания, болезни эндокринной системы у детей, болезни органов дыхания, ишемическая и гипертоническая болезни, заболевания желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы и глаз у взрослых.

За период с 2002 по 2007 год наметилась положительная динамика в распространенности ряда заболеваний. Уменьшилось количество детей с болезнями эндокринной системы, кожи, верхних дыхательных путей, трахеи, бронхов и легких. У взрослых снизилась заболеваемость по таким видам патологии, как болезни глаз, ишемическая и гипертоническая болезнь, болезни органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и кожи. Снижение заболеваемости может рассматриваться как показатель эффективности проводимых организационных, диагностических, лечебно-профилактических мероприятий в рамках осуществляемой программы.

Наряду с отмеченным снижением распространенности экологически зависимых болезней общий уровень заболеваемости ими остается еще высоким, а по некоторым видам патологии (болезни ЖКТ и глаз, онкологические болезни) отмечен даже рост. Это служит основанием для продолжения интенсивной работы в заданном направлении.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Булешов М.А., Абдухалыков А.М., Кульмаханов К.А. методические подходы при оценке состояния здоровья населения в связи с воздействием комплекса неблагоприятных факторов // Сборник трудов международной научно-практической конференции «Стратегия развития здравоохранения Казахстана в 21 веке».-Алматы, 2001. – С. 348.
2. Алтынбеков Б.Е., Булешов М.А., Торгаутов Б.К., Жетыбаев Б.К. Влияние социально-гигиенических факторов на формирование и развитие биогеохимической провинции в районе дислокации крупных промышленных предприятия // Ежеквартальный научный журнал «Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии». – Шымкент, 2001. - №4. – С. 99-101.

УДК 614.7.616.-053.2-074

#### ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ СОЕДИНЕНИЯМИ ФОСФОРА

*М.А. Тубанова, Г.А. Дуцанова*

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

#### ТҮЙІН

ХСИФ диагностикасына, яғни жоғарғы психикалық функциясының жағдайын сапалы және сандық түрде, олардың резервті мүмкіншілігі, психикалық процесспен ойлау жұмыс қаблетінің динамикасын анықтау дәрежесін, эмоциональды – еркіндік функциясын бағалау бойынша нейропсихологиялық тексерулер ұсынылады.

#### SUMMARY

For diagnostics HISF the neuropsychological researches allowing quantitatively and qualitatively to estimate a condition of the higher mental functions, their reserve possibilities, degree mental processes and dynamics of intellectual working capacity are recommended, to estimate emotionally-strong-willed functions.

Нами было проведено клинко-нейропсихологическое обследование 250 больных с ХИСФ (работающих в фосфорном производстве Каратау-Жамбылской биогеохимической провинции) в зависимости от степени выраженности синдрома вегетативной дистонии (СВД). Степень интоксикации или СВД устанавливалась согласно критериям, разработанным в отделе профессиональных заболеваний НИИ краевой патологии Министерства здравоохранения РК. Использован комплексный клинко-нейропсихологический подход к анализу состояния ВПФ с оценкой сохранных и нарушенных звеньев психической деятельности. Он основан на нейропсихологическом методе А.Р. Лурия с новыми методическими подходами, разработанными авторами на базе Ленинградского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (1987).

Впервые были исследованы высшие психические функции с применением комплекса нейропсихологических методов, позволяющие исследовать все виды гнозиса и праксиса, памяти и внимания, мышления, а также динамического аспекта всех высших психических функций с применением концепции структурно-функциональных блоков мозга для использования в качестве объективных критериев диагностики поражения центральной нервной системы у больных с хронической интоксикацией неорганическими соединениями фосфора.

Наряду с неврологическими обследованиями использовались электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЭГ), осмотр глазного дна, исследование состояния вегетативной нервной системы. В клинике ХИСФ преобладают вегетативные нарушения, появляющиеся чаще всего головной болью, общей слабостью, быстрой утомляемостью, ощущением головокружения, нарушением сна, снижением памяти, реже чувством страха. Головная боль встречалась во всех группах и наиболее часто характеризовалась в виде ощущения чувства давления и тяжести в голове и в ряде случаев носила приступообразный характер с локализацией в области висков. Головокружение носило несистемный характер, усиливалось при нагрузках и перемене положения тела.

Нарушение сна, чаще проявлялось в виде бессонницы, реже - сонливости, и, видимо, было связано с ослаблением тормозного процесса. Больные, страдающие бессонницей жаловались на различные тревожные сновидения, сон был поверхностным, без ощущения отдыха утром. При умеренно-выраженной и выраженной степенях интоксикации преобладала склонность к депрессивному состоянию, фон настроения был снижен. Микросимптомы очагового поражения головного мозга, проявляющиеся слабостью акта конвергенции, асимметрией носогубных складок, анизорефлексией, оживлением сухожильных рефлексов, появлением симптомов орального автоматизма и др., с большей частотой выявлялись у больных с умеренно-выраженной и выраженной степенями ХИСФ. Вышеуказанные симптомы характерны для первой стадии энцефалопатии. У больных с легкой степенью они встречались значительно реже. Возможно, на определенной стадии развития вегетативные нарушения переходят в токсическую энцефалопатию.

Вегетативные расстройства в основном имели симпатическую направленность. В то же время они нередко сопровождалась и с парасимпатическими симптомами (чувства замирания в области сердца, склонность к брадикардии и артериальной гипотонии и др.). Последние чаще наблюдались у больных с умеренно-выраженной и выраженной степенями ХИСФ. Наши исследования согласуются с данными Кадржановой А.Б.

Исходя из приведенных выше данных о клинических проявлениях вегетативно-сосудистых расстройств, следует высказать мнение о роли нарушений регулирующего влияния вегетативной НС на сердечно-сосудистую систему.

Методика нейропсихологического исследования выше указанных групп основывалась на концепции А.Р. Лурия о 3-х блоках мозга (энергетический блок, блок приема, переработки и хранения внешней информации и блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности).

С учетом топического принципа классификации нейропсихологических нарушений (Хомская Е.Д., 1987) у больных с ХИСФ в зависимости от степени выраженности АВС были выделены следующие синдромы: синдром поражения срединных неспецифических структур мозга (I блок мозга по А.Р. Лурия) и корковые нейропсихологические синдромы (премоторный и теменно-затылочный) - II, III блок мозга.

В синдроме нарушений высших психических функций на первый план в группе больных с легкой степенью АВС выступили симптомы со стороны глубинных образований мозга; колебания уровня работоспособности при выполнении заданий, снижение энергетического обеспечения и нарушение - динамических параметров деятельности - общая замедленность ее темпа, истощаемость, трудности переключения, инертность.

Мнестические нарушения соответствовали модально-неспецифическим нарушениям памяти с повышенной ретроактивной тормозимостью следов интерферирующими воздействиями. Ретроактивное торможение в опытах с гомогенной и гетерогенной интерференцией, вызванное второй группой слов и счетом оказывалось настолько значительным, что первая группа слов либо полностью исчезала из памяти, либо при воспроизведении их больной смешивал следы первой, второй, т.е. возникали контаминации. Мнестические нарушения были характерны для всех групп, однако выраженность дефектов памяти значительно выше у больных с выраженной степенью АВС.

Изучение физиологических механизмов обеспечения условий сохранения оптимального тонуса коры имеет непосредственное отношение к исследованию основ общей способности запечатлевать и сохранять избирательные системы следов, иначе говоря, к исследованию мозговых механизмов элементарной общей памяти. Как известно, первые шаги в этом направлении были сделаны В.М. Бехтеревым (1), который впервые высказал предположение, что поражение медиальных отделов височной области могут привести к нарушению памяти и Грюнталем (1939), который показал, что при поражении мамиллярных тел, являющихся релейными ядрами для волокон, идущих от гиппокампа в составе «круга Пейпеца», возникают тяжелые расстройства памяти.

В работах К.Зазакі и соавт. приводятся сведения о ведущей роли в процессах памяти левой височной области. N. Andreasen и соавт. показали различие рисунка активации на позитронно-эмиссионной томограмме при реализации проб в прямой зависимости от формы памяти. Схожие результаты приведены в работах.

Снижение памяти вторично и обусловлено в значительной степени расстройством внимания, умственной работоспособности и повышенной истощаемостью. Дамулин И.В. с соавт. высказал предположение о ведущей роли патологии глубинных структур мозга и их связи с лобными долями в мнестико-интеллектуальных нарушениях.

Нарушение памяти в сочетании со снижением настроения, персеверациями указывают на подкорковый патологический процесс или депрессию, которые могут сочетаться. Результаты наших исследований (свидетельств) тот, что все корковые синдромы сочетались с синдромом поражения срединных неспецифических структур мозга. Последняя, как считает и др. оказывают влияние на функциональную активность отделов больших полушарий. Синдром поражения СНСМ проявился нейродинамическими нарушениями во всех исследованиях нарушениями памяти и эмоциональных процессов. Нейродинамические нарушения наблюдались при выполнении проб в виде снижения их скорости, продуктивности, неравномерной эффективности (увеличения латентного периода) выполнения задания, быстрой истощаемости, трудности концентрации внимания, снижения умственной работоспособности, отвлекаемости, которая проявилась снижением продуктивности и увеличением количества ошибок при выполнении корректурной пробы и пробы Шульца.



У 12% больных с легкой степенью ВСД отсутствовали нарушения, у 28% больных в этой группе обнаружен самостоятельный синдром поражения теменно-затылочных отделов мозга (вторичное поле). В I группе значительно больше представлены дефекты активационного обеспечения и динамических параметров деятельности (I блок мозга) - 60% больных, чем во II и III группах (32% - 31,25%) соответственно, в изолированном виде, в то время, как нарушения высших психических функций во II, III группах в большей степени определялись патологией не только глубинных структур, но и теменно-затылочных отделов (II блок мозга) и премоторным синдромом (III блок мозга) (таблица 22, рисунок 26).

Премоторный синдром III блок мозга (первичное 4-е поле и вторичные 6, 8, 44, 45-е поля) встречался у 12% больных II группы и 6,25% III группы. Патология двигательных функций складывалась из диспрактических нарушений с различными нарушениями плавности, автоматизированности, последовательности двигательных актов, при выполнении простых и сложных заданий, происходил распад «кинетической мелодии». Часто нарушалась реципрокная координация движений и динамический праксис. Центральным симптомом явились двигательные персеверации. В отношении персевераций имеются научные труды, в которых отводится роль в возникновении персевераций хвостатому ядру.

По мнению Буклиной С.Б. (1997) хвостатое ядро человека до настоящего времени остается одной из самых малоизученных структур среди глубинных образований головного мозга.

Головке хвостатого ядра вместе с премоторно-лобными отделами коры принадлежит важная роль в тормозном контроле различных движений и формировании поведения. Отсюда при включении компонентов этой системы появляются персеверации как следствие невозможности закончить («оттормозить») ставшее ненужным движение.

Апраксия связана с дисфункцией различных звеньев системы праксиса, однако ведущим механизмом является дисфункция премоторной и дополнительной моторной коры, которая может быть обусловлена не только ее первичным поражением, но и разобщением нижнетеменной и дополнительной моторной коры. Последнее объясняет наличие признаков пространственной апраксии при сохранной способности оценивать правильность действия.

Важную роль в развитии апраксии может играть также поражение фронтостриарных кругов, функция которых тесно связана с обменом ацетилхолина, обеспечивающих переключение и адаптацию двигательных программ в необычных ситуациях, требующих концентрации внимания и мотивационного подкрепления. Произвольное движение опирается на совместную работу самых различных отделов мозга, и если аппараты I блока обеспечивают нужный тонус мышц, без которого никакое координированное движение не было бы возможным, то аппараты II блока дают возможность осуществить те эфферентные синтезы, в системе которых протекает движение, а аппараты III блока обеспечивают подчинение движения и действия соответствующим намерениям, создают программы выполнения двигательных актов и обеспечивают ту регуляцию и контроль протекания движений, благодаря которым сохраняется его организованный, осмысленный характер.

У «премоторных» больных явления инертности, снижения подвижности нервных процессов характеризовали двигательные и познавательные процессы при решении гностических задач (типа рассматривания сложной сюжетной картины). В этих случаях больные инертно воспроизводили неправильные ответы, многократно фиксируя взором лишь один фрагмент картины. Интеллектуальная деятельность нарушалась у них вследствие «интеллектуальных персевераций» (трудностей переключения на новый принцип деятельности после затвердевания старого), что проявилось при решении арифметических задач, при выполнении вербально-логических операций.

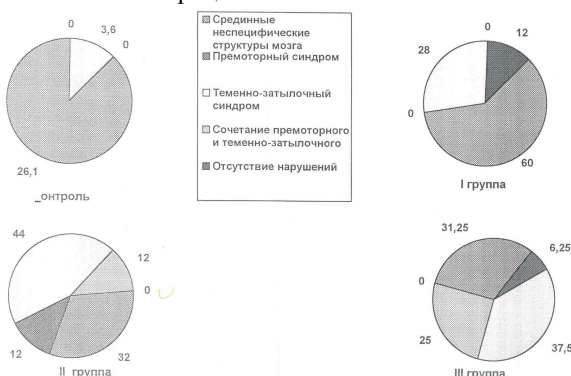


Рисунок 1 - Частота нейропсихологических синдромов, выявленных при ХИНСФ в зависимости от степени выраженности ABC (Р± m%)

По данным ряда авторов указанная симптоматика свойственна прежде всего больным с поражением премоторной зоны коры левого полушария. По мнению Судакова К.В. при повреждении угловой извилины без поражения рядом расположенных зон Вернике и Брока у больного в случае отсутствия нарушения восприятия слуховой информации и речи проявляются затруднения в понимании картин. Это говорит о нарушении передачи зрительной информации к зоне Вернике.

Из корковых зон, по мнению, при неспецифической активации более уязвимыми являются теменная область, 18 и 19 ассоциативные поля затылочной доли, что также подтверждается нашими данными о преимущественной заинтересованности этих структур мозга у больных ХИСФ. Многие авторы связывают указанные отделы мозга с особенностями хода сосудов, анастомозов и нестабильным кровотоком.

Самостоятельный теменно-затылочный синдром обнаружен нами у 44% больных II группы и 17,5% больных III группы. Нарушения зрительного гнозиса проявились в специальных сенсibilизированных условиях (перечеркнутые, наложенные, особенно в узнавании максимально сцУмленных изображений, фигур Поппелрейтера), зрительно- " конструктивной деятельности (рисунок стола и куба). Парагнозии в группе с выраженной степенью АВС не поддавались Ррекции, имели место элементы фрагментарности восприятия. Сочетанный премоторный (III блок) и теменно-затылочный синдром (II блок) встречался у 12% больных с умеренной степенью АВС и 25% больных с выраженной степенью АВС.

Анализ результатов нейропсихологического исследования свидетельствует, что синдром нарушений высших психических функций у больных с легкой степенью АВС определяется преобладанием дефицита со стороны глубинных структур мозга, т.е. I-го энергетического блока. Показатели групп с умеренно выраженной и выраженной степенями АВС выглядят неоднородно. У части больных синдром нарушений высший психических функций определяется преимущественно патологией теменно - затылочных отделов (II блок мозга) и глубинных (I блок мозга) структур, тогда как у остальных больных - преимущественно дисфункцией передних структур мозга (III блок мозга); сочетанного премоторного (III блок) и теменно-затылочного отделов (II блок).

У всех больных была сохранна критика к своему состоянию. Мнестические расстройства не сочетались с выраженными когнитивными нарушениями и социальной дезадаптацией. Таковы полученные нами данные при исследовании высших психических функций у лиц с хронической интоксикацией неорганическими соединениями фосфора. Тема механизмов мозга поистине неисчерпаема. Психическая деятельность человека, несмотря на впечатляющие успехи молекулярной нейробиологии, все еще остается загадочной. По данным многих авторов в мозгу имеются нейронные популяции, не реагирующие на какую-то данную сложную деятельность, реагирующие на ее правильное выполнение, реагирующие и на правильное и на ошибочное выполнение задания. И наконец, отдельные нейронные популяции реагируют именно при ошибочном выполнении деятельности, будь то в связи с дефектом восприятия (ранняя реакция) или дефектом реализации (поздняя реакция) (Бехтерева Н.П.).

Системная организация функций мозга определяет интегративные свойства психической деятельности. Она позволяет приблизиться к ответу на вопрос, как на фоне генерализованных влияний мотивации подкрепление избирательно формирует корково-подкорковую мозаику акцептора результата действия. В литературе имеются лишь отдельные данные относительно индивидуальной вариабельности подкорково-стволовых образований мозга человека в норме, хотя, в частности, ядро Мейнерта в последние годы вызывает пристальное внимание неврологов, Базальное ядро Мейнерта обеспечивает большую часть холинергической иннервации новой коры мозга и играет важную роль в процессе обучения и памяти, являясь самым ростральным образованием ретикулярной формации, известно, что при поражении ядра Мейнерта нарушается его диффузное влияние на кору. Это наблюдается при ряде заболеваний (болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, шизофрения, болезнь Дауна). Наружная часть дорсомедиального ядра таламуса связана с полями 47 и 9 лобной области коры мозга (2-3). Поле 47 участвует в регуляции вегетативных и эмоциональных процессов, поле 9 - в обеспечении наиболее сложных форм психической деятельности (сложных интеллектуальных и высших гностических и мнестических процессов). Полученные данные дают возможность предположить, что ядро Мейнерта и дорсомедиальное ядро таламуса могут участвовать в формировании индивидуальных особенностей и способностей человека, в том числе выдающихся способностей и одаренности в интегративной деятельности всего мозга.

Хотя любая психическая деятельность осуществляется при совместном участии всех трех функциональных блоков, из которых первый обеспечивает нужный тонус коры, второй - анализ и синтез поступающей информации, а третий осуществляет контроль за протеканием психической деятельности, результаты наших исследований с помощью нейропсихологических методов позволяют констатировать, что три блока мозга по-разному включаются в систему взаимодействия при формировании структуры синдромов нарушений высших психических функций при ХИСФ, что дает возможность использования вышеуказанных методов для диагностики ХИСФ с целью ранней профилактики и лечения препаратами, улучшающими метаболизм мозга.

Для диагностики ХИСФ рекомендуются нейропсихологические исследования, позволяющие количественно и качественно оценить состояние высших психических функций, их резервные возможности, степень истощаемости психических процессов и динамику умственной работоспособности, оценить эмоционально-волевые функции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дамулин И.В., Яхно Н.Н., Гончаров О.А. Сравнительная оценка нарушений высших мозговых функций при различных типах церебральной атрофии // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1990. - №9. – С. 35-38.
2. Mesulam M.M., Van Hoesen G.W., Brain Res. – 1976/-109:1:152-157.
3. Mesulam M.M., Nutson E.G. Brain 1984.-107:1:253-274.

## ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

УДК 616.853:616.155.1

**СОСТОЯНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ И ОКИСЛЯЕМОСТЬ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОСЛЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЛАМИКТАЛОМ И КАРБАМЕЗАПИНОМ***Н.А. Жаркинбекова**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент***Түйін**

Карбамезапин мен ламиктал қояншық науқастарының эритроцит-терінің мембранасының тұрақтылығын жоғарылатып және липидтердің асқын тотығуын сырқаттардың ауырлық дәрежесіне қарай тежейді. Белсенділігі карбамезапин мен ламикталды қиылыстырып қолданғанда орын алды.

**Summary**

Karbamezopin lamiktal and increases resistance of the membranes and reduces lipid oxidizability of red blood cells, depending on the severity of epilepsy, is more effective in combined therapy

Для более объективного подтверждения мембранно-стабилизирующего влияния карбамезапина и ламиктала нами оценивались перекисная и механическая стойкости эритроцитов у больных эпилепсией, так как накопление липидов в мембранах неизбежно влечет за собой изменение их физико-химических свойств.

Материалы и методы: С целью изучения состояния резистентности мембран эритроцитов крови после противозэпилептической терапии было обследовано 95 больных эпилепсией в том числе 35 больных с редкими эпилептиками без признаков полиморфизма и психических расстройств (1-группа), 30 больных частыми полиморфными эпилептиками без выраженных расстройств психики (2-группа), 30 больных с прогрессирующим течением заболевания частыми полиморфными эпилептиками выраженными психическими расстройствами с проявлением имбецильности и идиотии. В эти группы не включали пациентов с соматическими заболеваниями, перенесших травмы, инвазивные исследования и операции. При легкой степени тяжести больных эпилепсией назначен карбамезапин 200 мг 1 раз в день, средней - 200 мг 3 раза, тяжелой степени - 5 и более раз в течение 180 дней. Ламиктал назначали по 25 мг 2 раза в день у больных легкой степени, средней - 75 мг, тяжелой степени - 200 мг в сутки течение 180 дней. Больные со средней и тяжелой степенью получали сочетанную терапию карбамезапина (400 мг) с ламикталом по 25 мг и 75 мг в сутки. Для оценки степени отклонения исследуемых показатели от нормы использовали кровь условно здоровых лиц доноров. Для оценки резистентности мембран эритроцитов и окисляемости липидов в них использовали метод Юркова Ю.А. [1] и Орманова Н.Ж. [2].

Результаты исследований. Результаты определения перекисной и механической стойкости эритроцитов у больных эпилепсией в зависимости от степени тяжести и видов фармакотерапии представлены в таблице. Согласно данным таблицы, перекисный и механический гемолиз эритроцитов у больных эпилепсией превышал контрольные данные на 56% и 108,9% соответственно. При легкой степени эпилепсии вышеуказанные параметры стойкости эритроцитов продолжали возрастать, и лабилизация мембран эритроцитов при воздействии перекиси водорода и механической манипуляции увеличивалась на 24,1% и 87,1% соответственно. При средней степени эпилепсии вышеуказанные параметры стойкости эритроцитов продолжали возрастать по сравнению с контрольной группой и лабилизация мембран эритроцитов при воздействии перекиси водорода и механической манипуляции увеличивалась на 59,9% и 100% по сравнению с контрольной группой.

Максимальное уменьшение перекисной и механической стойкости эритроцитов выявлено у больных с тяжелой степенью эпилепсии. Перекисный и механический гемолиз эритроцитов увеличились до 84,7% и 139,8% по сравнению с контрольными, принятыми за 100%.

Параллельно повышению содержания перекисей липидов в крови у больных эпилепсией отмечалось усиление реакции окисляемости липидов (таблица).

Окисляемость липидов у лиц контрольной группы составляла в среднем  $0,099 \pm 0,001$  ЕОП на 150 млн. клеток, что совпадает с данными Адильбековой Д.А., Куликовой В.Ю. и др. У больных эпилепсией установлено усиление реакции ПОЛ в системе аскорбат-зависимого ПОЛ (АЗП) параллельно степени тяжести. Окисляемость липидов у больных с легкой степенью эпилепсий более, чем в 2,5 раза (292,9%) превышала контрольные величины. У лиц с средней степенью тяжести реакция ПОЛ повысилась 3,5 раза (393,9%) по сравнению с контролем. Максимальное 4,5 раза (454,5%) повышение окисляемости липидов наблюдалось у больных с тяжелой степенью эпилепсией ( $P < 0,001$ ).

Приведенные данные согласуются с положением о преимущественно токсическом действии перекисей липидов на клеточную мембрану, что проявляется мембранопатологическими процессами со снижением резистентности биомембран [2].

После карбамазепиновой терапии отмечено снижение лабализации мембран в эритроцитах крови у больных эпилепсией легкой степени. Изучение показателей перекисный и механический гемолиз в клетках красной крови после карбамазепиновой терапии показало однонаправленный сдвиг параметров этих показателей. У больных легкой степени эпилепсией под влиянием карбамазепиновой терапии перекисная и механический гемолиз в эритроцитах крови уменьшились на 12,1% (P<0,05) и 15,1% по сравнению с фоном, однако они остаются повышенными по сравнению с контрольной группой на 13,4% и 58,9% соответственно.

Реакция окисляемости липидов в мембранах эритроцитах после карбомезапиновой терапии снизилась на 21,9%, однако остаётся повышенной, по сравнению с контрольной группой на 150%. Включение в состав фармакотерапии ламиктала у больных эпилепсией легкой степени оказывало стабилизирующие действие на биомембран в эритроцитах крови при эпилепсии. Показателей перекисного и механического гемолиза снизилось после терапии длительного применением ламиктала в течение 168 дней на 20% и 45% по сравнению с показателями до лечения. Реакция окисляемости липидов в мембранах эритроцитов после ламиктальной терапии снизилась на 65,6%, однако остаётся повышенной, по сравнению с контрольной группой на 150%.

Таблица - Резистентность мембран эритроцитов и окисляемость липидов у больных с эпилепсией

Группы		Гемолиз эритроцитов		Окисляемость липидов (ЕОП/на 150млн.клеток)
		перекисный(%)	механический(%)	
1. Контрольная группа		32,7±1,7	7,8±0,29	0,099±0,001
2. Больные с эпилепсией (общие)	1	51,1±2,5*	16,3±0,72	0,38±0,03*
	2	44,6±2,1	13,7±0,64	0,32±0,14
	3	37,1±2,1	11,3±0,56	0,20±0,01
	4	33,3±2,1	8,1±0,41	0,11±0,005
2.1. 1-я группа	1	40,6±2,1*	14,6±0,81*	0,29±0,01*
	2	35,7±1,3*	12,4±0,81*	0,24±0,01*
	3	32,5±6,7*	7,9±0,81*	0,10±0,01*
2.2. 2-я группа	1	52,3±2,6*Δ	15,6±0,84*Δ	0,39±0,02*Δ
	2	45,5±2,1*Δ	13,1±0,64*	0,33±0,02*Δ
	3	39,8±1,2*Δ	11,6±0,84*	0,27±0,01*Δ
	4	33,8±1,2*Δ	8,1±0,44*	0,11±0,01*Δ
2.3. 3-я группа	1	60,4±3,1*Δ	18,7±0,98*Δ	0,45±0,02*Δ
	2	51,9±2,1*Δ	15,6±0,84*	0,39±0,02*Δ
	3	38,9±1,4*Δ	13,6±0,74*	0,23±0,02*Δ
	4	32,8±1,3*Δ	8,2±0,54*	0,10±0,01*Δ

Примечание: \* - p <0,05 по сравнению с контрольной группой;  
 Δ - p <0,05 по сравнению с 1- группой;  
 - p <0,05 по сравнению с 2- группой.

У больных со средней степенью эпилепсии под влиянием карбамазепиновой терапии перекисной и механической гемолиз в эритроцитах крови уменьшилось на 13,1% (P<0,05) и 16,1% (P<0,05) по сравнению с фоном, однако оно остаётся повышенным по сравнению с контрольной группой на 39,1% и 67,9% соответственно. Реакция окисляемости липидов в мембранах эритроцитах после карбомезапиновой терапии снизилась на 15,4%, однако остаётся повышенной, по сравнению с контрольной группой на 150%.

Применение ламиктала у больных эпилепсии средней степени оказывало стабилизирующие действие на биомембран в эритроцитах крови при эпилепсии. Показателей перекисного и механического гемолиза снизилось после терапии длительного применением ламиктала в течение 6 месяцев на 24% и 25,7% по сравнению с показателями до лечения, однако оно остаётся повышенным по сравнению с контрольной группой на 21,2% и 48,7% соответственно. Реакция окисляемости липидов в мембранах эритроцитах после ламиктальной терапии снизилась на 30,8%, однако остаётся повышенной, по сравнению с контрольной группой на 172%.

Сочетанное применение карбомезапина и ламиктала оказывало более выраженное стабилизирующее действие на биомембран эритроцитов крови, при этом показатели перекисного и механического гемолиза снизилось после терапии длительного применения на 35,4% и 48,1% соответственно и приближается к показателю здоровых лиц. Реакция окисляемости липидов в мембранах эритроцитах после базисной терапии снизилась на 71,8%, однако остаётся повышенной, по сравнению с контрольной группой на 11%.

У больных с тяжелой степенью эпилепсий под влиянием карбамазепиновой терапии перекисный и механический гемолиз в эритроцитах крови уменьшились на 14,1% (P<0,05) и 16,6% (P<0,05) по сравнению с фоном, однако оно остаётся повышенным по сравнению с контрольной группой на 58,7% и однократно (67,9%)

соответственно. Реакция окисляемости липидов в мембранах эритроцитах после карбамезапиновой терапии снизилась на 15,4%, однако остаётся повышенной, по сравнению с контрольной группой на 293,9%. Применение ламиктала у больных эпилепсией тяжелой степени оказывало стабилизирующее действие на биомембран в эритроцитах крови при эпилепсии. Показатели перекисного и механического гемолиза снизились после терапии длительным применением ламиктала в течение 6 месяцев на 35,6% и 27,3% по сравнению с показателями до лечения, однако оно остаётся повышенным по сравнению с контрольной группой на 18,9% и 74,3% соответственно. Реакция окисляемости липидов в мембранах эритроцитах после ламиктальной терапии снизилась на 48,9%, однако остаётся повышенной, по сравнению с контрольной группой на 132,3%.

Комбинированное применение карбамезапина и ламиктала оказывало более выраженное стабилизирующее действие на биомембран эритроцитов крови, при этом показатели перекисного и механического гемолиза у больных с тяжелой степенью эпилепсией снизились после длительного применения на 46% и 56,2% соответственно и приближались к показателю здоровых лиц. Реакция окисляемости липидов в мембранах эритроцитах после ламиктальной терапии снизилась на 75,6% и приближается к показателю здоровых лиц.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Юрков Ю.А., Банкова В.В., Хамидова М.М. и др. Свободно-радикальное окисление липидов и устойчивость к гемолизу эритроцитов здоровых и больных детей // Вопросы медицинской химии. – 1984.-№4.-С.101-105.
2. Орманов Н.Ж. Пероксидия липидов и состояние антиперекисных систем у больных с хронической интоксикацией соединениями фосфора // Гигиена труда и профзаболевания, 1990.-№4.-С. 52-54.

УДК 616-006-089.168.1

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕСТЕРОИДНОГО ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ

*Б.Т.Тоққулиев*

*Областная клиническая больница, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Бұл жұмыста әр-түрлі күрделі деңгейде жасалған операциядан кейінгі кезеңде 74 науқасқа Кетанов препаратының анальгетикалық әсерін, 4 топқа жіктеліп көрсетілген. Анальгезия әсері науқастың субъективтік сезімімен қатар қан қысымы, тамыр соғысы жиілігі, қанның оттегімен қанықтығы және наркотикалық анальгетиктерге қажеттілігінің азаюы деңгейі арқылы бағаланған.

Жүргізілген жұмыс нәтижесінде кетанов препараты қолданылған науқастардың ояну кезеңінің қысқаруы және де анестезиядан шығуы жайлы, тасымалдағанда ауыру сезімі байқалмағаны анықталған. Кішігірім гинекологиялық операциялардан кейін наркотикалық анальгетиктер қолданылмаған, ал күрделерінен кейін опиоидтардың мөлшері бірінші тәулікте 30% - ке, екінші тәулікте 50% - ке азайған. Лапароскопиялық операциядан кейін, көп жағдайда опиоидтар қолданылмаған және де қосалқы өкпеде асқынулар байқалмаған. Кетанов қолданылған аурулардың ішінде жасы 60- тан асқан науқастарда, жастарға қарағанда оның анальгезиялық әсерінің күштірек екені байқалған, әрі опиоидтың мөлшері 50%-ке кеміген.

#### SUMMARY

To characterize the analgesic effect of the drug Ketanov in the postoperative period were selected 4 groups of patients (74) undergoing surgery of varying complexity. The quality of analgesia was assessed by subjective sensations of patients, blood pressure, heart rate, arterial blood oxygenation, reduced need for narcotic analgesics.

According to the results were shown, the drug Ketanov not extend the period of awakening, provides a comfortable and a little painful exit from the anesthesia, and transportation. For small gynecological operations allowed virtually abandon narcotic analgesics, such as bulk operations analgesia was achieved in an additional administration of opioids. At the same dose of opioids decreased during the first day by 30%, the second day by 50%. After laparoscopic cholecystectomy in the overwhelming majority of large cases has not been used opioydy and were not observed complications in the lungs. Marked by a more pronounced analgesic effect Ketanova in patients older than 60 years than in younger, and reduce the dose opioydv by 50%.

В течение многих лет нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) применяются в терапевтической практике. Однако в последние годы большое внимание уделяется их использованию в терапии послеоперационной боли [1].

Общеизвестно, что в травмированных и воспаленных тканях образуются различные метаболиты (тромбоксаны, простагландины), так называемы простеноиды, сенсibiliзирующие периферические ноцицепторы к воздействию брадикинина и серотонина, вызывая болевые ощущения. Имеются данные, как о периферическом, так и центральном действии НПВП и клинические эффекты как антипиретические,

противовоспалительные и анальгетические - обусловлены торможением продукции простеноидов [1]. Побочные эффекты инициируются этим же механизмом и реализуются на уровне желудка, почек, крови. В желудке простеноиды подавляют кислотную секрецию, стимулируют образование слизи и местный кровоток, а НПВП действует противоположно. У пациентов с нарушенной функцией почек НРВП, вызывая вазоконстрикцию, могут привести к острой почечной недостаточности, нарушают функцию тромбоцитов, что приводит к удлинению времени кровотечения и увеличению операционной кровопотери.

Одним из препаратов обладающий с сильным анальгетическим эффектом является – Кеторолак. В отличие от опиоидов он лишен таких побочных эффектов как депрессия сознания и дыхания, тошнота, рвота, парез желудочно-кишечного тракта, задержка мочеиспускания. Сочетание кеторолака с морфином при послеоперационном обезболивании пациентов оперированных по поводу опухолей органов брюшной полости, продемонстрировало удовлетворительный уровень обезболивания и существенно меньшее количество побочных эффектов, нежели при использовании одного морфина [2]. По данным Раггер [2], применение кеторолака после абдоминальных гистерэктомий существенно уменьшало потребность в опиоидах в ночь после операции и первый послеоперационный день. Препарат не оказывал заметного влияния на показатели гемодинамики [2]. Р.Н.Лебедева и соавт. [3] отметили адекватное обезболивание кеторолаком у 83% больных в ранний послеоперационный период. Сочетание его с промедолом позволило снизить потребность последнего на 40-50%.

Целью работы явилась оценка анальгетической эффективности препарата Кетанов (кеторолак трометамин), у хирургических больных в послеоперационном периоде и возможности уменьшения использования наркотических анальгетиков.

Материалы и методы. Для характеристики анальгетического действия препарата Кетанов в послеоперационном периоде были выбраны 4 группы больных (74) перенесших операцию различной сложности в областной клинической больнице г.Шымкента. В возрасте в среднем  $53 \pm 13,5$  лет, мужчин – 43, женщин – 31. 1 группа. Кетанов был применен для обеспечения комфортного выхода из общей анестезии фораном или пропофолом у 19 больных, перенесших реконструктивные операции. 2 группа. Кетанов получал 21 больных в послеоперационном периоде перенесших гинекологические вмешательства - резекция яичника, гистерэктомия. 3 группа. Кетанов получал 18 больных после лапароскопических холецистэктомий. 4 группа. Кетанов получал 16 пациентов, перенесших обширные вмешательства на органах брюшной полости. При назначении препарата Кетанов учитывались общие для всех НПВП противопоказания [3]. В группах качество анальгезии оценивали по субъективным ощущениям пациентов, показателям АД, ЧСС, оксигенации артериальной крови, уменьшению потребности в наркотических анальгетиках.

Результаты и обсуждение. Пробуждение после анестезии фораном происходило быстро, за счет низкой растворимости препарата в тканях и не сопровождался постнаркозной анальгезией. А назначение наркотического анальгетика в премедикации способствует пролонгированию времени пробуждения [3]. Аналогичная ситуация имеет место при анестезии на основе пропофола, не обладающей сколько-нибудь значимыми анальгетическими свойствами [2].

Был применен Кетанов в дозе 30 мг внутримышечно за 30-40 мин до предполагаемого момента пробуждения. Во всех случаях выход из наркоза был гладким; 10 пациентов не испытывали боли, у 36 боль была легкой и у 4 больных – умеренной степени, не ограничивающей дыхательное движение и эффективность кашля. После экстубации у всех больных гемодинамические показатели были в пределах нормальных значений, сохранялась оксигенация на уровне исходного состояния. Транспортировка из операционной не причинила боль и характеризовалась как вполне комфортную, тогда как без Кетанова – болезненность была весьма ощутимая.

Во второй группе пациентов гинекологического профиля в течение 1-х послеоперационных суток применяли кетанов в суммарной дозе 90-120 мг в/м с интервалом 4-6 ч. Во вторые послеоперационные сутки доза препарата составила в среднем 90 мг. Необходимо подчеркнуть, что у пациенток перенесших небольшие по объему операции степень послеоперационной анальгезии Кетановом была достаточной. Боль оценивалась как легкая (11 больных) либо как умеренная (4 больных). В первые и вторые послеоперационные сутки в ряде случаев (23%) на ночь назначался брузепам, который создавал существенно лучший психо-седативный комфорт.

Больные, перенесшие ампутацию или надвлагалищную ампутацию матки, боль оценивалась как умеренная пятью больными и как сильная - одной пациенткой. В этих случаях пришлось прибегнуть к введению промедола с целью усиления анальгезии, вызываемой Кетановом. При подсчете средних суточных доз оказалось, что после экстирпации матки в первые сутки доза промедола (без применения Кетанова) составила 60 мг, а во вторые сутки - 40-60 мг. На фоне использования Кетанова доза промедола снизилась на 32% в первые сутки и на 53% - на вторые.

Пациенты 3-й группы, перенесшие лапароскопические холецистэктомии, на фоне послеоперационного обезболивания были способными к ранней активизации, через 3-4 ч после операции больные могли садиться, вечером - вставать и самостоятельно пить. Как известно, использование наркотических анальгетиков чревато нежелательными эффектами (угнетения физическую и психическую активность, тошнота и рвота, склонность к ортостатическим колебаниям артериального давления в ранние послеоперационные часы). А напротив, ранняя

активизация больных обеспечиваемый препаратом Кетанов, способствовали профилактики легочных осложнений, так как лапароскопические операции, проводимые в условиях пневмоперитонеума, приводят к дисфункции диафрагмы и нарушению механики дыхания.

В первые послеоперационные сутки пациенты получали 120 мг Кетанов в/м с интервалом в 5-6 ч. и продолжали вводить до того момента, как боль становилась мало переносимой. Максимальный анальгетический эффект развивался через 35-40 мин и продолжался, как правило, 4-6 ч. У 13 боли носили легкий или умеренный характер не требующих назначения наркотических анальгетиков. Ранняя активизация была возможна и весьма комфортна. Ни у одного больного этой категории не развились ателектазы и пневмонии. У 5 пациентов ввиду усиления интенсивности боли на фоне использования Кетанова на ночь в первые сутки был применен промедол в дозе 20 мг. Последующие сутки наркотические анальгетики не потребовались. У данной категории больных при не назначении ненаркотических анальгетиков обычные дозы составила 40-60 мг в первые сутки и 20-40 мг - на вторые сутки после операции и сопровождалась в 15-17% случаях тошнотой и рвотой.

Таким образом, применение нестероидного противовоспалительного препарата Кетанов у этих больных, в значительном проценте наблюдений позволяет отказаться от использования наркотических анальгетиков в послеоперационный период, либо сократить их дозу более чем на 50 %. В 4-й группе пациентов, потребность в анальгетиках носил максимальный характер. Средняя доза промедола в первые и вторые послеоперационные сутки составила 70-120 мг. У 7 больных, которые поступали, в состоянии массивной интраоперационной кровопотери Кетанов применяли, после относительной стабилизации гемодинамики, и восстановление темпа диуреза более 0.5 мл/кг/час.

Следует, заметить, что анальгетический эффект Кетанова был более выражен у пациентов старше 60 лет. У них расход промедола в первые и вторые послеоперационные сутки составил на 50% меньше. Доза Кетанова составила в среднем 90 мг в сутки, а промедола 40 и 20 мг соответственно впервые и вторые сутки после операции. Интенсивность боли оценивалась больными как умеренная. А у более молодого возраста пациентов отмечен менее выраженный анальгетический эффект Кетанова. В дозе 90-120 мг в сутки Кетанов не обеспечивало послеоперационное обезболивание у 37% больных, болевое ощущение появлялась через 35-45 мин. и требовалось назначение промедола. Показанием к назначению опиоида считали наряду с появлением выраженного болевого синдрома через 40-50 мин после введения НПВП, вынужденное положение больного, затруднение глубокого вдоха, кашля, снижение оксигенации артериальной крови по данным пульсоксиметрии. В то же время Кетанов не оказывал отрицательного влияния на гемодинамику, перистальтику кишечника, параметры дыхания (за исключением случаев недостаточной анальгезии).

Таким образом, использование Кетанова более перспективно у больных после обширных операций и сопровождающие шоковым состоянием в старшей возрастной группе. Применение его у молодых пациентов требует существенной анальгетической поддержки опиоидами.

Выводы: 1. Применение Кетанова не удлиняет период пробуждения, делает выход из анестезии и транспортировку больного комфортными и мало болезненными. 2. При небольших гинекологических операциях Кетанов позволяет практически отказаться от наркотических анальгетиков. В ночное время можно усилит седативный компонент применением малых доз бензодиазепинов. Объемных гинекологических операциях: анальгезия достигается сочетанием Кетанова с опиоидами, со сниженной дозировке в первые сутки на 30%, а на вторые - на 50%. 3. После лапароскопических холецистэктомии применение Кетанова, в подавляюще больших случаях исключает использования опиоидов, способствует ранней активизации больных. 4. Анальгетический эффект Кетанова, после обширных хирургических вмешательств в молодой возрастной группе является недостаточным, а старше 60 лет более эффективным и ведет к снижению использования опиоидов на 50%.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Хоббс Г. Парентеральные нестероидные противовоспалительные препараты //Актуальные проблемы нестезиологии и реаниматологии. Освежающий курс лекций. Архангельск-Тромсе. 1998. с. 169-174
2. Parker RK. Use of ketorolac after lower abdominal surgery. Effect on analgesic requirement and surgical outcome- Anesthesiology — 1994 Jan; 80(1)-p. 6-12
3. Р.И.Лебедева, Р.Б. Маячкин, В.В.Никола и др. Методы применения кеторолака трометамина у больных в раннем послеоперационном периоде //Анестез. и реаниматол., 1997.- № 5.- с. 98 -102

УДК 616.72-002.775-053.9-08

#### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ АППАРАТА VTL - 4000 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА**

*Бекмурзаева Э.К., Байдуллаев Б.М., Қорғанбаева Х.Т., Ибрагимова Р.Б., Қонырбасов А.К., Сарыпбекова Л.Л.  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Деформациялық остеоартроз ауруымен (ДОА) ауыратын науқастарға BTL - 4000 құралын қолданғанда, амбулаториялық және стационарлық жағдайда емделіп жатқан науқастардың жағдайы жақсарғанын және аталған құралдың қауіпсіз, қолдануға ыңғайлы екені анықталды.

### SUMMARY

In applying the apparatus BTL - 4000 with patients with deformiroid osteoarthritis there is a high efficient.

Деформирующий остеоартроз (ДОА) в настоящее время является наиболее распространенным дегенеративно-дистрофическим заболеванием суставов, которым страдают не менее 20% населения земного шара. Заболевание обычно начинается в возрасте 40 лет и у людей старше 60 лет, которая встречается в 97% случаев. Деформирующий остеоартроз - заболевание преимущественно встречается у лиц пожилого и старческого возраста, когда имеются сопутствующие заболевания. Это определяет полиморбидность клинической картины, трудностью диагностики конкретных нозологических форм и осложняет терапию деформирующего остеоартроза. Переносимость лекарственных препаратов и лечебных физических факторов снижена в связи с возрастными изменениями жизненно важных органов. Помимо того, что деформирующий остеоартроз сам по себе снижает качество жизни, он затрудняет наблюдение и лечение сопутствующих заболеваний в амбулаторных условиях у больных. [1].

Немедикаментозные методы лечения в реабилитации больных ДОА все больше значение имеет физиотерапевтическое лечение. В значительной степени все нестероидные противовоспалительное средство (НПВС) дают побочные эффекты. Исследований, посвященных данной проблеме, недостаточно. В связи с этим нами была поставлена цель - изучить влияние электромагнитных полей различной интенсивности при воздействии на область коленных суставов.

Клинический опыт показывает, что применение аппарата для коротковолновой терапии BTL - 4000 на раннем этапе систематического лечения у 2/3 больных остаются трудоспособным в течении многих лет.

Описание аппарата. BTL - 4000 (CZECH REPUBLIC) – четырехканальный магнитотерапевтический аппарат с черно- белым сенсорным дисплеем для оказание анальгетического, противовоспалительного, регенерирующего действие. Аппарат BTL - 4000 может использоваться для диэлектрического нагревания электрическим или электромагнитным полем различной интенсивности практически любой части тела и, соответственно, использоваться для широкого круга показаний. Лечение может производиться с использованием либо емкостного (диэлектрического поля), либо индукционного (индуктотермии) методов. При использовании индукционного поля, когда часть тела находится в магнитном поле, особенно нагреваются ткани содержащие жидкость и расположенные близко к поверхности мышцы. Данный аппарат для коротковолновой терапии можно использовать как в стационарах, так и в амбулаторных условиях. Во время лечения используются классические методы воздействия магнитным или электрическим полем в непрерывном или импульсном режимах.

Эндогенное нагревание инициирует серию физиологических процессов, что оказывает спазмолитический эффект на мышцы, сухожилия и другие структуры, содержащие гладкую мускулатуру, способствует ускорению клеточного метаболизма и активации ферментов, а также стимуляции перфузии в зоне воздействия.

Применение высокочастотной энергии в виде коротких, интенсивных импульсов (импульсный режим) может оказывать более глубокий эффект, особенно что касается стимуляции перфузии, так как кожа особенно чувствительна к нагреванию. Точки приложения высокочастотной терапии разнообразны. Данный вид воздействия особенно эффективен при лечении деформирующих поражении суставов и мышц. BTL - 4000 применили у больных с диагнозом ДОА (санатория «Денсаулық»).

Материалы и методы исследования:Обследовали 50 больных с ДОА недостаточностью функции суставов (НФС) 2-3 степени. В зависимости от проводимого лечения были сформированы 2 группы больных. Первая группа в количестве 25 больных получали НПВС и физиолечение аппаратом BTL - 4000 ; вторая группа в количестве 25 больных получали НПВС. Больные в течение наблюдения (10 дней) вели дневник, в котором регистрировали динамику изменения клинических проявлений.

Результаты и их обсуждение.В первой группе после проведенного лечения с НПВС и аппаратом BTL - 4000 наблюдалось улучшение клинического течения, при значительной физической нагрузке болевой синдром сохранялся у 28,8% больных, ограничение движения суставов у –39 ,2%. У больных второй группы не принимавших физиолечение аппаратом BTL - 4000 при значительной физической нагрузке болевой синдром сохранялся у 46,2%, ограничение движения суставов у – 52,8%.

Таким образом, следует отметить, что наблюдалось уменьшение клинических проявлений больше больных первой группы принимавших НПВС и физиолечение аппаратом BTL - 4000 , где больные отмечали хорошую переносимость.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о существенной эффективности комплексного применения электромагнитных полей BTL - 4000 в сочетании с НПВС . У больных после проведенного лечения BTL - 4000 в сочетании НПВС трудоспособность сохраняется в течении многих лет.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Е.И.Чазов. Терапевтический архив. «Инновационные методы лечение ДОО». Москва «Медицина» С. 42-43. 3 том.2008 г.
2. Новый терапевтический справочник, под.ред, И.Н.Денисова:Медия 2005 г., 680 с.
3. Клинические классификации и основные синдромы болезни суставов, под.ред. Т.З.Сейсембекова: Астана 2001 г., 192 с.

УДК 616.233-002-08

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗОЛВАНА 30 мг У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ

*Байдуллаев Б.М., Қорғанбаева Х.Т., Ибрагимова Р.Б., Абдукаримова Ж.М., Умиралиева Г.А., Сейдахметова А.А.  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*

## Түйін

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен (ӨСОА) ауыратын науқастарды лазолван 30мг препаратын қолданғанда, амбулаториялық жағдайда емделіп жатқан науқастардың жағдайы жақсарғанын және аталған препараттың қауіпсіз, қолдануға ыңғайлы екені анықталды.

## Summary

Patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) were taking medication Lazolvane 30mg ,in patient treatment in patients with mood improves, when the application was comfortable and safe .

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) заметно увеличивается во всем мире. Распространенность ХОБЛ по официальным статистическим данным, достигала в среднем 16 на 1000 населения . Смертность от ХОБЛ за те же годы составила от 11,0 до 20,1 на 100 000 населения. По некоторым данным ХОБЛ сокращает естественную продолжительность жизни в среднем на 8 лет. ХОБЛ приводит к сравнительно ранней потере трудоспособности больных, причем у большинства из них иивалидизация наступает примерно через 10 лет после установления диагноза ХОБЛ.Среди взрослого населения она достигает 41,3% [1]. Для лечения ХОБЛ согласно международной концепции используется в основном три направления: противовоспалительная (нестероидные и стероидные противовоспалительные средства, мембраностабилизирующие препараты), муколитическая и секретолитическая, иммуномодулирующая,

В последние годы выпускаются препараты, воздействующие на гель - фазу бронхиального секрета путем активации гидролизующих ферментов,увеличения содержания сурфактанта в легких,уменьшения вязкости мокроты, улучшения ее реологических свойств и восстановления дренажной функции легких, сочетающие в себе все три направления терапии ХОБЛ. Первым представителем стал препарат лазолван 30мг, содержащий амброксол гидрохлорид.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности препарата лазолван 30мг у амбулаторных больных с ХОБЛ.

Материалы и методы исследования: Обследовали 40 больных с ХОБЛ средней степени тяжести. Среди них было 17 мужчин и 13 женщин в возрасте 37,3±1,2 (17-56 лет) лет. В зависимости от проводимого лечения были сформированы две группы больных. Первая группа в количестве 20 больных получала амбробене 75 мг по 1 капсуле 2 раза в день; вторая группа в количестве 20 больных получала лазолван 30мг по 1 таблетке в день. Больные в течение наблюдения (14 дней) вели дневник, в котором регистрировали динамику одышки, кашля, выделения мокроты.

Результаты и их обсуждение.При проведении оценки эффективности препаратов лазолван 30мг и амбробене 75 мг нами отмечалось, что у больных принимавших лазолван 30мг при значительной физической нагрузке одышка сохранялась в 76,5%, кашель – 7,9% , мокрота исчезла у 70% больных. Больные, принимавшие амбробене 75мг при значительной физической нагрузке сохраняется одышка в 85% , кашель - 12%, мокрота исчезла у 43,3% больных. Аускультативные данные – рассеянные сухие, влажные хрипы.

Таким образом, следует отметить, что наблюдалась положительная динамика аускультативных признаков, уменьшение клинических проявлений больше у больных, принимавших лазолван 30мг. Все больные отмечали хорошую переносимость препарата. Побочных действий лазолван 30мг не отмечено.

Выводы: Препарат лазолван 30мг является удобным и безопасным препаратом. Лечение больных с лазолван 30мг приводит к улучшению клинических показателей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин Б. Г. «Астма и аллергия» 2003г. Москва «Медицина» 263 с.
2. И. Клячкина. «Врач». 2004г. Медиа. С 87-88.

УДК 618.3:616.1

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «ГИНОЛАКТА» В ЛЕЧЕНИИ ВАГИНАЛЬНОГО ДИСБИОЗА**

*Р.Т. Тлеужан, А.А. Белесова, Н.А. Жусипов, Н.И. Калдыбекова, А.У. Байкубекова*  
*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент*  
*Областной перинатальный центр №1, г.Шымкент*  
*Медицинский колледж «Авиценна», г.Шымкент*  
*Клиника МКТУ имени Х.А.Яссави, г.Шымкент*

**ТҮЙІН**

Вагиналды дисбиозды «Гинолакт» дәрісімен жергілікті емдеу пероралды дәрілердің эффективтілігіне орын бермейді, қайта керісінше ерекшеліктері бар. Солрадың ішінде инфекция ошағына дәріні еңгізу нәтижесінде дәрінің минималды жүйелі абсорбциясы, жанама әсерлерінің болмауы байқалады. «Гинолакт» құрамына кіретін *Lactobacillus plantarum* жоғары адгезивті қасиетімен және 85,7% жағдайда эпителий клеткасы, *Lactobacillus acidophilus* адгезивті пайызы 54,5% қарағанда жақсы енеді. «Гинолакт» дәрісінің жақсы төзімділігі және эффективтілігі, дәрінің акушерлік және гинекологиялық тәжірибеде кеңінен қолдануды ұсынады.

**SUMMARY**

Local treatment bacterial disbios by a preparation of "Ginolakt" doesn't concede by efficiency peroralным to preparations and, on the contrary, has a number of advantages. Among them – possibility of introduction of a preparation directly in the infection center, the minimum system absorption of a preparation, absence of collateral reactions. The component of "Ginolakt" - *Lactobacillus plantarum* possesses expressed адгезивными properties and which percent of adhesiveness of 54,6 % is attached to cages эпителия in 85,7 % of cases, unlike *Lactobacillus acidophilus*. Efficiency and good shipping of a preparation of "Ginolakt" allows to recommend it for wide application in obstetric and gynecologic practice.

Терапия вагинального дисбиоза (ВД) во время беременности остается сложной проблемой из-за возможного неблагоприятного воздействия этиотропных лекарств на плод. Исследования показали, что местное лечение ВД не уступает по эффективности пероральным препаратам и, напротив, имеет ряд преимуществ. Среди них – возможность введения препарата непосредственно в очаг инфекции, минимальная системная абсорбция препарата, отсутствие побочных реакций. В доступной литературе отсутствуют сообщения о лечении ВД в I триместре беременности, что связано с недостаточной информацией об отсутствии тератогенного действия этиотропных препаратов на эмбрион. В то же время лечение ВД с ранних сроков беременности, несомненно, является наиболее эффективной профилактикой осложнений в процессе беременности, родов и послеродового периода. Поэтому поиск новых, эффективных и безопасных для эмбриона препаратов для лечения ВД на ранних сроках беременности является актуальной задачей современного акушерства (1).

Нарушение баланса вагинальной микрофлоры – проблема, с которой сталкивается практически каждая женщина. Нормальная микрофлора влагалища подразделяется на облигатную, факультативную и транзитную. Облигатные микроорганизмы (непатогенные и условно-патогенные) в обязательном порядке входят в состав нормальной микрофлоры, препятствуют развитию попавших во влагалище патогенных микробов. Представители факультативных микроорганизмов достаточно часто, но не всегда, встречаются у здоровых женщин. Транзитные микроорганизмы (непатогенные, условно-патогенные, патогенные) случайно заносятся в генитальный тракт из окружающей среды. В условиях нормального биотопа они пребывают во влагалище короткое время и быстро удаляются с током слизи и за счет деятельности мукоцилиарного эпителия. В случае нарушения защитных механизмов патогенные или условно-патогенные микроорганизмы транзитной или факультативной флоры прикрепляются к клеткам влагалищного эпителия (адгезия) с последующим размножением и повреждением тканей (воспалительная реакция).

Особенностью нормальной микрофлоры половых путей здоровых женщин репродуктивного возраста является многообразие видового состава, представленного широким спектром микроаэрофилов, факультативных и облигатных анаэробных микроорганизмов (2).

Ведущее место в вагинальном микробиоценозе – 95-98% (10-100 КОЕ/мл) занимают лактобациллы (палочки Додерлейна), чаще всего это микроаэрофильные, продуцирующие перекись водорода, реже – анаэробные. Кроме влагалища различные виды лактобактерий колонизируют и дистальный отдел уретры.

Лактобациллы выполняют большую роль в поддержании нормального биоценоза влагалища из-за высокой конкуренции и антагонизма по отношению к патогенным и условно-патогенным бактериям. Защитные функции лактобактерий объясняются способностью продуцировать перекись водорода, лизоцим, что губительно влияет на патогенную флору. Кроме того, лактобациллы обладают свойством высокой адгезии к вагинальным эпителиоцитам, препятствующей колонизации патогенов и ограничивающей излишнюю пролиферацию условно-патогенных бактерий влагалища. Однако, основным механизмом, обеспечивающим колонизационную резистентность вагинального биотопа является способность лактобактерий к

кислотообразованию. В результате деятельности лактофлоры из гликогена вагинального эпителия образуется молочная кислота, что и определяет кислую реакцию содержимого влагалища (3).

Качественный и количественный состав влагалищной микрофлоры подвержен различным изменениям, так например, в течение менструального цикла в связи с колебаниями в секреции половых гормонов дни доминирования лактобацилл сменяются днями преобладания гарднерелл и бактероидов. Изменения вагинального биотопа и содержимого влагалища наблюдаются во время менструации за счет излития менструальной крови, а также после полового акта из-за щелочной реакции спермы. На состав микрофлоры влагалища, как качественный, так и количественный, могут оказывать воздействие особенности туалета половых органов, степень половой активности, а также всевозможные способы контрацепции. Снижение концентрации лактобацилл происходит при использовании внутриматочных контрацептивов, антибиотиков, антибактериальных веществ, после хирургических вмешательств, при наличии опухолевых процессов и другое (1).

Деятельность всех биотопов, в том числе и влагалищного, регулируется эндокринной, нервной и иммунной системами, которые действуют как единое целое. Поломка в одном из этих звеньев неизменно вызывает нарушение микроэкологии влагалища, которое в дальнейшем может привести к развитию воспалительных процессов генитального тракта.

Целью нашего исследования явилось определение эффективности применения препарата «Гинолакт» для лечения ВД у беременных.

«Гинолакт» - препарат компании Ратиофарм, в состав которого входит – *Lactobacillus plantarum* P 17630. *Lactobacillus plantarum* – непатогенный микроорганизм, компонент нормальной микрофлоры влагалища в концентрации 10 КОЕ, следовательно может применяться во время беременности и периоде лактации. Механизм действия основан на способности лактобактерий посредством метаболизирования гликогена в молочную кислоту вызывать уменьшение pH влагалища до величины между 3,8 и 4,4, неблагоприятных для роста патогенных микроорганизмов.

Препарат выпускается в виде капсул. Препарат рекомендуется вводить глубоко во влагалище ежедневно по 1 капсуле вечером на протяжении 3-6 дней. Курс лечения 3 цикла, перерыв между циклами 24 дня. Критерием излеченности следует считать нормализацию вагинальной микрофлоры.

Нами проведено применение данного препарата 50 беременным областного перинатального центра №1 г.Шымкент за период 2009 года (срок беременности от 30-31 до 39-40 недель). Возраст пациенток был репродуктивным и колебался от 18 до 43 лет. Критерием излеченности явилось: наличие клинических проявлений (местная картина воспаления, обильные однородные кремообразные выделения серого цвета, зуд, жжения в области влагалища, дискомфорт во время полового акта). Всем пациенткам было рекомендовано не применять спринцеваний, антибактериальных препаратов. Среди наблюдавшихся не состояли в браке 22 (44%) пациентки. По социальному положению: служащих – 18 (36%), студенток – 15 (30%), домохозяйек – 17 (34%). При бактериоскопии вагинальных выделений у всех пациенток были обнаружены лейкоциты – от 25-30 до 70-80 в поле зрения, в большом количестве – эпителиальные клетки, у 2-х пациенток – грибы рода *Candida*, у 2-х – *Trichomonas vaginalis*.

Всем беременным в виде этиотропного лечения назначался Гинолакт по одной капсуле на ночь во влагалище. Пациенткам с выявленным кандидозным и трихомонадным вагинитом проводилась санация влагалища до лечения Гинолактом. Критериями оценки эффективности препарата явились жалобы больных, анализ клинического состояния, а также результаты лабораторного исследования влагалищных мазков. Хочется отметить хорошую переносимость препарата всеми пациентками. Положительные результаты применения Гинолакта отмечались уже на 2-3 сутки: у 34 (68%) – начали исчезать чувство дискомфорта, выделения из половых путей и зуд наружных половых органов у 16 (32%) – сохранялись незначительные вагинальные выделения и неярко выраженная гиперемия слизистой влагалища. Пациенткам, с сохраняющимися еще клиническими и лабораторными признаками вагинального дисбиоза, был назначен повторный курс Гинолакта по 1 капсуле на ночь во влагалище. Положительная динамика стала отмечаться на 2 сутки: исчезли местные проявления вагинального дисбиоза, субъективные жалобы, нормализовались результаты бактериоскопии, т.е. наступило клинико-лабораторное выздоровление.

В данной группе 45 из 50 беременных были родоразрешены в срок, родили живых доношенных детей без видимых пороков развития. В постнатальном периоде ни у одного из новорожденных не было выявлено пневмонии, конъюнктивита или какой-либо другой инфекционной патологии. В послеродовом периоде было проведено повторное лечение 3-м родильницам из данной группы. На 3 сутки у родильниц исчезли выделения из половых путей, бактериоскопия дала положительные результаты. Итак, анализируя положительный опыт применения Гинолакта в областном перинатальном центре №1 г.Шымкент, можно отметить достоинства данного препарата – его эффективность при лечении вагинального дисбиоза, отсутствие побочных проявлений.

Выводы: Препарат «Гинолакт» эффективен в лечении пациенток с вагинальным дисбиозом. Препарат хорошо переносится пациентками, не имеет побочных эффектов. Препарат безопасен в применении у беременных и в период гестации. Компонент «Гинолакта» - *Lactobacillus plantarum* обладает выраженными адгезивными свойствами и прикрепляется к клеткам эпителия в 85,7% случаев, в отличие от *Lactobacillus acidophilus*, процент адгезивности которого 54,6%. Компонент «Гинолакта» - *Lactobacillus plantarum* устойчив к воздействию антибиотиков, поэтому при необходимости его можно назначать на фоне антибактериальной

терапии. Компонент гелевой капсулы – диметикон обладает противозудным эффектом и улучшает трофические процессы в слизистой оболочке влагалища, а также обладает выраженным обволакивающим эффектом, за счет чего абсорбирует на своей поверхности патогенные бактерии. Эффективность и хорошая переносимость препарата Гинолакт позволяет рекомендовать его для широкого применения в акушерской и гинекологической практике. Отсутствие побочных эффектов при применении препарата Гинолакт дает возможность проводить курсы терапии данным лекарственным средством как в стационарных, так и амбулаторных условиях. Дополнительное преимущество – однократность применения в сутки, что позволяет достичь максимального удобства в применении.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Стрижков А.Н., Баев О.Р., Буданов П.В. Система обследования и лечения беременных с нарушениями микроциркуляции родовых путей, инфекциями, передаваемыми половым путем, и восходящим инфицированием плода. Акушерство и гинекология, 2003. - №3. – С.15-17.
2. Фризе К. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных.- Москва, 2003.
3. Овчинников Н.М., Беднова В.Н., Делекторский В.В. Лабораторная диагностика заболеваний, передающихся половым путем. М.М.:1997

УДК 616.12-088.331.1-059-085:615.225.1

#### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОЛИПРЕЛА ФОРТЕ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Б.М. Байдуллаев, А.А. Сейдахметова, Х.Т. Қорғанбаева, Р.Б. Ибрагимова, Ж.М. Абдукаримова, Г.А. Умиралиева, Л.Б. Байтемирова*

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент  
Областной консультативно-диагностический медицинский центр, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Артериалды гипертония ауруымен ауыратын науқастарда нолипрел форте препаратын қолданғанда, амбулаториялық жағдайда емделіп жатқан науқастардың жағдайы жақсарғанын және аталған препараттың қауіпсіз, қолдануға ыңғайлы екені анықталды.

#### SUMMARY

Patients with Arterial Hypertension were taking medication norlipreli forte, in patient treatment in patients with mood improves, when the application was comfortable and safe .

Артериальная гипертензия (АГ) является важнейшей медико-социальной проблемой. У 30% взрослого населения развитых стран мира определяется повышенный уровень артериального давления (АД) и у 12-15 % - наблюдается стойкая артериальная гипертензия. Это заболевание является частой причиной развития жизненно опасных острых заболеваний сердца (инфаркт миокарда) и мозга (инсульт), в том числе и у лиц трудоспособного возраста. АГ вместе с ишемической болезнью сердца (ИБС) обуславливают 53,3% смертности. Около 50% всех случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний приходится на долю артериальной гипертензии. Она лежит в основе и хронических заболеваний сердца и головного мозга, почек и глаз, органов, которые принято называть органами-мишенями. Даже сейчас, когда в арсенале медиков имеется достаточное количество мощных антигипертензивных препаратов средняя продолжительность жизни пациентов среднего возраста, страдающих артериальной гипертензией не превышает 20-30 лет.

Целью нашего исследования явилось сравнительная оценка препаратов нолипрела форте и энап НЛ по клинической эффективности, переносимости и влиянию на суточный профиль АД. АГ подразделяются на симптоматические (почечные, эндокринные, гемодинамические и нейрогенные) и эссенциальные. Комбинированный препарат нолипрел форте содержащий периндоприл 4 мг и индапамид 1,25 мг , соединение двух препаратов в одном упрощает выполнение больными назначений врача, назначается 1 раз в сутки. Нолипрел форте обладает выраженной антигипертензивной эффективностью, уменьшает изменения в крупных артериях и на уровне микроциркуляции, а также протекторными свойствами в отношении сердца и почек. Комбинированная терапия с нолипрелам форте рассматривается как препарат выбора, особенно у пациентов с высоким риском симптоматической и эссенциальной гипертонией.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 60 больных (23 мужчин ,37 женщины), средний возраст больных 49,7± 8,8 . По данным анамнеза и клинико – инструментальных исследований, у обследованных пациентов АГ II-III степени. В зависимости от проводимого лечения были сформированы две группы больных. Первая группа в количестве 30 больных получала нолипрел форте по 1 таблетке натошак; вторая группа в количестве 30 больных получала энап НЛ по 1 таблетке 1 раз в день в течении 14 дней. При применении антигипертензивного препарата в двух группах проводили суточное мониторирование АД.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных данных свидетельствует, что, несмотря на то, что исследуемые препараты обладают достоверным гипотензивным эффектом, степень его выраженности в отношении систолического и диастолического АД варьирует от 19,8 и 2,6% при лечении нолипрелом форте. При проведении оценки эффективности препаратов нолипрел форте и энап НЛ нами отмечалось, что у больных принимавших нолипрел форте, головные боли уменьшились на 73,3%, головокружение 56,7%, чувство дискомфорта в области сердца на 87,5%. У больных принимавших энап НЛ головные боли уменьшились на 69,2%, головокружение 47,5%, чувство дискомфорта в области сердца на 72,7%, что отражено на диаграмме.

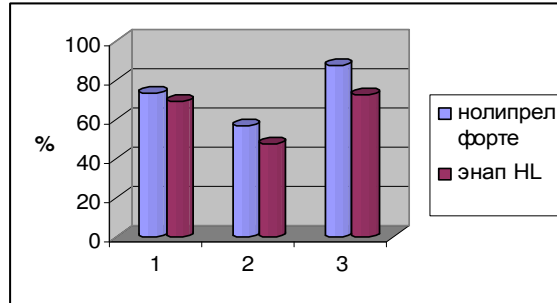


Рис.1. – Сравнительная характеристика симптомов.

Эффективность препарата нолипрел форте указывает на равномерное снижение АД в течение 24 ч. Таким образом, комбинированная гипотензивная терапия является эффективным инструментом лечения АГ у большинства пациентов, способствуя предотвращению развития сердечно-сосудистых осложнений и благоприятно влияя на качество их жизни. Все больные отмечали хорошую переносимость препарата. Побочных действий нолипрел форте не отмечено.

**Выводы:** Для оценки терапевтической эквивалентности необходимо сопоставление не только гипотензивного эффекта, но и влияния препаратов на такие показатели, как пульсовое АД и скорость распространения пульсовой волны.

Препарат нолипрел форте является удобным и безопасным препаратом. Лечение больных с нолипрел форте приводит к улучшению клинических показателей.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Петров В.И., Недогода С.В., Лопатин Ю.М. Фармако-эпидемиология антигипертензивных препаратов в Волгоградской области. // Клиническая фармакология и терапия.- 2002.-№1.- С.62-65
- Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Мониторинг артериального давления: методические аспекты и клиническое значение. М.- 1999.-237с.
- Белоусов Ю.Б., Зырянов С.К. Дженерики или бренды: pro et contra. // Качественная клиническая практика.- 2003.-№2.- С.95-100
- Жижина С.А., Остроумова О.Д., Пауков С.В., и др. Комбинированная терапия артериальной гипертензии: что нового? // РМЖ Кардиология.- 2007 г.- том 15.- № 20.- С.146.
- Подколзков В.И., Осадчий К.К. Новый подход к терапии артериальной гипертензии: нефиксированные комбинации в одном блистере. // Фарматека.-№5.-2008.-с.20.

УДК 618.2:615.477.88

#### НОВАРИНГ КОНТРАЦЕПТИВТІК САҚИНАСЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

*Э.А. Абдукасымова, К.А. Жандосова, А.К. Коптаева, А.Т. Арыспаева, Р.Р. Габитова*  
*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ*  
*«Сұңқар» клиникасы, Шымкент қ*

#### РЕЗЮМЕ

Контрацептивное кольцо НоваРинг содержит минимальную дозу гормонов, обладает высокой контрацептивной эффективностью. НоваРинг можно применять в акушерской практике как инновационный метод контрацепции.

#### SUMMARY

Contraceptive ring NovaRing contains minimal hormonal level, has high contraceptive efficiency. Contraceptive ring NovaRing may be used in obstetrics as innovative contraceptive method.

Қазіргі кезде жүктіліктен сақтандыратын ең тиімді әдіс әйел жыныс гормондарының синтетикалық аналогтарын қолдануға негізделген гормональды контрацепция болып саналады.

Дұрыс қолданғанда, гормональды контрацепцияның эффектілігі 99%-дан асады (ДДҰ, 2005). Қосарланған оральды контрацептивтер (ҚОК)- ең жиі қолданылатын дәрілік заттар. ҚОК-ді қолданудың тәртібі

бұзылуына байланысты эффектілігі төмендейтіні көптеген зерттеулерде көрсетілген [9,10]. Қабылдаудың бірінші жылы 60 % әйелдер қолданудан бас тартқан[9,10].8% әйелдерде жоспарланбаған жүктілік орын алған [9,10].

Қынаптық гормональды контрацепцияны қолдану жаңа шешім ретінде қабылданды. Қынапшілік рилизинг-жүйе НоваРинг сақина түрінде жасалынған. Сақина өте иілгіш және эластикалық, диаметрі 54 мм, қалыңдығы 4 мм. Әрбір сақинаның құрамына 2,7 мг этинилэстрадиол (ЭЭ) және 11,78 мг этоногестрел (ЭНГ) кіреді. Сақинадан күнделікті қынапқа 15 мкг ЭЭ және 120 мкг ЭНГ бөлініп отырады. ЭЭ және ЭНГ бірлесіп, контрацептивті эффектке жеткілікті деңгейдегі гормондармен ағзаны қамтамасыз етеді.

Әрбір сақина үш апта қолданып, бір апта үзіліс жасаумен бір менструалдық цикл кезінде қолдануға арналған. Әйел өзі НоваРингті оңай енгізіп, алып тастай алады.

Контрацептивтік әсері ҚОК тәрізді, овуляцияны тежеуге және цервикальды шырыштың тығыздығын арттыруға бағытталған. Еуропадағы зерттеулер бойынша, бұл контрацепция әдісінде Перля индексі 0,45-0,6 екендігі анықталды [9,10].

Зерттеу мақсаты. 1.НоваРинг қынаптық сақинаның менструалдық циклға, дене салмағына, қынап микробиоценозына, фертильдікке, ас қорыту жүйесіне әсерін анықтау.

2. Менструация алды синдромның белгілеріне НоваРинг сақинасының әсерін анықтау.

3. НоваРинг қынаптық сақинаның контрацептив ретіндегі маңызын бағалау.

Материалдары мен әдістері. Шымкент қаласының «Сұңқар» клиникасында 2010 жылғы 6 ай ішінде НоваРинг сақинасын қолданған 48 әйелдің 144 цикл нәтижелері зерттеуге алынды. Клиникалық-анамнестикалық, жалпы және гинекологиялық тексеру, микроскопиялық, цитологиялық, гормональды зерттеулер жүргізілді.

Зерттеу нәтижелері. Зерттеуге алынған 48 әйелдердің орташа жасы 27+1,8 (20 дан 39 дейін). Осы әйелдерде НоваРинг қолдануына әкелген себептер: - ҚОК қолдану тәртібінің бұзылуы (56%); - ҚОК қолдану кезінде дене салмағының өсуі (21%);- ҚОК қолдану кезінде құсу, лоқсу, тәбетінің төмендеуі (11%);- Жильбер ауруы (3%); - өт-тас ауруы (5%);- бас сақинасы (2%);- басқа себептер (2%). Менструалдық циклдің тұрақтылығы контрацептивтің әйелге сәйкестігін анықтайтын маңызды факторлардың бірі болып есептеледі [1]. Ретсіз қанды бөлінділердің жиілігі сақина қолдану кезінде 2% болғандығы анықталды.

Дене салмағының өсуі әйелдерге кеңес беруде ең жиі кездесетін мәселе болып табылады [1]. НоваРинг қабылдаған әйелдердің дене салмағы өзгермегені анықталды. Асқорыту жүйесінің өзгерістері бұл контрацепция әдісін қолдануда байқалмады. Контрацептивтің қынаптың микробиоценозына кері әсерін тигізбеуі маңызды шарт болып табылады [1]. Зерттеу барысында НоваРинг қолданған әйелдердің 5,2%-да қабыну процестері тіркелді. Бұл деректер репродуктивті кезеңдегі әйелдердің жалпы популяциясындағы берілген патологияның жиілігінен аспайды [1].

НоваРингтің құрамындағы гормональды компоненттердің бөлінуі арқылы жергілікті иммунитеттің белсенуін Ресейлік ғалымдардың зерттеулері көрсетті [6].Менструация алды синдромы бар әйелдерде симптомдарының әлсіреуі 50% жағдайда кездесті. Доксицилин антибиотигін қолданған НоваРинг сақинасы бар әйелдің қанының сарысуындағы эстрадиолдың мөлшері өзгермегені, контрацептивтік әсерінің төмендемегені анықталды.Көп жағдайларда контрацептивтерді қабылдаудан кейін фертильдіктің қалпына келу мерзімі әйелдерді толғандырады. Овуляцияның қалпына келу уақыты НоваРинг қолданғанда 13-28 күн болуы зерттеу барысында анықталды. Контрацепция әдістерінің барлығы әйелдің сексуалды өміріне жағымды әсер етпейді. Сұрастыру кезінде НоваРингті қолданған әйелдердің 50%-да сексуалды құштарлығының артуы, жыныстық қатынастардың жиілеуі байқалған.

Қорытынды: Сонымен жүргізілген зерттеулер НоваРинг қынаптық сақинасын ең жиі қолданылатын ҚОК-мен қатар қолдануға болатындығын анықтады. Зерттеу нәтижелері бойынша НоваРинг қынаптық рилизинг жүйенің келесі артықшылықтары дәлелденді:біріншілік бауырдан және ас қорыту жолдарынан өту эффектісінің болмауы; қолданбаудан кейін фертильдіктің тез қалпына келуі;дене салмағына әсер етпеуі; менструация алды синдромда емдік қасиетінің болуы; қолданудың қолайлығы және қарапайымдылығы; сексуалды өмірге оң әсерін тигізуі; менструалдық циклға кері әсерінің болмауы; қынап микробиоценозына кері әсерінің болмауы; антибиотиктермен бірге қолданғанда контрацептивтік қасиетінің өзгермеуі.

НоваРинг гормональды контрацепцияның ең жаңа, инновационды әдісі екендігіне көз жеткіздік. Контрацептивті қынап арқылы енгізу қолдану тәртібін сақтаудың жоғарғы деңгейімен қамтамасыз етеді. Қазіргі кездегі гормональды контрацепцияның мүмкіндіктерін кеңейтуде НоваРинг сақинасының маңызы зор.Эффектілігі жоғары осы контрацепция әдісін әйелдердің кең қауымы қолдануына болады.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Аганезова Н.В., Сливанкова Е.В., Линде В.А. Влагалищная гормональная контрацепция: лечебные эффекты при менструальном синдроме, безопасность и приемлемость. Проблемы репродукции 2007; 13.
2. Бороян Р.Г. Клиническая фармакология для акушеров-гинекологов. М.:МИА, 1999; 8-123.
3. Гормональная контрацепция. Под.ред. В.Н. Прилепской. М., Медпресс,1998; 216.
4. Доброхотова Ю.Э.,Затикян Н.Г. Влияние препарата НоваРинг на микробиоценоз влагалища женщин репродуктивного возраста. Российский вестник акушера и гинеколога 2007; 3.

5. Доброхотова Ю.Э., Затикиан Н.Г. Сексуальная жизнь и влагалищная контрацептивная рилизинг-система. Русский медицинский журнал 2007; 17(15): 1286-8.
6. Назарова Н.М. Состояние влагалища и шейки матки на фоне применения контрацептивного кольца НоваРинг. Российский вестник акушера и гинеколога 2007; 6,
7. Прилепская В.Н. НоваРинг - контрацепция, анатомия, сексология. Гинекология 2004; 6(6).
8. Прилепская В.Н., Назарова Н.М. Новые технологии в контрацепции: гормональные рилизинг-системы. Гинекология 2005;7(1).
9. Ромащенко О.В., Мельников С.Н., Билоголовская В.В. Состояние сексуального здоровья женщин на фоне применения гормональной контрацепции. Акушерство и гинекология 2007;6:63-7.
10. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н. Современные методы контрацепции. М.: Медицина, 1997;30.

УДК 615.1:174

### ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ФАРМАЦИИ

*К.Д. Шертаева, Г.Ж. Умурзахова, М.М. Сапакбай, К.Б. Мендибаев*  
*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент*  
*Департамент Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК по ЮКО*

#### ТҮЙІН

Мақалада фармация саласындағы басқару этикасының маңызды және нормативтік жағынан қамтамасыз етілуі қажеттілігі көрсетілген.

#### SUMMARY

In this article the necessity of study and elaboration of standard locations controlling ethics of pharmace is showed.

Слово «этика» произошло от греческого «*ethos*», что в переводе означает обычай, нрав. Нравы и обычаи наших предков и составляли их нравственность, общепринятые нормы поведения. Под нравственностью принято понимать совокупность принципов или норм поведения, регулирующих отношение людей друг к другу, а также к обществу, государству, семье и поддерживаемых личным убеждением, традицией, воспитанием, силой мнения всего общества. Нравственность – это совокупность норм поведения. Понятие нравственности, т.е. нормы поведения, усложняясь в современном обществе, становится предметом изучения особой науки – этики. Задача этики состоит не только в том, чтобы разработать нравственный кодекс, но также выяснить вопрос о происхождении нравственности, о природе нравственных понятий и суждений, о критерии нравственности, о возможности или невозможности свободного выбора поступков, ответственности за них. [1].

Первые прогрессивные концепции медицинской этики, дошедшие до нас из глубины веков, зафиксированы в древне - индийской книге «Аюр-веда» («Знание жизни», «Наука жизни»). В ней наряду с проблемами добра и справедливости высказываются наставления врачу быть сострадательным, доброжелательным, справедливым, терпеливым и никогда не терять самообладания. Ценой своей жизни медицинский работник должен отстаивать жизнь и здоровье больного.

Большое развитие медицинская этика получила в Древней Греции и ярко представлена в клятве Гиппократата.

Медицинская деонтология (от греч. «*deontos*» - должное, надлежащее и «*logos*» - учение) – наука о профессиональном поведении фармацевтического работника. Сам термин «деонтология» был введен в обиход в начале XIX века английским философом Бентамом для обозначения науки о профессиональном поведении человека. Понятие «деонтология» в равной мере применимо к любой сфере профессиональной деятельности: фармацевтической, инженерной, юридической, педагогической и т.д.

Любопытно отметить, что за всю историю развития медицины только в 1967г. На II Всемирном деонтологическом конгрессе в Париже было сделано первое и пока единственное дополнение к клятве Гиппократата: «Клянусь обучаться всю жизнь», что напрямую относится к профессиональному поведению врача. [2, 3].

Фармацевтическая этика и деонтология возникли с открытием первых аптек и с появлением первых фармацевтов. В древнеиндийской священной книге «Аюр-веда» есть следующее изречение: «В руках невежды лекарство – яд и по своему действию может быть сравнимо с ножом, огнем. В руках же людей сведущих оно уподобляется напитку бессмертия». Эта мысль проходит красной нитью через всю историю фармации и организации фармацевтического дела как у нас в Казахстане, так и за рубежом. Она определяет многие деонтологические и этические позиции современного фармацевта. Да и само слово «фармация» происходит от египетского слова «фармаки», что означает «дарующий безопасность или исцеление». Гиппократ в своей знаменитой «Клятве» обосновал одно из главных профессиональных и нравственных требований медицинской

деонтология и этики – помогать людям в укреплении и охране их здоровья независимо от общественного и имущественного положения, социальной, национальной и расовой принадлежности. Эта «Клятва» на протяжении более 2 тысяч лет является основным этическим документом в медицине, она же стала и основой клятвы фармацевтов. [4].

Основная этическая задача фармацевта – это сохранение здоровья человека, но также существуют другие задачи: фармацевт должен оказывать фармацевтическую помощь любому человеку, независимо от общественного и имущественного положения, социальной, национальной и расовой принадлежности;

специальное образование дает фармацевту право отвечать за рациональное использование лекарственных средств, проявляя бдительность при отпуске лекарственных средств, особенно для престарелых и детей;

фармацевт должен гарантировать населению адекватный контроль за качеством отпускаемых лекарственных средств;

фармацевт должен обладать высоким профессионализмом и компетентностью в вопросах лекарственного обеспечения;

фармацевт должен поддерживать престиж своей работы и приоритетность своих знаний в области фармации;

при осуществлении своей деятельности фармацевт должен всегда придерживаться принципов этической конкуренции, этического маркетинга и рекламы.

Основой деонтологии фармацевта является его отношение с пациентом:

фармацевт должен уважать честь и достоинство пациента;

фармацевт обязан владеть основами психотерапевтического воздействия и взаимопонимания с пациентом;

внешним видом фармацевт должен располагать к себе пациента;

фармацевт должен дать почувствовать пациенту, что в его лице он имеет высокообразованного и высококультурного специалиста;

фармацевт должен управлять конфликтными ситуациями и решать их;

фармацевт должен правильно выбрать стиль общения с пациентом и управлять процессом общения.

Стиль общения с потребителями, само общения – один из главных компонентов культуры обслуживания. Неквалифицированное, не умелое обслуживание населения при растущей конкуренции среди аптек оборачивается для организации ухудшением экономических показателей, а для персонала – снижением морального удовлетворения от своего труда. [5]. Что же характерно для общения в сфере аптечной торговли в наши дни? С одной стороны, населению предоставляется все больший ассортимент товаров, увеличивается число аптек, с другой – растет число потребителей и естественно их запросы. Фармацевт, работающий на отпуске лекарственных средств, единственный представитель (на современном этапе), имеющий непосредственный контакт с покупателем. И поэтому именно ему чаще всего необходимы знания и умения в области фармацевтической этики, деонтологии, а также коммуникативных навыков. В связи с чем, значительное место в этике и деонтологии фармации должна занимать разработка нормативных положений нравственного характера.

Учитывая важность этики, деонтологии и коммуникативных навыков в работе фармацевтов, считаем целесообразно ввести в работу фармацевтических организаций – стандарты обслуживания потребителей фармацевтических услуг. Эти стандарты представляют собой свод правил общения с потребителем и должны гарантировать, что общение «фармацевт-пациент» будет проходить на высшем уровне, что увеличит количество и уровень обслуживания пациентов аптеки, обеспечивая тем самым конкурентоспособность фармацевтических организаций.

Разработанные нами «Стандарты обслуживания потребителей фармацевтических услуг» включают в себя:

- стандарты вступления в контакт с потребителем;
- стандарты по выявлению потребностей, запросов пациента;
- стандарты проведения презентации товара;
- стандарты по работе с сомнениями и возражениями пациента;
- стандарты разговора по телефону;
- стандарты завершения беседы с пациентом.

Стандарты предназначены для фармацевтов, обслуживающих населения, то есть работающих на отпуске лекарственных средств. Потому, что главное впечатление от аптеки составляют фармацевты и от их добросовестного отношения, к работе во многом зависит то, какой аптеку запомнит пациент.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Соложенкин В.В. Психологические аспекты врачебной деятельности М., 1997.
2. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. Национальная медицинская библиотека. Питер, 2004.
3. Куницына В.Н., Казаринова Н.В., Погальша В.М. Межличностное общение. Учебник для вузов. Питер, 2001.
4. Рогов Е.И. Психология общения гуманитарный издательский центр «Владос», М., 2004.
5. Армстронг М. Стратегическое управление человеческими ресурсами – М.: ИНФРА, 2002.



УДК 615.322:635.741.074

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ АМИНОКИСЛОТ И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ТРАВЫ ЧЕРТОПОЛОХА ПОНИКШЕГО***Ж.С. Токсанбаева, Х.Б. Алиханова**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент***ТҮЙІН**

Астерлер тұқымдасына жататын иілген түйетікен (*Carduus nutans* L., Asteraceae) шөбіне жүргізілген зерттеулер нәтижесінде оның аминқышқылдық құрамы тексерілді. Зерттелген шикізатта 11 аминқышқыл табылды, оның ішінде 5 - алмаспайтындар. Жұмыстың екінші сатысында шикізаттың микроэлементтік құрамы тексерілді, объекттің құрамында 16 минералдық элементтер табылған. Оның ішінде басым көп мөлшерде кездесетіндері кальций, калий, натрий және магний. Дәрілік өсімдіктің бай минералдық құрамы бұл шикізатты макро- және микроэлементтердің алыну көзі болып саналуына әкеледі.

**SUMMARY**

It has been found that there are 11 amino acids (including 5 essential amino acids). The quantitative content of free amino acids has been determined in the plants in question. The paper presents the results of studies of the quantitative and qualitative composition of mineral elements, and amino acids of herba *carduus nutans* (Asteraceae family). Analysis of their mineral composition has shown the presence of 16 mineral elements. Calcium, potassium, sodium and magnesium are prevalent

Чертополох поникший (*Carduus nutans* L.) – многолетнее травянистое растение семейства Астровые (Asteraceae). Трава растения широко применяется в народной медицине как вяжущее, мочегонное, ранозаживляющее и противосудорожное средство. В русской народной медицине отвар травы чертополоха использовали как кровоостанавливающее средство, при нервных расстройствах, при гонорее, отвар соцветий и листьев применяли при золотухе. В народной медицине многих стран Запада и Востока отвар корней используют при лечении неврозов, бессонницы, эпилепсии. Аминокислоты и микроэлементы растений в комплексе с основными биологически активными соединениями также могут быть использованы для лечения и профилактики целого ряда заболеваний [1,2].

Цель нашей работы – изучение аминокислотного и минерального состава травы чертополоха поникшего. Сырье – воздушно-сухая измельченная надземная часть растения, собранная в фазу массового цветения растения в июне-июле 2009 г. в Сайрамском районе Южно-Казахстанской области.

Экспериментальная часть. Для качественного исследования аминокислотного состава из сырья получали водное извлечение в соотношении 1:15. Для этого 1 г сырья заливали 15 мл воды, смесь нагревали на кипящей водяной бане в течение 20 мин в колбе с обратным холодильником. Извлечение охлаждали и процеживали через ватный тампон в колбу. Для проведения нингидриновой реакции к равному объему исследуемого водного извлечения добавляли свежеприготовленный 0,1 % водный раствор нингидрина, смесь осторожно нагревали, охлаждали, при охлаждении появлялось красно-фиолетовое окрашивание, что свидетельствовало о наличии аминокислот [3].

Другую часть водного извлечения упаривали в фарфоровой чашке на кипящей водяной бане до густого остатка, который растворяли небольшим объеме воды (5 мл) и наносили на хроматографическую бумагу в количестве 0,05 мл. Для хроматографического разделения аминокислот использовали восходящую хроматографию на бумаге Filtrak FN-4 в системе растворителей н-бутанол-уксусная кислота-вода (4:1:2). Стандартами служили растворы заменимых и незаменимых кислот в 0,1 н растворе хлороводородной кислоты. Для проявления аминокислот хроматограмму обрабатывали 0,1 % водным раствором нингидрина и прогревали в сушильном шкафу при температуре 100-105 °С в течение нескольких минут до появления красно-фиолетовых пятен. В листьях исследуемого растения обнаружено 11 аминокислот, в том числе 5 незаменимых (табл.1).

Таблица 1- АМИНОКИСЛОТЫ ТРАВЫ ЧЕРТОПОЛОХА ПОНИКШЕГО

Аминокислота	Содержание, %
Аргинин	0,23
Аспарагиновая кислота	0,15
Валин*	0,1
Гистидин	0,4
Глицин	0,1
Глутаминовая кислота	0,35
Лейцин*	0,17
Изолейцин*	0,09
Лизин*	0,31
Серин	0,3
Фенилаланин*	0,09
Сумма аминокислот	2,32 (0,79+1,53)

\* - незаменимые аминокислоты

Детальный количественный анализ содержания свободных и связанных аминокислот исследовали при помощи аминокислотного анализатора марки «Hitachi».

Общее содержание суммы аминокислот в траве чертополоха поникшего составило 2,32 %, из них доля незаменимых – 0,79 % (34,05 % от общего содержания), среди которых преобладал лизин (0,31 %). Процентное содержание заменимых аминокислот чуть больше (1,52 %) с преобладанием гистидина (0,4 %) и глутаминовой кислоты (0,35 %). Содержание минеральных элементов определяли методом эмиссионного спектрального анализа (табл.2).

Таблица 2 - СОДЕРЖАНИЕ МИНЕРАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ (В %) ЧЕРТОПОЛОХЕ ПОНИКШЕМ

Химический элемент	Листья кузиини теневой
Натрий	0,2
Кальций	0,9
Калий	2,8
Цинк	0,009
Марганец	0,09
Фосфор	0,3
Алюминий	0,2
Кремний	0,5
Железо	0,08
Бор	0,007
Никель	0,0002
Магний	0,68
Титан	0,02
Медь	0,003
Барий	0,03
Селен	0,0015

Определение проводили следующим образом: исследуемые пробы растительного сырья измельчали, сжигали в муфельной печи при температуре 450-500°С при доступе воздуха в течение 2 ч. Полученную золу после охлаждения в эксикаторе взвешивали на аналитических весах и анализировали на спектрографе ДФС-8-1 (Россия). Фотометрирование спектрограмм проводили с помощью атласа спектральных линий и спектров-стандартов с погрешностью не более 2% в пересчете на золу [4].

В результате использования вышеуказанной методики в исследуемом растительном сырье удалось определить количественное содержание 16 элементов. Трава чертополоха курчавого, кроме калия, магния, натрия, кальция содержат значительное количество фосфора, цинка, марганца и железа.

Результаты. В результате проведенного анализа аминокислотного состава в исследуемом сырье найдено 11 свободных аминокислот, из них 5 – незаменимых. Суммарное содержание свободных аминокислот в исследуемом виде составляет 2,32 %. Анализ минерального состава травы чертополоха курчавого показал наличие 16 минеральных элементов. Преобладающими являются калий, магний, натрий, кальций.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бендер К.И., Гоменюк Г.А., Фрейдман С.Л. Указатель по применению лекарственных растений в научной и народной медицине /Саратовский ун-т. – С., 1988. - С.84-92.
2. Авцын А.П., Жаворонков А.А., Риш М.А., Строчкова Л.С. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология. – М.: Медицина, 1991. – 496 с.
3. Копытько Я.Ф., Костенникова З.П., Тимохина Е.А. // Фармация. – 1997. - №6. – С.31-34.
4. Калинин С.А., Явнель А.А., Алексеева А.И. и др. Атлас спектральных линий для кварцевого спектрографа. – М., 1959. – 53 с.

УДК.616.8-00:615.214.31

#### ПРИМЕНЕНИЕ КАВИНТОНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

С.М. Усманов

Областная клиническая больница г. Шымкент

#### ТҮЙІН

Қазақстанда жүрек қан – тамыр аурулары көбейіп жатыр, оның арасында ең көп тарағаны инсульт болып табылады. Осыған байланысты, ми қан айналымының бұзылуында дұрыс дәрілік терапиясын таңдау өзекті мәселе болып отыр. Мақалада біз кавинтон препаратының осы ауруларды емдеу кезіндегі тиімділігін зертеп және оның қабылдау жағдайын анықтадық.

## SUMMARY

In Kazakhstan the high rate of mortality is registered because of cardiovascular disease, the most popular among them is cerebrovascular accident. According to the choice of optimal drug therapy of disorders of brain circulation is actually. That's why we studied the efficiency of Cavinton and determined the conditions of its using.

Последние годы в связи с бурным развитием цивилизации, улучшением благосостояния, достижениями в развитии медицины растет средняя продолжительность жизни людей. Это в свою очередь, сопровождается ростом сердечнососудистой патологии, частности, сосудистыми заболеваниями нервной системы. Борьба с сосудистыми поражениями головного мозга, прежде всего с инсультами, в связи с их большой частотой, высокой летальностью и инвалидизацией является актуальной медицинской и важной социальной проблемой.

Целью настоящего сообщения явилось клиническое изучение эффективности применения кавинтона у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Кавинтон согласно экспериментальным данным, ингибирует Ca-льциймодулинзависимую цГМФ-фосфодиэстеразу, усиливает кровоснабжение ишемизированных участков мозга, снижает активность кальцевых каналов, глутаматных рецепторов, облегчает транспорт кислорода к тканям и усиливает утилизацию глюкозы. Нами изучалась эффективность кавинтона у 61 больного в возрасте от 40 до 75 лет с различными формами нарушений мозгового кровообращения, преимущественно ишемического типа, в остром периоде-21 больной и в стадии очаговых симптомов -40.

Этиологическим фактором развития инсульта у больных был атеросклероз, гипертоническая болезнь или их сочетание. Всем больным проводилось тщательное изучение соматического и неврологического статуса, рассматривались цифры артериального давления, изучались биохимические показатели крови.

Как правило, кавинтон назначался больным в комплексе с обще принятой терапией острого периода инсульта или проведения реабилитационных мероприятий у больных с последствием инсульта. 10 больных в стадии очаговых явлений других фармакологических средств, кроме кавинтона не получали. Кавинтон назначался по следующей схеме: внутривенно капельно в дозе 30мг на 200 физиологического раствора в течение первых 10-12 дней, а в последующие 30-40 дней перорально по 30мг кавинтон - форте.

Характеризуя клинической эффективности кавинтона в остром периоде нарушения мозгового кровообращения, необходимо отметить прежде всего способность снижать активность кальциевых каналов, глутаматных рецепторов.

Различная степень эффективности реабилитационной терапии отмечалась у 70% больных. Прежде всего выявлено субъективное улучшение состояния здоровья: исчезли или уменьшились головные боли, шум в голове и ушах, головокружение, улучшилась память, внимание, ночной сон. Больные становились более активными, чувствовали прилив сил. Вместе с тем необходимо отметить, что неврологические очаговые симптомы (гемипарезы, гемипарестезии, афазия и т.д.) заметно, медленно уменьшались в процессе лечения, а в группах больных со стойким остаточными явлениями более одного года улучшения двигательных расстройств под влиянием кавинтона отмечалось у 18 больных. Сравнивая эффективность кавинтона в группе больных, получивших моно или комплексную терапию мы отметили относительно лучшую положительную динамику у больных, принимавших кавинтон в комплексе с другими препаратами. При внутривенных вливаниях и при пероральном применении кавинтона побочных явлений практически не наблюдалось.

Таким образом, клинический анализ полученных данных позволяет положительно оценить терапевтические свойства кавинтона при нарушении мозгового кровообращения, прежде всего гипертонической этиологии. Наиболее целесообразно назначение препарата в сочетании с общепринятой терапией мозгового инсульта. Эффективность препарата выше в первые месяцы после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения и с не грубой неврологической симптоматикой.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Фармакотерапия в неврологии. В.Н.Шток. Москва 2006 г.
2. Основные лекарственные средства, применяемые в неврологии. О.С.Левин. Москва.2009 г.
3. Справочник:- «Видаль», 2009 г.
4. Журнал «Неврологии и психиатрии им. Корсакова» №12, 2006 г.

УДК 615.451.16:665.335.82

**ИЗУЧЕНИЕ ПРОЛОНГИРУЮЩИХ СВОЙСТВ ПЛЕНКООБРАЗУЮЩИХ ПОЛИМЕРОВ ПРИ РАЗРАБОТКЕ РЕТАРДНЫХ ТАБЛЕТОК С СУХИМ ЭКСТРАКТОМ СЕМЯН ВИНОГРАДА**

*Д.С. Исабекова*

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

**ТҮЙІН**

Жүзім дәндері құрғақ экстрактысымен еру профілі модификацияланған таблеткалар жасау бойынша зерттеулер жүргізілген. Таблеткалардың әсерін ұзартатын пленка түзгіш полимерлер зерттелген. Көмекші заттарды таңдау негізінде екі қабатты суда еритін қабықшалы таблеткалардың технологиясы жасалған.

## SUMMARY

It had been worked out the compositions the tablets-nuolens with prolong effect of disengage. On the basis of selection the subsidiary substances had worked out technology of tablets with double-layer water soluble covering.

Создание новых лекарственных средств (ЛС) требует колоссальных финансовых затрат и сопряжено с высоким экономическим риском, что ограничивает долговременные инвестиции в этой области. Альтернативой на пути усовершенствования медикаментозной терапии становится разработка новых лекарственных форм с различными системами доставки лекарственного вещества на основе уже известных препаратов. Усовершенствование технологий по производству новых лекарственных форм возможно лишь за счет модификации фармакокинетических параметров ЛС, таких как скорость выделения лекарственного вещества из таблетки, длительность нахождения его в определенной зоне желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), место всасывания и метаболизма. Фармакодинамические характеристики лекарственного вещества изменить невозможно, т.к. они зависят только от химического строения его молекулы, которое, как известно, при любых модификациях лекарственной формы не изменяется.

Для технологических разработок по созданию пролонгированных лекарственных форм больше возможностей. Пролонгированные лекарственные формы – это формы с замедленным высвобождением и увеличенной продолжительностью действия ЛС. Пролонгированные лекарственные формы (ЛФ) позволяют сократить частоту приема, курсовую дозу препарата и соответственно снизить частоту побочных эффектов. К пролонгированным ЛФ предъявляются следующие требования: 1) концентрация лекарственного вещества (ЛВ) в организме должна быть оптимальной в течение определенного времени, а ее колебания по мере высвобождения ЛС из препарата не должны быть значительными; 2) вспомогательные вещества должны полностью выводиться из организма или инактивироваться; 3) способы пролонгирования должны быть простыми, технологически выполнимыми и безопасными для организма (1).

Сущность технологического метода пролонгации заключается в выборе определенного носителя ЛВ, количества и вида вспомогательных веществ (ВВ), определенных технологических операций, которые позволят создать матричную и систему или каркас – образующую структуру и т.п. При этом достигается терапевтически оптимизированный и заданный профиль высвобождения ЛВ, увеличивается срок действия и интервал между приемами лекарства, нередко уменьшается токсичность (2,3).

Чаще других используется замедление высвобождения активного агента посредством пленочного покрытия таблеток, представляющего собой трудно проницаемую мембрану для диффузии ЛВ из ядра таблетки. Материал оболочки состоит из нерастворимых или трудно растворимых, но проницаемых для желудочно-кишечных жидкостей фармацевтически приемлемых пленкообразующих полимеров. Среди синтетических полимеров для этих целей, в основном, используются сополимеры эфиров акриловых и метакриловых кислот, различные производные целлюлозы или их комбинации (4,5). Однако, пленочное покрытие таблеток, пролонгирующее терапевтическое действие лекарства, может быть случайно повреждено при упаковке, транспортировке или при приеме пациентом лекарства. При разрушении лекарственной формы увеличивающаяся поверхность взаимодействия активного вещества с жидкостями пищеварительного тракта способствует ускорению процесса высвобождения. Известно, что одним из способов пролонгирования действия ЛВ является покрытие пленкообразующей смесью непосредственно гранул, предназначенных для таблетирования и таблеток-ядер (двухслойное таблеточное покрытие) (6).

В основе разработки лекарственных форм с модифицированным высвобождением заложено научно-экспериментальное обоснование выбора вспомогательных веществ, технологии выбора профиля растворения, технологии производства и других факторов.

Нами проведены экспериментальные исследования по подбору пленкообразующих полимеров для пролонгирования действия таблеток с СЭСВ с двухслойным покрытием. Для исследования возможности создания ретардных таблеточных покрытий нами выбраны пленкообразующие полимеры: поливиниловый спирт (ПВС), этилцеллюлоза (ЭЦ), гидроксипропилметилцеллюлоза (ГПМЦ) и карбомер. Выбор указанных пленкообразующих полимеров обоснован их соответствующими свойствами. ПВС имеет большое количество гидроксильных групп, что позволяет ему легко образовывать водородные связи с веществами различной природы. Во-вторых, ПВС относится к числу ограниченно набухающих высокомолекулярных соединений, что может гарантировать стабильность пленочного покрытия и равномерность в скорости диффузии ЛВ (7).

ПВС представляет собой порошок желтоватого цвета, нерастворим в низкомолекулярных одноатомных спиртах и органических растворителях. При нагревании растворим в воде. Для применения в медицине разрешен ПВС с молекулярной массой  $10000 \pm 2000$ . В технологии лекарственных форм его применяют как стабилизатор суспензий и компонент мазевых основ, пролонгатор, пленкообразователь для таблеток. Для получения качественной пленки на основе ПВС необходимо не менее 5,5-6,0% полимера, так как при более низких концентрациях ПВС, пленочное покрытие отшелушивается и не закрепляется на поверхности таблетки-ядра. Для создания пленочного покрытия, способного замедлять высвобождение ЛВ предпочтительными являются полимеры, нерастворимые в воде, к числу которых относится ЭЦ [142]. ЭЦ порошок слегка желтоватого цвета, без запаха и вкуса, имеющий плотность  $1,09 - 1,17 \text{ г/см}^3$  нерастворим в воде и растворяется почти во всех органических растворителях. В физиологическом отношении ЭЦ безвредна, используется для

изготовления бактерицидных жидкостей, в производстве таблеток как пленкообразователь. Так, при применении этилцеллюлозы достаточно 3,0-3,2% содержания полимера, так как при более высоких концентрациях пленкообразующий раствор ложится на таблетки-ядра толстыми слоями и после высыхания приводит к образованию шероховатой поверхности.

Гидроксипропилцеллюлоза или гипромеллоза является частично о-метилированной и о-2-гидроксипропилированной целлюлозой. ГПМЦ практически не растворима в горячей воде, этаноле, ацетоне. Поэтому раствор ГПМЦ для исследований подбиралась экспериментально и установлено, что пленкообразующие свойства полимера проявляются при концентрации 3,0-3,5%, раствор покрывает таблетки-ядра тонкой ровной пленкой. Карбомер, в настоящее время называемый Carbomer 940, относительно новый полимер на фармацевтическом рынке РК, представляет собой высокомолекулярный полимер акриловой кислоты, поперечно связанный с аллиловыми эфирами пентаэритрита, представлен в основном 56-68% карбоксильной группой. В качестве пленкообразователя для таблеточных покрытий концентрация карбомера составляет 2,5-3,0%, при которой полимер оказывает хорошее пленкообразование.

В лабораторных условиях пленкообразующие растворы с различными полимерами-ретард были нанесены на модельные таблетки-ядра с сухим экстрактом семян винограда при помощи пульверизатора в количестве 3-5% от средней массы загруженных в дражировочный котел таблеток-ядер методом непрерывного распыления и сушки. Таким образом, нами получены таблетки с СЭСВ с двухслойным покрытием, желтого цвета, со средней массой 655±3,6 мг. Первый слой покрытия образован нанесением пленкообразующих растворов приготовленных на основе различных полимеров-ретард, непосредственно на гранулы до прессования таблеток-ядер. Второй слой оболочки образован покрытием таблеток-ядер раствором пленкообразователя, содержащие соответствующие полимеры –ретард.

С целью установления оптимального состава пленкообразующего раствора, обеспечивающего наиболее высокую пролонгацию нами проведено испытание таблеток, покрытых водорастворимой пленочной оболочкой по тесту «Растворение». Результаты исследования профиля растворения представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Кинетика высвобождения сухого экстракта семян винограда из таблеток с двойным покрытием

№ п/п	Время, час	Количество вещества, %			
		ГПМЦ	ЭЦ	Карбомер	ПВС
1	2	25	15	35	10
2	4	45	35	50	30
3	6	63	52	60	50
4	8	72	65	68	60
5	10	84	80	75	80
6	12	92	-	-	-

При изучении профиля высвобождения таблеток-ядер с СЭСВ было установлено, что пролонгирование эффекта после нанесения раствора пленкообразователя на гранулы до прессования таблеток составляет 10 часов. Из данных таблицы 1 видно, что нанесенные водорастворимые пленочные покрытия из ЭЦ, карбомера, ПВС на таблетки-ядра практически не изменяют профиль высвобождения из таблеток. Нанесение двойного покрытия не оказывает влияния на эффект пролонгации, время полного высвобождения составляет 10 часов, так же как из таблеток-ядер. Нанесение оболочки на таблетки-ядра из раствора ГПМЦ пролонгирует высвобождение действующего вещества до 12 часов.

Таким образом, на основании проведенных исследований по изучению влияния пленкообразующего состава на пролонгацию действия разработан состав таблеток с СЭСВ с двойным водорастворимым покрытием.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев К.В. Блынская Е.В., Сизяков С.А., Машутин А.Б., Алексеева С.К., Дитковская А.Г. Вспомогательные вещества в технологии таблеток с модифицированным высвобождением. //Фармация, 2009, 6, 49-55 С.
2. Нурмухамбетова Б.И. Полимерные формы нейротропных препаратов пролонгированного действия. Автореферат...канд.хим.наук, Алматы, 1995, 25 С.
3. Гаврилин М.В., Лукашова А.А. и соавт. Получение и свойства пролонгированной лекарственной формы дипразина на основе ПВС. //Хим.фарм.журнал, 1997, 3, с. 41-43.
4. Алексеев К.В., Ли В.Н. и соавт. Редкощитые акриловые полимеры в фармации. //Фармация, 1987, 5, с. 15-18.
5. Арзамасцев А.П. и др. Создание национальной номенклатуры вспомогательных веществ. //Хим.фарм.журнал, 2002, т.36, 9, 55-56 С.
6. Коржавых Э., Румянцев А. Лекарственные формы с модифицированным высвобождением и действием. Российские аптеки, 2003, 4.
7. Маркин В.С. и др. Программируемое высвобождение низкомолекулярного модельного вещества из полислойных композиций ПВС. //Хим.фарм.журнал, 1999, 9, с. 24-26.

## О Б З О Р Ы

УДК 616.248-092:616-036.22

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (Обзор литературы)

*Т.Н. Нурпеисов, Т.Т. Нурпеисов, М.Т. Мулинова**Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, г. Алматы*

## ТҮЙІН

Осы мақалада бронх демікпесі эпидемиологиясының мәселелері мен клиникалық-патогенетикалық ерекшеліктері қарастырылады. Тәуекел факторларының талдауы, барынша бейімделгенін іс жүзіндегі қызметке ендіре отырып бронх демікпесі жіктеуінің түрлі өзгертулері жасалды.

*Негізгі сөздер:* бронх демікпесі, эпидемиология, тәуекел факторлары, жіктеу.

## SUMMARY

This article includes issues of epidemiology and pathogenetic characteristics of bronchial asthma. Risk analysis as well as different modifications of classification of bronchial asthma with application in practical adapted activity has been performed.

*Key words:* bronchial asthma, epidemiology, risk factors, classification.

Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которое приводит к повторяющимся эпизодам удушья, экспираторной одышки, кашля. Эти симптомы связаны с обструкцией дыхательных путей вследствие бронхоспазма, отека слизистой, гиперсекреции слизи, гипертрофии мышечного слоя мелких бронхов и бронхиол [1]. Бронхиальная астма является второй по распространенности болезнью системы дыхания у человека. Ее распространенность достигает 10-15% от численности населения в странах с развитой экономикой и 5-10 % в развивающихся [2]. За исторически очень короткий отрезок времени эта болезнь вошла в число наиболее часто регистрируемых хронических заболеваний у человека. За последние двадцать лет ВОЗ предприняла целый ряд инициатив в разработке стратегии по борьбе с бронхиальной астмой, последним достижением явился пересмотр GINA 2006 года [3].

Высокоразвитые страны постоянно внедряют исследовательские и профилактические программы, касающиеся бронхиальной астмы. Это дало вначале быстрый рост выявляемости астмы, относительное омоложение по возрастному цензу, однако в дальнейшем привело к снижению процентного соотношения тяжелых и нетрудоспособных случаев [4].

Бронхиальная астма по праву занимает одно из ведущих мест среди заболеваний, серьезно угрожающих здоровью человечества в целом. Она давно является глобальной проблемой, которая может поразить людей любого возраста, пола, социального положения, благосостояния, профессии, подданства, места жительства. К тому же неоспоримо доказано увеличение болезненности бронхиальной астмой при росте благосостояния страны в целом. За последние два десятилетия было сделано многое для изучения механизмов развития бронхиальной астмы, ее причин, осложнений, особенностей в различных регионах планеты, появились новые методы диагностики и лечения, апробировались инновационные схемы профилактики в разных масштабах.

В частности, это выразилось в создании в 1989 году Национальным Институтом Сердца, Легких и Крови, в содействии с Всемирной Организацией Здравоохранения, рабочей группы по реализации Глобальной инициативы по менеджменту и профилактике астмы (GINA) [3], которая в свою очередь привлекла ряд ведущих специалистов, общественных и медицинских учреждений, а также организаторов здравоохранения со всего мира. Целью данных мероприятий было астма как глобального явления для улучшения борьбы с нею. Результатом явились регулярные отчеты рабочей группы, основанные на строгих принципах доказательной медицины, последний из отчетов был представлен в 2006 году [5].

Эксперты ВОЗ указывают, что артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, бронхиальная астма и другие обструктивные заболевания легких являются самыми частыми заболеваниями. Так, в Великобритании бронхиальной астмой болеет каждый пятый ребенок и каждый восьмой взрослый человек. Высокая заболеваемость бронхиальной астмой отмечается в Новой Зеландии, Австралии, и во многих других странах. В США ею болеют 4-5% населения [2]. Приблизительно такая же заболеваемость наблюдается в других странах. В России она колеблется от 0,4 до 2% [6]. Эти данные были получены после проведения эпидемиологических исследований. В различных регионах земного шара бронхиальная астма распространена неодинаково. Полагают, что над островами повышается концентрация аллергенов как за счет произрастающих на островах растений, так и вследствие приносимых океаническими воздушными потоками аллергенов [7]. Заболевание может возникнуть в любом возрасте, но чаще - в детстве: примерно у половины больных бронхиальная астма развивается до 10 лет, еще у трети - до 40 лет. Среди детей, больных бронхиальной астмой, мальчиков в два раза больше, чем девочек. К 30 годам соотношение полов выравнивается [8, 9].

В данном случае Казахстан находится в невыгодном положении даже на фоне России. На «географической карте» рабочей группы GINA не обозначена даже оценочная распространенность бронхиальной астмы, точно так же как на территории Гренландии, Монголии, КНДР и большей части Африканского континента. По Данным Агентства РК по статистике общая заболеваемость детского населения в Казахстане за последние 5 лет выросла на 14,1% за счет роста болезней органов дыхания, нервной системы, пищеварительного тракта, крови и кроветворных органов. Заболеваемость бронхиальной астмой у детей, начиная с 2001 года выросла в 2 раза. Заболеваемость городских детей значительно выше, чем сельских [10]. Различается и структура БА: 70% больных астмой страдают легкой формой болезни, 20—25% — среднетяжелой и 5—8% - тяжелой [9]. Эти результаты существенно отличаются от данных официальной медицинской статистики, где легкие формы не превышают 20%, астма средней тяжести регистрируется в 65 — 70% случаев и тяжелая — в 10—15% [11,12].

Известно, что БА сокращает среднюю продолжительность жизни мужчин на 6,6 лет и женщин – на 13,5 лет, является причиной инвалидности в 1,5% от общего числа инвалидов по всем причинам и 1,4% всех госпитализаций [13, 14, 15]. Данное заболевание наряду с сахарным диабетом и артериальной гипертензией стало одним из самых распространенных хронических заболеваний в настоящее время [16]. Астма — мультифакториальная болезнь и на ее распространенность и тяжесть течения влияют генетические факторы, микроокружение, климат, уровень развития общества, материальная обеспеченность, социальная и расовая принадлежность, а также до конца непонятные глобальные факторы [17].

Бронхиальная астма во много раз чаще встречается в экономически развитых странах и странах, где большинство населения живет в городах. В больших городах в воздухе постоянно присутствует множество раздражителей бронхов, таких как пыль, сигаретный дым, выхлопные газы, и другие физические и химические раздражители. Высокая плотность населения и обилие мест большого скопления людей делают возможным широкое распространение острых инфекционных заболеваний дыхательных путей (ОРЗ). Все это способствует распространению бронхиальной астмы и других аллергических заболеваний, особенно если есть наследственная предрасположенность. [14,18]. Бронхиальная астма – заболевание, в основе которого лежит воспаление дыхательных путей, сопровождающиеся изменением чувствительности и реактивности бронхов и проявляющееся приступом удушья, астматическим состоянием или дыхательным дискомфортом (приступообразный кашель, дистанционные хрипы и одышка)[19].

Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, особенно по ночам или ранним утром. Эти симптомы обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности обструкции дыхательных путей в легких, которая часто бывает обратимой либо спонтанно, либо под действием лечения [1].

Факторы, влияющие на риск развития БА, можно разделить на факторы, обуславливающие развитие заболевания, и факторы, провоцирующие появление симптомов. Некоторые факторы относятся к обеим группам. В первую группу входят внутренние факторы (в первую очередь, генетические), ко второй обычно относятся внешние факторы [21]. В целом, все многообразие факторов риска развития бронхиальной астмы можно представить в виде следующей схемы:

**ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

<b>ВНУТРЕННИЕ ФАКТОРЫ</b>
Генетические, например: гены, предрасполагающие к атопии гены, предрасполагающие к бронхиальной гиперреактивности Ожирение Пол
<b>ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ</b>
Аллергены •аллергены помещений: клещи домашней пыли, шерсть домашних животных (собак, кошек, мышей), аллергены тараканов, грибы, в том числе плесневые и дрожжевые • внешние аллергены: пыльца, грибы, в том числе плесневые и дрожжевые Инфекции (главным образом, вирусные) Профессиональные сенсибилизаторы Курение табака • пассивное курение • активное курение Загрязнение воздуха внутри и снаружи помещений Питание

Факторы риска развития БА подразделяются на триггеры и индукторы. Индукторы – это причины, вызывающие воспалительный процесс, как правило это факторы экзогенной природы: способствующие и причинные. Триггеры – т.е “пусковые” факторы, или запускающие обострение заболевания, или усиливающие

воспаление, или обструкцию дыхательных путей. Триггерную роль играют все агенты, вызывающие БА, а также: беременность, обострения синуситов, физическая нагрузка, гипервентиляция, метеорологические факторы, желудочно-пищеводный рефлюкс, повышенное эмоциональное напряжение, двуокись серы и азота [22].

Воздействие факторов риска может как вызывать БА, так и провоцировать ее обострение, или препятствовать успешной терапии. Отсюда так важна идентификация факторов риска развития БА на любом из этапов ведения больного и, по возможности, прекращения их воздействия [23]. В основе патогенеза аллергических заболеваний, в том числе и БА, лежит генетическая предрасположенность к аномально повышенному иммунному ответу на воздействие широкого спектра факторов окружающей среды – аллергенов [24]. При его реализации возникает хроническое аллергическое воспаление, которое локализуется в определенном «органе-мишени»: коже при атопическом дерматите, слизистой оболочке кишечника при пищевой аллергии и, наконец, слизистой оболочке бронхов при БА, представляющей собой не что иное, как хроническое аллергическое воспалительное заболевание дыхательных путей [25].

Наследственный компонент участвует в патогенезе БА, но весьма сложным образом. В настоящее время показано, что в патогенезе БА участвуют многочисленные гены, причем в различных этнических группах эти гены могут быть разными [26, 27]. Поиск генов, связанных с развитием БА, сосредоточился на четырех крупных областях: выработка аллерген-специфических антител класса IgE (атопия); проявление бронхиальной гиперреактивности; образование медиаторов воспаления, например цитокинов, хемокинов и факторов роста; определение соотношения между Th1- и Th2-опосредованными типами иммунного ответа (согласно гигиенической гипотезе развития БА) [28].

Внешние факторы, влияющие на риск развития БА, нередко являются также стимулами, провоцирующими появление симптомов заболевания, – так, профессиональные сенсибилизаторы относятся к обеим категориям. Однако существуют некоторые важные факторы, провоцирующие появление симптомов БА (например, загрязнение воздуха и некоторые аллергены), которые напрямую не связаны с развитием БА [29]. Патогенез любой формы БА состоит в формировании гиперреактивности бронхов, проявляющейся спазмом бронхиальных мышц, выраженным отеком слизистой оболочки бронхов (вследствие повышения сосудистой проницаемости) и гиперсекрецией слизи с десквамацией поверхностных эпителиальных клеток, что приводит к бронхиальной обструкции и развитию удушья (рисунок 1).

Имеют место определенные различия в функциональном состоянии отдельных компонентов респираторного отдела легких, что наглядно представлено на следующей схеме. Воспаление и обструкция дыхательных путей при астме:

Бронхиальная обструкция может возникнуть как в аллергической реакции, так и в ответ на неспецифических раздражителей (например, холодного воздуха, химических запахов, резких запахов, падение барометрического давления, дождь, ветер, снег), физической или психической нагрузки и т.д. [30].

обструкция может возникнуть как в аллергической реакции, так и в ответ на неспецифических физических факторов (вдыхание инертной пыли и др.), озона, сернистого газа), изменений погоды (особенно падение барометрического давления, дождь, ветер, снег), физической или психической нагрузки и т.д. [30].

Несмотря на разнообразие клинических проявлений БА и клеток, участвующих в патогенезе заболевания, неизменной чертой БА является воспаление дыхательных путей. Хотя симптомы БА возникают эпизодически, воспаление дыхательных путей имеет хронический характер; не установлено четкой взаимосвязи между степенью тяжести БА и интенсивностью воспаления [31, 32].

Как уже говорилось ранее, центральным звеном патогенеза БА является измененная реактивность бронхов, являющаяся следствием воспалительного процесса бронхиальной стенки и определяемая как повышенная чувствительность дыхательных путей к стимулам, индифферентным для здоровых лиц [33]. Под специфической гиперреактивностью бронхов понимают повышенную чувствительность бронхиального дерева к определенным аллергенам, а под неспецифическим – к разнообразным стимулам неаллергенной природы, которая может быть первичной и вторичной [34, 35].

При этом первичное изменение реактивности бывает врожденным и приобретенным, вследствие непосредственного воздействия химических, механических, физических факторов и инфекции. В то время как вторичные изменения реактивности бронхов являются проявлением изменений реактивности различных систем организма: иммунной, эндокринной, нервной.

В патогенезе БА выделяются 2 фазы воспалительных реакций: “ранняя” – легко обратимая, длящаяся 30 мин. – 2-3 часа, обусловленная бронхоспазмом - немедленная реакция; “поздняя” – в основе которой лежит гиперреактивность бронхов, замедленная реакция – развивается через 3-4 часа после экспозиции, длится 24 часа. В развитии патофизиологических процессов при БА выделяют 3 фазы: иммунологическая – развитие аллергических реакций; патохимическая – сопровождается выбросом биологически-активные вещества (БАВ); патофизиологическая – проявляется спазмом, отеком слизистой бронхов, нарушением их тонуса, гипер- и дискрентией мокроты и т.д. [36].



В патогенезе БА играют роль: Аллергическое воспаление, обусловленное тучными клетками; Бронхиальное воспаление, вызывающее гиперреактивность бронхов. Известно, что в развитии бронхиальной астмы существенную роль играют иммунологические механизмы. Так, у значительной части больных БА к изменению реактивности бронхов приводят нарушения иммунокомпетентной системы, протекающие по I, III и IV типам реакций гиперчувствительности (ГНТ и ГЗТ), по классификации Селла и Кумбса, т.е. с изменением гуморального и клеточного иммунитета. Иммунные реакции протекают непосредственно в слизистой оболочке дыхательного тракта [37].

Тип I (атопический) характеризуется повышенной выработкой IgE (антител, образующихся в ответ на попадание в организм антигенов экзоаллергенов: пыльца растений, животные и растительные белки). Образующиеся IgE (реагины) фиксируются на тучных клетках (первичных клетках-эффекторах), и по мере их накопления разворачивается иммунологическая стадия БА. Вслед за этим развивается патохимическая стадия процесса – происходит дегрануляция тучных клеток с высвобождением большого количества веществ, обладающих вазоактивными, бронхоспастическими и хемотаксическими свойствами. Эти клетки при воздействии на них первичных медиаторов выделяют вторичные медиаторы, к которым относятся лейкотриены (в том числе медленно реагирующее вещество анафилаксии), простагландины, тромбоксаны, тромбоцит-активирующий фактор и другие вещества.

Под влиянием биологически активных веществ повышается проницаемость микроциркуляторного русла, развиваются отек, серозное воспаление, бронхоспазм и прочие проявления патофизиологической стадии патогенеза. Клинически это проявляется острым нарушением проходимости бронхов и развитием приступа БА. В возникновении реакции I типа большая роль отводится избыточному синтезу реакгина, дефициту секреторного IgA и снижению Т-супрессорной функции лимфоцитов [38]. Реакция III типа (иммунокомплексный тип, или феномен Артюса) развивается под воздействием экзоаллергенов эндоаллергенов, различные раздражители другие факторы могут приводить к денатурации белков бронхиол и альвеол с последующим формированием эндоаллергенов – аутоаллергенов. При иммунокомплексных реакциях III типа образуются антитела, принадлежащие преимущественно к иммуноглобулинам классов G и M. Повреждающее действие образованного комплекса антиген-антитело реализуется главным образом через активацию комплимента, освобождение лизосомных ферментов. Происходят повреждения базальных мембран, спазм гладких мышц бронхов, расширение сосудов, повышается проницаемость микроциркуляторного русла. [39].

Тип IV (клеточный, повреждающее действие оказывают сенсibilизированные лимфоциты, относятся к гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ). Под влиянием лимфокинов происходит развитие отека, набухание слизистой оболочки, бронхоспазм, гиперпродукция вязкого бронхиального секрета (патофизиологическая стадия БА).

Наряду с иммунными дисфункциями в развитии бронхиальной астмы играют роль и не иммунологические механизмы. К примеру, изменение реактивности бронхов, приводящее к возникновению приступов БА, возможно в результате врожденных и приобретенных биологических дефектов. Неиммунологические механизмы действуют на первичные или вторичные клетки-эффекторы, либо на рецепторы гладких мышц бронхов, сосудов, клеток бронхиальных желез. Под влиянием различных физических, механических и химических раздражителей изменяется реактивность клеток-мишеней и прежде всего тучных клеток [40].

Изменение реактивности тучных клеток сопровождается избыточной продукцией биологически активных веществ, в первую очередь гистамина, лейкотриенов и другие [41]. В ответ на их выделение развивается спазм бронхов, отек слизистой оболочки, нарушается секреция (гипер- и дискриния) бронхиальных желез. Все это резко изменяет проходимость бронхов и вызывает приступ удушья. Холодный воздух, раздражающие запахи, дым, пыль, сырость, глубокое дыхание, перепады атмосферного давления, нервно-психические и другие стимулы вызывают повышение тонуса бронхиальной мускулатуры или ее спазм через возбуждение ирритативных рецепторов бронхолегочного аппарата и имеет ацетилхолиновую природу [42, 43].

На сегодняшний день, особое значение придается роли глюкокортикоидной недостаточности и дизовариальных расстройств (гиперэстрогемия и гипопрогестеронемия). Недостаточность глюкокортикостероидов способствует развитию гиперреактивности тучных клеток, снижению синтеза катехоламинов, активации простагландинов F<sub>2</sub>и другие, а также нарушения иммунокомпетентной системы (комплексное участие в патогенезе БА). Гиперэстрогемия и гипопрогестеронемия воздействуют главным образом на α- и β-адренорецепторы, повышая активность α-рецепторов и снижая активность β-рецепторов [44].

При нарушении бронхиальной проходимости, обусловленной любыми другими механизмами, также отмечается адренергический дисбаланс, выражающийся в преобладании систем гуанилатциклазы над системной аденилатциклазы. Кроме того, изменяется содержание внутриклеточного фермента фосфодиэстеразы, усиливается поступление ионов кальция в клетку, нарушается обмен простагландинов [45, 46]. В то же время следует различать патогенез приступа астмы и патогенез бронхиальной астмы, как болезни.

Приступ БА является результатом аллергической реакции немедленного типа, локализованной в тканях бронхиального дерева: при атопической форме приступ БА является результатом аллергической реакции с циркулирующими гуморальными антителами (реагинами, относящиеся преимущественно к IgE), фиксированными на сенсibilизированных тучных клетках бронхолегочного аппарата. В формировании

приступа принимают участие медленно действующее вещество анофилаксии, гистамин и другие БАВ, которые высвобождаются под влиянием комплекса антиген-антитело [39].

Практически у всех больных в развитии бронхиальной астмы принимают участие изменения центральной и вегетативной нервной системы. Регуляция тонуса бронхиальной мускулатуры находится под контролем парасимпатической и симпатической нервной системы. Стимуляция парасимпатического отдела вегетативной нервной системы приводит к повышению тонуса бронхиальной мускулатуры, стимулирует секрецию слизистых желез дыхательных путей. Эти реакции опосредуются выделением ацетилхолина в окончаниях постганглионарных нервных волокон. Блуждающие нервы контролируют тонус мускулатуры преимущественно крупных и средних бронхов, действие их снимается атропином. Развитие бронхиальной астмы связывают с формированием патологического рефлекса, реализуемого через блуждающий нерв и проводящего к выраженному и стойкому бронхоспазму [47].

При инфекционно-зависимой астме в реализацию бронхоспазма включается промежуточное звено - перибронхиальная воспалительная реакция (инфильтрация нейтрофилами, эозинофилами, лимфоцитами). Клетки этого воспалительного инфильтрата реагируют с бактериальными агентами с выделением медиаторов типа лимфокинов, хемотаксических факторов и др. Образовавшиеся медиаторы действуют не на гладкую мускулатуру бронхов, а на тучные клетки и макрофаги, которые выделяют медиаторы второго порядка - гистамин, простагландины, лейкотриены и др., которые и реализуют бронхоспазм, гиперсекрецию, отек, т. е. развитие приступа удушья [40].

Разнообразие проявлений бронхиальной астмы затрудняет ее классификацию. По литературным данным бронхиальную астму можно классифицировать на основе этиологии, тяжести течения и особенностей проявления бронхиальной обструкции [48, 49].

В зависимости от причин, вызывающих приступы, выделяют:

- Экзогенную бронхиальную астму — когда приступы вызываются при воздействии на [дыхательные пути аллергена](#), поступающего из внешней среды ([пыльца растений](#), [плесневые грибки](#), [шерсть](#) животных, мельчайшие [клещи](#), находящиеся в домашней пыли).

- Особым вариантом является атопическая бронхиальная астма, вызванная наследственно-обусловленной предрасположенностью к аллергическим реакциям.

- Эндогенную бронхиальную астму — если приступ вызывают такие факторы, как [инфекция](#), [физическая нагрузка](#), холодный воздух, психо-эмоциональные раздражители.

- Бронхиальную астму смешанного генеза — приступы могут возникать как при воздействии на дыхательные пути аллергена, так и при воздействии любых из перечисленных выше факторов

По современным представлениям, экзогенная БА соответствует понятию неинфекционно-аллергической, или атопической, бронхиальной астмы. Эндогенная БА включает случаи, связанные с острыми и хроническими инфекционными заболеваниями респираторного аппарата, эндокринными и психогенными факторами.

Г. Б. Федосеев (1982г.) предложил модификацию классификации бронхиальной астмы А. Д. Адо и П. К. Булатова (1969г.), в которой выделяли следующее:

I. Этапы развития бронхиальной астмы: 1) Биологические дефекты у практически здоровых людей. 2) Состояние предастмы. 3) Клинически выраженная бронхиальная астма.

II. Формы бронхиальной астмы: 1) Иммунологическая. 2) Неиммунологическая.

III. Клинико-патогенетические варианты бронхиальной астмы: 1) Атопический, с указанием аллергена. 2) Инфекционно-зависимый - с указанием инфекционных агентов. 3) Аутоиммунный. 4) Дисгормональный - с указанием эндокринного органа, функция которого изменена, и характера дисгормональных изменений. 5) Нервнопсихический. 6) Адренергический дисбаланс. 7) Первично измененная, реактивность бронхов

IV. Тяжесть течения: 1) Легкое течение. 2) Течение средней тяжести. 3) Тяжелое течение.

V. Фазы течения: 1) Обострение. 2) Затухающее обострение. 3) Ремиссия.

VI. Осложнения: 1) Легочные: эмфизема легких, легочная недостаточность, ателектаз, пневмоторакс и др. 2) Внелегочные: дистрофия миокарда, легочное сердце, сердечная недостаточность и т. В настоящее время принято классифицировать бронхиальную астму, в первую очередь, по степени тяжести, так как именно это определяет тактику ведения больного [50]:

Степень тяжести клинического течения бронхиальной астмы определяется по следующим показателям: Количество ночных симптомов в неделю. Количество дневных симптомов в день и в неделю. Кратность применения  $\beta_2$ -агонистов короткого действия. Выраженность нарушений физической активности и сна. Значения ПСВ и ее процентное соотношение с должным или наилучшим значением. Суточные колебания ПСВ. Объем проводимой терапии. Выделяют 5 степеней тяжести течения бронхиальной астмы: легкая интермиттирующая, легкая персистирующая; средней тяжести персистирующая, тяжелая персистирующая, тяжелая персистирующая стероидозависимая.

Бронхиальная астма интермиттирующего течения. Симптомы астмы реже 1 раза в неделю; короткие обострения от нескольких часов до нескольких дней. Ночные симптомы 2 раза в месяц или реже; отсутствие симптомов и нормальная функция легких между обострениями. ПСВ > 80% от должного и колебания ПСВ менее 20%.

Бронхиальная астма легкого персистирующего течения. Симптомы 1 раз в неделю или чаще, но реже 1 раза в день. Обострения заболевания могут нарушать активность и сон. Ночные симптомы возникают чаще 2 раз в месяц. ПСВ более 80% от должного; колебания ПСВ 20—30% от должного.

Бронхиальная астма средней тяжести. Ежедневные симптомы. Обострения нарушают активность и сон. Ночные симптомы возникают более 1 раза в неделю. Ежедневный прием  $\beta$ 2-агонистов короткого действия. ПСВ 60—80 % от должного. Колебания ПСВ более 30%.

Бронхиальная астма тяжелого течения. Постоянные симптомы, частые обострения, частые ночные симптомы, физическая активность ограничена проявлениями астмы; ПСВ менее 60% от должного; колебания более 30%. Необходимо отметить, что определение степени тяжести астмы по этим показателям возможно только перед началом лечения. Если больной уже получает необходимую терапию, то ее объем также должен учитываться. Таким образом, если у пациента по клинической картине определяется легкая персистирующая астма, но при этом он получает медикаментозное лечение, соответствующее тяжелой персистирующей астме, то у данного пациента диагностируется бронхиальная астма тяжелого течения.

Бронхиальная астма тяжелого течения стероидозависимая. Независимо от клинической картины пациент, получающий длительное лечение системными кортикостероидами, должен быть расценен как страдающий бронхиальной астмой тяжелого течения и отнесен к 5-й ступени.

Клинико-патогенетические варианты бронхиальной астмы отличаются особенностями проявления приступа удушья и его возникновения [51, 52, 53].

Приступы удушья при атопическом варианте связаны с быстротой и обратимостью В-зависимых Е-глобулиновых аллергических реакций. Для них характерно быстрое развитие экспираторного удушья, возникающего без очевидной причины на фоне хорошего самочувствия. Нередко развернутому приступу удушья предшествуют продромальные явления: появление зуда в носу, носоглотке, зуд глаз, чувство заложенности в носу или обильное жидкое отделяемое из носа, приступы чихания, может быть кожный зуд. Приступ удушья начинается с сухого непродуктивного кашля, отсутствовавшего до того, а затем быстро развивается экспираторное удушье различной интенсивности. Приступы удушья при атопической астме сравнительно быстро купируются применением симпатомиметиков (чаще внутрь или в ингаляциях) или внутривенным введением эуфиллина. По окончании приступа отделяется небольшое количество светлой, вязкой, слизистой мокроты, и в межприступном периоде больные чувствуют себя практически здоровыми людьми: полностью восстанавливается свободное дыхание, исчезают хрипы. Приступы могут быстро купироваться после прекращения контакта с аллергеном (если возможно его удаление).

Инфекционно-зависимая астма связана с бронхиальной инфекцией (вирусной, бактериальной, грибковой). Этот вариант заболевания развивается чаще в зрелом возрасте, обычно на фоне длительного существовавшей бронхолегочной инфекции (что хорошо устанавливается анамнестически). Заболевание протекает, как правило, тяжелее, чем атопический вариант. Приступы удушья возникают в результате острого или обострения хронического воспалительного заболевания органов дыхания. При этом варианте бронхиальной астмы приступы удушья возникают постепенно, как бы являясь отражением прогрессирования обструктивного бронхита, протекают тяжелее, продолжительность их дольше, они хуже купируются симпатомиметиками и эуфиллином. Но даже после прекращения приступа удушья в легких остается жесткое дыхание и сухие хрипы на выдохе, кашель у таких больных постоянный, нередко со слизисто-гнойной мокротой. У больных инфекционно-зависимой астмой нередко имеется патология верхних дыхательных путей - синуситы, гайморит, полипы носа. Следует сказать, что у ряда больных приступы удушья возникают впервые на фоне или вскоре после вирусной инфекции верхних дыхательных путей, в том числе гриппа, и порою заболевание в таких ситуациях приобретает очень тяжелое течение.

Приступы удушья при нервно-психическом варианте бронхиальной астмы возникают в результате отрицательных эмоций, нервно-психического стресса, на фоне истощающей учебной или трудовой нагрузки, расстройств в сексуальной сфере, ятрогении. Определенное значение могут иметь органические поражения центральной нервной системы, травмы и заболевания головного мозга.

Для дисгормонального варианта, связанного с нарушением функции половых гормонов, характерно развитие приступов удушья у женщин в предменструальном периоде и в климактерическом состоянии.

Таким образом, актуальность проблемы несомненна, распространенность астмы и влияние ее на качество и продолжительность жизни высоки, что обуславливает необходимость проведения исследований ее эпидемиологии на территории Республики Казахстан.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. Чучалина А.Г. —М.: Издательский дом «Атмосфера», 2007. — с 21
2. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. The Global Burden of Asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. // Allergy 2004;59(5):469-78.
3. Global Initiative for asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2006 (URL: <http://www.ginasthma.com>).
4. Доклад рабочей группы GINA, XXVI конгресс ЕААСІ, Гетеборг, Швеция, июнь 2007 г.

5. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы/Под ред. Чучалина А.Г.—М. «Атмосфера», 2006. — с 9.
6. Кондюрин Е.Г., Ёлкина Т.Н., Лиханов А.В., Карцева Т.В. Динамика распространенности бронхиальной астмы у детей в г. Новосибирске // Пульмонология. 2003. № 6. С. 51—56.
7. Yan DC, Ou LS, Tsai TL, Wu WF, Huang JL. Prevalence and severity of symptoms of asthma, rhinitis, and eczema in 13-to 14-year-old children in Taipei, Taiwan. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2005;95(6):579-85.
8. Мачарадзе Д.Ш., Шанидзе М.А., Джишқариани И.Р. и др. Распространенность аллергических заболеваний у детей по данным литературы и ISAAC // Астма. 2005. № 6. С. 11—17.
9. Абелевич М.М., Яновер Л.Г., Тарасова А.А. и др. Особенности клинического течения бронхиальной астмы у детей при летальных исходах, /6-й нац. конгресс по бол. орг. дыхания. Новосибирск. 1996.-61.
10. Нурпеисов Т.Н., Нурпеисов Т.Т., Шумейко В.В. Медицинская статистическая отчетность по аллергологии. // Терапевтический вестник.— 2004г. — №1.— с.59-64.
11. Дрожжев М.Е. и др. Современные показатели распространенности бронхиальной астмы среди детей // Пульмонология. 2002. № 1. С. 42—46
12. Заболотских Т.В. и др. Распространенность симптомов астмы у школьников г. Благовещенска // Педиатрической службе Амурской области 80 лет. 2001. С. 44
13. Лешукович, Ю.В. Эпидемиология бронхиальной астмы //Бронхиальная астма/Под ред. Г.Б. Федосеева. — С.-Петербург: Медицинское информационное агенство, 1996. — С. 5-12
14. Руководство по диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы. Под ред. Чучалина А.Г. — Москва, 2005. — 51 с.
15. Weiss, S.T, Shore, S. Obesity and Asthma. Directions for research // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 2004. — Vol. 169. — P. 963-968.
16. Чучалин, А.Г. Актуальные вопросы диагноза в пульмонологии.// Пульмонология. — 2001.-№1. — С. 6-11
17. Anderson H. Epidemiology of Asthma. *Erit. J. Hosp. Med.* 1992. V.47. N2. P.99-102.
18. Busse, W., Banks-Schlegel, S. et al. Future research directions in asthma. An NHLBI working group report // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 2004. — Vol. 170. — P. 683-690.
19. Ноников В.Е. Тактика лечения обострения бронхиальной астмы//Пульмонология, №2, 2004г., с 15-18
20. Busse WW, Lemanske RF, Jr. Asthma. *N Engl J Med* 2001;344(5):350-62.
21. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Атмосфера, 2002. - С. 1-160.
22. Бронхиальная астма, глобальная стратегия. Основные направления лечения профилактики астмы: Всемирная организация здравоохранения. Национальный институт сердце, легкие и кровь. Март 1993//Пульмонология. 1996; Приложение 1: 1-165
23. Цой А.Н., Архипов В.В. Бронхиальная астма: новые решения. — М.:ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-320с.
24. Н.Ю. Онойко Аллергия. Диагностика, профилактика и методы лечения. М., 2004 — 157с — (Рекомендации ведущих специалистов)
25. Holloway JW, Beghe B, Holgate ST. The genetic basis of atopic asthma. *Clin Exp Allergy* 1999;29(8):1023-32.
26. Wiesner DG, Meyers DA, Bleecker ER. Genetics of asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1999;104(5):895-901
27. Strachan DP. Hay fever, hygiene, and household size. *BMJ* 1989;299(6710):1259-60.Э
28. Arshad SH. Primary prevention of asthma and allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2005;116(1):3-14.
29. Tillie\_Leblond I, Gosset P, Tonnel AB. Inflammatory events in severe acute asthma. *Allergy* 2005;60(1):23-9.
30. Cohn L, Elias JA, Chupp GL. Asthma: mechanisms of disease persistence and progression. *Annu Rev Immunol* 2004;22:789-815
31. Bousquet J, Jeffery PK, Busse WW, Johnson M, Vignola AM. Asthma. From bronchoconstriction to airways inflammation and remodeling. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161(5):1720-45.
32. Tattersfield AE, Knox AJ, Britton JR, Hall IP. Asthma. *Lancet* 2002;360(9342):1313-22.
33. Tan WC. Viruses in asthma exacerbations. *Curr Opin Pulm Med* 2005;11(1):21-6.
34. Bumbacea D, Campbell D, Nguyen L, Carr D, Barnes PJ, Robinson D, et al. Parameters associated with persistent airflow obstruction in chronic severe asthma. *Eur Respir J* 2004;24(1):122-8.
35. Г. Б. Федосеев и др. Бронхиальная астма и инфекция: диагностика и принципы лечения // Пульмонология. - 2008. - N 5. - С. 86-93.
36. Friday G.A., Fireman P. Anaphylaxis. Atlas of allergies. Ed. P. Fireman, R.G. Slavin-2 Ed. Mosby-Wolf, 1999, p. 57-73.
37. Akbari O, Faul JL, Hoyte EG, Berry GJ, Wahlstrom J, Kronenberg M, et al. CD4+ invariant T\_cell\_receptor+ natural killer T cells in bronchial asthma. *N Engl J Med* 2006;354(11):1117-29
38. Miller AL, Lukacs NW. Chemokine receptors: understanding their role in asthmatic disease. *Immunol Allergy Clin North Am* 2004;24(4):667-83, vii
39. Hirst SJ, Martin JG, Bonacci JV, Chan V, Fixman ED, Hamid QA, et al. Proliferative aspects of airway smooth muscle. *J Allergy Clin Immunol* 2004;114(2 Suppl):S2-17
40. Barnes PJ, Chung KF, Page CP. Inflammatory mediators of asthma: an update. *Pharmacol Rev* 1998;50(4):515-96.
41. Wenzel S. Mechanisms of severe asthma. *Clin Exp Allergy* 2003;33(12):1622-8.



42. Клинические рекомендации. Бронхиальная астма у взрослых. Атопический дерматит/Под ред. Чучалина А.Г. – М.: Издательство «Атмосфера» 2002. – 272 с.
43. Чучалин А. Г. // Аллергические и респираторные заболевания. - 2001. - N 3. - С. 2 – 5
44. Barnes PJ. Cytokine modulators as novel therapies for asthma. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2002;42:81-98.
45. Балаболкин И.И., Булгакова В.А., Сенцова Т.Б. и др. Влияние вирусной инфекции на течение бронхиальной астмы у детей. Пульмонология (приложение), 2001:65
46. Groneberg DA, Quarcoo D, Frossard N, Fischer A. Neurogenic mechanisms in bronchial inflammatory diseases. *Allergy* 2004;59(11):1139-52.
47. Leff AR. Regulation of leukotrienes in the management of asthma: biology and clinical therapy. *Annu Rev Med* 2001;52:1-14.
48. Федосеев, Г.Б. Механизмы обструкции бронхов. СПб: Медицинское информационное агентство, 1995. – С.123-125.
49. Н. П. Княжеская, М. О. Потапова. [Глюкокортикостероидная терапия бронхиальной астмы](#) // *Consilium-Medicum*. - 2003. - Т. 5.-№ 4.
50. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы /Под ред. Чучалина А.Г. —М.: Издательский дом «Атмосфера», 2006. - с 40.
51. Rietveld S, van Beest I, Everaerd W. Stress-induced breathlessness in asthma. *Psychol Med* 1999;29(6):1359-66.
52. Kries, R., Hermann, M. et al. Is obesity a risk factor for childhood asthma // *Allergy*. – 2001. – Vol. 56, №4. – P. 318-322.

## ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ (Обзор литературы)

*А.А. Оспанов*

*Центральная клиническая больница, Алматы*

Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ), среди которых различают острые (инсульт, транзиторная ишемическая атака) и хронические (дисциркуляторная энцефалопатия) формы, являются важнейшей медицинской и социальной проблемой как в мире, так и во всем мире в силу значительной распространенности и тяжелых последствий – потери трудоспособности, инвалидизации, нарушений функций высшей нервной системы вплоть до развития деменции и др.[1].

Гипертоническая энцефалопатия (ГЭ), представляет собой медленно прогрессирующее диффузное и очаговое поражение вещества головного мозга, обусловленное хроническим нарушением кровообращения в мозге, связанным с длительно существующей неконтролируемой артериальной гипертензией (АГ). Присоединение атеросклероза мозговых сосудов, а при АГ способствует дальнейшему ухудшению кровоснабжения головного мозга, что приводит к прогрессированию ГЭ, возникает дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза: гипертоническая и атеросклеротическая. Сахарный диабет, нарушения липидного обмена и курение с АГ оказывают совместно повреждающее действие на сосудистую систему головного мозга.

Комплекс патологических процессов, развивающихся в сосудах и веществе головного мозга при АГ, обозначается термином “гипертоническая ангиоэнцефалопатия” (ГАЭ) [2]. При ГАЭ обнаруживаются изменения артерий мозга на всем их протяжении по типу деструктивных процессов в виде плазмо-, геморрагий и некрозов стенки интрацеребральных сосудов с ее истончением, что создает предпосылки для развития микроаневризм и геморрагических инсультов; репаративных и адаптивных процессов – в виде гипертрофии мышечной оболочки экстрацеребральных артерий с развитием “гипертонических стенозов” вплоть до облитерации просвета, перекалибровки артерий, что приводит к редукции мозгового кровотока, ишемии мозговой ткани и развитию ишемических инсультов.

При АГ рано развивается атеросклероз, начинается этот процесс, как правило, с экстракраниальных артерий; нарушаются структурно-функциональные свойства эритроцитов и тромбоцитов: ухудшается их деформируемость, повышается гематокрит – факторы, повышающие вязкость крови, что в свою очередь приводит к нарушению микроциркуляции. Развиваются деформации сосудов головного мозга по типу извитостей и изгибов, которые при определенных условиях системной гемодинамики могут носить характер функциональных стенозов. Патоморфологические, а также единичные клинические исследования венозной системы головного мозга свидетельствуют о выраженных нарушениях вплоть до облитерации венозных синусов мозга при АГ. У больных с тяжелой и злокачественной АГ признаки нарушения венозного оттока головного мозга встречались в 91%, а у больных с мягкой и умеренной АГ – в 55% случаев, по данным магнитно-резонансной венографии.

Специфичным для АГ является поражение белого вещества полушарий головного мозга, обозначаемое термином “гипертоническая лейкоэнцефалопатия”–лейкоареоз (ЛА), который характеризуется мелкоочаговыми и диффузными изменениями в белом веществе [2]. Диффузные и мелкоочаговые изменения белого вещества представлены распространенным спонгиозом, развившимся вследствие длительно существующего отека и хронической гипоксии этой области мозга; очагов полного и неполного некроза; образования мелких полостей, криблур, периваскулярного энцефалолизиса и прогрессирующей деструкции миелина нервных волокон.

Перивентрикулярная зона белого вещества рассматривается как зона терминального кровоснабжения, что определяет ее особую чувствительность как к повышенному уровню артериального давления (АД), так и к гипотонии. В патогенезе ЛА ведущим фактором считается ишемия этих отделов мозга. Ведущую роль в развитии ЛА играют следующие факторы: гипертонические кризы, ночная гипертензия, повышенная вариабельность АД, эпизоды ортостатической гипотонии, ятрогенная гипотония, возраст (> 60 лет). Диагностируется ЛА методом компьютерной томографии (КТ) по снижению плотности белого вещества или методом магнитно-резонансной томографии (МРТ) по повышению интенсивности сигналов. ЛА тесно коррелирует с тяжестью и длительностью АГ, но появляется уже на ранних стадиях АГ. Проведенные собственные исследования головного мозга методом МРТ у мужчин 40–50 лет с “мягкой” АГ выявили признаки начинающего ЛА у половины больных. ЛА длительное время может протекать бессимптомно, при неконтролируемой АГ происходит прогрессирование описанных выше процессов в белом веществе, феномен корково-подкоркового разобщения (в белом веществе локализуются проводящие нервные волокна), нарушаются интеллектуально-мнестические, когнитивные функции и в конечном итоге развивается сосудистая деменция.

Вариант ГЭ, протекающий с тяжелым поражением белого вещества головного мозга и быстрым прогрессированием неврологической симптоматики, классифицируется как “субкортикальная артериолсклеротическая энцефалопатия” (болезнь Бинсвангера). Другим видом поражения головного мозга при АГ является гипертонический малый глубокий инфаркт – ЛИ, представляющий собой очаг ишемии мозга, обусловленный поражением интрацеребральных артерий, в виде полости размером от 0,1 до 1,5 см. ЛИ локализуется в базальных ядрах, внутренней капсуле, таламусе, мосте, мозжечке или белом веществе полушарий, где может сочетаться с ЛА. Дифференцировать генез ЛИ методами КТ и МРТ без учета клиники затруднительно. В структуре цереброваскулярных заболеваний наблюдается увеличение доли ЛИ, среди всех случаев инсульта при АГ ЛИ составляет 15%. ЛИ является фактором риска развития тяжелого геморрагического инсульта и сосудистой мультиинфарктной деменции. При тяжелой АГ и кризовом течении количество ЛИ увеличивается и формируется лакунарное состояние мозга – наиболее тяжелая форма ГЭ, лежащая в основе тяжелых неврологических синдромов: деменции, паркинсонизма, псевдобульбарного синдрома.

Среди факторов риска развития ГЭ различают следующие: неконтролируемая АГ, гипертонические кризы, высокая вариабельность АД, высокая ночная гипертензия, чрезмерное снижение АД включая ятрогенное, высокое пульсовое АД. Результаты крупных контролируемых исследований, проведенных в последние годы с использованием метода суточного мониторирования АД (СМАД), убедительно подтверждают клинические наблюдения о том, что чрезмерное снижение АД, в том числе и ночью (спонтанное или вызванное агрессивной антигипертензивной терапией – АГТ), особенно у пожилых лиц с АГ, является фактором риска развития сосудистых поражений мозга. Имеются данные о том, что у пожилых женщин выраженность перивентрикулярного ЛА увеличивалась с возрастанием амплитуды ночного снижения АД. Специалистами НИИ неврологии РАМН проведено исследование суточного профиля АД у больных с ГЭ типа Бинсвангера, которое выявило различные его нарушения: чрезмерное падение и повышенную вариабельность АД в ночные часы, нарушение суточного ритма АД [3]. Чрезмерное снижение АД в ночные часы особенно выражено было при тяжелом течении ГЭ, что свидетельствует о важном патогенетическом значении этого фактора в развитии поражения белого вещества полушарий и прогрессировании заболевания. По-видимому, относительная гипотония при тяжелых поражениях мозговых сосудов с суженным просветом усугубляет имеющуюся диффузную ишемию глубоких отделов белого вещества головного мозга.

Профилактика развития и прогрессирования ГЭ складывается из нескольких направлений:

1. Лечение сосудистого заболевания, послужившего причиной развития ГЭ.
2. Воздействие на факторы, усугубляющие течение ГЭ, – гиперхолестеринемия, повышенную агрегацию тромбоцитов и вязкость крови, сахарный диабет, мерцательную аритмию (если эти заболевания присоединяются), курение, чрезмерное употребление алкоголя.
3. Улучшение кровоснабжения головного мозга.
4. Улучшение метаболизма нервных клеток, находящихся в условиях ишемии и гипоксии. Следует подчеркнуть, что без эффективного постоянного контроля АГ 3 и 4-я задачи труднодостижимы, даже при условии лечения вазоактивными препаратами, относящимися к симптоматическому виду лечения.

Возникает закономерный вопрос: какой АГП предпочтителен для профилактики цереброваскулярных заболеваний при АГ? В крупномасштабных контролируемых международных исследованиях доказано, что антигипертензивная терапия-блокаторами (ББ), диуретиками, ингибиторами АПФ (ИАПФ), антагонистами кальция (АК) II–III поколения и блокатором рецепторов ангиотензина II – лозартаном (недавно завершившееся исследование LIFE) снижает риск развития инсультов в среднем на 40%. Исследования свидетельствуют о важности самого факта снижения АД у больных АГ в профилактике инсультов. В отношении профилактики ГЭ таких исследований не проводилось, но логично предположить, что адекватное лечение АГ окажется столь же эффективным и в отношении ГЭ. По вторичной профилактике инсультов у больных с ЦВЗ имеется только одно крупномасштабное исследование “Progress”, в котором было установлено, что лечение, включавшее периндоприл и индапамид, приводило к снижению повторных инсультов на 28% [4].

Коротко характеризуя отдельные классы препаратов, можно сказать следующее. АК III поколения (дигидропиридины) – амлодипин, лацидипин и др. – улучшают МК за счет дилатации артериол, улучшения эндотелиальной функции. В крупном исследовании ELSA показано, что лацидипин способен на ранних стадиях тормозить прогрессирование атеросклеротического процесса в магистральных артериях головы у больных АГ. АК III поколения считаются препаратами первого ряда в лечении больных АГ с ЦВЗ. ИАПФ вызывают дилатацию артерий мелкого и среднего калибра, в частности средней мозговой артерии [5], вследствие чего МК сохраняется на достаточном уровне, даже при снижении АД ниже нижней границы ауторегуляции, в силу чего наблюдается хорошая переносимость относительно низкого АД. ИАПФ улучшают эндотелиальную функцию сосудов, способствуют обратному развитию процесса ремоделирования сосудов, уменьшая выраженность гипертрофии сосудистой стенки.

В отдельных клинических исследованиях показано положительное воздействие на церебральное кровообращение эналаприла, рамиприла у больных с АГ и гемодинамически значимыми стенозами экстракраниальных артерий [6] и лизиноприла у больных АГ и ГЭ [7]. Тиазидные диуретики при длительном лечении снижают общее периферическое сопротивление сосудов, в том числе и церебральных сосудов, уменьшают отечность сосудистой стенки, увеличивают МК. ББ при длительной терапии не изменяют либо увеличивают МК.

Имеются отдельные исследования по положительному влиянию блокаторов рецепторов ангиотензина II на МК. АГТ для больных АГ с ГЭ, проводимая на изложенных выше принципах, является базовой, постоянной, практически пожизненной, без которой трудно рассчитывать на улучшение клинического течения заболевания и профилактику или замедление темпов прогрессирования поражения сосудов головного мозга. Известно, что монотерапия эффективна лишь в 50–60% случаев “мягкой” и “умеренной” АГ. По современным представлениям крайне важно достижение целевых уровней АД в процессе лечения, в противном случае его эффективность с точки зрения воздействия на прогноз заболевания остается сомнительной. На практике достижение целевых уровней АД чаще обеспечивается применением комбинированной терапии, для которой используются следующие оптимальные комбинации препаратов: диуретики + ББ, диуретики + ИАПФ, ИАПФ + АК, диуретики + блокаторы рецепторов ангиотензина II и др.

Комбинированная терапия в последнее время становится одним из основных принципов терапии. Симптоматическая терапия, проводимая в сочетании с правильно подобранной АГТ, способна уменьшить клинические проявления ГЭ. Интересным представляется опыт применения некоторыми авторами комбинации антигипертензивного препарата ИАПФ лизиноприла в сочетании с вазоактивным препаратом винпоцетином у больных с АГ и ГЭ [8]. Ими проведено сравнительное исследование 2 режимов лечения (только гипотензивная терапия лизиноприлом и сочетание его с винпоцетином) на клинические проявления и церебральную гемодинамику у больных с АГ и ГЭ 1-й степени. При комбинированной терапии, включающей лизиноприл и винпоцетин, наблюдали достоверно более значимое (2-кратное) улучшение показателей церебральной гемодинамики. Лизиноприл, вызывая равномерный на протяжении суток гипотензивный эффект, что само по себе оказывает положительное воздействие на мозговое кровообращение, способствует потенцированию вазоактивного эффекта винпоцетина.

Подытоживая сказанное, следует заключить, что ГЭ является неизбежным осложнением АГ (при отсутствии лечения) и тяжелым заболеванием, приводящим к различным неврологическим, психоэмоциональным и когнитивным нарушениям, вследствие чего больные теряют трудоспособность, социальную адаптацию, становятся зависимыми от окружающих. Наиболее раннее лечение гипертонии, построенное на современных принципах, может оказать профилактическое воздействие на развитие ГЭ или замедлить темп ее прогрессирования.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Верещагин Н.В., Пирадов М.А., Сулина З.А. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики. М: Интермедика, 2002; 208.
2. Верещагин Н.В, Моргунов В.А., Гулевская Т.С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии. М.: Медицина, 1997.
3. Калашникова Л.А., Кулов Б.Б. Факторы риска субкортикальной артериосклеротической энцефалопатии. Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. Инсульт (приложение). 2002; 7: 3–8.
4. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. Lancet. 2001; 358: 1033–41.
5. Effect of angiotensin-converting enzyme inhibitor, lisinopril, on cerebral blood flow autoregulation in healthy volunteers. J Cardiovasc Pharmacol 1993 Sep;22(3):373–80.
6. Effect of Ramipril and Enalapril on cerebral blood flow in elderly patients with asymptomatic carotid artery occlusive disease. Patel, Rakesh V., Ramadan, Nabih M., Levine, Steven R. et all. J Cardiovascul. Pharmacol. 1996; 28: 48–52.
7. Зонис Б.Я., Харахашян А.В., Волкова Н.И. и др. Влияние терапии лизиноприлом на состояние церебрального кровотока у женщин с артериальной гипертонией в пери- и постменопаузе. Кардиология. 2002;4:29–32.
8. Островский А.Б., Алексеев С.А., Петричко Т.А. Эффективность комбинированной терапии диротеном и кавинтоном у пациентов с артериальной гипертонией и гипертонической энцефалопатией. Гедон Рихтер в СНГ. 2002; 4: 36–37.

УДК 614.7.616.-053.2-074

**ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ (обзор литературы)***М.А. Тубанова**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент***ТҮЙІН**

Биогеохимиялық аймақ халқының денсаулық жағдайының көрсеткіші мен денсаулық сақтау мекемелерінің қызметін байланыстыра талдағанда, келесідей мәселелер анықталды: биогеохимиялық аймақтағы бала туыну деңгейі денсаулық сақтау мекемелерінің мынадай қызметтерімен тығыз байланысты: дәрігерлердің бақылауында болу көрсеткіші, диспансерлік бақылаудың қамтылуы, науқастардың төсекте жату ұзақтығы, өлім жағдайы.

**SUMMARY**

The analysis of interrelation of parameters of health of the population of a biogeochemical province, with activity healthcare organization has shown the following, that the level of birth rate in biochemical provinces has close, direct, firsthand information with such parameters of activity of establishments healthcare organizations, as the general number of visiting to doctors, scope of the population dispenser supervision, as work of a cot in a year, average duration of stay of patients on a cot, death and close, return authentic communication with a parameter, as a turn of a bed.

В условиях реформирования здравоохранения РК одной из приоритетных проблем является сохранение и укрепление здоровья населения. Успешное решение этой задачи зависит от многих факторов, в том числе и от эффективности управления региональным здравоохранением, которое в основном несет ответственность за состояние здоровья населения конкретной административной территории. В этой связи чрезвычайно актуальным для отрасли является вопрос выбора путей оптимизации моделей управления медицинской службой, которые соответствовали бы новым условиям их деятельности [1-2].

По мнению отдельных авторов, стратегия управления здоровьем населения может быть реализована через эффективное управление профилактикой и управления медицинской помощью населению [3-8]. В условиях дефицита ресурсов, выделяемых на здравоохранение все большее значение приобретает управление здравоохранением с выделением приоритетных направлений. При этом приоритетными могут быть, например, заболевания, которые составляют наибольший удельный вес в структуре обращаемости населения за медицинской помощью или в структуре общей смертности, или в структуре экологических потерь общества в результате преждевременной смертности населения. Таким образом, выделение приоритетов в области охраны здоровья зависит от значимости их для общества с медицинской, социальной или экономической стороны. Современная профилактика представляет собой комплекс мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья людей, их творческого долголетия, устранение каких бы то ни было причин заболевания, улучшение условий труда, быта и отдыха населения, охрану окружающей среды.

Одним из важнейших факторов перестройки всех отраслей народного хозяйства страны является совершенствование системы управления на всех уровнях и во всех ее звеньях. Здравоохранение в настоящее время, как отмечают многие исследователи переживает значительные экономические трудности и организационный кризис.

Наблюдается ухудшение целого ряда параметров, характеризующих состояние здоровья населения. Материально-техническая база лечебно-профилактических учреждений приходит в упадок, а фондовооруженность труда медицинских работников находится на низком уровне. Имеющиеся ресурсы здравоохранения нередко используются нерационально. Перестройка здравоохранения осуществляется без продуманной комплексной межотраслевой концепции реформирования отрасли. Это не позволяет достигать намеченных результатов и нередко приводит к неоправданным потерям.

Среди приоритетных целей научной разработки совершенствования управления здравоохранением региона представляется целесообразным выделить следующее: формирование научно-обоснованной методологии управленческих процессов; рациональное построение информационного обеспечения управления; разработка и применение передовых технологий информатизации.

Условия окружающей социальной и природной среды, существенно повышающие риск возникновения заболеваний и определяющие высокие показатели заболеваемости, получили название «факторов риска». Сохранение и укрепление здоровья населения в условиях изменившихся экономических отношений в Казахстане приобретает в настоящее время особо важное значение. Негативные тенденции в динамике здоровья населения, начавшиеся задолго до перестройки экономических отношений, рост общей и младенческой смертности, снижение рождаемости и продолжительности жизни и т.д. усилились, что привело к обострению многих проблем здравоохранения как на республиканском, региональном так и районном уровнях.

Экономические преобразования в стране существенно повлияли и на условия деятельности лечебно-профилактических учреждений, в частности, изменились размеры и источники финансирования, значительно возросла роль экономической стороны деятельности, расширились права, но и возросли требования как со



стороны вышестоящих органов здравоохранения, так и со стороны территориальных административных органов к конечным результатам деятельности.

По определению и мнению ряда ученых, управление здравоохранением является функцией системы здравоохранения, обеспечивающей ее динамичное пропорциональное развитие, сохранение определенной структуры, поддержание эффективного режима деятельности, реализация различных программ, направленных на достижение целей и решение задач по охране здоровья населения.

По мнению специалистов в области здравоохранения, под управлением здравоохранением следует понимать организацию целенаправленных действий по укреплению и восстановлению жизненных сил, как отдельной личности, так и трудовых коллективов, населения в целом, несмотря на постоянно существующий пресс негативных воздействий как от социальной напряженности в обществе, так и от экологической загрязненности.

Вместе с тем отечественные организаторы считают что, управление здравоохранением – это планомерно и систематически осуществляемое целенаправленное воздействие на систему здравоохранения в интересах оптимального функционирования и развития органов и учреждений здравоохранения для достижения поставленных целей – охраны и укрепления здоровья населения.

Как видно из представленных определений медицинской помощи, в основе управления лежит целенаправленное воздействие на систему здравоохранения для охраны и укрепления здоровья населения. Следует отметить, что само по себе совершенствование медицинских технологий в отрыве от целей и задач управления, лишь увеличивает стоимость лечения и не гарантирует здоровья нации. Научно-технический прогресс, создавая новые медицинские технологии, изменяет материальные, финансовые и кадровые потребности в сфере здравоохранения. Кроме того, растет лавина стратегических и оперативных задач (организация медицинской помощи населению в новых условиях, финансирование, снабжение и т.д.). Поэтому в нынешних условиях без профессионального управления лечебными учреждениями невозможно повысить продуктивность, эффективность и качество медицинских услуг, снизить затраты на них. Выбор, подготовка, расстановка и оценка работы кадров являются главными составляющими процесса управления. Из представленных, даже не в полном объеме определений, касающихся управления здравоохранением, в их основе лежит целенаправленное воздействие как на систему здравоохранения в целом, так и на ее подсистемы на региональном уровне для охраны и укрепления здоровья населения.

По мнению ряда специалистов, проблемы управления здравоохранением следует классифицировать по таким признакам, как иерархический уровень системы здравоохранения (врач, пациент, лечебно-профилактические учреждения, районная, городская, областная, региональная служба здравоохранения и др.); распределение проблемы по времени реализации (краткосрочные, среднесрочные, долгосрочные); по территориальной промышленности (на районную, областную, краевую и т.д.); по степени вовлечения различных секторов здравоохранения (общесистемное, подсистемное); по типу реализации (оперативное, тактическое, стратегические и т.д.).

Процесс управления в т.ч. и в системе здравоохранения, как правило, состоит из циклически повторяющихся этапов. Каждый этап, по мнению специалистов, может иметь несколько вариантов решения. В этой связи, конечные результаты могут быть как очень эффективными, среднеэффективными, малоэффективными и неэффективными. Это требует поиска оптимальных вариантов решения для управления объектами здравоохранения, который в последние годы превратился в настоящую проблему как здравоохранения в целом, так и в отдельности для регионов [97-102]. Оптимальным считается вариант, когда достигаются высокие показатели результатов деятельности служб здравоохранения соответствующего уровня при соответствующих условиях и наименьших затратах. В последние годы в условиях перехода к рыночным отношениям функционирования системы здравоохранения одним из основных показателей эффективности деятельности учреждений здравоохранения, наряду с медицинскими, являются экономические, характеризующие минимальные расходы на организацию оказания медицинской помощи.

По мнению Гасникова В.К., оптимальное управленческое решение должно соответствовать следующим требованиям: наличие четкой цели, своевременность принятия управленческого решения, экономичность принятых решений, их высокая эффективность, гибкость системы управления и наличие вариантов для достижения конечной цели.

Согласно данным литературы, для решения управленческих задач в системе здравоохранения все чаще используются системный подход и анализ, которые помогают руководителю здравоохранения более научно подойти к оценке возможных вариантов решения, прогнозировать последствия принятых решений и оценить их с медицинской и социальной точки зрения. Орган управления здравоохранением с позицией аппарата системного подхода является субъектом управления, а объектом управления те коллективы, которыми управляют с помощью соответствующих распоряжений, приказов, инструкций, рекомендаций, нормативных актов и т.д.

Система здравоохранения, как и любая другая социально-экономическая, имеет «вход» и «выход». При этом под «входом» понимаются показатели, отражающие обращаемость населения за медицинской помощью (амбулаторно-поликлиническая, стационарная, скорая медицинская помощь), контингенты больных, потоки пациентов, заявки на медицинское обслуживание рабочих и служащих, запросы органов административного

управления, потребность населения в медицинской помощи и т.д. Результаты деятельности системы в данном случае здравоохранения отражаются в виде характеристик состояния здоровья населения, объема выполненных медицинских услуг, лабораторно-диагностических исследований, эффективности использования имеющихся и выделяемых ресурсов. Сама же система здравоохранения в данном случае выступает в роли преобразователя «входных» данных в результаты деятельности, т.е. в «выходные» данные, используя для этих целей имеющихся в ее распоряжении ресурсы, средства, кадровый потенциал и финансы.

При системном подходе выделяются определенные свойства, которые имеются у любой системы, и которые необходимо учитывать при формировании и анализе функционирования системы управления. Среди основных свойств систем необходимо выделять следующие: - ориентация всех подсистем на достижение единой цели; - подчиненность целей подсистем целям систем более высокого уровня, приоритетность целей систем по отношению к целям подсистем; - делимость на составные части или подсистемы; вхождение в системы более высокого уровня в качестве их составных частей, или подсистем; - появление у систем новых качеств, которые не присущи в полной мере ни одной из подсистем в отдельности; - исчезновение или изменение качеств системы при изменении набора ее элементов; - наличие целостной структуры (внутренней формы организации) системы, характеризующейся устойчивостью, наличием границ, противодействием внутренним и внешним воздействиям, постоянным развитием, согласованностью функционирования, субординацией частей, а также причинно следственным содержанием связей; - создание программ реализации и совершенствования системы; - обоснование принимаемых решений.

Как показывает анализ данных литературы, в настоящее время реформирование здравоохранения во многом определяется уровнем его ресурсного обеспечения, которое оказывает воздействие на все стороны медицинской помощи: объем, качество, ее стоимость и, как следствие, удовлетворенность пациентов уровнем медицинского обслуживания. При этом под ресурсами лечебно-профилактического учреждения понимается: обеспеченность кадрами, материально-техническим оснащением и финансами. Исходя из этого, под управлением (менеджмент) понимается «искусство управлять интеллектуальными, финансовыми, сырьевыми, материальными ресурсами в целях наиболее эффективной производственной деятельности». В упрощенном понимании менеджмент - это умение добиваться поставленных целей, используя труд, интеллект, мотивы поведения других людей.

Таким образом, управление объектом сводится к руководству людьми и производством, направленное на достижение поставленных целей. О необходимости уделять внимание руководству кадрами в здравоохранении указывалось и на Всемирной ассамблее здравоохранения в 1987 году, на которой было рекомендовано государствам - членам ВОЗ «обеспечить не только адекватное планирование кадров и их подготовку, но также умелое руководство ими, в том числе совершенствование производственной деятельности и системы стимулирования для обеспечения их наиболее эффективного использования». Такое решение проблемы управления кадрами обусловлено большим удельным весом затрат из бюджета здравоохранения на содержание персонала, которое даже в развитых странах составляет до 50% общих ассигнований службы здравоохранения, а в слаборазвитых - этот показатель достигает 80%.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Булешов М.А., Абдухалыков А.М., Кульмаханов К.А. Методические подходы при оценке состояния здоровья населения в связи с воздействием комплекса неблагоприятных факторов // Сборник трудов международной научно-практической конференции «Стратегия развития здравоохранения Казахстана в 21 веке». - Алматы, 2001. - С. 348.
2. Саурбаев Т.К., Ахметова С.Д., Борбеков Ж.М., Уткельбаев Б. Проблемы совершенствования системы реформирования первичного звена здравоохранения // Сборник научных трудов международной научно-практической конференции «Научные основы политики охраны здоровья и формирования здорового образа жизни в РК». - Алматы, 2003. - С. 183-188.
3. Боктубаев Э.Т., Султанмуратов М.Т. Перспективы управления здравоохранением в рамках реализации долгосрочной стратегии реформирования // Материалы научно-практической конференции «Социальные и медицинские проблемы здоровья матери и ребенка на рубеже тысячелетия». - Бишкек, 2002. - Т.2. - С. 26-29
4. Абилядаев Т.Ш. Совершенствование системы территориально-отраслевого планирования и управления здравоохранением на региональном уровне // Материалы 2-ой Республиканской научно-практической конференции «Опыт проблемы и перспективы реформирования здравоохранения в РК». - Алматы, 2002. - С. 107-110.
5. Турлыбеков Ж.Т., Сакбаев О.С., Абилядаев Т.Ш., Омарбекова С.Ж. Саурбаев Т.К., Доскулов О.Н. Основные проблемы и некоторые результаты реформирования системы здравоохранения в Жамбылской области // Ежеквартальный научно-практический бюллетень «Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. - Алматы, 2003. - №26. - С. 6-9.
6. Турлыбеков Ж.Т., Сакбаев О.С., Абилядаев Т.Ш. Некоторые приоритетные задачи совершенствования управления сельским здравоохранением в современных условиях // Материалы международной научно-практической конференции «Стратегия развития здравоохранения РК» - Алматы, 2003. - С. 132-134.
7. Алтынбеков Б.Е., Булешов М.А., Торгаутов Б.К., Жетыбаев Б.К. Влияние социально - гигиенических факторов на формирование и развитие биогеохимической провинции в районе дислокации крупных промышленных предприятий // Ежеквартальный научный журнал «Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии» - Шымкент, 2001. - №4. - С. 99-101.

## СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.832-002-031.13:61699

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТ БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Г.Н.Абуова, Т.А.Кусеинов, А.А.Нурмашева, Г.А.Оспанова, Ж.О.Сейткулова, К.С.Алдабергенова, Ф.А.Бердалиева  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
ГИБ, г.Шымкент, Казахстан

## ТҮЙІН

Мақалада нейробруцеллездің ауыр ағымы және оның диагностикасы мен емдеу ісі мәселелеріне заманауи көзқарастар келтірілген.

## SUMMARY

The article is an example of severe neurobrucellosis, represented a modern view on the issues of its diagnosis and treatment

Актуальность проблемы бруцеллеза в Республике Казахстан обусловлена высокой заболеваемостью этой инфекцией населения, которая по сравнению с другими странами СНГ является наибольшей, а также высокой пораженностью сельскохозяйственных животных [1]. По уровню заболеваемости бруцеллезом людей Казахстан занимает 2-е место среди стран СНГ и в мире (после Кыргызстана). Заболеваемость впервые выявленным бруцеллезом в РК за период 1998-2007 гг. представлена в диаграмме 1.

В городской инфекционной больнице г.Шымкента в 2008 году пролечено 918 больных бруцеллезом, из которых детей – 140, в 2009 году – 620 больных бруцеллезом, из которых детей – 98, за 9 месяцев 2010 года – 419 больных бруцеллезом.

Диаграмма 1.



Бруцеллез – острое инфекционное заболевание человека и животных, имеющее склонность к хроническому течению. Характеризуется длительной лихорадкой, поражением опорно-двигательной, нервной, сердечно-сосудистой и других систем организма.

Одним из тяжелых проявлений бруцеллеза является нейробруцеллез. Поражение нервной системы может наблюдаться на разных этапах заболевания: в начальный (острый) период, доминируя над другими признаками бруцеллеза; в подострый или хронический период, а также в стадии кажущегося выздоровления. Острые неврологические симптомы могут быть вообще первыми клиническими проявлениями бруцеллеза. При бруцеллезе могут поражаться все отделы нервной системы (центральная, периферическая, вегетативная). Иногда возникает бруцеллезный менингит, проявляющийся ригидностью мышц затылка, симптомами Кернига, Брудзинского, Бехтерева, поражением черепных нервов (чаще VII-VIII).

Бруцеллезный энцефалит проявляется парезами (параличами) конечностей, проводниковыми нарушениями чувствительности, гиперкинезами, расстройствами координации и психики. Поражение ЦНС при бруцеллезе характеризуется полиморфностью клинической картины. Нередко наблюдаются комбинированные поражения ЦНС с развитием менингоэнцефалита, энцефаломиелита, менингоэнцефалорадикулита. К типичным неврологическим проявлениям бруцеллеза относятся невралгии и невриты периферических и черепных нервов, радикулиты, плекситы (пояснично-крестцовый, плечевой), полиневриты, полирадикулоневриты. При бруцеллезе почти у всех больных происходит поражение вегетативной нервной системы. Неврологические проявления бруцеллеза наблюдаются длительно, с рецидивами, периодами улучшений.

Нами был проанализирован случай тяжелого течения нейробруцеллеза, находившегося на стационарном лечении в городской инфекционной больнице г.Шымкента. Больной Д., 33 лет, слесарь-сантехник. Диагноз: Подострый бруцеллез, тяжелое течение. Нейробруцеллез. Энцефаломиелит. Правосторонний гемипарез. Нарушение тазовых функций. Поступил в городскую инфекционную больницу 17.10.2010г. с жалобами на общую слабость, головную боль, повышение температуры тела до 39°C, слабость в правых верхней и нижней конечностях, отсутствие движений в них, выраженную потливость, недержание мочи, потерю в весе до 15-ти килограмм.

Из анамнеза выяснено, что пациент болеет в течение 2-х месяцев, началось с повышения температуры тела до 38,0-38,5°C, высокую температуру тела переносил хорошо, продолжал работать, затем присоединились головная боль, слабость в конечностях, нарушилась походка. 6-7 дней назад упал, не смог ходить, отнялась правая половина туловища, конечности. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что с недавнего времени в личном хозяйстве содержит коз и употребляет парное козье молоко, сметану и брынзу.

При осмотре выявлено, что общее состояние тяжелое, сознание ясное, обращенную речь воспринимает, на вопросы отвечает не сразу, простые и сложные инструкции выполняет замедленно. Интеллект снижен. Зрачки D=S, глазные щели D=S. Лицо симметрично, язык по средней линии, глоточный рефлекс сохранен. Кашлевой рефлекс вызывается. Правосторонний глубокий гемипарез, проба Барре положительная справа, патологических стопных знаков нет. Менингеальных знаков нет, речь - дизартрия, элементы моторно-сенсорной афазии. Кожные покровы бледные, влажные. Определяется микрополиаденит. Сердечные тоны приглушены, АД 120/80 мм.рт.ст. Пульс 80 в минуту. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень плотноватой консистенции, выступает из под края реберной дуги на 2-2,5 см, поверхность ее гладкая, селезенка не пальпируется.

Диагноз был установлен на основании результатов бактериологических, серологических, иммунологических исследований. Бактериологический анализ крови на гемокультуру – высеяна *Brucella melitensis*. Серологическое исследование крови: реакция Хеддельсона – положительная, реакция Райта 1:400. Общий анализ крови при поступлении: Нв-143 г/л, Эритроциты- 5,05x10<sup>12</sup>/л, ЦП – 0,84, Тромбоциты- 230x10<sup>9</sup>/л, Лейкоциты – 10x10<sup>9</sup>/л, п-4%, с – 60%, м – 2%, л – 34%, СОЭ – 12 мм/ч.

В биохимических анализах крови отмечается гиперферментемия (АЛат – 55 е/л; АСаТ – 41 е/л), глюкоза – 6 ммоль/л; общий билирубин – 15,1 ммоль/л; (прямой – 9,7). В анализах мочи - умеренная протеинурия. Учитывая тяжесть состояния больного, наличие признаков нейробруцеллеза было проведено комплексное лечение: дезинтоксикационная терапия (5% р-р глюкозы, трисоль внутривенно капельно), антибактериальная терапия (ципрофлоксацин 0,2x2 раза внутривенно в течении первых 16 –ти дней, доксициклин 0,1x2 раза per os в течение 25-ти дней), общеукрепляющая терапия (витамины группы «В», аскорбиновая кислота), десенсибилизирующая терапия (димедрол 1% внутримышечно), глюкокортикостероидная терапия (дексаметазон 12 мг в течение 4-х дней с последующим снижением до 4-х мг), патогенетическая и симптоматическая терапия (актовегин, сульфат магния, маннит, карбомазепин, винпоцетин). Динамика симптомов заболевания больного Д. представлена в таблице 1.

Таблица 1

Симптомы	Продолжительность симптомов
Температура тела	Подъемы температуры тела отмечались 17.10., 18.10., 4.11., 9.11., 10.11., 13.11., 15.11. – до субфебрильных цифр
Головная боль	29 дней
Слабость	26 дней
Потливость	15 дней
Нарушение аппетита	26 дней
Нарушение сна	26 дней
Микрополиаденит	12 дней
Гепатомегалия	22 дней
Правосторонний гемипарез	30 дней
Дезориентация в пространстве и времени	23 дней
Дизартрия речи	25 дней
Моторно-сенсорная афазия	25 дней

В результате проведенного лечения больной на 26 день госпитализации почувствовал улучшение состояния, прекратились слабость, потливость, также отмечались восстановление сна, аппетита и ориентации во времени и в пространстве. Так как сохранялись нарушение речи, правосторонний гемипарез и головная боль дополнительно были рекомендованы маннит, карбомазепин, кортексин, в результате чего на 3-й день введения рекомендованных препаратов прекратились головная боль, восстановлена речь, сохраняется умеренная слабость в правых верхней и нижней конечностях. Наметилась тенденция к снижению СОЭ, АЛат, АсаТ. Больной на 33-й день госпитализации был выписан на амбулаторное долечивание.

**Выводы:** 1. В Южно-Казахстанской области сохраняется серьезная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости бруцеллезом.

2. Поражение нервной системы при бруцеллезе может проявляться на разных этапах заболевания.
3. Для бруцеллезного энцефаломиелита у описываемого больного характерны парезы конечностей, проводниковые нарушения чувствительности, расстройства координации и психики.
4. Течение энцефаломиелита оказалось длительным (до 1,5-2 месяцев), но доброкачественным.
5. Непременным условием улучшения состояния больного является правильно подобранная антибиотикотерапия.

6. После выписки из стационара пациенту необходимо длительное амбулаторное долечивание антибиотиками (до 6 месяцев), диспансерное наблюдение у инфекциониста и невропатолога.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Сыздықов М.С. Вопросы эпидемиологии, клиники бруцеллеза и инвалидизации у взрослых и подростков в эпидемиологически неблагополучном регионе //Монография деп. в КазгосИНТИ. 14.11.96г. -№7269-Ка96. Алматы, 1996. – 223 с.

#### ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА В ГЕНЕЗЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

*К.К. Салхожаева, З.Т. Белгибаева, К.А. Альжанова, Н.Б. Кулбаева, З.Ш. Ерметов, Б.К. Алимсахов.  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
СВА №1, г.Шымкента,  
СВА «Кызыл - Тан», с. Казыгурт, ЮКО*

#### ТҮЙІН

Жұмыста Шымкент қаласының №1 ЖДА қарайтын балалар арасында жүрек – тамыр патологиясының таралуы берілген. Соңғы үш жылда, функционалды бұзылыстар, соның ішінде жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылыстары, туа болған жүрек аномалиялары есебінен кардиоваскулярлы патология 2,5 есе өскен. Кардиоваскулярлы патологиямен жүректің дәнекер тінінің дисплазиясы (ЖДТД) арасында тығыз байланыс болатындығы анықталды. ЖДТД құрылымында сол жүрекшенің аномалды орналасқан желі, митралды қақпақшаның пролапсы жиі кездеседі.

#### SUMMARY

In the present work, the investigation of the prevalence of cardiovascular diseases among the children of the FMA №1 Shymkent city has been made. A 2,5-fold increase in cardiovascular morbidity has been revealed within the last three years. A highly significant correlation between the cardiovascular diseases and the cardiac connective tissue dysplasia was found. In the structure of the cardiac connective tissue dysplasias, the anomalously located chordae in the left ventricle as well as the mitral valve prolapse were predominant.

Актуальность. В последние годы отмечается увеличение числа врожденных пороков развития и наследственных заболеваний, а также нарастание распространенности различных вариантов соединительнотканной дисплазии из-за ухудшения экологической обстановки.

Врожденная дисплазия соединительной ткани (ВДСТ) – одно из часто встречающихся наследственных аутосомно-доминантных полиорганных заболеваний, которое определяет как нарушение развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах вследствие генетически измененного фибриллогенеза внеклеточного матрикса, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфо-функциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов с прогредиентным течением [1].

В структуре сердечно-сосудистой патологии все большее значение имеют состояния, связанные с дисплазией соединительной ткани сердца. Это связано с тем, что особенностью морфогенеза соединительной ткани является ее участие в формировании каркаса сердца практически на всех этапах онтогенеза. Воздействие повреждающего фактора в любом сроке беременности может привести к различным нарушениям формирования, т.е. дисплазии соединительной ткани сердца.

Среди недифференцированных дисплазий различают сочетание внешних фенотипических признаков дисплазии и дисфункции вегетативной нервной системы с признаками дисплазии одного или нескольких внутренних органов, а также изолированную соединительнотканную дисплазию, при которой поражается лишь один орган и внешние фенотипические признаки отсутствуют. В их число входят пролапс митрального клапана (ПМК) и других клапанов, изолированная аортальная регургитация, выбухание аортального кольца, аневризма легочной артерии. В последнее время к ним относят аномальные хорды желудочков (АХЖ) и предсердий. Все эти состояния обозначают термином “малые аномалии сердца” [2]. Проблема синдрома ДСТС привлекает к себе внимание в связи с большим риском развития таких осложнений, как нарушения ритма и проводимости сердца, инфекционный эндокардит, тромбоэмболия различных сосудов и внезапная смерть.

Целью нашей работы явилось изучение распространенности и структуры дисплазий соединительной ткани сердца (ДСТС) и определение их влияния на формирование сердечно - сосудистой патологии у детей.

Методы исследования. Аналитический обзор медицинской документации (амбулаторные карты детей, находившихся на динамическом наблюдении в кабинете кардиолога СВА №1 г. Шымкент за период 2007-2010 гг.) и годовых статистических отчетов.

Результаты исследования. Первичная заболеваемость по классу болезней сердечно-сосудистой системы, по данным статистики по обращаемости, в 2007 г составила – 221, 2010 г – 540. При этом за

последние три года отмечен рост инцидентной заболеваемости в 2,5 раза преимущественно за счет функциональных нарушений, в т.ч. нарушений ритма и проводимости, а также врожденных аномалий развития. По данным проведенного нами исследования, в структуре заболеваний преобладали функциональные кардиопатии, ВПС. Нарушения сердечного ритма составили около 7%. Для определения структуры ДСТС были проанализированы результаты эхокардиографического обследования. Признаки ДСТС выявлены у 192 детей (35,6%) и представлены следующим образом: атипично расположенные хорды левого желудочка (АРХ ЛЖ) - 137 (71,4%), ПМК - 86 (44,8%), пролапс трикуспидального клапана (ПТК) - 31 (16,1%), двухстворчатый клапан аорты - 6 (3,1%), пролапс аортального клапана (ПАК) - 4 (2,1%). У 54 (28,1%) детей определялось два и более признака ДСТС.

Частота встречаемости АРХ ЛЖ колеблется от 3,4% до 26% [1]. По нашим данным, АРХ ЛЖ зарегистрированы у 25,3% детей. АРХ ЛЖ, представляющие собой мышечно-соединительнотканнные тяжи, не связанные со створками клапанов, встречались с одинаковой частотой у мальчиков и девочек. Топографические варианты АРХ ЛЖ распределились следующим образом: диагональные - 51%, поперечные - 23%, продольные - 10%, множественные - 16%. Из числа обследованных детей зарегистрировано 86 случаев ПМК (15,9%), который чаще отмечался у девочек - 57%, против 43% у мальчиков. Наиболее характерным признаком ПМК являлся систолический клик и систолический шум, вызванные митральной регургитацией. Митральная регургитация среди обследованных детей встречалась примерно у каждого 3-го ребенка с ПМК. Крайнюю форму ПМК или морфологически значимый вариант имела 1 девочка. Другие проявления ДСТС, а именно ПТК, бicuspidальная аорта, ПАК, встречались значительно реже, на их долю в общей сложности приходится лишь 7,6% от всех случаев, и они сопутствовали другим проявлениям ДСТС. В частности, ПТК чаще сочетался с ПМК, при этом трикуспидальная регургитация различной степени отмечалась в 100% случаев.

В группе детей с ВПС эхокардиографические признаки соединительнотканной дисплазии отмечались в 66,4% случаев, особенно часто при септальных дефектах. Данное обстоятельство свидетельствует о том, что тератогенное воздействие в антенатальном периоде может привести к формированию не только грубых аномалий развития, но и появлению соединительно-тканной дисплазии.

Структура НСР, проанализированная у 38 детей, была представлена следующим образом: экстрасистолия - 16, синдром и феномен WPW - 9, хроническая непароксизмальная тахикардия (ХНПТ) - 5, пароксизмальная тахикардия (ПТ) - 3, синдром слабости синусового узла (СССУ), дисфункция синусового узла - 3, атриовентрикулярные блокады - 2.

У детей с НСР признаки ДСТС встречались в 28 (74%) случаев. Наиболее часто встречались АРХ ЛЖ, в том числе продольные и диагональные в 34% случаев. Полученные нами данные свидетельствуют о взаимосвязи НСР и анатомическими особенностями проводящей системы сердца у детей с соединительнотканнными дисплазиями. Из 65 детей с ФСШ у 58 (89,2%) морфологической причиной возникновения аускультативных эффектов явились АРХ ЛЖ. Таким образом, в результате проведенных нами исследований было показано, что выявление признаков ДСТС имеет большое значение в диагностике и формировании кардиологической патологии у детей.

**Выводы.** 1. Отмечается рост заболеваемости системы кровообращения за последние три года в 2,5 раза за счет увеличения числа детей с функциональными кардиопатиями, нарушениями сердечного ритма, ВПС.

2. В структуре дисплазий соединительной ткани сердца высок удельный вес атипично расположенных хорд левого желудочка, ПМК, которые составляют более 90%.

3. Атипично расположенные хорды левого желудочка наиболее часто определяются у детей с ФСШ, что свидетельствует о их роли в возникновении сердечных шумов.

4. Высокая частота встречаемости признаков дисплазии соединительной ткани сердца при НСР, ВПС, свидетельствует о в существенном значении соединительной ткани сердца в генезе развития данных состояний.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Disse S., Abergei E., Derrebi A. et al. Mapping of the first locus for autosomal dominant myxomatous mitral valve prolapse to chromosome 16p11.2-p.12.1 // Amer. J. Hum. Genet. – 1999. – Vol. 65. – P. 1242-1251.
2. Трисветова Е.Л., Бова А.А. Малые аномалии сердца // Клин. мед. – 2002. – № 1. – С. 9-15.

УДК 616.613-089.85

#### НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАСШИРЕННОЙ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ ПО GIL – VERNET

*Р.И. Турсынбеков*

*Центральная городская больница, г.Кентау*

*Международный казахско – турецкий университет им.Х.А.Ясауи, г.Кентау*

#### ТҮЙІН

Бүйрек ішіне түбек сияқты бауыр тастарына хирургиялық емдеуде бауырдың ұлпа кесіндісі және тамырлардың зақымдалулары айтарлықтай қиындықтар туғызады. Тәжірибе көрсеткендей, бауырдың тамыр жүйелеріне айтарлықтай бұзылыстар алып келеді. Бүйрек қуысына хирургиялық жолдың ашық болуының

арқасында тастарды түбектен бауырдың ұлпаларына зақым тигізбей алу мүмкіндігі пайда болды. Урологиялық емханада бауыр ішілік түбекке 5 ота жасалды. Аурулардың жасы 12-ден 43 жас аралығында. Бір аурудың бауыры коралл тәріздес, ал қалғандары түбек тәріздес. Барлық 5 ота ешқандай қиындықсыз болды. Мақалада осы туралы айтылады.

#### SUMMARY

This article is about the surgical treatment of kidney-stones, especially, by intrarenal type of pelvis which presents complications because of discussion of kidney parenchyma and dangerousness of vascular disruption. Experiment shows that it results to seriously disorders of vascular system of kidneys. Due to discussion surgically to renal sinus, it's possible to remove from pelvis and calices, and at that disrupting neither the kidney parenchyma, nor its vessels. In urologic clinic 5 operation were operated by intrarenal type of pelvis. The patients' ages were from 12 till 43 years old. All operations were without complications (hemorrhage, the kidney parenchyma disruption, and leakage urine).

Хирургическое лечение почечных камней особенно при внутривнепочечном типе лоханки коралловидных камней представляет известные трудности (разрез паренхимы почки, опасность повреждения сосудов). Опыт показал, что все виды пиелолитотомии, которые распространялись до паренхимы типа Панина, Прата, Черни, особенно обширные нефротомии, влекут за собой серьезные нарушения сосудистой системы почки, в последствии ведущие к ухудшению функции почки, вплоть до сморщивания, а также риском для жизни больного. Благодаря открытию хирургического доступа к почечному синусу, стало возможным извлекать камни из лоханки и чашечек высоко под губой почки, не повредая при этом ни паренхиму почки, ни ее сосуды.

В урологической клинике произведено 5 операций при внутривнепочечном типе лоханки. Возраст больных от 12 до 43 лет. У одного больного (12 лет) камень был коралловидным, а у остальных в лоханке. Всем больным после клинического обследования, специальных методов исследования (экскреторная урография с полипозиционными снимками, ультразвуковое сканирование почек) проведена задняя интрасинусная пиелолитотомия.

При этом мы производили полную мобилизацию почки для контроля почечной артерии. Почка ротировалась в сторону срединной линии. Вдоль задней поверхности лоханки отделяли перилоханочный жир во внесосудистом слое со входом в почечный синус строго по адвентиции лоханки. Затем вся масса окололоханочного жира вместе с задней губой почки (внутренний конец заднего края почки) и позадилоханочными сосудами оттягивалась вверх крючком. В этот момент в синус начинали вводить развернутую влажную марлевую салфетку. Затем салфетку удаляли и вводили второй крючок.

С помощью обоих крючков приподнималась задняя половина почки, что позволяло увидеть всю лоханку и основание чашечек по ее задней поверхности. Затем производился дугообразный разрез в средней части лоханки подальше от пиелоретрального сегмента, начиная от основания нижней чашечки до верхней.

Такой разрез позволял увидеть вход в чашечки и без особых технических трудностей удалить камень, расположенный во внутривнепочечной лоханке, затем проверялась проходимость мочеточника вплоть до мочевого пузыря и разрезлоханки ушивался.

Все пять операций были закончены без осложнений (кровотечений, повреждений паренхимы почки и просачивания мочи).

Преимуществом данного доступа являются минимальное кровотечение, недопущения уменьшения размеров лоханки, отсутствие просачивания мочи и предотвращение повреждения или стеноза пиелоретрального сегмента.

Интрасинусовая хирургия – операция выбора внутривнепочечных и коралловидных камнях почек. Задняя интрасинусовая пиелотомия должна найти более широкое применение в урологических клиниках.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Страчунский Л.С., Беденков А.В. Антибиотикопрофилактика в хирургии. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2004 - №6. - С. 286-289
2. Клинические рекомендации. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина. – М. 2007, - С. 42-53
3. Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана // Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана 29 января 2010 года. – Астана, 2010. - С. 36

УДК 618.2-082:001.895 (574.5)

#### ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*А.Ж. Мусралиева*  
Казгуртская ЦРБ, ЮКО

#### ТҮЙІН

Мақалада акушерлік көмек көрсетудегі инновациялық әдіс – регионализация тиімділігі айтылған.

#### SUMMARY

In this article the innovative method in obstetric practice-efficiency of regionalization is shown.

Согласно Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года №746 «О регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан», в течение последних 3-х лет в родовспомогательных учреждениях ЮКО проводится 3 уровневая система оказания медицинской помощи. Одна из причин внедрения регионализации это-переход всей страны на международные критерии живорождения и мертворождения с января 2008 г. Переход на критерии живорождения и мертворождения предусматривает внедрение в практику родовспоможения программ ВОЗ «Безопасное материнство/ Содействие повышению эффективности перинатальной помощи» (БМ/СПЭПП).

Регионализация перинатальной помощи предусматривает следующее: создание трехуровневой системы медицинской помощи беременным и новорожденным детям; создание системы консультативной помощи и транспортировки беременных и новорожденных детей; создание системы сбора и анализа данных, системы аудита для разбора перинатальной смертности; пересмотр системы финансирования акушерской/неонатальной помощи; непрерывное обучение медицинского персонала. Суть программы регионализации перинатальной помощи заключается в том, что женщина должна рожать в таком стационаре, который по своему уровню помощи соответствовал бы степени риска, связанного с ее беременностью или родами (1). МЗ РК было предложено, чтобы каждая область разработала свою схему регионализации с учетом географической доступности, кадровых и материально-технических ресурсов организаций родовспоможения.

Целью работы явилась оценка эффективности инновационного метода организации акушерской помощи – принципа регионализации в одной из ЦРБ ЮКО.

Материал и методы исследования. В исследования были включены беременные, роженицы госпитализированные в Казыгуртскую центральную районную больницу (КЦРБ) Южно-Казахстанской области за период 2008- 2010гг. И использованные методы исследования: общеклиническое, лабораторные, гравидограмма; партограмма, из инструментально-функциональных методов – ультразвуковое исследование, контроль за внутриутробным плодом; оценка состояния новорожденных при рождении, наблюдение и неонатологический уход, статистический анализ.

Результаты и обсуждения. Казыгуртская ЦРБ по вышеуказанному приказу МЗ РК работает с 26.02.2008 г. Роддом района относится к первому уровню, где оказывается квалифицированная медицинская помощь женщинам с неосложненной беременностью и родами в сроке более 37 недель (2). В таблице 1 приведены основные показатели района за 3 года (данные за 9 месяцев каждого года):

Таблица 1 - Основные показатели оказания мед.помощи беременным, роженицам и родильницам по Казыгуртскому району за 2008-2010г. г.

№	Наименование	2008	2009	2010
1	Поступило под наблюдение женской консультации	2344	2608	2733
2	Из них сроком беременности до 12 недель	1747	2012	2122
	Ранний охват беременных наблюдением в %	74,5	77,1	77,6
3	Закончили беременность родами и абортами	2328	2191	1779
	Из них осмотрены терапевтом//	2296	2466	2697
	% осмотренных терапевтом	169,4	112	98,6
4	Из числа осмотренных терапевтом со сроком беременности до 12-недель	1835	2064	2290
	Ранний охват беременных наблюдением терапевта в %	135,4	102	83,7
	Осложнения беременности. Из них: Анемия	1490	1260	1127
	На 100 женщин закончивших беременность родами	109,9	60,3	41,2
	Болезней мочеполовой системы	114	114	250
5	На 100 женщин закончивших беременность родами	8,4	5,4	9,1
	Болезни органов дыхания	3	4	9
	На 100 женщин закончивших беременность родами	0,22	0,19	0,3
	Болезни органов пищеварения	5	15	8
	На 100 женщин закончивших беременность родами	0,3	0,7	0,2
	Венозные осложнения	193	142	158
6	На 100 женщин закончивших беременность родами	14,2	6,7	5,7
	Принято родов	1849	1621	1694
	Преждевременные роды	33	30	20
	На 100 родов	1,8	1,8	1,2
	Из общего числа родов, многоплодных	7	7	4
	Разрыв промежности	35	29	23
	На 100 родов	1,8	1,7	1,3
	Послеродовое кровотечение	31	39	24
На 100 родов	1,6	2,4	1,4	
8	Родились детей всего	1849	1628	1694



	Из них живыми	1849	1620	1692
	Живорожденных	100	100	99,8
	Мертвыми	8	8	10
	Из общего числа мертворожденных смерть наступила до начала род. Деятельности	8	8	10
	Аntenатальная гибель плода на 100 родившихся живыми и мертвыми	3,1	5,0	5,9
10	Из общего числа родившихся живыми и мертвыми-недоношенных	33	30	12
11	Из общего числа умерших-умерло в возрасте 0-6 суток	17	7	3
	Ранняя неонатальная смертность	17-0,8%	7-0,4%	3-0,2%
12	Перинатальная смертность	32	22	15
13	На 1000 родившихся	17,3	13,6	8,9
	Заболееваемость на 1000 родившихся живыми	34,8	22,8	15,3
14	Кесарево сечение	58	51	81
	На 100 родов	2,2	2,3	4,8
15	Кесарево сечения с последующей ампутацией матки	4	10	4

Как видно из таблицы 1, с внедрением регионализации уменьшилось количество преждевременных родов от 33 случаев до 20 случаев, что составило 1,8-1,2%, а также число умерших детей от 18 случаев до 4 случаев (54,5% - 20%), это все указывает на заблаговременную госпитализацию беременных до родов по регионализации в третий уровень. С внедрением регионализации, из-за оказанной специализированной помощи на третьем уровне, в ОПЦ, в зависимости от количества родов уменьшается количество умерших детей в раннем неонатальном периоде из года в год (от 17 случаев до 3), что составляет от 0,9% до 0,2%.

По таблице факторов риска Каюповой и Фроловой в женской консультации все беременные делятся на три группы. Из них беременные группы высокого риска (ГВР) заранее заблаговременно госпитализируются до родов в ОПЦ (третий уровень оказания медицинской помощи). За 9 месяцев 2010 года из Казыгуртского района госпитализировано из ГВР-847(33%) беременных. В связи оказанной высококвалифицированной специализированной помощью на третьем уровне в ОПЦ у всех 847 женщин с ГВР роды завершились благополучно, умерших детей нет. В ЦРБ произошло 1694(67%) родов. В 2010 году в Казыгуртской ЦРБ случаев материнской смертности не зарегистрировано. Таким образом, регионализация является одним из основных приемлемых методов при родоразрешении беременных из ГВР.

**ВЫВОДЫ.** Новый организационный метод акушерской помощи- принцип регионализации медицинской помощи в отдельно взятом районе показал свою эффективность.

Уменьшилось количество преждевременных родов в 1,5 раза, умерших детей в раннем неонатальном периоде в 4 раза. Перинатальная смертность снизилась в 2 раза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ МЗ РК от 21 декабря 2007 года №746 «О регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан».
2. Малгаждарова Б.С. Оқу құралы. Ақушерлік тәжірибеде қалыпты босандыру және босану әрекетінің әлсіздігін жүргізу. Шымкент, 2009.

УДК 616.98:578-828.6

#### АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2007-2010 ГГ.

*Н.О.Кошенова, Г.Н.Абуова, Г.А.Кудабаева, А.М.Булешова, Т.А.Есенбеков, А.К.Кудабаев  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент  
Областной центр по борьбе со СПИДом, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Бұл мақалада 2007 жылмен 2010 жыл аралығындағы АИЖВ-инфекциясының аурушандығының эпидемиялық жағдайы және берілуі жолы жайында жазылған.

#### SUMMARY

The article analysis the epidemiological situation of HIV infections and ways of its transmission for the period from 2007 to 2010.

ВИЧ-инфекция - прогрессирующее антропонозное инфекционное заболевание, с гемоперкутаным механизмом заражения, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы с развитием тяжелого иммунодефицита, который проявляется оппортунистическими инфекциями, злокачественными новообразованиями и аутоиммунными процессами [1]. На карте мира практически не осталось территорий, населенных людьми, где бы ни встречались эпизоды заражения ВИЧ-инфекцией. Случаи этого заболевания регистрируются во всех регионах мира. В одних регионах, в число которых входят страны Америки, Европы и

Австралия, заражение ВИЧ-инфекцией происходит в среде гомосексуалистов, а также наркоманов, использующих шприцы. В других регионах большее число инфицированных людей заразилось при сексуальных связях с партнером противоположного пола. Такой путь заражения регистрируется на Африканском континенте и Карибских островах.

В азиатских странах, в Восточной Европе, на Ближнем Востоке и в государствах, расположенных на островах в Тихом океане меньше всего встречается ВИЧ-инфицированных людей. Это третий регион, где есть ВИЧ. Казахстан также не является исключением: в РК всего на сентябрь 2010 г. зарегистрировано 15151 ВИЧ-инфицированных, в том числе - 340 детей. Распространенность на 100 тыс. населения 79,6, среди детей - 8,0 [2].

Цель работы: провести анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Южно-Казахстанской области за период 2007-2010 г.г.

Материалы и методы исследования: нами использованы статистические данные Областного центра СПИД за 2007-2010 гг.

Результаты: В Южно-Казахстанской области за период с 2007 г. по 09.2010 г. зарегистрировано 901 ВИЧ-инфицированных, в том числе 131 - детей (таблица 1).

Таблица 1 - Сравнительные данные регистрируемой ВИЧ-инфекции в разрезе районов и городов ЮКО за период с 2007 г. по 09.2010 г.

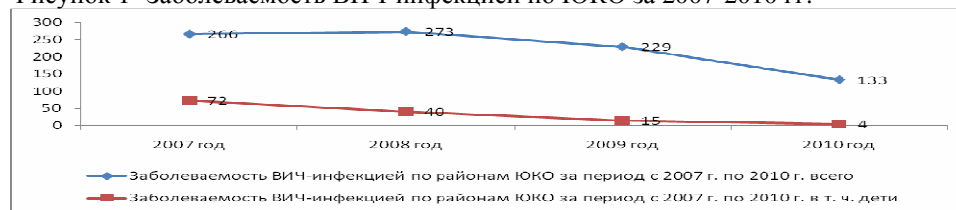
№	айм/название районов и городов	2007 год		2008 год		2009 год		9 месяцев 2010 г.		Всего за исследуемый период	
		всего	в.т.ч. дети	Всего	в.т.ч. дети	всего	В.т. ч. дети	всего	в.т. ч. дети	всего	в.т. ч. дети
1	Арыс	1	0	0	0	2	0	0	0	3	0
2	Байдибек	3	1	0	0	0	0	1	0	4	1
3	Казыгурт	21	10	8	5	2	0	3	1	34	16
4	Махтаарал	13	4	22	4	11	2	6	0	52	10
5	Ордабасы	2	1	6	1	3	0	1	0	12	2
6	Отырар	3	1	0	0	0	0	2	0	5	1
7	Сайрам	23	12	18	4	15	1	6	1	62	18
8	Сарыагаш	27	9	29	11	21	3	11	1	88	24
9	Сузак	2	0	1	1	0	0	0	0	3	1
10	Шардара	2	1	3	1	1	0	1	0	7	2
11	Толеди	10	2	9	1	7	0	1	0	27	3
12	Тюлькубас	2	2	3	1	5	0	2	0	12	3
13	г. Кентау	16	2	18	3	11	0	5	0	50	5
14	г. Туркестан	7	4	15	0	12	3	15	1	49	8
15	г. Шымкент	133	23	121	6	115	5	65	0	434	34
16	Иностранцы	1	0	20	2	24	1	14	0	59	3
	Всего	266	72	273	40	229	15	133	4	901	131

Так, за исследуемый период наибольшее количество ВИЧ-инфицированных наблюдается по следующим районам и городам: г. Шымкент – 434 случая (48,17%), Сарыагашский район – 88 случаев (9,77%), Сайрамский район – 62 случая (6,88%), среди иностранцев зарегистрировано – 59 случаев (6,55%), Махтааральский район – 52 случая (5,77%). В то же время отмечается тенденция к снижению регистрации случаев ВИЧ-инфекции по ЮКО, в том числе и у детей (таблица 2, рисунок 1).

Таблица 2 - Тенденция регистрируемой ВИЧ-инфекции по ЮКО за период с 2007 г. по 2010 г.

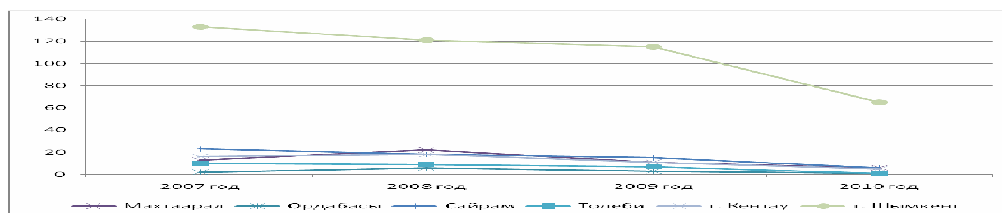
Период	2007	2008	2009	9мес.2010	
Заболеваемость ВИЧ-инфекцией по ЮКО за период с 2007 по 2010	всего	266	273	229	133
	вт.ч.дети	72	40	15	4

Рисунок 1 - Заболеваемость ВИЧ-инфекцией по ЮКО за 2007-2010 гг.



Наиболее видимое снижение регистрации случаев ВИЧ-инфекции отмечается в г.Шымкент, г.Кентау, Махтааральском, Ордабасинском, Сайрамском, Толедийском районах (рисунок 2).

Рисунок 2 - Заболеваемость ВИЧ-инфекцией по отдельным районам ЮКО 2007-2010 гг.



Результаты сравнительного анализа путей и факторов передачи ВИЧ по Южно-Казахстанской области за период с 2007 г. по сентябрь 2010 г. представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Сравнительные данные путей и факторов передачи ВИЧ по ЮКО за период с 2007 г. по 09.2010 г.

№	Пути передачи	пол	2007	2008	2009	2010	Всего за исследуемый период	Всего м+ж
1	гетеросексуальный	м	19	25	43	35	122	301
		ж	37	40	67	35	179	
2	в/в наркотики	м	78	64	78	40	260	320
		ж	2	38	7	13	60	
3	в/больничный	м	11	3	0	0	14	26
		ж	7	3	1	1	12	
4	гемотрансфузионный	м	0	32	0	0	32	32
		ж	0	0	0	0	0	
5	внутриутробный	м	4	7	7	0	18	29
		ж	1	6	3	1	11	
6	не установленный	м	45	21	6	3	75	180
		ж	62	23	16	4	105	
7	гомо- и бисексуальный	м	0	4	1	0	5	13
		ж	0	7	0	1	8	
Всего		м	157	156	135	78	526	901
		ж	109	117	94	55	375	
Итого			266	273	229	133	901	

По данным, приведенным в таблице 3, видно, что наиболее распространенным путем передачи ВИЧ является внутривенное введение наркотиков – 320 случаев (260 мужчин и 60 женщин) (35,52%). Однако и при следующих путях передачи ВИЧ доля случаев достаточно велика: 301 случай (122 мужчин и 179 женщин) при гетеросексуальном пути (33,41%), 180 случаев (75 мужчин и 105 женщин) при неуставленном пути (19,98%), 32 случая (32 мужчины) при гемотрансфузионном пути (3,55%), 29 случаев (18 мальчиков и 11 девочек) при внутриутробном пути (3,22%).

На основании проведенного анализа эпидемиологической ситуации по ВИЧ/СПИД по Южно-Казахстанской области за период с 2007 г. по 2010 г. можно сделать следующие выводы: Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в ЮКО остается серьезной, но наметилась тенденция к снижению случаев ВИЧ-инфекции по Южно-Казахстанской области. Наибольшее количество ВИЧ-инфицированных зарегистрировано по г. Шымкент – 434 случая (48,17%). При рассмотрении ВИЧ-инфицирования в разрезе исследуемого периода по районам ЮКО устойчивые высокие доли наблюдаются по 3-м районам: г. Шымкент (2007 г. – 133 случая (50,00%), 2008 г. – 121 случай (44,32%), 2009 г. – 115 случаев (50,22%), 2010 г. (сентябрь) – 65 случаев (48,87%)); Сарыагашский район (2007 г. – 27 случаев (10,15%), 2008 г. – 29 случаев (10,62%), 2009 г. – 21 случай (9,17%), 2010 г. (сентябрь) – 11 случаев (8,27%)); Сайрамский район (2007 г. – 23 случая (8,65%), 2008 г. – 18 случаев (6,59%), 2009 г. – 15 случаев (6,55%)).

На основании проведенного анализа путей и факторов передачи ВИЧ по ЮКО наибольшим количеством отмечается «внутривенное введение наркотиков» – 320 случаев (35,52%). Высокие доли наблюдаются при следующих путях: «неустановленный» путь (2007 г. – 107 случаев (40,23%), 2008 г. – 44 случая (16,12%), 2009 г. – 22 случая (9,61%), 2010 г. (сентябрь) – 7 случаев (5,26%)); «внутривенное введение наркотиков» (2007 г. – 80 случаев (30,08%), 2008 г. – 102 случая (37,36%), 2009 г. – 85 случаев (37,12%), 2010 г. (сентябрь) – 53 случая (39,85%)); «гетеросексуальный» путь (2007 г. – 56 случаев (21,05%), 2008 г. – 65 случаев (23,81%), 2009 г. – 110 случаев (48,03%), 2010 г. (сентябрь) – 70 случаев (52,63%).

Достоверность факта снижения регистрации случаев ВИЧ-инфекции в ЮКО вызывает сомнение, вероятнее всего имеет место снижение выявляемости в районах и городе Шымкенте. Необходимо усилить контроль за выявляемостью и проводить пропаганду среди молодежи, взрослого населения по профилактике ВИЧ-инфекций.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский В.Н. Инфекционные болезни и эпидемиология. М. Медицина, 2007г.
2. Пресс-релиз областного центра СПИД.

УДК 616.126.5 - 07

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИК г. ШЫМКЕНТА**

*Н.Ш.Бектибаева, Ж.А.Кауызбай, Ю.М.Мусаев, Н.Ж.Калменов, Г.А.Токсанбаева  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
ШГП № 5, г.Шымкент*

**ТҒІІН**

Зерттеу нәтижесі жүрек - қан айналу жүйесі ауруларының ішінде артериялық гипертония ең жиі байқалатынын және жүрекше жыбыры аритмиясы осы патологиямен ауыратын науқастарда кеңінен орын алатынын көрсетті. Жүрекше жыбырының таралу жиілігі мен сол жақ қарыншаның айқын гипертрофиясы мен митралды қақпақшаның салыстырмалы жетіспеушілігі және жүректің систолалық қан айдау мүмкіншілігінің 30% төмендеуі арасында корреляциялық байланыс анықталды.

**Ключевые слова:** артериальная гипертония, фибрилляция предсердий, гипертрофия левого желудочка.

**SUMMARY**

The fibrillation atrium is often observed in arterial hypertension from all kinds of arrhythmia. Direct correlation is marked between frequency definition of the atrium fibrillation and expressed by hypertrophy of the left stomach, concernind mitral inefficiency and decrease of cardiac output less 30%.

**Key words:** arterial hypertension, fibrillation, hypertrophy of the left stomach

Артериальная гипертония (АГ) и связанные с ней осложнения остаются одной из основных проблем современной медицины. По данным современных эпидемиологических исследований, артериальная гипертония по распространенности стала неинфекционной пандемией человечества. На долю артериальной гипертонии приходится более 70% сердечно - сосудистых и мозговых осложнений, приводящих к инвалидности и смертности населения [1].

При АГ чаще всего поражается сердце, которое является одним из основных органов - мишенью при этом заболеваний. И именно степень поражения сердца во многом определяет неблагоприятный прогноз и проявления коронарной, сердечной недостаточности, а также различных видов аритмии. Наличие аритмии при артериальной гипертонии ухудшает прогноз и влияет на тактику антигипертензивной терапии [2].

В последнее время среди всех видов нарушений ритма и проводимости сердца особое место занимает фибрилляция предсердий (ФП).

ФП выявляют у 0,4% населения земного шара. Распространенность ФП увеличивается с возрастом. Так у людей в возрасте 40-50 лет распространенность ФП составляет 0,5%, 50-60 лет – 1%, 60-70 лет – 4%, 70-80 лет – 8%, 90 лет и старше – 14%. Таким образом, распространенность ФП через каждые десять лет удваивается, что является признаком возможных тяжелых последствий болезни.

Такую тенденцию в распространенности ФП многие авторы связывают с увеличением продолжительности жизни населения и ростом артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета в возрасте старше 50 лет, а также с улучшением диагностики нарушений ритма сердца, благодаря использованию современных амбулаторных ЭКГ-мониторирующих устройств [3].

Опасность ФП состоит в значительном риске развития тромбоэмболии и ишемических инсультов (16% из всех ишемических инсультов). Данные Фремингемского исследования свидетельствуют о том, что смертность лиц с ФП значительно выше, чем без нее. Наблюдения за больными в возрасте от 55 до 74 лет в течение 10 лет показало, что наличие ФП в 2 раза повышает риск смерти как у мужчин, так и у женщин [4].

**Методы исследования.** Статистический анализ заболеваемости по сердечно - сосудистым заболеваниям (ССЗ), анализ результатов электрокардиографических и ЭХОКГ исследований.

**Цель исследования.** Изучить особенности распространения фибрилляций предсердий у взрослых больных с основными сердечно - сосудистыми патологиями.

**Объект исследования.** Больные с установленным диагнозом сердечно – сосудистых заболеваний общей численностью 784 человек. Из них 495 больные с артериальной гипертонией, 109 больные ишемической болезнью сердца, 65 больные ревматическими пороками, а 115 больные другими ССЗ.

**Результаты исследования.** В структуре заболеваемости первое ранговое место занимает АГ (495 случаев), доля которой составляет 63,1% от общего уровня показателя по ССЗ, второе место занимает ишемическая болезнь сердца (109 случаев - 13,9%), на третьем месте ревматические пороки – 65 случаев (8,3%), а на долю оставшихся заболеваний приходится 14,7% (115 случаев).

По результатам электрокардиографических исследований установлено, что у 9,1% больных с сердечно - сосудистыми заболеваниями имеются нарушения ритма и проводимости.

Среди больных с различными видами аритмии 54,9% страдали АГ, 32,4% ишемической болезнью сердца и 12,7% другими патологиями ССЗ.

Среди всех видов нарушений ритма и проводимости сердца 52,1% отнесена к фибрилляций предсердий, при этом она встречается наиболее часто у больных с АГ (59,5%). Постоянная форма ФП выявлена у 57,9%, а доля больных с пароксизмальными и персистирующими формами ФП составила 42,1 %.

Между ФП и выраженной гипертрофией левого желудочка с развитием относительной недостаточности митрального клапана, а также уменьшением сердечного выброса менее 30% отмечена прямая корреляционная зависимость ( $r = 0,92$ ).

Фибрилляция предсердий наиболее часто встречается у больных с артериальной гипертонией II – III степеней с признаками выраженной гипертрофии левого желудочка (9,1%), чем при АГ без гипертрофии левого желудочка (0,7%).

У больных с ФП риск развития ишемического инсульта и других тромбоэмболических осложнений очень высок, в связи с чем многие специалисты считают нужным учитывать их при стратификации риска прогноза [1]. По нашим данным за последние 2 года два случая ишемического инсульта имело место именно среди больных с ФП ассоциированных с АГ 3 степени.

Значительная низкая частота ФП у больных с ИБС и ревматическими пороками сердца связано с эффективностью хирургических вмешательств, направленных на реваскуляризацию (аорто-коронарного шунтирования, баллонной ангиопластики со стентированием) и снижением количества больных с ревматическими пороками. Это подтверждается отсутствием рецидивов персистирующих форм ФП у 37 больных с ИБС, получивших оперативное лечение по реваскуляризации.

**Выводы.** Наиболее частой причиной фибрилляций предсердий является артериальная гипертония с выраженной гипертрофией левого желудочка и ишемическая болезнь сердца с развитием сердечной недостаточности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Булешов М.А., Каусова Г.К. К стратегии снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Казахстане // Материалы международной-практической конференций «Формирование здорового образа жизни – главная стратегия Казахстана» 3-4 декабря 2009 года.-Алматы, С 193-194.
2. Искендеров Б.Г., Вакина Т.Н., Шибаева Т.М. Частота и характер нарушений ритма и проводимости сердца у больных с различными клинико-патогенетическими вариантами гипертонической болезни // Клиническая медицина, №8, 2004.- С. 21-24
3. Гуревич М.А. Мерцательная аритмия (вопросы этиологии, классификации и лечения) // Клиническая медицина.- № 2, 2006.-С. 7-14
4. Benjamin E.J., Wolf P.A., Agostino R.B. et al. Impact of atrial fibrillation on the risk of death The Framingham Heart Study // Circulation.- 1998.-Vol.98 P. 946-951

УДК 615.82

#### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАССАЖА ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*С. Нурымбетова*

*Областной медицинский центр, г. Кызылорда.*

#### Түйін

Сыртқы тітіргендіргіштер тері және бұлшықет рецепторларымен қабылданып, рефлекторлық нүктелер арқылы орталық жүйке жүйесіне беріледі. Массаждың әдісіне және жасау техникасына байланысты импульстар ағысы орталық жүйке жүйесін қоздырады, немесе, керісінше ағзаның барлық физиологиялық жүйелерге регуляторлық жағымды және жайлы әсер береді.

Массаж (от фр. masser — растирать) — совокупность приёмов механического и рефлекторного воздействия на ткани и органы в виде трения, давления, вибрации, проводимых непосредственно на поверхности тела человека как руками, так и специальными аппаратами через воздушную, водную или иную среду с целью достижения лечебного или иного эффекта.

Дополнительно к механическим воздействиям, для усиления эффекта, применяют различные ароматические и благовонные масла, лекарственные мази, гели и другие препараты, а также температурные воздействия (например, криомассаж).

Внешние раздражения воспринимаются рецепторами кожи и мышц, рефлекторными точками, и передаются в центральную нервную систему. Поток импульсов, в зависимости от применяемой техники и приёмов массажа, может стимулировать и повышать тонус центральной нервной системы, или, наоборот, оказывать на ней затормаживающее и расслабляющее воздействие, что оказывает положительное регуляторное влияние на деятельность всех физиологических систем организма.

В последнее время все пациенты считают, что массаж должны делать профессионалы или люди обучены этому. С этим нельзя не согласиться, потому что не правильный массаж не только болезненно переносится пациентом, но вреден и опасен.

По мнению ряда специалистов, существует 4 основных приёмов проведения массажа:

1. поглаживание: лёгкий скользящий поверхностный приём, массирующий кожу и производящий психологическое расслабление.
  - 1.1 специфический вид поглаживания, часто выделяемый в отдельное действие выжимание: движение с отягощением ребром, основанием ладони или большим пальцем поперёк массируемого участка. Массирует не только кожу, но и подкожную жировую клетчатку и мышцы.
2. растирание: движения (прямолинейные или кругообразные), выполняется с отягощением подушечками пальцев рук, основанием ладони, фалангами пальцев, согнутых в кулак.
3. разминание: основной приём массажа мышц, и подкожной клетчатки. Мышца либо оттягивается от кости, либо придавливается и разминается пальцами или основанием ладони.
4. вибрации (стабильные и лабильные): похлопывание, поколачивание, «рубление», «пальцевой душ», «пунктирование». Выполняемые с большой частотой приёмы вибрации приводят массируемые ткани в колебательные движения — вибрацию.

По технике исполнения и методам воздействия, различают:

1. классический массаж, 2. сегментарно-рефлекторный массаж, 3. соединительнотканый, 4. периостальный, 5. массаж по методу Войта.

Обобщённо, по сфере применения, массаж можно подразделить на 4 категории:

*Лечебный:* массаж проводимый в лечебных целях. Имеет как самостоятельную лечебную функцию так и вспомогательную — усиление действия лекарственных препаратов.

*Спортивный:* применяется для улучшения спортивной формы и физического состояния спортсмена, профилактики травм. Различают тренировочный, предстартовый и восстановительный массаж.

*Общий массаж* (общий массаж это массаж всего тела, иначе - оздоровительный, профилактический или гигиенический массаж): активное средство укрепления здоровья, поддержания деятельности организма, предупреждения заболеваний, ухода за нормальной и больной кожей.

*Антицеллюлитный массаж* — вид массажа, направленный на борьбу с целлюлитом, улучшает приток и отток крови, лимфы, а также межклеточной жидкости во всём организме. Антицеллюлитный массаж способствует выведению шлаков, улучшает обменные процессы в организме, способствует сжиганию собственного жира.

*Детский массаж:* вариант общего и лечебного массажа. Для детского организма накладывается ряд ограничений на приёмы и методики проведения массажа.

Лечебный массаж используется на всех этапах, как в процессе лечения, так и после него — в реабилитационной фазе, и практически не имеет границ применения. С помощью него лечатся заболевания: сердечно-сосудистой системы; нервной системы; опорно-двигательного аппарата; желудочно-кишечного тракта; дыхательных путей (перкуSSIONный массаж); гинекологические заболевания; урологические заболевания; нарушения обмена веществ; и многие другие.

Один из современных видов массажа является массаж с бишофитом. Эффекты массажа с бишофитом:

- противовоспалительный, анальгезирующий, местно-рефлекторный; - улучшение кровоснабжения и лимфотока
- активация обменных процессов; - ускорение регенерации костной ткани, рассасывание внутрисуставного выпота и патологических отложений в периартикулярных тканях

В профессиональном массаже[2] бишофит используется как первый этап (первые 2-5 минут), затем используется крем или масло. Руки массажиста целесообразно защищать любым кремом или маслом. Показания к массажу с бишофитом: заболевания и последствия травм опорно-двигательного аппарата (артриты, невриты, радикулит, остеохондроз); -заболевания центральной и периферической нервной системы (невралгии, плекситы, люмбаго, реабилитация травм); -НЦД по гипер- и гипотоническому типу, стресс, нарушения сна (массаж воротниковой зоны); - спортивные растяжения и травмы, снятие мышечной усталости, профилактика микротравматизации; -общеукрепляющие и оздоровительные цели.

Показания для массажа: прежде всего, массаж показан здоровым людям для профилактики различных заболеваний и поддержанию тонуса, миалгии, миозиты, головные боли, боли в спине, пояснице, шее, обусловленные дегенеративно-дистрофическими процессами в позвоночнике (Остеохондроз и Радикулиты в частности), последствия ушибов, растяжения мышц, сухожилий и связок, переломы на всех стадиях заживления, функциональные расстройства после перелома и вывиха (тугоподвижность суставов, мышечные изменения, рубцовые сращения тканей), артриты в том числе ревматоидный, в подострой и хронической стадии, невралгии и невриты не в стадии обострения, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (вне обострения, зарубцевавшаяся), параличи, как спастические так и вялые, хроническая недостаточность сердечной мышцы, стенокардия, артериальная гипертензия, гипертоническая болезнь, артериальная гипотония, хронический гастрит, нарушение моторной функции толстого кишечника, бронхит — в подострой и хронической стадии, пневмония — в период выздоровления и хроническая форма, бронхиальная астма.

Противопоказания для массажа: при острых лихорадочных состояниях и высокой температуре, кровотечения и склонность к ним и обратные им состояния -склонность к тромбообразованию,

злокачественные болезни крови, гнойные процессы любой локализации, различные заболевания кожи, ногтей, волос, при любых острых воспалениях кровеносных и лимфатических сосудов, тромбозах, выраженном варикозном расширении вен, атеросклероз периферических сосудов и сосудов головного мозга, хронический остеомиелит, опухоли злокачественные (липомы-«жировики» следует обходить.), психические заболевания с чрезмерным психомоторным возбуждением, и т.д.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Погосян М.М. "МАССАЖ". — ОАО "Издательство Советский спорт", 2007. — С. 750.
2. Гольдин Э.А., Мойсюк Л.М., Закидышева Ю.Э. Самомассаж. Здоровье и хорошее самочувствие своими руками. — М.: «Вильямс», 2005. — С. 160. — ISBN 5-8459-0763-2
3. Дубровский В. И., Дубровская Н. М. Практическое пособие по массажу. — М.: "ШАГ", 1993. — 448 с. — ISBN 5-86001-004-4
4. М. А. Еремушкин Основы мануальной техники массажа. Серия: Качество жизни. — Ростов на Дону: "Феникс", 2007. — 188 с. — ISBN 978-5-222-12267-9

УДК 618.1:615.83

### СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

*С. Нурымбетова*

*Областной медицинский центр, г. Кызылорда*

#### Түйін

Физиотерапия (физикалық әсерлерді қолдану) гинекологиялық және акушерлік аурулардың алдын алуында және медикаментозды емделу барысында қосымша ретінде қазіргі таңда өте зор үлес қосуда. Физикалық әсерлер емдік шараларда қосымша немесе негізгі әдіс ретінде қолданылады. Емдеу кезінде тек физикалық әсерлер қолданылып, онымен қоса дәрілік препараттар, операциялар, емдік гимнастикалар, диеталық тамақтану әдістері де науқастардың сауығуына орасан зор үлесін қосады.

Сегодня фармакологический рынок предлагает огромное количество препаратов для лечения различных гинекологических заболеваний. Однако, кроме побочных эффектов, которые есть у подавляющего большинства лекарств, возникают и проблемы другого характера. Например, при ряде хронических заболеваний женской половой сферы приток крови к органам малого таза может быть затруднен в связи с изменениями тканей и сосудов. Лечение только медикаментами в этом случае малоэффективно, так как действующее вещество с током крови не поступает в должном объеме к органу или ткани, оказывая при этом общее, часто - негативное влияние на организм женщины в целом. В этом случае на помощь приходит физиотерапия. Комплексный подход к лечению заболевания позволяет добиться улучшения состояния и качества жизни женщины при минимальной лекарственной нагрузке.

Физиотерапия (применение физических факторов) традиционно является важной составляющей в профилактике и лечении акушерских и гинекологических заболеваний. Физические факторы могут быть основным или вспомогательным методом в комплексе лечебных мероприятий, включающих лекарственную терапию, операции, лечебную гимнастику, диетическое питание и т.д.

Многообразные физические факторы, используемые в гинекологии, можно объединить в следующие основные группы:

Естественные природные факторы (водо- и грязелечение), которые можно воспроизвести в большинстве случаев в искусственных условиях в специализированных медицинских учреждениях и SPA-салонах.

Искусственные (аппаратные) факторы, которые можно строго дозировать для оптимального воздействия на каждую пациентку. Эффекты физиотерапии основаны на том, что поглощенная живыми тканями физическая (электрическая, лучевая, магнитная и др.) энергия преобразуются в биологические реакции. Конечный результат лечения зависит от конкретного фактора, количества и разовой дозы полученных процедур. Оптимальный эффект применения физиотерапии наступает при проведении не однократного воздействия, а нескольких процедур (курса лечения).

Ручной гинекологический массаж - при некоторых болезнях физиотерапия часто является единственным методом лечения. Например, хроническая тазовая боль как следствие спаечного процесса (формирования соединительнотканых перегородок в полости малого таза, результатом которых являются периодически появляющиеся боли внизу живота) и невралгия тазовых нервов изматывают пациенток физически и морально, нарушая нормальный образ жизни и гармонию сексуальных отношений. Проведенное после различных оперативных вмешательств физиотерапевтическое лечение не только способствует сокращению послеоперационного периода, но и препятствует образованию спаек. Последний факт особенно

значим для женщин с бесплодием, по поводу которого и производится обычно операция. После искусственного аборта, выскабливания полости матки физиотерапия способствует восстановлению поврежденной слизистой матки (эндометрия), что очень важно сразу после операции. Таким образом, при проведении физиотерапевтического лечения наблюдается целый ряд положительных эффектов: сокращение сроков лечения; профилактика осложнений и рецидивов; отсутствие побочных эффектов, свойственных медикаментозному лечению; снижение лекарственной нагрузки или, в некоторых случаях, отказ от них.

После обследования и установки диагноза заболевания, лечение которого требует назначения физиотерапии, необходимо индивидуально подобрать методику проведения процедур. Многочисленные методики могут быть внеполостными, т.е. наружными с воздействием на определенных участках кожи (элементы физиотерапевтических приборов накладывают на низ живота) или внутрисполостными (элементы приборов вводят во влагалище или в прямую кишку). Иногда их сочетают друг с другом. Внутрисполостные методики в гинекологии, как правило, более эффективны, чем внеполостные процедуры.

При гинекологических заболеваниях существенную роль играет выбор дня менструального цикла для начала курса физиотерапии. Совпадение во времени начала процедур с преовуляторным периодом (10-12-й день менструального цикла) или овуляцией, второй фазой менструального цикла, часто сопровождается различными местными и общими нежелательными реакциями (болевые ощущения, нарушение ритма менструаций и т.д.). Таким образом, при отсутствии срочных показаний оптимальный срок начала курса физиотерапии гинекологических заболеваний - это 5-7-й день менструального цикла, т.е. сразу после окончания менструации.

Возможно проведение интенсивного курса лечения, заключающегося в проведении 3 процедур в день, на базе специализированных отделений, где совместно работают физиотерапевты и акушеры-гинекологи, что позволяет непосредственно осуществлять динамический контроль за состоянием каждой конкретной пациентки не только со стороны физиотерапевта, но и врача акушера-гинеколога.

Выбор действующего начала, как и при назначении лекарственной терапии, делается на основании диагноза, возраста, гормонального фона, наличия противопоказаний к определенным физическим факторам, индивидуальной переносимости процедур и тех конкретных задач, которые стоят перед врачом в отношении сохранения и восстановления репродуктивной функции данной женщины в будущем. Конечно, программа лечения пациентки позднего репродуктивного возраста, которая не планирует беременность, и молодой женщины, получающей процедуры после прерывания беременности, будут существенно отличаться.

Наиболее часто используются сегодня в гинекологии следующие аппаратные физические факторы: применение электрического и магнитного поля. Действующим фактором электромагнитного поля может быть преимущественно его электрическая или магнитная составляющая. Магнитотерапия характеризуется в основном противовоспалительным эффектом, который связан с противоотечным действием фактора. Это позволяет широко использовать магнитное поле в гинекологии в раннем послеоперационном периоде после хирургических вмешательств.

Электротерапия (использование электрического тока). Возможно использование различных токов (гальванизация, лекарственный электрофорез, интерференцтерапия, электростимуляция и др.). Лечение токами снимает спазм сосудов и гладкой мускулатуры, что способствует улучшению кровоснабжения тканей, оказывает обезболивающий эффект.

Ультразвуковые воздействия осуществляют своеобразный массаж клеток и тканей, сопровождающийся появлением тепла, и обеспечивают обезболивающий эффект, «размягчение спаек», улучшение кровоснабжения тканей и повышают гормональную активность яичников.

Лечение светом – использование ультрафиолетовых (УФ-лучи), инфракрасных и видимых лучей. Коротковолновые УФ-лучи, например, при прямом попадании на патогенные микроорганизмы, находящиеся непосредственно на коже или слизистой оболочке, вызывают выраженный бактерицидный эффект и применяются в лечении воспаления слизистой наружных половых органов и влагалища. К фототерапии относится и применение лазерного излучения. Низкоинтенсивное лазерное излучение включают в комплекс лечения эндоцервицитов (воспаления канала шейки матки), кольпитов (воспаление слизистой влагалища) и воспалительных заболеваний органов малого таза.

Отдельно следует сказать о противопоказаниях к физиотерапии в гинекологии. Теплообразующие процедуры, в частности, противопоказаны при эндометриозе и миоме матки. Но сегодня существуют физиотерапевтические методы, которые можно применять при этих заболеваниях (например, интерференционные токи). Важным постулатом для каждого врача является принцип «не навреди», поэтому лечение таких пациенток требует особой тщательности и индивидуального подхода.

Спектр гинекологических заболеваний, требующих курса физиотерапии, очень широк. Эти методы давно используются для лечения хронических заболеваний органов малого таза (хроническое воспаление придатков матки) и бесплодия. Применение противовоспалительных процедур непосредственно после операции улучшает течение послеоперационного периода и препятствует образованию спаек. На втором этапе, в следующем менструальном цикле, желательно проведение полноценного курса с использованием факторов, восстанавливающих функциональную полноценность маточных труб.



Большое значение имеет и реабилитация женщин после искусственного аборта, самопроизвольного выкидыша или операции выскабливания полости матки по поводу неразвивающейся беременности. Неизбежная травматизация слизистой матки при этих состояниях по-разному может сказаться на их репродуктивной функции в будущем. Многочисленные исследования показали, что у подавляющего большинства женщин, перенесших искусственный или самопроизвольный аборт, нарушения менструального цикла и другие проблемы в половой сфере развиваются не сразу, а спустя несколько лет после перенесенного вмешательства. Именно поэтому большое значение имеет восстановительное лечение. Комплексные программы, основным компонентом которых является физиотерапия, наряду с медикаментозной терапией и оральной контрацепцией, направлены именно на предотвращение бесплодия, нарушений менструальной функции и репродуктивных потерь при последующих беременностях.

В лечении гинекологических заболеваний широко используется лазерная терапия. Низкоинтенсивное лазерное излучение дает выраженный противовоспалительный, заживляющий эффект при лечении воспалительных процессов в матке, придатках матки, экзо- и эндоцервицитов (воспаление канала шейки матки) и др. В последнее время много внимания уделяется лечению маточных факторов бесплодия. Перенесенные в прошлом воспаления слизистой матки (эндометриты) могут привести к функциональной ее неполноценности. При этом либо оплодотворенная яйцеклетка не может внедриться в эндометрий, либо беременность «замирает» на ранних сроках развития, т.к. не происходит полноценного кровоснабжения и питания развивающегося эмбриона. Происходит самопроизвольный выкидыш или диагностируется замершая беременность. Эти состояния требуют выскабливания полости матки, что само по себе является дополнительной травмой для слизистой.

Поэтому после вмешательства важным моментом курса реабилитации является физиотерапия. Одновременно проводится лечение антибиотиками и гормонами по показаниям, в т.ч. назначение коротких курсов гормональных контрацептивов. Это способствует структурному и функциональному восстановлению эндометрия и благоприятному течению последующих беременностей. Таким образом, физиотерапию назначают при следующих состояниях: восстановительное лечение после гинекологических операций; реабилитация после абортов и выскабливаний слизистой матки; подготовка к беременности женщин, имеющих в прошлом самопроизвольные выкидыши и замершие беременности; подготовка слизистой матки перед программой ЭКО; хроническое воспаление придатков матки; бесплодие, обусловленное непроходимостью маточных труб.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Погосян М.М. "МАССАЖ". — ОАО "Издательство Советский спорт", 2007. — С. 750.
2. Гольдин Э.А., Мойсюк Л.М., Закидышева Ю.Э. Самомассаж. Здоровье и хорошее самочувствие своими руками. — М.: «Вильямс», 2005. — С. 160. — ISBN 5-8459-0763-2
3. Дубровский В. И., Дубровская Н. М. Практическое пособие по массажу. — М.: "ШАГ", 1993. — 448 с. — ISBN 5-86001-004-4
4. М. А. Еремушкин Основы мануальной техники массажа. Серия: Качество жизни. — Ростов на Дону: "Феникс", 2007. — 188 с. — ISBN 978-5-222-12267-9

УДК 615.457

#### К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ И ПРИМЕНЕНИИ ЛЕКАРСТВ ПРИ КОНЬЮНКТИВИТАХ

*Р.А. Шаймерденова*

*Городская поликлиника №5, г.Тараз*

#### ТҮЙІН

Мақалада көз аурулардың, соның ішінде конъюнктивиттерді, қолдану жөнінде айтылған.

#### SUMMARY

This article is about using of drugs and treatment of eye disorders/ particularly in syndesmitis..

При заболеваниях глаза население старается приобрести в аптеках самые простые и доступные лекарства. Лишь узкий специалист, как врач-офтальмолог, может назначить правильное лечение и предложить необходимые лекарства. Что же представляют собой эти заболевания? И какие препараты следует предлагать обратившимся пациентам за помощью? Так, врачи-аналитики в данной области считают, конъюнктивы относятся к наиболее часто встречающейся патологии глаза. Конъюнктивит - соединительная оболочка глаза, которая покрывает внутреннюю поверхность век и наружную поверхность склеры. Она нежная, гладкая, полупрозрачная и потому имеет цвет ткани, которую покрывает. Благодаря тому, что конъюнктивит обильно орошается слезой, трение век о роговицу глаза минимально. Заложенные в конъюнктиве железы продуцируют как слезную жидкость, так и слизь. При воспалении конъюнктивы слизи может выделяться так много, что она

даже склеивает края век. Конъюнктива обильно снабжена сосудами и богато иннервирована. Основное место среди заболеваний соединительной оболочки глаза занимают конъюнктивиты. Конъюнктивит (conjunctivitis)-воспаление соединительной оболочки глаза (конъюнктивы). В зависимости от этиологических факторов и особенностей клинической картины в настоящее время различают: конъюнктивиты экзогенного происхождения;инфекционные конъюнктивиты (вирусные, бактериальные, грибковые, паразитарные); конъюнктивиты, вызываемые физическими и химическими вредностями; аллергические экзогенные конъюнктивиты.

Конъюнктивиты эндогенного происхождения: конъюнктивиты при общих заболеваниях; аутоаллергические конъюнктивиты. Конъюнктивиты инфекционного происхождения встречаются особенно часто, что объясняется обилием и разнообразием флоры в конъюнктивальной полости: в ней обнаружено свыше 60 различных микробных форм. Факторами, способствующими развитию острых инфекционных конъюнктивитов, являются: попадание в глаз пыли; переохлаждение или перегревание; купание в непроточном водоеме (бассейне); острые респираторные заболевания.

Общей чертой острых инфекционных конъюнктивитов является их высокая контагиозность. При несоблюдении правил личной гигиены, определенных санитарных норм, при ряде возбудителей острый конъюнктивит в течение короткого времени может поражать не только всех членов семьи, но и целые коллективы, особенно детские (в детском саду, школе). Острые инфекционные конъюнктивиты, как правило, начинаются сначала на одном глазу, а вскоре и на втором. Основными жалобами при этом являются чувство засоренности («песка») в глазу, жжения или зуда в одном или обоих глазах, покраснение глаза, слезотечение или слизисто-гнойное отделяемое из глаза. Часто, проснувшись утром, больной с трудом открывает глаза, так как веки склеиваются засохшим на ресницах слизисто-гнойным отделяемым. Важно знать, что острые бактериальные конъюнктивиты могут вызываться такими патогенными возбудителями, как палочка Коха—Уикса, гонококк Нейссера, пневмококк Френкеля—Вексельбаума, дифтерийная палочка Леффлера и др. В таких случаях конъюнктивит часто является первым проявлением и/или одним из проявлений общего инфекционного заболевания, требующего серьезного комплексного лечения в условиях стационара. При несвоевременном выявлении возбудителя и отсутствии специфического лечения такие конъюнктивиты могут в значительной части случаев приводить к тяжелым осложнениям со стороны роговицы и, как следствие, к различной степени снижения зрения.

Для вирусных конъюнктивитов характерны выраженное покраснение и отечность конъюнктивы, незначительное количество отделяемого.В большинстве случаев вирусные конъюнктивиты сопровождаются общими симптомами: недомогание, головная боль, снижение работоспособности, аппетита, увеличение и болезненность подчелюстных лимфатических узлов, возможна лихорадка с повышением температуры. При вирусных конъюнктивитах велика вероятность вовлечения в патологический процесс роговой оболочки. Первыми признаками поражения роговицы являются увеличение слезотечения, светобоязнь. Особое место среди инфекционных конъюнктивитов занимает трахома. Трахома — инфекционное заболевание, вызываемое особым возбудителем из группы гальпировий, которые занимают промежуточное положение между вирусами и риккетсиями. Начинаясь с клинических признаков воспаления конъюнктивы, трахома затем приводит к серьезным осложнениям со стороны глазного яблока. Трахома широко распространена во всех странах мира и является одной из главных причин слепоты.

Аллергические конъюнктивиты наблюдаются, как правило, у лиц с повышенной чувствительностью к различным веществам и склонным к другим проявлениям аллергии. Для аллергических конъюнктивитов характерно выраженное слезотечение, светобоязнь, выраженное жжение и зуд в глазах, сочетание конъюнктивита с ринитом. Особой формой аллергического конъюнктивита является весенний катар — хроническое, обостряющееся в весенне-летний период воспалительное заболевание конъюнктивы, в возникновении которого ведущую роль играет повышенная чувствительность к действию ультрафиолетовой части спектра солнечных лучей. Медикаментозный аллергический конъюнктивит может развиваться у чувствительных пациентов после продолжительного (у ряда лиц - даже после однократного) применения глазных капель для лечения какого-либо глазного заболевания (катаракты, глаукомы, иридоциклита и др.). Важно помнить, что покраснение глаза в сочетании с неприятными ощущениями, слезотечением, кроме конъюнктивита, могут быть признаками более серьезных заболеваний органа зрения, таких как: глаукома - заболевание глаза, характеризующееся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления с последующим развитием атрофии зрительного нерва, дефектов поля зрения и слепоты; увеит — воспаление сосудистой оболочки глаза; кератит- воспаление роговицы глаза инфекционной, травматической, нейропаралитической, обменно-дистрофической и др.этиологии. При отсутствии своевременного надлежащего лечения,характер,объем которого может определить только врач-офтальмолог, вышеуказанные заболевания могут приводить к значительному снижению зрения, а в ряде случаев - даже к слепоте.

Симптомами, которые позволяют заподозрить у больного серьезное заболевание, требующее обязательного обращения к врачу-офтальмологу, при конъюнктивите являются: боль в глазу; появление болезненности при пальпации закрытых глаз; появление болезненных ощущений в глазу при зрительной работе (чтение, просмотр телевизора и т. п.); сочетание симптомов конъюнктивита с повышением температуры выше 38°C; сочетание симптомов конъюнктивита с головной болью; сочетание симптомов конъюнктивита со снижением остроты зрения; усиление слезотечения; появление светобоязни; обильное слизисто-гнойное (гнойное) отделяемое из глаза.

Общие рекомендации для пациентов и меры профилактики острых инфекционных конъюнктивитов, если симптомы конъюнктивита сохраняются в течение 2 дней, обязательно следует проконсультироваться у врача-офтальмолога; при возникновении симптомов конъюнктивита в одном глазу не касаться здорового глаза немытыми руками; при возникновении симптомов конъюнктивита у одного из членов семьи исключить пользование общим мылом, общим полотенцем; при наличии отделяемого следует пользоваться отдельной подушкой и ежедневно менять наволочку; до прекращения выделяемого пользоваться индивидуальным полотенцем, которое необходимо ежедневно менять; ни в коем случае не следует накладывать на глаз повязку: под повязкой невозможны мигательные движения век, способствующие эвакуации из конъюнктивальной полости отделяемого, создаются благоприятные условия для развития микробной флоры и осложнений со стороны роговой оболочки; перед применением глазных капель для удаления гнойного или слизисто-гнойного отделяемого тщательно промывать конъюнктивальную полость раствором фурацилина 1:5000 или перманганата калия 1:5000; лицам, находившимся в контакте с больным конъюнктивитом, с профилактической целью рекомендуется в течение 2–3 дней закапывать в глаза 30% раствор сульфацил-натрия.

Сравнительная характеристика лекарственных форм препаратов, применяемых для симптоматического лечения конъюнктивита (лекарственная форма, преимущества, недостатки). Глазные капли просты в применении. Быстрота наступления эффекта. Возможность использовать преимущественно водорастворимые действующие вещества. Сложность точной дозировки. Сложность подбора индивидуальной дозы. При применении могут попадать в носоглотку, оказывать действие на слизистую носа (особенно сосудосуживающие препараты). При обильном слизистом отделяемом капли плохо удерживаются в конъюнктивальной полости. Глазные гели. Пролонгированное действие. Возможность применять на ночь. Далеко не все действующие вещества могут вводиться в состав гелей и соответственно использоваться в данной лекарственной форме. Диффузия действующего вещества в ткани из лекарственной формы «гель» происходит медленнее, чем из раствора. В то же время это свойство позволяет достичь пролонгированного действия препарата. Гели обладают выраженным системным действием, что далеко не всегда желательно. Гель сложно применять при обильном количестве слизистого отделяемого. В ряде случаев формирующие вещества могут использоваться микроорганизмами в качестве питательных, что способствует развитию вторичной инфекции. Глазные пленки. Пролонгированное действие. Возможность применять на ночь. Не все действующие вещества могут вводиться в состав глазных пленок и соответственно использоваться в данной лекарственной форме. Диффузия действующего вещества в ткани из лекарственной формы «пленка» происходит медленнее, чем из раствора. В то же время это свойство позволяет достичь пролонгированного действия препарата. Возможно увеличение слизистого отделяемого (за счет местнораздражающего действия).

Общие подходы к лечению инфекционных конъюнктивитов. Для лечения острых инфекционных конъюнктивитов используются антибактериальные препараты в глазных лекарственных формах для местного применения в конъюнктивальную полость. При использовании безрецептурных препаратов предпочтение следует отдавать глазным каплям. Глазные гели (мази), пленки используются только по назначению врача и под контролем состояния органа зрения офтальмологом. Применяются препараты из группы антисептиков, сульфаниламиды и антибиотики. Сравнительная характеристика лекарственных средств, применяющихся для местного лечения острых инфекционных (бактериальных и вирусных) конъюнктивитов (международное название, торговое название, возможность назначения, характерные особенности и побочные эффекты, беременным, детям). Антибиотики. Хлорамфеникол (гл. капли, гл. мазь). Левомецитин, хлорсиг. Не рекомендуется, особенно в I триместре. Антибиотик широкого спектра действия. У гноеродной флоры резистентность не развивается. Оказывает антиэкссудативное действие. При местном применении создает высокую концентрацию в роговице, радужке, водянистой влаге и стекловидном теле. Возможна местная реакция - ощущение жжения или боль, отек конъюнктивы. Гентамицин (гл. капли, гл. мазь). Гентамицин не рекомендуется, особенно в I триместре. Антибиотик широкого спектра действия. Возможна эритема, зуд и другие проявления гиперчувствительности.

Тобрамицин (гл. капли), бруламицин, тобрекс применяются с осторожностью, антибиотики широкого спектра действия. Возможна местная реакция - ощущение жжения или боль, отек конъюнктивы. Норфлоксацин (глазные капли). Норфлоксацин, нормакс, шиброксин применять с осторожностью. Антибиотик широкого спектра действия, активен в отношении большинства грамотрицательных микроорганизмов, в том числе устойчивых к другим антибиотикам. Резистентность возникает редко. Возможна местная реакция - ощущение жжения или боль, отек конъюнктивы, светобоязнь.

Сульфаниламиды. Сульфацетамид (гл. капли). Сульфацил-натрия. При их применении возможна местная реакция - ощущение жжения или боль, отек конъюнктивы. Противопоказан при повышенной чувствительности к сульфаниламидам.

Антисептики. Цинка сульфат (гл. капли). Циделон, р-р цинка сульфата 0,25%. Оказывает антисептическое действие в отношении стафилококков, стрептококков, возбудителей демодекоза. Возможны местные проявления реакции гиперчувствительности

Декаметоксин, Дексалонг, декацилонг, офтадек. Оказывает широкий спектр антимикробного действия в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, простейших, хламидий, грибов рода *Candida*. Потенцирует действие других антимикробных средств. Возможны местные проявления реакции гиперчувствительности.

Кислота борная. Офтальмо-септонекс. Обладает антисептическим, фунгистатическим, вяжущим действием. Возможны местные проявления реакции гиперчувствительности. Хорошо всасывается через слизистые оболочки и при длительном применении может кумулировать (отмечаются тошнота, рвота, диарея, кожные высыпания).

Противовирусные препараты. Ацикловир(гл. мазь).Зовиракс, виролекс. Включается в ДНК вируса с образованием затем дефектных вирусных белков. Активен в отношении вируса герпеса I типа, цитомегаловируса. Возможна местная реакция - ощущение жжения или боль, отек конъюнктивы. Идоксуридин\* (гл. капли).Офтан Иду. После 1-го года включается в ДНК вируса с образованием затем дефектных вирусных белков.

Активен в отношении вируса герпеса I типа и ветряной оспы. Противопоказано совместное применение с глюкокортикостероидами. Длительность лечения не должна превышать 10 дней.

Комбинированные антисептики(их торговое название, состав, возможность назначения, характерные особенности и побочные эффекты, для беременных, детей). Р-р цинка сульфата 0,25% и кислоты борной 0,25% (гл. капли).Цинка сульфат 0,25%, кислота борная 0,25%. Оказывает антисептическое действие в отношении стафилококков, стрептококков, возбудителей демодекоза. Возможны местные проявления реакции гиперчувствительности.

Декацилонг. Цинка сульфат 0,25%, декаметоксин. Оказывают широкий спектр антимикробного действия в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, простейших, хламидий, грибов рода *Candida*. Возможны местные проявления реакции гиперчувствительности. Офтальмосептонекс.Карбетопендициний бромид, кислота борная, натрия тетраборат. Оказывает дезинфицирующее и антисептическое действие. Показан при негнойных конъюнктивитах. Противопоказан при сухом конъюнктивите, повышенной чувствительности к компонентам препарата. При применении возможно местнораздражающее действие.

Клинико-фармацевтическая характеристика основных групп лекарственных препаратов, применяющихся для симптоматического лечения острых инфекционных конъюнктивитов. Антибиотики. Несмотря на то, что глазные капли с антибиотиками относятся к безрецептурным препаратам, использовать их необходимо после консультации с врачом и с учетом чувствительности микрофлоры отделяемого из глаза. Чаще всего применяются антибиотики из группы левомецетина и аминогликозидов, обладающие широким спектром действия. Комбинированные глазные капли, содержащие антибиотики и кортикостероиды, следует применять только по назначению врача!

Антисептики. Препараты этой группы обладают широким спектром действия в отношении различных микроорганизмов. По отношению к ним медленно развивается резистентность. Могут использоваться как для лечения, так и для профилактики инфекционных конъюнктивитов.

Сульфаниламиды. Блокируют усвоение парааминобензойной кислоты и синтез фолиевой кислоты микробной клеткой. Оказывают бактериостатическое действие преимущественно на грамположительную флору. В офтальмологии применяется сульфациламид, обладающий хорошей растворимостью в воде.

Противовирусные препараты. Вирусные конъюнктивиты отличаются чрезвычайно высокой контагиозностью, тяжестью клинического течения, высокой частотой осложнений со стороны глаза, поэтому требуют обязательного лечения у врача-офтальмолога. С учетом данного обстоятельства офтальмологические противовирусные средства относятся к рецептурным препаратам.

Комбинированные глазные капли, содержащие антибактериальные препараты и кортикостероиды. Следует еще раз подчеркнуть, что в виду сходной симптоматики при инфекционных, аллергических конъюнктивитах и ряда других глазных заболеваний высокой вероятностью развития осложнений со стороны органа зрения при нерациональной медикаментозной терапии комбинированные препараты, содержащие антибактериальные средства и кортикостероиды следует применять только после консультации у врача-офтальмолога. Сравнительная характеристика комбинированных лекарственных средств для местного лечения конъюнктивитов, содержащих кортикостероиды(торговое название,состав действующих веществ, характерные особенности и побочные эффекты). Гаразон, Бетаметазон, гентамицин. Оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие. Местное противовоспалительное действие выражено сильнее, чем у других кортикостероидов. Обладает широким спектром антибактериальной активности.

Рекомендуется для лечения воспалительных и аллергических заболеваний наружных поверхностных слоев глаза, когда присутствует или предполагается бактериальная инфекция, чувствительная к гентамицину. Противопоказан при вирусной, грибковой и туберкулезной инфекции глаз, трахоме.При применении требует контроля внутриглазного давления. Противопоказан при беременности и кормлении грудью.

Дексагентамицин. Дексаметазон, гентамицина сульфат. Оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие. Обладает широким спектром антибактериальной активности. Рекомендуется для лечения воспалительных и аллергических заболеваний наружных поверхностных слоев глаза, когда присутствует или предполагается бактериальная инфекция, чувствительная к гентамицину. Противопоказан при вирусной, грибковой и туберкулезной инфекции глаз, трахоме, глаукоме и катаракте. При применении требует контроля внутриглазного давления. Противопоказан при беременности и кормлении грудью.

Дексона.Дексаметазон, неомицин. Оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие. Обладает широким спектром антибактериальной активности. Рекомендуется для лечения воспалительных и аллергических заболеваний наружных поверхностных слоев глаза, когда присутствует или предполагается бактериальная инфекция, чувствительная к гентамицину. Противопоказан при вирусной, грибковой и туберкулезной инфекции глаз, трахоме, глаукоме и катаракте. При применении требует контроля внутриглазного давления. Противопоказан при беременности и кормлении грудью.

Макситрол. Дексаметазон, неомицин, полимиксин В. Оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие. Обладает широким спектром антибактериальной активности, особенно активен в отношении грамотрицательной флоры. Рекомендуется для лечения воспалительных и аллергических заболеваний наружных поверхностных слоев глаза, когда присутствует или предполагается бактериальная инфекция. Противопоказан при вирусной, грибковой и

туберкулезной инфекции глаз, трахоме, глаукоме. При применении требует контроля внутриглазного давления. Противопоказан при беременности и кормлении грудью.

Софрадекс. Дексаметазон, грамицидин, фрамицетин. Оказывает противовоспалительное, противоаллергическое и противозудное действие, при местном применении уменьшает боль, чувство жжения, светобоязнь, слезотечение. Обладает широким спектром антибактериальной активности, активен как в отношении грамположительной, так и грамотрицательной флоры. Рекомендуются для лечения воспалительных и аллергических заболеваний наружных поверхностных слоев глаза, когда присутствует или предполагается бактериальная инфекция. Противопоказан при вирусной, грибковой и туберкулезной инфекции глаз, трахоме, глаукоме, катаракте, истончении роговицы. При применении требует контроля внутриглазного давления. Противопоказан при беременности и кормлении грудью. Не следует применять более 7 дней. При длительном применении возможно системное действие.

Софракс. Дексаметазон, грамицидин, фрамицетина сульфат. Оказывает противовоспалительное, противоаллергическое и противозудное действие, при местном применении уменьшает боль, чувство жжения, светобоязнь, слезотечение. Обладает широким спектром антибактериальной активности, активен как в отношении грамположительной, так и грамотрицательной флоры. Рекомендуются для лечения воспалительных и аллергических заболеваний наружных поверхностных слоев глаза, когда присутствует или предполагается бактериальная инфекция. Противопоказан при вирусной, грибковой и туберкулезной инфекции глаз, трахоме, глаукоме, катаракте, истончении роговицы. При применении требует контроля внутриглазного давления. Противопоказан при беременности и кормлении грудью. Не следует применять более 7 дней. При длительном применении возможно системное действие; существует опасность перфорации роговицы.

Фармадекс. Дексаметазона фосфата натриевая соль, кислота борная, натрия тетраборат, бензалконий хлорид. Оказывает противовоспалительное, противоаллергическое, дезинфицирующее и антисептическое действие. Показан при негнойных конъюнктивитах. Противопоказан при вирусной, грибковой и туберкулезной инфекции глаз, трахоме, глаукоме, катаракте, истончении роговицы. При применении требует контроля внутриглазного давления. Противопоказан при беременности и кормлении грудью, повышенной чувствительности к компонентам препарата.

При применении возможно местнораздражающее действие. При длительном применении существует опасность перфорации роговицы. Общие подходы к лечению аллергических конъюнктивитов. Для лечения аллергических конъюнктивитов используются глазные капли с сосудосуживающим действием, противоаллергические препараты группы стабилизаторов мембран тучных клеток и глюкокортикостероидные средства.

Клинико-фармацевтическая характеристика основных групп лекарственных препаратов, применяющихся для симптоматического лечения аллергических конъюнктивитов

Симпатомиметики. Сужают сосуды, за счет чего уменьшают экссудацию, гиперемии конъюнктивальных сосудов. За счет возбуждения  $\alpha$ -адренорецепторов возможны сухость слизистой оболочки, при частом и/или длительном применении — головная боль, бессонница, повышение АД. Антигистаминные средства. Из этой группы препаратов в офтальмологии применяются азеластин и левокабастин. Они отличаются высокой эффективностью при местном применении, практически не оказывают седативного действия.

Азеластин не только блокирует H1-гистаминовые рецепторы, но также подавляет образование свободных радикалов, препятствует поступлению ионов кальция в цитоплазму и высвобождению внутриклеточного кальция, ингибирует высвобождение медиаторов воспаления. Стабилизаторы мембран тучных клеток. Стабилизируя мембраны тучных клеток, препараты этой группы препятствуют выходу гистамина и других медиаторов аллергии. Клинический эффект развивается через несколько дней после начала применения, поэтому данные препараты используются в основном для профилактики сезонных аллергических конъюнктивитов. Применяются от нескольких дней до 4 недель и более.

Глюкокортикостероиды. Глюкокортикостероиды обладают мощным противовоспалительным и противоаллергическим эффектом, оказывают выраженное положительное действие на клиническое течение воспаления конъюнктивы аллергической природы. Вместе с тем для препаратов этой группы характерно иммунодепрессивное действие, благодаря чему они создают благоприятные условия для присоединения инфекции, а при наличии инфекционного процесса — для его генерализации. Данные препараты могут замедлять заживление ран при травмах роговой оболочки, которые могут также сопровождаться симптомами конъюнктивита. Для стероидных препаратов характерно повышение внутриглазного давления, в связи с чем они противопоказаны при глаукоме. Учитывая тот факт, что инфекционные и аллергические конъюнктивиты в начале заболевания имеют очень сходную клиническую картину, а также возможность реакции конъюнктивы как проявления глаукомы, препараты из группы глюкокортикостероидов (в том числе комплексные глазные препараты, содержащие глюкокортикостероиды) можно применять только после консультации врача-офтальмолога и постановки точного клинического диагноза.

Сравнительная характеристика лекарственных средств, применяющихся для лечения аллергических конъюнктивитов (международное название, торговое название, возможность назначения, характерные особенности и побочные эффекты, беременным, детям). Антиаллергические средства – симпатомиметики. Тетризолин. Визин. Не рекомендуется. После 6 лет. Эффект развивается через 5-10 мин. и длится 6-8 ч. Не следует смешивать с другими растворами. Не назначается лицам с ГБ и ИБС.

При применении возможны ощущение жжения, диплопия, нарушение зрения (опасно управлять автомобилем). Оксиметазолин. Африн. Не рекомендуется после 6 лет. Эффект развивается через 5-10 мин. и длится 6-8 ч. При применении возможно ощущение жжения. При чрезмерном применении возможно повышение АД, повышенная раздражительность.

Нафазолин. Санорин, нафкон-А. С осторожностью после 2 лет. Эффект развивается через 5-10 мин. и длится 6-8 ч. Возможно ощущение жжения. При передозировке возможна повышенная раздражительность

Антиаллергические средства - блокаторы гистаминовых H1-рецепторов. Азеластин. Аллергодил. Запрещено в I триместре и при лактации после 12 лет. Возможно ощущение жжения, зуд, слезотечение, горький привкус во рту. Левокабастин. Гистимет. Не рекомендуются после 6 лет. Возможно ощущение жжения, зуд, слезотечение. Не обладает седативным действием. Антиаллергические средства - стабилизаторы мембран тучных клеток.

Лодоксамид. Аломид. С осторожностью после 4 лет. Возможно ощущение жжения, зуд, слезотечение.

Кислота кромоглициевая. Аллергокром, лекролин, кромогексал, хай-кром. Не рекомендуется после 4 лет. При применении возможно ощущение жжения, диплопия, нарушение зрения (опасно управлять автомобилем). Комбинированные нестероидные антиаллергические средства (торговое название, состав, возможность назначения, характерные особенности и побочные эффекты, беременным, детям).

Бетадрин. Нафазолина нитрат, дифенгидрамина гидрохлорид, кислота борная. С осторожностью после 2 лет, оказывает выраженное сосудосуживающее, антигистаминное и антисептическое действие. При передозировке возможны сонливость, заторможенность.

Санорин-аналергин. Нафазолина нитрат, антазолина мезилат. С осторожностью после 2 лет. Оказывает выраженное сосудосуживающее и антигистаминное действие. При передозировке возможны сонливость, заторможенность. Что же необходимо знать? Самостоятельно, в рамках самолечения, для облегчения симптомов конъюнктивита следует применять глазные капли. Лечение глазными мазями требует консультации врача. Лицам, пользующимся контактными линзами, при применении глазных капель линзы обязательно следует снимать! Глазные капли, содержащие антибиотики, не рекомендуется применять при банальной инфекции из-за опасности развития резистентных штаммов микроорганизмов.

Глазные капли, применяемые для лечения вирусного конъюнктивита, не следует применять более 10 дней. При приеме антиаллергических капель могут редко возникать нарушения зрения (затуманивание, двоение в глазах), поэтому при использовании этих препаратов не рекомендуется водить автомобиль. Противоаллергические препараты из группы симпатомиметиков не следует применять лицам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь), щитовидной железы.

Противоаллергические препараты из группы симпатомиметиков не следует применять более 4–5 дней. Противоаллергические препараты из группы симпатомиметиков не следует применять при беременности и кормлении грудью. Глазные капли, содержащие кортикостероиды, можно применять только по рекомендации врача. При длительном применении комбинированных глазных капель, содержащих кортикостероиды, высока вероятность развития глаукомы (повышения внутриглазного давления), присоединения вторичной инфекции, перфорации роговицы).

Право выбора того или иного препарата остается как за врачом-офтальмологом, так и пациентом клиники пусть то будет государственной или частной. Больной всегда стоит перед дилеммой: взять дорогой лекарственный препарат или дешевый, апробированный годами или рекламированный. Отпуск лекарств – дело нелегкое. Важно – не навредить ни себе, ни другим. Найти ту золотую середину, которая позволит заболевшему обрести покой и уверенность, а лечебному учреждению, фармацевтическим кампаниям – лечить больных, наращивать темпы по обороту лекарственных средств и получению прибыли. В этом потоке препаратов выбрать тот, который оздоровит как взрослых, так и детей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». – Астана: Аккорда, 18 сентября 2009 года. № 193-IV ЗРК.
2. Абрамов И. Г. Основные заболевания глаз в детском возрасте и их клинические особенности. – М.: Мобиле, 1993. – 495 с.
3. Глазные болезни / Под ред Г. Д. Жабоедова., Н. М. Сергиенко. — Киев. — 1999. — 307 с.
4. Гушин И. С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. — М.: Фармарус-Принт, 2001. — 154 с.
5. Современные лекарства безрецептурного отпуска / Под ред. А. Л. Трегубова. — М.: ООО «Гамма-С. А.», 1999. — 362 с.
6. Фармацевтические и медико-биологические аспекты лекарств / Под ред. И. М. Перцева, И. А. Зупанца. — Х.: Изд-во НФАУ, 1999. — В 2 т. — Т. 1. — 464 с., Т. 2. — 448 с.
7. Шаповалова В. М., Даниленко В. С., Шаповалов В. В., Бухтиярова Т. А. Лекарственные средства, отпускаемые без рецепта врача. — Х.: Торсинг, 1998. — 528 с.

УДК 616.136.4-007.271-0.53.2

#### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «МАГНЕРОТ» В ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОГО ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ

*Ж.П. Кенжебекова*

*Областной консультативно-диагностический медицинский центр, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Біріншілік екі-жармалы қақпақшаның пролапсы бар балаларды емдеудегі «Магнерот» препаратының қолдану мүмкіндігі.

## SUMMARY

Optyt of the drug "Magnerot" in the treatment of primary mitral valve prolapse in 35 patients.

Актуальность темы. Минеральное вещество магний находится в наших мышцах и внутренних органах, прежде всего в сердечной мышце, скелетной мускулатуре, печени, мозге, щитовидной железе и почках. В человеческом организме находится примерно 20-28 г магния. Около 60% этого запаса «хранится» в нашем скелете. Около 40% расположено в мягких тканях (мышцы, печень, кишечник, щитовидная железа и почки). Часть магниевых резервов принимает активное участие во взаимодействии с нейропептидами, гормонами и средствами, возбуждающими нервную систему.

Важнейшие процессы в нашем организме протекают при участии магния. Более чем 300 ферментов активируются только благодаря ионам магния, следовательно, этот высокоэффективный минерал управляет большинством химических реакций нашего организма.

Магний – строительный камень нашей жизни – незаменимая составляющая нашего тела, поддерживающая отлаженное функционирование всего организма. Магний просто необходим для сохранения здоровья. Нормальный уровень магния в организме человека признан основополагающей константой контролирующей здоровье человека. В настоящее время среди возможных патогенетических механизмов дисплазии соединительной ткани (ДСТ) [1] многие исследователи указывают на хронический дефицит ионов магния, что ведет к нарушению формирования соединительнотканых структур, обуславливает хаотичность расположения волокон коллагена – основной морфологический признак ДСТ [2]

Цель исследования. Изучение клинко-функциональных показателей с первичным ПМК при применении препарата «Магнерот». Препарат Магнерот – препарат магния («Верваг Фарма», Германия), представляет собой магниевую соль оротовой кислоты (оротат магния). Эффекты препарата определяются, с одной стороны, введением в организм жизненно важного элемента — магния, с другой — ценными метаболическими свойствами оротовой кислоты, которая к тому же обеспечивает лучшее всасывание магния в кишечнике и его доставку непосредственно в клетки. Магний наряду с калием является основным внутриклеточным элементом, выполняющим целый ряд важнейших функций: регулирует хранение и высвобождение энергии в АТФ, снижает возбуждение в нервных клетках, расслабляет сердечную мышцу, активизирует ферменты, регулирующие углеводный обмен, стимулирует образование белков. Оротовая кислота, как ключевой промежуточный продукт биосинтеза пиримидиновых нуклеотидов, обладает многосторонним действием на пуриновый и белковый обмен, на обмен гликогена и гликолипидов.

Также магний необходим для обеспечения многих энергетических процессов, участвует в обмене белков, жиров, углеводов и нуклеиновых кислот. Магний принимает участие в процессе нервно-мышечного возбуждения, угнетая нервно-мышечную передачу. Особый интерес магний представляет как естественный физиологический антагонист кальция. Магний контролирует нормальное функционирование клеток миокарда; участвует в регуляции сократительной функции миокарда. В стрессовых ситуациях выводится повышенное количество свободного ионизированного магния, в связи с чем, дополнительное количество магния способствует повышению резистентности к стрессу.

Материалы и методы. Обследовано 35 детей (20 девочек и 15 мальчиков) с первичным ПМК в возрастной группе от 6 до 14 лет. Основными жалобами были боли колющего характера в области сердца, возникающие при эмоциональном волнении, физических нагрузках и без видимых причин. Боли сопровождалась сердцебиением, ощущением неполноценности вдоха, перебоями в работе сердца. По основным жалобам и нарушениям функции митрального клапана (митральной регургитации), дети были разделены на 3 основные группы в процентном соотношении:

I группа – дети с ПМК I степени (прогибание митральной створки не превышает 5мм) без регургитации – 39,2%. [4]

II группа – дети с ПМК II степени (прогибание митральной створки не превышает 7мм) с регургитацией I степени – 50,5%. [4]

III группа – дети с ПМК III степени (прогибание митральной створки более 7мм) с регургитацией II степени – 10,3%. [4]

Эхо кардиографические исследования проводились на аппаратах “Vivid - 3”, “Logic – 5”, “Vivid – 5”. Назначение препарата «Магнерот» проводилось 8-ми недельным курсом, 2-3 раза год. В первую неделю курса лечения препарат назначался в дозе – 35-45 мг/кг/сутки, а затем по 20-25 мг/кг/сутки.[3] В комплексном лечении назначались препараты, улучшающие обменные процессы в миокарде (рибоксин, карнитин, витамины группы В,С,А), а также немедикаментозная терапия (фитотерапия, физиолечение, водные процедуры).

Результаты исследования. После проведенного лечения у пациентов наблюдалась положительная динамика клинко-функциональных показателей. Отмечалось улучшение самочувствия и снижение жалоб. В результате лечения, после повторного эхокардиографического обследования, уменьшились глубина пролабирования передней створки митрального клапана на 20% и степень регургитации на 11,4%, а в остальных случаях без отрицательной динамики. Терапия препаратом «Магнерот» не влияла на размеры левых отделов сердца и сократимость миокарда, показатели которых до лечения находились в пределах нормы [5].

Вывод. Результаты проведенного исследования свидетельствуют об эффективности назначения препарата «Магнерот» при лечении первичного ПМК у детей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Городетский В.В. «Препараты магния в медицинской практике», 2003г.
2. Степура О.Б. «Результаты применения магниевой соли оротовой кислоты «Магнерот» при лечении больных с идиопатическим пролапсом митрального клапана». Российские медицинские вести, 1999г. №2.
3. Белозёров Ю.М. «Детская кардиология» - М., 2004г.
4. Мутафьян О.А. «Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков» - СПб., 2005г.
5. Домницкая Т.М., Дьяченко А.В. «Клиническое значение применения магния оротата у подростков с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца»// Кардиология, 2005г.

УДК 616.53-085

#### ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

*Р.А.Шаймерденова*

*Городская поликлиника №5, г.Тараз*

#### ТҮЙІН

Мақалада кәзіргі безеулерді емдеудегі дәрілерді қолдану жөнінде айтылған.

#### SUMMARY

This article is about application of treatment of conon acnes.

Нынешнее поколение подростков сегодня имеет комплекс по отношению к угревой болезни. Как показывает статистика, 90 % подростков имеет прыщи, часть из которых должна пройти в результате их взросления. Сказывается и процесс их увлеченности собой и интернетом, в котором все доступно и понятно, то есть нажатием одной клавиши на клавиатуре можно получить избыток информации. У 80% населения на земном шаре угри появляются тогда, когда они разменяли второй и третий десяток жизни. Если для подростка угри – это беда, закомплексованность, то для сформировавшегося человека это всего лишь болезнь. Кстати, клинически значимые и требующие лечения угри поражают приблизительно 20–25% населения в возрасте от 12 до 25 лет. Для возрастной группы 17-летних частота угрей лица составляет 86,1%. Тяжелые кистозные угри встречаются у 5 человек на 1000 населения в возрасте от 18 до 31 года. У мальчиков угри встречаются чаще и протекают более тяжело, чем у девочек. Преобладают тяжелые формы угревой болезни чаще у лиц мужского пола, чем у женского. Если говорить на медицинском языке, то обыкновенные угри представляют собой хроническое воспалительное заболевание сальных желез и волосяных фолликулов, наиболее часто встречающееся у лиц подросткового и активного репродуктивного возраста. В последнее время вместо термина «обыкновенные угри» введен термин «угревая болезнь», что подчеркивает тот факт, что в подростковом возрасте появление угревой сыпи отражает изменение всего организма, а не является локальным дефектом кожи.

К основным факторам возникновения и развития угревой болезни являются: генетическая предрасположенность - количество, размер сальных желез и их чувствительность к уровню андрогенов (мужских половых гормонов); повышенная секреция андрогенов в период полового созревания, что способствует гиперпродукции секрета сальными железами; активация деятельности сапрофитной флоры сально-волосяных фолликулов (*propionibacterium acne*); развитие воспалительной реакции в области волосяного фолликула на фоне гидролиза кожного сала и размножение в нем *P. acnes*; фолликулярный гиперкератоз (чрезмерное развитие эпителиальных клеток в области волосяного фолликула, что приводит к закупорке протока сальной железы роговыми чешуйками эпителиальных клеток). Факторы, способствующие образованию угрей: гормональные изменения в организме в период полового созревания (повышение уровня мужских половых гормонов); гормональные изменения в организме женщин в предменструальный период (иногда — во время беременности); механические факторы: привычка подпирать подбородок рукой, придерживать подбородком телефонную трубку, ношение тесных головных уборов и рубашек с туго застегнутыми воротничками, что приводит к повышенной потливости; грубое выдавливание гнойников или «черных точек» (способствует обострению угревой болезни, формированию акне-кист, которые приводят к рубцам на поверхности кожи); работа в условиях повышенной влажности и температуры (на кухне или в помещении с паром), стимулирующая потоотделение (происходит полная закупорка и воспаление протоков сальных желез); применение галогенсодержащих продуктов или средств (йод, фтор, бром); применение косметических средств с высоким содержанием ланолина, парафина, минеральных масел (жирные кремы, увлажняющие лосьоны, кремы от загара и др.); прием ряда лекарственных препаратов, в частности контрацептивов с высоким содержанием прогестинов, стероидных препаратов, препаратов лития, противосудорожных средств.



Варианты угревой сыпи: чаще всего угри появляются на коже лица, спины и груди и характеризуются разнообразными вариантами кожных высыпаний. Выделяют следующие виды угревой сыпи: открытые комедоны — множественные черные точки в расширенных устьях сальной железы (черный цвет обусловлен не внешним загрязнением, а пигментом меланином); закрытые комедоны - множественные белые просовидные подкожные узелки; папулы - поверхностные выпуклые элементы красного цвета; пустулы-гнойнички; папулопустулы - папулы с гнойничком на вершине; узлы - крупные глубокие подкожные воспаленные элементы; кисты - полости под кожей, наполненные гноем или слизью; рубцы бывают вдавленные (атрофические) и выпуклые (гипертрофические и келоидные).

Выбор рациональной лечебной тактики при угревой болезни зависит от типа поражения (вида угревой сыпи) и степени тяжести угревой болезни. Важное значение при выборе методов лечения имеют также сопутствующие заболевания и эффективность предшествующей терапии. Степени тяжести угревой болезни: легкая степень тяжести — комедоны, единичные папулы; средняя степень тяжести — комедоны, папулы, единичные пустулы, выраженное воспаление; тяжелая степень — множество папул, пустул, узлы, возможно образование кист, рубцов. Обязательно следует обратиться к врачу, когда происходит: поражение угревой сыпью обширных участков кожи; одномоментное возникновение большого количества угрей, сопровождающееся повышением температуры; крупные (величиной с вишню) и/или болезненные угри; угри, сочетающиеся с болезненностью регионарных лимфатических узлов (шейных, подчелюстных, ушных и др.); угревая сыпь, оставляющая рубцы; депрессивное состояние пациента, вызванное угрями.

Общие рекомендации для пациентов по немедикаментозным методам лечения угревой сыпи содержать кожу в чистоте, но не злоупотреблять частым мытьем кожи с мылом (не чаще двух раз в день); избегать чрезмерного воздействия ультрафиолетовых лучей (не проводить много времени на солнце); правильно составлять рацион питания — включать достаточное количество витамина А и витаминов группы В; снизить потребление йодсодержащих продуктов («дары моря», йодированная соль); не выдавливать прыщи и «черные точки» самостоятельно — существует высокая вероятность вдавливания содержимого глубоко в кожу, а не на поверхность, что приводит к нагноению более глубоких тканей и образованию обезображивающих рубцов; не использовать жирные кремы, лосьоны, пользоваться некомедогенной декоративной косметикой.

Общие подходы к лечению угрей. В зависимости от тяжести угревой болезни используется местное или системное лечение. Местное лечение проводится при легких начальных проявлениях заболевания, а также входит в схему комбинированного лечения при средней и тяжелой степени угревой сыпи. Используются препараты, обладающие кератолитическим, антимикробным и стимулирующим митоз эпителиальных клеток действием. Для лечения более тяжелых случаев угрей, сопровождающихся воспалением и кистозными повреждениями, проводится системное лечение. Такое лечение включает в себя применение пероральных рецептурных лекарственных препаратов — антибиотиков, системных ретиноидов или гормональных средств и проводится только по назначению врача.

Кератолитические средства. Эти препараты размягчают роговой слой кожи, способствуют ее быстрому отшелушиванию вместе с роговыми пробками, закупоривающими устья желез. Большинство препаратов этой группы обладает также антибактериальной активностью, что способствует клинической эффективности при лечении угрей. Антимикробные средства. Антибактериальные препараты используются для видоизменения микрофлоры кожи. Использование местных антимикробных средств при лечении угрей основано на признании роли в патогенезе угревой болезни пропионабактерий — *P. acnes*. Пероральные антимикробные препараты могут назначаться только врачом.

Сравнительная характеристика лекарственных средств, применяющихся для местного лечения угревой сыпи (международное название, торговое название, характерные особенности и побочные эффекты). Кератолитические средства. Салициловая кислота. Раствор кислоты салициловой спиртовой 1%, Окси двухсторонние салфетки (салициловая кислота 0,55%, триклозан 0,21%, GlaxoSmithKline) Салициловая кислота в составе кремов и мазей размягчает роговой слой кожи, увеличивает ее эндогенную гидратацию. Угнетает секрецию сальных и потовых желез. Обладает бактерио- и фунгистатическим (противогрибковым) действием. Оказывает прямое противовоспалительное действие. Спиртсодержащая основа способствует высушиванию и шелушению кожи, поэтому при длительном нанесении на кожу может вызвать контактный дерматит, а также побочные эффекты, характерные для системного действия салицилатов.

Мазь серная простая 33% размягчает роговой слой кожи, оказывает противомикробное и противопаразитарное действие. Комедогенна (способствует образованию комедонов), поэтому в последнее время применяется редко.

Бензоил пероксид Окси-5 (лосьон, бензоил пероксид 5%, GlaxoSmithKline), Окси-10 (лосьон, бензоил пероксид 10%, GlaxoSmithKline), Оксигель (гель, бензоил пероксид 10%, Elegant India); Угресол (лосьон, бензоил пероксид 10%, Pharmascience) стимулирует рост клеток эпителия кожи, что способствует быстрому шелушению кожи. Обладает антибактериальной активностью. Отмечен отбеливающий эффект. В самом начале лечения угрей возникает кратковременное усиление сыпи («мнимое ухудшение»). Возможны реакции повышенной чувствительности. Резорцинол. Раствор резорцина спиртовой 1% размягчает роговой слой кожи, а также оказывает слабое антисептическое действие. При нанесении на обширные поверхности может всасываться и при длительном применении может вызывать микседему.

Третиноин (ретиноловая кислота). Атредерм (0,05% и 0,1% р-р, Pliva Krakow), Ретин - А (крем 0,05%, Cilag) Производное витамина А. Стимулирует новообразование эпителиальных клеток, что уменьшает вероятность развития комедонов. В начале лечения возможен период мнимого ухудшения. У пациентов со светлой кожей возможно проявление местнораздражающего действия. Хорошо комбинируется с бензоил пероксидом. Противопоказан при беременности. Лечение угрей проводится не менее 6-8 недель под наблюдением врача. Калия гидрохиолин. Калия гидрохиолин обладает выраженным кератолитическим действием, оказывает антибактериальный эффект, хорошо комбинируется с бензоил пероксидом.

Антибактериальные средства - производные фенола. Триклозан Окси гель для умывания (триклозан 0,3%, GlaxoSmithKline), Окси двухсторонние салфетки (триклозан 0,21%, салициловая кислота 0,55%, GlaxoSmithKline) обладают антибактериальным и дезинфицирующим действием, устраняют избыточную сальность кожи, уменьшают чувство зуда. Не рекомендуется применять детям до 3 лет. Антибактериальные средства различных групп. Азелаиновая кислота. Скинорен, (крем, 20%, Schering AG). Проявляет противомикробную активность в отношении пропионобактерий акне. Снижает содержание свободных жирных кислот в липидах кожи, нормализует нарушенные процессы кератинизации в волосяных фолликулах. Этил лактат гидролизуется с образованием этанола и молочной кислоты. Этанол оказывает антимикробное действие, молочная кислота снижает рН кожи и создает среду, менее благоприятную для роста пропионобактерий.

Фармацевтам необходимо знать, что угревая болезнь требует лечения уже на стадии высыпания комедонов. Вовремя и правильно начатое лечение позволит предотвратить преобразование комедонов в воспалительные элементы — папулы, пустулы и т. п. При появлении акне у подростка родителям следует успокоить ребенка, объяснить ему, что угри — излечимое заболевание, а лечение тем эффективнее, чем раньше оно начато. Следует настроить подростка, что лечебные мероприятия требуют настойчивости и терпения и продлятся не менее 2–4 месяцев. При лечении угрей необходимо избегать чрезмерного воздействия солнечных лучей. Искусственное ультрафиолетовое облучение, которое ранее рекомендовалось для лечения угрей, в настоящее время не рекомендуется из-за возможности стимулирования старения кожи, развития раковых опухолей кожи. Все лечебные средства и декоративная косметика должны быть некомедогенны и не иметь жирную консистенцию. При лечении угрей ни в коем случае нельзя выдавливать элементы угревой сыпи. Рационально регулярно (но не чаще двух раз в день) пользоваться антибактериальными гелями для умывания, что снижает накопление жира на поверхности кожи и, таким образом, обеспечивает симптоматическое облегчение состояния.

Угри, сопровождающиеся угрожающими симптомами (см. выше), требуют обязательного обращения к врачу и лечения рецептурными препаратами. При лечении препаратами для наружного применения (прежде всего, кератолитиками — бензоил пероксидом, третиноином и др.) во всех случаях возникает период «мнимого» первичного ухудшения, характеризующийся усилением высыпаний, о котором нужно заранее предупредить пациента. Мнимое ухудшение может наблюдаться на протяжении первых двух недель лечения угрей. Не рекомендуется в этот период прерывать или изменять назначенное лечение. В период мнимого ухудшения необходимо принять меры для сведения к минимуму риска развития раздражения кожи. Эти меры включают в себя: избежание воздействия солнечного света после нанесения препаратов, мытья горячей водой непосредственно перед нанесением препарата, чрезмерного нанесения препарата, особенно на влажную кожу. Препараты следует наносить на сухую кожу, чтобы избежать ощущения жжения.

При применении препаратов бензоил пероксида, азелаиновой кислоты и ретинола может возникнуть ощущение покалывания, при длительном применении — порозовение или шелушение. Данные явления не являются аллергической реакцией, а свидетельствуют о действии препарата. Если реакция чрезмерная, следует уменьшить частоту применения препарата. При попадании раствора бензоил пероксида на одежду, ее следует сразу прополоскать во избежание обесцвечивания ткани. Третиноин улучшает эффект бензоил пероксида при комбинированном чередующемся использовании третиноина утром, а бензоил пероксида вечером. Во время лечения третиноином, бензоил пероксидом и азелаиновой кислотой следует избегать пребывания на солнце, так как эти препараты увеличивают чувствительность кожи к ультрафиолетовому облучению. При лечении третиноином частое умывание усиливает местнораздражающее действие препарата на кожу.

Курс лечения азелаиновой кислотой не менее 4–6 месяцев. Местное применение препаратов салициловой кислоты не следует сочетать с пероральным приемом препаратов, содержащих ацетилсалициловую кислоту, и других нестероидных противовоспалительных средств. При длительном применении салициловой кислоты возможно ее всасывание в общий кровоток и развитие характерных для салицилатов побочных эффектов: шум в ушах, головокружение, боли в эпигастрии, тошнота. Резорцин может вызвать обесцвечивание кожи у пациентов со смуглой кожей. Калия гидрохиолин может вызывать выраженную сухость кожи. После применения любых препаратов для лечения угрей следует тщательно вымыть руки. Следует избегать попадания препаратов для лечения угрей в глаза.

Все лекарственные препараты следует принимать, посоветовавшись с врачом-дерматологом, который обратит внимание на возраст пациента, на факторы их возникновения и только после этого назначит соответствующее лечение.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». – Астана:Аккорда,18 сентября 2009 года. № 193-IV ЗРК.
2. Проценко Т. В., Кондратенко И. В. Опыт лечения больных угревой болезнью // Новости медицины и фармации.— 2002.— № 9.— С. 4.
3. Сафарова Г. Г., Ахтиямов С. Н., Кулагин В. И. Эффективность крема «Ретин-А» и геля «Окси-5» у больных вульгарными угрями // Рос. журн. кожных и венерических болезней.— 1998.— № 6.— С. 67–70.
4. Современные лекарства безрецептурного отпуска // Под ред. А. Л. Трегубова.— М.: ООО «Гамма-С. А.», 1999.— 362 с.
5. Усенко Г. Д. Современные подходы к лечению угрей // Журн. практического врача.— 1997.— № 2.— С. 11–14.
6. Федина Е. А., Таточенко В. К. Фармацевты и самопомощь.— М.: Классик-Консалтинг, 2000.— 116 с.
7. Berson D. S., Shalita A. R. Treatment of acne: the role of combination therapies //J. Am. Acad. Dermatol.— 1995.— Vol. 32.— P. 331–341.
8. Janson T., Plewig G. Advances and perspectives in acne therapy //Eur. J. Med Res.— 1997.— Vol. 28 (298).— P. 321–331.

УДК 615.03: 616.831-005

## КОРТЕКСИН В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*Ж.Р. Мырзахметова**Городская поликлиника №1, г. Тараз.*

## ТҮЙІН

Созылмалы ми қан айналымының бұзылуы қан қысымы көтерілетін және атеросклерозға шалдыққан науқастарда жиі кездеседі және когнитивті қызметтің әртүрлі бұзылуына әкеліп соғады. Созылмалы ми қан айналымының бұзылуы емдік шараларды қажет етеді. Кортексинді пайдалану жақсы клиникалық нәтижелер береді.

Хроническая недостаточность мозгового кровообращения (ХНМК)- хроническое прогрессирующее состояние в котором пребывают многие лица пожилого и старческого возраста, иногда полностью адаптировавшись к нему. На фоне ХНМК развиваются, обостряются и переходят в острые фазы нарушения мозгового кровообращения, транзиторные ишемические атаки и инсульты.

Этиология ХНМК это: атеросклероз, артериальная гипертензия, сахарный диабет, васкулиты, вегетососудистая недостаточность и т.д.

Признаками ХНМК в начальных стадиях являются: головные боли, головокружение, нарушение сна, изменение походки, утомляемость, изменение настроения, затруднение выполнения тонких операции, а также различные виды когнитивных нарушений: снижение интеллекта, памяти, внимания, восприятия, рассуждения, мышления, понимания, которые в конечном итоге приводят к снижению трудоспособности больных их социального статуса.

В зависимости от причин ХНМК у таких больных применяются гипотензивные препараты, препараты улучшающие микроциркуляцию, гиполипидемическая терапия, антикоагулянты и дезагреганты. А для улучшения метаболизма головного мозга используется нейропротекторы.

**Цель настоящей работы-** провести клиническое наблюдение за больными с хронической недостаточностью мозгового кровообращения при применении препарата кортексина.

**Материалы и методы.** Кортексин содержит комплекс нейропептидов, адекватное, гормонально сбалансированное соотношение L-аминокислот, витаминов, микроэлементов для нормального функционирования нейронов. Кортексин, относящийся к группе лекарственных средств-пептидных биорегуляторов, способствует нормализации обмена веществ, нейромедиаторов в ткани мозга, и обладает антиоксидантной активностью. В исследование были включены 20 больных в возрасте от 55 до 71 года с клиническими симптомами хронической недостаточности мозгового кровообращения. Всем пациентам было проведена 10- дневное внутримышечное введение кортексина 2,0, всего 100 мг пептидов.

**Результаты и обсуждения:** анализируя полученные данные в основной группе после полного курса лечения кортексина выявлено, что у большинства больных происходит положительное влияния на состояние когнитивных функции, улучшение внимания, стабилизация эмоционального состояния, улучшение ночного сна. Наблюдается положительная динамика в двигательной сфере. Повышается устойчивость при движениях и ходьбе, улучшается качество жизни больных. За время наблюдения не выявлено побочных действий препарата, изменений артериального давления и функции внутренних органов.

**Выводы.** применение кортексина у больных с ХНМК различной этиологии, приводит к улучшению клинического состояния пациентов, качества жизни больных.

Кортексин в дозе 100 мг за 10-дневный курс оказывает нейропротективное и ноотропное действие и соответствует современным принципам лечения больных с ХНМК.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Верецагин Н.В Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии. Медицина, 1997 г.
2. Батышева Т.Т Хроническая ишемия мозга и современное комплексное лечение. Справочник практического врача. М., 2004 г.
3. Дьяконов М.М Большие возможности кортексина при цереброваскулярной патологии//Медлайн экспресс-2002, №12

УДК 618.146-006.6

## ЧРЕСКАТЕТЕРНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

К.В. Югай

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Казахстан  
Областной онкологический диспансер, г. Шымкент, Казахстан*

В структуре онкологической заболеваемости опухоли, локализованные в малом тазу, занимают значительное место. Рак шейки матки является одной из наиболее распространенных опухолей у женщин. Ежегодно в мире выявляется около 500 тыс. новых случаев. Чаще всего рак шейки матки диагностируется у женщин в возрасте от 40 до 60 лет [4].

В целом, отличительной чертой рака шейки матки является относительно продолжительное местное распространение заболевания, высокая частота первичной неизлеченности в структуре неудач лечения, преимущественная локализация рецидивов в зоне первичной опухоли. В связи с этим при раке шейки матки в настоящее время традиционно используются программы комбинированного лечения. Применение многокомпонентных программ усиливает цитотоксические эффекты по отношению не только к опухоли, но и к нормальным тканям, что увеличивает частоту и тяжесть побочных реакций и осложнений. В этих условиях усиление локальной эффективности противоопухолевой терапии без увеличения ее токсичности представляется весьма важным [5, 6].

Внутрисосудистые вмешательства у больных раком шейки матки используют с 1960-х годов, однако их широкое применение стало возможным лишь с внедрением методов интервенционной радиологии. Относительные простота и безопасность вмешательств, высокая эффективность за счет оптимального распределения химиопрепаратов в «зоне интереса» и реализации эффекта «первого прохождения» определяют растущее значение этих методов в клинической практике.

В настоящее время рентгеноэндоваскулярные вмешательства являются важной составляющей программ симптоматической терапии у больных с местнораспространенным раком шейки матки и локорегионарными рецидивами заболевания в случаях кровотечения и болевого синдрома. Регионарная химиотерапия является компонентом комбинированного лечения больных с локализованными стадиями заболевания в качестве адъювантной или неoadъювантной терапии.

Из внутрисосудистых вмешательств используют артериальную эмболизацию или регионарную химиотерапию. Для осуществления этих процедур в большинстве случаев необходима селективная катетеризация передних порций обеих внутренних подвздошных артерий (ВПА).

Показания и противопоказания к применению этих методик.

**Показания:** 1. Кровотечение из опухоли, не купирующееся консервативными мероприятиями. 2. Профилактика интраоперационного кровотечения. 3. Неэффективность или неполный ответ на системную и/или лучевую терапию. 4. Проведение комбинированного лечения, включающего регионарную терапию.

**Противопоказания:** 1. Непереносимость йодсодержащих препаратов. 2. Отказ больного от данного вида терапии. 3. Почечная и мультиорганная недостаточность. 4. Невозможность селективной катетеризации. 5. Значительное внеорганное распространение и генерализация опухолевого процесса [1, 2, 3].

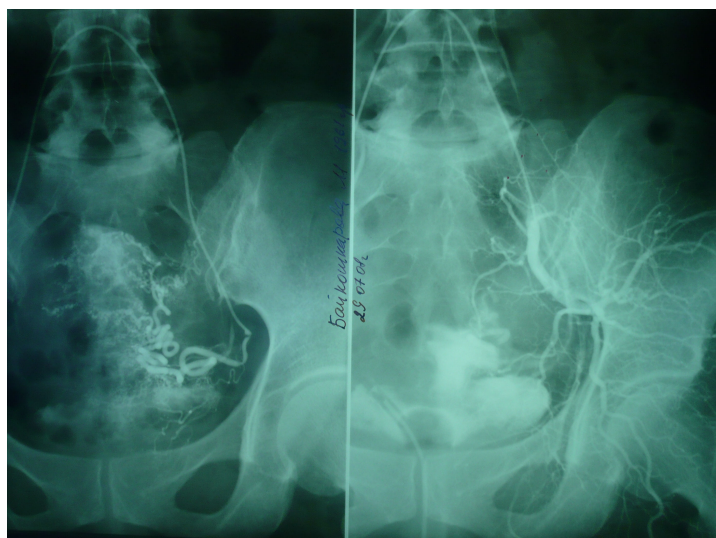
**Целью исследования** явилось изучить возможности методики одномоментной болюсной химиоинфузии ВПА с последующей эмболизацией маточных артерий у больных раком шейки матки.

**Материал и методы.** Начиная с июля 2008г. нами на базе областного онкологического диспансера внедрена методика одномоментной болюсной химиоинфузии ВПА с последующей эмболизацией маточных артерий у больных раком шейки матки. Лечение подверглись 57 пациенток в возрасте от 28 до 55 лет. У всех больных была IIa-III стадия процесса (T2N0M0 – T2bN1M0).

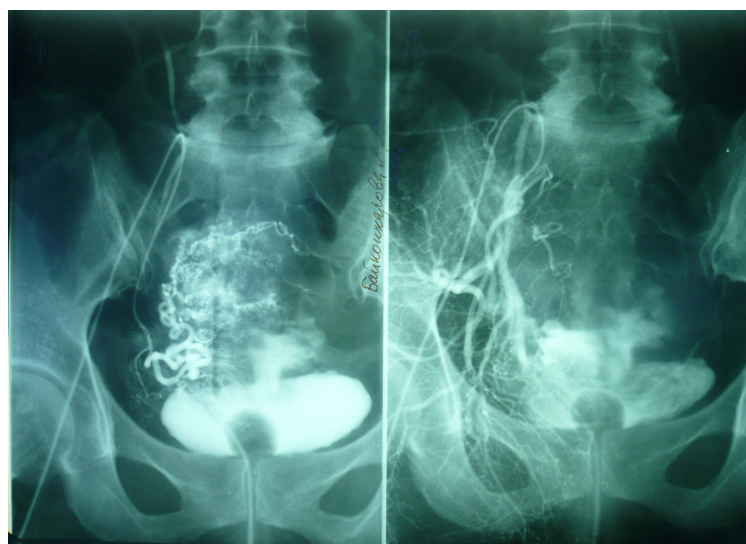
Сущность процедуры заключается в следующем: после пункции правой бедренной артерии катетер pigtail размером 4-5 F устанавливают над бифуркацией брюшной аорты и выполняют ангиографию с введением 20-40 мл 60% или 76% контрастного препарата (Ультравист 370) со скоростью 8-14 мл/с. Скорость введения выбирали с учетом диаметра сосудов и интенсивности артериального кровотока. После тщательного изучения сосудистой анатомии катетер для аортографии заменяли на другой, которым осуществляли селективную

катетеризацию внутренней подвздошной артерии катетером типа «hook» размером 5-6 F и осуществляли катетеризацию ветвей (левой) ВПА.

Для более точной визуализации сосудистой анатомии опухоли выполняли селективную ангиографию из ВПА с 6-12 мл контрастного препарата, вводимого со скоростью 2-4 мл/с. Если устья ВПА «накладываются» на соседние ветви, можно рекомендовать дополнительную аортографию или ангиографию общих подвздошных артерий в косой проекции. В устья ВПА вводили болусно химиопрепараты со скоростью 2мл/с. В основном применяли схему ТР (Таксотер 75мг/м2, Цисплатин 80мг/м2), «Способ лечения рака шейки матки» патент Республики Казахстан на изобретение № 19391 от 28.02.2008г. Далее селективно катетеризировали маточную артерию на стороне исследования (слева) и производили эмболизацию маточных артерий кусочками гемостатической губки до полной окклюзии (Рис.1, 2).



**Рис. 1. Ангиограмма левой маточной артерии, до и после эмболизации. Отмечается полная окклюзия левой маточной артерии.**



**Рис. 2. Ангиограмма правой маточной артерии, до и после эмболизации. Отмечается полная окклюзия правой маточной артерии.**

Если необходима одновременная катетеризация обеих ВПА, производили пункцию и установку катетеров с обеих сторон контра- или ипсилатеральным методом. Из 57 больных повторную процедуру провели 33 (57%) больным.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ непосредственных результатов лечения показал эффективность методики у 49 больных (86%). У 35 (61,4%) больных была отмечена остановка кровотечения из опухоли шейки матки на следующие сутки после процедуры. У 28 (49,1%) больных отмечено купирование болевого синдрома внизу живота. При контрольном осмотре через 1 месяц 49 больных была отмечена частичная регрессия опухоли с уменьшением опухолевого узла по данным контрольного УЗИ на 40-60%. 24 (42,1%) больных успешно прооперированы (радикальная расширенная гистерэктомия второго типа), 6 больных готовятся к операции.

Анализ осложнений показал, что в основном осложнения были связаны с проведенной химиотерапией. У 38 (66,7%) больных отмечена тошнота и рвота, у 3 лейкопения 2-степени, у 2 больных анемия 2-степени, которые купировались консервативной терапией. Осложнений связанных с эмболизацией нами не отмечено.

**Выводы.** В настоящее время большинством исследователей доказана целесообразность широкого практического применения регионарной химиоинфузии в лечении больных раком шейки матки. Непосредственные результаты применения методики показали ее эффективность у 85% больных. В связи с этим вопрос о ее применении следует рассматривать как один из эффективных методов комбинированного и комплексного лечения больных раком шейки матки. Артериальная эмболизация является малотравматичным и эффективным способом остановки кровотечения из опухоли шейки матки, а также создает дополнительную ишемизацию опухоли, что повышает эффективность непосредственных результатов лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Винокуров В. Л., Таразов П. Г., Суворова Ю. В. и др. Рентгеноэндоваскулярная окклюзия внутренних подвздошных артерий и регионарная химиотерапия у больных раком матки: Методические рекомендации МЗ РФ № 97/93, 1997.
2. Давыдов М.И., Гранов А.М., Таразов П.Г., Гранов Д.А. и др. Интервенционная радиология в онкологии (пути развития и технологии) - СПб: Фолиант, 2007.
3. Сабекия И. М., Столярова И. В., Винокуров В. Л. Роль рентгеноэндоваскулярных вмешательств в комбинированном лечении больных местнораспространенным раком шейки матки // Вопр. онкол. - 2004. - Т. 50, № 5. - С. 590-594.
4. Суворова Ю. В., Таразов П. Г., Жаринов Г. М., Некласова Н. Ю. Артериальная эмболизация при хроническом кровотечении у больных раком матки // Вопр. онкол. - 1996. - Т. 42, № 4. - С. 59-62.
5. Chaney A. W., Eifel P. J., Logsdon M. D. et al. Mature results of a pilot study of pelvic radiotherapy with concurrent continuous infusion intra-arterial 5-FU for stage III-IVA squamous cell carcinoma of the cervix // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. - 1999. - Vol. 45, N 1. - P. 113-118.
6. Nagai N., Oshita T., Murakami Y. et al. Radiotherapy combined with transcatheter arterial infusion of cisplatin versus oral fluoropyrimidine anticancer agent for locally advanced carcinoma of the uterine cervix: A prospective follow-up study // Oncol. Rep. - 2001. - Vol. 8, N 1. - P. 119-125.

#### ОНКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАКА ПИЩЕВОДА В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ

*А.М. Юсупов, О.К. Кулакеев, Д.Т. Арыбжанов*

*Южно - Казахстанский областной онкологический диспансер, г.Шымкент*

*Международный казахско-турецкий университет им. Ясави, г. Туркестан*

#### ТҰЖЫРЫМ

Онтустік Қазақстан облысындағы өңеш рагінің эпидемиологиялық жағдайымен сапалы көрсеткіштеріне талдау жасалған. Атап айтқанда, өңеш рагінің аурушандығының төмендеуі және І және ІІ сатыларының үлесінің ұлғайуына қарамастан. Әліде болса шешілмеген мәселелер бары айтылған.

#### SUMMARY

Disease of an esophagus cancer on South Kazakhstan area for the last 17 (1992-2009y.y) years is investigated. Intensive parameters of disease esophagus cancer on 100 thousand population in 1992y. - 16,9, and in 2009y. - 7,2. The esophagus cancer in South Kazakhstan area tends to decrease. The percent of neglect keeps on high figures, making more than 10-12%, from them of 75 % sick of an esophagus cancer aboriginals of 13,6 % - make Russian-speaking and 8,4 % - other nationalities. On age the great bulk of patients was made by people 60 years are more senior, on their share 90,6 % of patients, men - 65,2 % and women - 34,8 % are necessary.

Для Казахстана рак пищевода является краевой патологией и имеет географические и этнические особенности, особенно высокая частота его отмечается в Актауской, Атрауской, Актюбинской, Семипалатинской, Кызылординской областях, где интенсивные показатели заболеваемости в несколько раз выше средне-республиканских показателей [1,3,4,6]. По-видимому, сказывается почвенно-геологическая особенность, засоленность, минерализованность местности. Условия быта, характер питания отражается на здоровье население мало употребляет зелени, фруктов, овощей, витаминов, особенно А и С. Питание однообразное много употребляется животных, жирных продуктов, причем эти продукты, в основном, употребляются в горячем виде. Исследования сотрудников онкоинститута показали, что почти у 40% взрослого населения западных областей отмечается лейкопеклия пищевода, нередко и с изъвлениями. По-видимому, не последнюю роль играют и наследственные факторы. У нас у местного населения раком пищевода заболевают в 10-11 раз чаще, чем люди европейской национальности [2,5,7,8].

Мы ретроспективно, по медицинским документам, изучили заболеваемость раком пищевода по ЮжноКазахстанской области за последние 17 (1992-2009г.г.) лет. Нужно отметить, что общая заболеваемость злокачественными новообразованиями по нашей области в два раза ниже средне республиканского показателя в том числе, и по раку пищевода.

Так интенсивные показатели заболеваемости раком пищевода на 100 тыс. населения по годам по Южно-Казахстанской области (ЮКО) выглядит следующим образом: в 1992г. - 16,9; 1993г. - 18,1; 1994г. - 11,7; 1995г. - 11,5; 1996г. - 8,2; 1998г. - 9,6; 1999г. - 12,7; 2000г. - 9,7; 2001г. - 10,1; 2002г. - 9,2; 2003г. - 9,4; 2004г. - 9,1; 2005г. - 8,3; 2006г. - 8,5; 2007г. - 8,0; 2008г. - 7,1; 2009г. - 7,2.

Как видно, роста заболеваемости раком пищевода у нас не отмечается, имеет место тенденция к снижению заболеваемости раком пищевода по ЮКО за последние 10-15 лет. Однако процент III-IV стадии сохраняется на высоких цифрах составляя более 75% больных раком пищевода составляют коренные жители 13,6% - русскоязычные и 8,4% - другие национальности, у 90,3% больных диагноз гистологически верифицирован. Опухоль локализовалась верхней трети пищевода у 6,0% больных в средней трети у 56,7% и нижней трети у 37,3%, гистологически у 96%, плоскоклеточный рак у 4% аденокарцинома.

По возрасту основную массу больных составили люди старше 60 лет, на их долю приходится 90,6% больных, мужчины - 65,2% и женщины - 34,8%. Заболеваемость по стадиям за последние 7 лет представлена в таблице 1.

Таблица №1 - Заболеваемость рака пищевода по стадиям по Южно-Казахстанской области за 2003-2007г.г.

Годы	По стадиям					
	I-стадия		III-стадия		IV-стадия	
	абс.чис.	в %	Абс.чис.	в %	абс.чис.	в %
2003	19	9,5	146	73,7	33	16,6
2004	45	23,1	128	65,9	21	10,8
2005	19	10,3	149	81,4	15	8,1
2006	56	29,4	121	53,6	13	6,8
2007	86	47,5	83	45,8	11	5,0
2008	38	22,8	121	72,8	8	4,8
2009	31	18,1	135	78,9	5	2,9

Как видно из таблицы №1, что доли I и II стадии в среднем составляет не более 25%.

Больные раком пищевода в основном обследовались в лечебных учреждениях по месту жительства, в онкодиспансере обследовались в основном с III-IV стадией процесса. Местное население это заболевание знает хорошо как «кыл тамак» и имеет оно очень плохую славу. Поэтому при появлении первых признаков болезни эти больные впадают в панику портится настроение, пропадает интерес к жизни, и часто они скрывают свою болезнь даже от близких. Проводят различные способы самолечения, и только прогрессирующее заболевание и ухудшение состояния с развитием дисфагии вынуждают их обратиться в лечебное учреждения.

Нам удалось у 413 больных подробно, изучить причину позднего обращения к врачам. Из этих больных мужчины составили 243 (58,8%) и женщины - 170(41,2%), сельских жителей было 278 (63,7%), городских - 135(36,3%). Объясняется это не тем что сельские жители больше болеют, а они менее информированы о современных возможностях медицины в лечении таких больных. Из этих 413 больных 81,0% заметили симптомы болезни, но не обратились своевременно в лечебное учреждение, боялись подтверждения диагноза и обращались и знахарям, бабкам, а некоторые даже прошли курс уринотерапии, прогрессирующее процесса вынудили их обратиться в лечебное учреждения. 17,5% больных в основном были пожилые люди. В поликлинике врачи, учитывая возраст и тяжесть проводили симптоматическое лечение. Ухудшение состояния, вынудило их обратиться в онкодиспансер.

Анамнез ранних симптомов у этих больных показало, что у 14,8% больных ранним проявлением болезни были погрехания во время еды, которые постоянно угощались и спустя 1-2 месяца появились признаки дисфагии в начале, для твердой пищи и далее прогрессировало дисфагия. У 19,3% больных первым признаком болезни было впечатление, как будто при проглатывании пищи она прилипла к стенке пищевода и ощущалась небольшая боль, которая исчезало при запивании жидкостью. У 34,5% больных с самого начала заметили затрудненное прохождение твердой пищи, без каких-либо болезненностей, которое далее прогрессировало. 11,2% больных начало заболевания связывают с психической травмой, сильным потрясением, после этого заметили в начале временное затем постепенное прогрессирование дисфагии.

Со слов больных, больные стали терять вес, появилась слабость, снижение трудоспособности, нарушение сна.

Все обратившиеся в онкодиспансер больные прошли полное обследование, включая рентгенологическое, эндоскопическое, с морфологической верификацией биопсионного материала и лабораторным анализом. Этим больным с учетом возраста, стадии процесса сопутствующих патологии и др. проводились адекватное лечение, оперативное, радикальное, паллиативное, лучевое, химиотерапевтическое, симптоматическое. Исходя из изложенного материала следует сделать следующее заключение.



**Выводы.** В ЮКО онкозаболеваемость снижается, однако показатели заболеваемости рака пищевода за последние 10 лет не меняются, среди населения не отмечается снижения частоты выявления больных в запущенной стадии рака пищевода. Среди населения еще не на должном уровне проводится просветительная работа, население малоинформировано о ранних симптомах болезни, о роли предопухольных заболеваний, о профилактических мерах, о здоровом образе жизни и о возможностях современной медицины в лечении больных раком пищевода. Среди врачей общей лечебной сети низкая онконастороженность. Каждый случай поздней диагностики широко не разбирается среди врачей на врачебных конференциях и не делаются оргвыводы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Арзыкулов Ж.А. Сейтказина Г.Д. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2006г. (статистические материалы). Алматы. – 2005, - 66с.
2. Давыдов М.И., Стилиди И.С. Рак пищевода. – М., - Медицина, 2002, 476с.
3. Кулакеев О.К., Жуматаев Ж.Ж., Арыбжанов Д.Т. и др. Опыт хирургического лечения рака грудного отдела пищевода по данным ООД ЮКО // В сб. научных трудов «Современная медицина и онкология» посвященная 10-летию кафедры онкологии ЮКГМА, - Шымкент, 2004, С.127-128
4. Кулакеев О.К., Рысбеков М.М., Юнусметов И.Р., Арыбжанов Д.Т. Современное состояние хирургии рака пищевода // Вестник ЮКГМА, - Шымкент, № 20-21, -2004, -С. 249-257
5. Кулакеев О.К., Жуматаев Ж.Ж., Баймаханов Б.Б., Арыбжанов Д.Т. и др. Хирургическое лечение рака пищевода // Вестник хирургии Казахстана, №3, Алматы, -2005, С. 58
6. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. - М.: Медицина, 2000. - 350 с.
7. Akiyama E., Tsurumaru M., Udagawa H. et al. Radical lymph node dissection for cancer of the thoracic esophagus // Ann. Surg. - 1994. - Vol. 220, № 3- - P. 364-373-
8. Matsubara T., Veda M., Vchida C., Takahashi T. Modified Stomach Roll for safer Reconstruction After Subtotal Esophagectomy //J. Surg. Oncol. - 2000. - Vol. 74, № 12 - P. 1115-1117.

УДК 616.24-006.61-089

#### ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЛЕГКОГО (обзор литературы)

*С.Е. Оспанов.*

*Кызылординский областной онкологический центр, г. Кызылорда*

#### ТҮЙІН

Мақалада хирургиялық емдеудің негізгі ұстанымдары баяндалған – түбегейлік, ісік жасушасын зақымдамауды сақтау және емдеудің болашақтағы нәтижесіне ықпал ететін (сәулелік терапия, ісікке қарсы химиялық препараттарды қолдану), ісікке қарсы емдеу шараларын оталауға дейінгі, оталау кезіндегі және оталаудан кейінгі кезеңде өткізу.

#### SUMMARY

In the item are accounted Fundamental principles of observance of radicalism, ablastik and conducting of anticlastic treatment in pre-, in operation, post- operation period (radiation treatment, chemical therapy), which influent on remote result of treatment.

Рак легкого (РЛ) - широко распространенное заболевание. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями РЛ в Мире занимает 1-е место [4, 5]. Показатель заболеваемости раком легкого населения России в 1997 г был 44,69 на 100 000 населения, в 2007 г. -40,2 на 100 000 населения. В 2007г. абсолютное число впервые заболевших составило 57175 человек. Мужчины заболевают в 5—8 раз чаще женщин. Наиболее часто заболевание регистрируется в возрасте 50 лет и старше. Смертность от рака легкого в России имеет тенденцию к снижению. В 2000 г. показатели смертности мужчин на 100 000 населения были 60,1, в 2005 г. — 54,9, а женщин — соответственно 5,9 и 5,8. Летальность больных в течение первого года с момента установления диагноза в 2007 году - 55,3%, показав незначительное снижение с 56,8 в 1997 году [6, 8, 9].

Если в 1970 году в Республике Казахстан заболеваемость раком легкого составила 15,2‰, то к 2007 году она выросла до 22,6‰ и в структуре онкологической заболеваемости с 1985 года занимает 1-ое место [1, 3].

**Способствующие факторы.** Причин возникновения РЛ много, они носят как экзогенный, так и эндогенный характер. Однако решающее значение имеют экзогенные факторы: курение табака, загрязнение окружающего воздушного бассейна канцерогенными веществами и радиоактивными изотопами — как в результате радиоактивного заражения, так и естественного природного изотопа — газа радона.

Урбанизация, рост числа промышленных предприятий приводят к загрязнению канцерогенными



веществами (3,4-бензпирен, бензантрацен и т.д.) почвы, воды, атмосферного воздуха.

Курение табака опасно тем, что в результате высокой температуры зажженной сигареты происходит образование канцерогенных веществ (в частности, бензпирена и бензантрацена), а также большого числа частиц копоти (до 1 млн от одной сигареты), которые действуют на реснитчатый эпителий слизистой бронхиального дерева, приводя к его гибели. Большую роль в мутагенном эффекте ДНК и РНК, хромосомного аппарата клеток играет радиоактивный изотоп — полоний-210 с длительным периодом полураспада, который при курении табака переходит в дым и надолго задерживается в организме. Синергизм действия бензпирена и полония-210 быстрее приводит к раковому перерождению клеток. Отмечена корреляция между заболеваемостью РЛ и курением табака.

Наиболее изучен патогенез плоскоклеточного рака легкого: в результате вышеуказанных отрицательных воздействий и хронического воспаления происходит атрофия эпителия бронхов с уменьшением количества бокаловидных клеток, замещение железистых компонентов слизистой фиброзной тканью. Цилиндрический эпителий постепенно превращается в плоский, многослойный. Возникают очаги метаплазии (дисплазии) слабой, средней и выраженной степени, которые переходят сначала в преинвазивный, а далее в инвазивный рак.

В свете современных данных становление опухолей легкого — канцерогенез — рассматривается на генетическом уровне. Установлено, что это сложный, многоступенчатый процесс накопления мутаций и других генетических изменений, приводящих к нарушениям регуляции основных клеточных функций: пролиферации, дифференцировки, естественной гибели клеток (апоптоза) и наследственной информации ДНК клетки.

**Подходы к хирургическому лечению.** В настоящее время наиболее обнадеживающим методом лечения рака легкого является хирургический метод, применяемый либо самостоятельно, либо в комбинации с лучевой терапией или противоопухолевыми химиопрепаратами. Общеизвестным является положение о том, что хирургическому лечению подлежит каждый больной раком легкого I-III стадии при отсутствии у него противопоказаний к операции. Противопоказания к радикальному оперативному вмешательству подразделяются на две группы: а) противопоказания, обусловленные распространенностью опухолевого процесса; в) противопоказания, связанные с неудовлетворительным общим состоянием организма больного из-за наличия совокупности отягчающих обстоятельств со стороны жизненно-важных органов или тяжелых осложнений рака легкого.

Общие основы хирургического лечения рака легкого достаточно широко известны. В отличие от общей хирургии к основополагающим принципам хирургического лечения онкологических больных, в частности раком легкого, относятся следующие принципы: соблюдение принципов радикализма, абластичности и проведение до, во время и после операции антибластических мероприятий. Принцип радикализма – это полное удаление или резекция пораженной опухолью доли, сегментов легкого в пределах здоровых тканей вместе с клетчаткой средостения с лимфатическими узлами, где имеются основания ожидать появления регионарных метастазов [1, 3, 7].

Возможности выполнения расширенных и комбинированных резекции по поводу рака, особенно при выраженных бластоматозных и параканкрозных изменениях, безопасность препаровки элементов корня легкого, анатомических образований грудной полости и средостения у больных далеко зашедшим раком легкого достигаются боковым доступом. При этом создаются наибольшие возможности для удобной, а значит, и более безопасной препаровки анатомических образований, расположенных как спереди, так и сзади от элементов корня легкого, в пределах плевральной полости и, особенно, в средостении.

Обследование, ревизия органов грудной полости после торакотомии при раке легкого по существу является завершающим этапом диагностики: **выявление** распространенности опухолевых изменений, принятия решения о возможности выполнения радикального оперативного вмешательства. Следует отметить, что, как убеждает опыт, при этом, как правило (в 50,9% наблюдений), представления о стадии развития заболевания, сложившиеся на основании данных предоперационного обследования, приходится пересматривать [2, 10].

Ревизия легкого и анатомических образований грудной полости после торакотомии включает, как правило, выделение, перевязку и пересечение непарной или полунепарной (в зависимости от стороны операции) вены, широкое рассечение медиастинальной плевры. Препарируются клетчатка и лимфатические узлы средостения, рассекается (а при необходимости даже частично иссекается) перикард. Под сосуды корня легкого подводятся лигатуры. Перевязка сосудов пораженного опухолью легкого до принятия окончательного решения о выполнении радикальной операции не делается. С подобных позиций следует выяснять распространенность бластоматозных изменений по бронху, трахее, верхней полой вене, аорте, перикарду, легочным артериям, венам, пищеводу. Более точной ориентировке помогает использование повторных срочных гистологических исследований [11, 12, 13].

Основным условием радикализма оперативного вмешательства являются:

1) отстояние линии пересечения бронха на 1,5-2,0 см от видимого края опухоли и отсутствие опухолевых клеток, определяемых микроскопически в краях пересеченных бронхов, сосудов и дополнительно резецированных органов и тканей. Однако такого отстояния не всегда удается соблюдать, особенно при выполнении реконструктивно-пластических операций. В таких случаях целесообразно проводить лучевую терапию в послеоперационном периоде дробно-протяженным методом фракционирования дозы радиации в СОД 45-50 Гр.

2) В целях повышения радикальности операции при II и III стадиях обязательным условием является регионарная лимфодиссекция [3, 5, 6].

Многие хирурги придерживаются единого мнения о том, что независимо от локализации опухоли по долям целесообразно удалять следующие группы средостенных лимфатических узлов: нижней легочной связки, бифуркационные, претрахеальные, трахеобронхиальные и клетчатку средостения независимо от стороны поражения, а также парааортальные и субаортальные для левого и паратрахеальные для правого легкого. Данный объем лимфодиссекции позволяет объективно установить стадию опухолевого процесса по критерию pN [2, 8, 9].

При выполнении расширенной лимфодиссекции следует стремиться сохранить в целостности диафрагмальный нерв, который способствует наиболее полной компенсации дыхания. По возможности (не в ущерб радикализму операции) следует щадить блуждающий нерв, особенно его возвратную ветвь.

Принципиально важным моментом операции является обработка элементов корня легкого или его доли. Цель ее не только в предупреждении кровотечения или профилактики бронхоплевральных свищей, но и более полное удаление всех тканей, которые могут быть вовлечены в опухолевый процесс. Методом выбора является раздельная обработка всех элементов корня доли легкого. Желательно сосуд прошить аппаратом УКС-20, бронха – вручную. В случае прошивания бронха аппаратами УКБ-25 или УО-40, УО-60, дополнительно следует прошивать ее «восьмиобразными» узловыми швами на атравматической игле, после чего желательно осушить укрывте культи бронха лоскутом париетальной плевры на питающей ножке в виде «колпачка» (методика Абисатова Х.А., 1983).

Выбор объема и характера операции зависит от локализации и распространенности первичной опухоли, ее отношения к окружающим органам и тканевым структурам, состояния внутригрудных лимфатических узлов.

При I стадии центрального рака легкого показана лобэктомия, билобэктомия, пневмонэктомия. При распространении опухоли на устье долевого бронха как альтернатива пневмонэктомии может быть выполнена лобэктомия с циркулярной или клиновидной резекцией соседних бронхов и формированием моно- или полибронхиального анастомоза. При периферическом раке легкого I стадии минимальный адекватный объем операции – классическая сегментэктомия с раздельной обработкой структур корня сегмента, удалением бронхопульмональных, корневых и средостенных лимфатических узлов (Трахтенберг А.Х., 2006; Gao U.S. et al., 2005) [8].

При II стадии основным объемом операции являются лоб-, билоб-, пневмонэктомия с расширенной лимфодиссекцией, но при распространении опухоли на главный бронх производят один из вариантов органопластических операций.

При III стадии с распространением опухоли на грудную стенку, диафрагму, медиастинальную плевру, перикард, или опухоль, распространяющаяся на главный бронх менее чем на 2 см от кия бифуркации, выполняются расширенная комбинированная лоб-, билоб-, пневмонэктомия или органопластическая операция с медиастинальной лимфодиссекцией (Burt M.E., et al., 1987; Martini N., et al., 1994; York J.E. et al., 1999; Трахтенберг А.Х. с соавт., 2003; Давыдов М.И. с соавт., 2005) [3, 4, 8]. Следует отметить, что в этой группе больных с поражением структур средостения, а также при переходе инфильтрации на дистальные отделы трахеи тактика лечения определяется уровнем хирургического пособия в различных клиниках. Так, потенциально операбельным является вовлечение в опухолевый процесс верхней полой вены, дуги и нисходящей аорты, пищевода при прорастании опухоли до наружных слоев мышечной оболочки.

На основании вышеизложенных следует заключить, что соблюдение основных принципов оперативного вмешательства будет способствовать улучшению эффективности хирургического лечения больных раком легкого.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абисатов Х.А. – Клиническая онкология (руководство), Алматы, изд. «Арыс», 2007 с.1240 с.
2. Абисатов Х.А., Косаев А.К. Основные принципы и методологические аспекты радикального хирургического лечения рака легкого// Вестник ЮКГМА, № 1 (42), -С. 133-136.
3. Бейсебаев А.А., М. И Карасаев, Р.А.Идрисов, С.К.Жалгасбаев – Резекция и пластика бифуркации трахеи при раке. //Сборник научных трудов Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы онкологии» Алматы – 2003, С.172-173.
4. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е. – Рак легкого. М. «Радикс», 1994, с.210
5. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е., Герасимов С.С. «Резекция бифуркации трахеи при мелкоклеточном раке легкого //Материалы 3-й международной конференции по торакальной хирургии. М, 2005. с.42-43
6. Онкология. Клинические рекомендации. Под редакцией В.И.Чиссова и С.Л.Дарьяловой, Москва. ГЭОТАР - «Медиа», 2006.с. 193-230
7. Онкология (полный справочник). Под редакцией Ю.Ю.Елисеева, Москва «Эксмо», 2007 с. 736
8. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Клиническая онко-пульмонология. Москва. ГЭОТАР «Медицина», 2000 – 600 с.
9. Харченко В.П., Кузьмин И.В. Рак легкого. М, 2Медицина», 1994 с.480.

10. Burkhart N.M., Allen M.S., Nichols F.C., et. al. Results of en bloc resection for bronchogenic carcinoma with chest wall invasion. //J. Thorac. Cardiovasc. Surg, 2002, vol.123. p.670-675
11. Deygas N., Fraudarakis M, Ozenne G et. al. Cryotherapy in early superficial bronchogenic carcinoma //Ibid, 2001. Vol.120, p 26-31.
12. Lam S. Photodynamic therapy of lung cancer. // Semm. Oncol, 1994, vol.21, p.15-19.
13. Marsiglia H., Baldeyrou P., Lartigau E. et.al. //High-dose-rate brachytherapy as sole modality for early-stage endobronchial carcinoma// Inter. J. Radiat, Oncol, Biol, Phys, 2000, vol.47, p.665-672.

УДК 616-006.3-08

### СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (обзор литературы)

*Б.Т. Байзаков**Актюбинский областной онкологический диспансер, г. Актюбе*

#### ТҮЙІН

Мақалада жұмсақ ұлпалар ісіктерінің қазіргі әдебиетке шолып жаңа емдеу әдістері талқыланған және алдынгы қатар клиникаларда қолданылатын емдеу алгоритмі келтірілген.

#### SUMMARY

In article the given literatures under modern approaches to treatment of soft tissue sarcomas are analysed, the algorithm of treatment sick applied leading clinics is resulted recently.

Саркомами мягких тканей являются злокачественные мезенхимальные опухоли (за исключением опухолей ретикулоэндотелиальной системы и опорной ткани), а также нейроэктодермальные новообразования из периферической нервной системы. В настоящее время описано более 30 различных гистологических типов сарком мягких тканей. Критерии точного определения клеточного источника той или иной опухоли остаются предметом споров между гистопатологами (Краевский Н.А., Смольяников А.В., Саркисов Д.С., 1993) [5]. Из понятия «мягкотканые саркомы» исключены опухоли средостения, орбит и забрюшинного пространства. В клиниках ряда зарубежных стран к мягкотканым саркомам отнесены и опухоли средостения, и опухоли забрюшинного пространства в виду их сходного гистогенеза. Саркомы мягких тканей встречаются сравнительно редко, составляя 0,2-2,6% по отношению ко всем злокачественным новообразованиям человека [2,3,5].

Показатель заболеваемости составляет 1,7 чел. у мужчин и 1,6 чел. у женщин на 100000 населения. У 60% больных саркома мягких тканей поражает конечности, из них более у двух третей пациентов опухоль локализуется на нижних конечностях [4, 7, 10, 19]. По данным различных авторов особенностью сарком мягких тканей является частое гематогенное метастазирование от 24% до 52,6% и значительно реже –лимфогенное от 2,9% до 10% [1, 2, 9, 11].

Долгое время единственным вариантом лечения больных с саркомами мягких тканей являлся хирургический метод, который остается наиболее распространенным и в настоящее время. После местного иссечения, проведенного в качестве самостоятельного метода лечения, высока частота локальных рецидивов от 38,8% до 81,1% [1, 12, 15, 18]. Удаление саркомы мягких тканей в пределах ее псевдокапсулы сопровождается рецидивированием опухоли приблизительно у 90% больных, при широком местном иссечении опухоли (с небольшими участками окружающих ее здоровых тканей) отмечается 40% частота рецидивов. Авторы этих работ отмечают, что радикальное местное иссечение опухоли (удаление в пределах анатомической структуры или мышечной группы, либо ампутация) сопровождаются локальными рецидивами в пределах 10-15% случаев [8, 13, 16].

Нет единого мнения относительно границ резекции здоровых тканей. Петерсон Б.Е., 1976 указывает, что границы захвата здоровых тканей должны быть в пределах 5 - 8см. от края опухоли. Другие не определяют конкретные границы иссечения окружающих опухоль тканей. Опухоль удаляется широко вместе с окружающими ее тканями так, чтобы не видеть ее поверхность [1, 17]. По мнению Sugarbaker Р.Н., Malawer М.М. (1992) саркома мягких тканей должна иссекаться с 2-3см захватом здоровых тканей. Указанные авторы, к сожалению, трактуют границы иссечения окружающих опухоль мягких тканей без учета локализации [4, 6].

Локализация саркомы в области крупных суставов или в дистальных участках конечностей изначально исключает бсм захват окружающих тканей в единый блок с опухолью. В данной клинической ситуации интраоперационная диагностика отсутствия опухолевой инфильтрации по линии резекции дает возможность более экономного иссечения, особенно, подлежащих здоровых тканей. В последнем утверждении неоспоримым фактором радикализма хирургического вмешательства служит контрольное иссечение краев раны для

микроскопического исследования. При отсутствии опухолевого роста в крае резекции, радикализм является достигнутым. Микроскопическое исследование линии резекции должно производиться до закрытия послеоперационной раны, так как опухолевая инфильтрация по линии резекции сопровождается высоким риском локальных повторных рецидивов [11, 13, 16, 18, 19].

Научная литература, посвященная проблеме хирургического лечения саркомы мягких тканей, содержит противоречивые мнения относительно иссечения кожного лоскута над опухолью. James C., Harvey M.D., Edward J., Beattie M.D. (1996) рекомендуют проводить иссечение кожного лоскута над опухолью с послеоперационным рубцом и биопсионным каналом при поверхностно залегающих саркомах мягких тканей, а так же в случаях инфильтрации кожи опухолью без учета зон облучения в предоперационном и послеоперационном периодах [1]. Применение васкулизованных лоскутов позволяет пластировать раневые дефекты на конечностях и туловище практически любых размеров, хотя и не исключает возникновение осложнений, влияющих на сроки и возможность проведения адьювантной лучевой терапии. Хирургической метод лечения сарком мягких тканей сопровождается частым развитием локального рецидива. Этот факт послужил поискам новых методов и схем в лечении сарком мягких тканей [3, 15].

Применение комбинированного лечения больных с саркомами мягких тканей при локализации на конечностях расширило рамки органосохранных операции, значительно снизило процент локальных рецидивов опухоли. В последние годы возрастает интерес к применению облучения саркомы мягких тканей перед оперативным вмешательством. Однако до настоящего времени нет доказательств того, что предоперационная лучевая терапия обладает преимуществом по отношению к послеоперационной лучевой терапии. Теоретической основой предоперационной лучевой терапии сарком мягких тканей является «стерилизация» псевдокапсулы опухоли, девитализация анаплазированных клеток, что позволяет выполнить оперативное вмешательство с высокой степенью абластичности [15, 19].

Комбинированное лечение (предоперационная лучевая терапия и операция) сарком мягких тканей позволяет снизить частоту локальных рецидивов опухоли до 19%, а в группе больных после хирургического лечения частота локальных рецидивов составила 41% [1, 2] местные рецидивы саркомы мягких тканей у больных, при отсутствии в краях резекции опухолевого роста, составили 6%. При положительном локальном контроле на опухолевый рост в крае резекции, рецидивы появились у 18% больных, подвергнутых комбинированному лечению с предоперационной лучевой терапией 50Гр [6, 9, 12].

Послеоперационную лучевую терапию проводят в случаях, когда локальный опухолевый процесс осложняется распадом, кровотечением или присоединением гнойно-септического осложнения. Преимуществом метода послеоперационной лучевой терапии сарком мягких тканей является то, что после удаления опухоли уменьшается объем облучаемых тканей.

Не существует анатомических ориентиров, с помощью которых хирург мог бы оценить адекватность проведенного оперативного вмешательства. Не всегда имеется достаточный резерв здоровых тканей, который мог бы дополнительно включен в единый блок с удаляемой опухолью. Встает вопрос дополнительного воздействия на микроскопические остатки опухолевой ткани. С этой целью применяется интраоперационная лучевая терапия электронным пучком в сочетании с пред- или послеоперационной лучевой терапией. Проведение интраоперационной лучевой терапии исключает дополнительную лучевую нагрузку на здоровые ткани, что дает возможность подведения высокой дозы к мишени. Перспективным видится применение нейтронной терапии сарком мягких тканей [2, 5, 15, 17].

Следует отметить, что успехи в лечении локального опухолевого процесса при саркомах мягких тканей путем внедрения новых способов оперативного вмешательства и лучевой терапии не отразились на пятилетней выживаемости больных [3, 5, 11]. Для увеличения пятилетней выживаемости больных первичными и рецидивными саркомами мягких тканей в последнее время стала применяться химиотерапия. Химиотерапия используется как неoadьювантная, адьювантная, так и лечебная при генерализации опухолевого процесса. Базисным препаратом химиотерапии является доксорубин и его аналоги. По сообщениям ряда авторов применение адьювантной химиотерапии у больных саркомами мягких тканей позволило увеличить пятилетнюю выживаемость с 53% до 87% [2, 17]. Из представленных данных других авторов, следует, что адьювантная полихимиотерапия увеличивает пятилетнюю выживаемость больных и уменьшает процент местных рецидивов опухоли, позволяет снизить дозу предоперационной лучевой терапии.

Химиотерапия в настоящее время используется как в комплексном лечении, так и как самостоятельный метод лечения больных с метастазами саркомы мягких тканей в другие органы. Монохимиотерапия все больше уступает место полихимиотерапии. В практике чаще всего при лечении больных с саркомами мягких тканей применяются следующие схемы полихимиотерапии: CAPO, CyVADIC, CyVADact, VAC-II, VAC, MAID, ACM и другие. Общая эффективность от применения полихимиотерапии составляет 35-45% (Переводчикова Н.И., 1996) [1,3]. Сделан вывод, что началом лечения при высокозлокачественных саркомах мягких тканей является адьювантная полихимиотерапия для подавления субклинических метастазов опухоли, учитывая неблагоприятный прогноз жизни в данной группе больных (Мороз Л.В., Горбунова В.А. 1976; Ozaki T., Sugihara S., Namada M., Nakagawa Y., Inoue H., 1993) [1, 3].

На основании данных рандомизированных исследований можно полагать, что частота местных рецидивов у больных, получивших хирургическое лечение и химиотерапию, аналогична отмечаемой при сочетанном применении хирургического и лучевого методов лечения (Antman K., Suit H., Amato D. et al., 1984).

Все большую популярность приобретает проведение неoadьювантной химиотерапии с контрольным микроскопическим исследованием биоптата опухоли. Положительный ответ саркомы мягких тканей на данную схему полихимиотерапии позволяет планирование лекарственной терапии и в послеоперационном периоде.

Результаты полихимиотерапии рецидивных сарком менее оптимистичны из-за первичной или приобретенной резистентности опухолевых клеток к множеству цитостатических и цитотоксических препаратов. Феномен множественной лекарственной резистентности в последнее время интенсивно изучается, особенно, после выделения гена MDR 1. Продуктом данного гена является трансмембранный гликопротеин (P-гликопротеин), который участвует в процессе элиминации токсических продуктов и химиопрепаратов из опухолевой клетки (Филов В.А., Гершанович М.Л., Акимов М.А., Акимов А.А., 1998) [3].

В настоящее время используется комплексное лечение больных с саркомами мягких тканей, что в итоге значительно расширило рамки органосохраняющих операций.

Другой метод лечения нерезектабельных сарком мягких тканей – предоперационная лучевая терапия с изолированной перфузией конечности. Изолированная перфузия конечности проводилась с применением комбинации химиопрепаратов и интерферона. Достичь желаемого результата не удалось, большая часть сарком после окончания лечения не подлежала хирургическому лечению. Отмечена высокая частота осложнений самого лечения [1].

**Характеристика прогностических факторов.** Большое внимание в настоящее время уделяется прогностическим факторам, влияющим на клинические результаты при саркомах мягких тканей. Многофакторный анализ показал, что определяющими из них, являются гистологический вариант и размер опухоли, ее локализация, наличие или отсутствие метастазов в регионарные лимфатические узлы, состояние края резекции после широкого иссечения саркомы, локальные рецидивы.

Локализация и размер опухоли определяют частоту локальных рецидивов саркомы мягких тканей. Размер опухоли и ее локализация прямопропорционально влияют на процент местных рецидивов. Локализация саркомы вблизи сустава, на стопе и кисти определяет высокий риск местного рецидива независимо от способа лечения [2, 9, 15].

Резекция сосудов при вовлечении их в опухолевый процесс с последующим протезированием сопровождается частым локальным рецидивом саркомы мягких тканей – 40%. Частота рецидивирования после сохраненных операций в области плеча составляет 74,2%, предплечья – 71,2, кисти 70,4%, крупных суставов – 84,8%, бедра – 67,2%, голени – 78,9%, стопы -71,8%, груди – 71,4%, спины – 60%, поясницы – 92,6%, брюшной стенки – 48,6% [2, 15, 19]. Спорным остается вопрос зависимости частоты возникновения локального рецидива саркомы мягких тканей от гистологического варианта и степени злокачественности опухоли. В ретроспективном обзоре Zagars G.K., Goswitz M.S., Pollack A. (1996) осветили результаты лечения 112 больных липосаркомой мягких тканей. Они отметили, что плеоморфная липосаркома характеризовалась высокой частотой локальных рецидивов – 37% и низкой десятилетней выживаемостью – 41% [3]. Определяющим фактором, влияющим на 5-летнюю выживаемость больных, является гистологический вариант опухоли и степень ее злокачественности. Низкодифференцированные саркомы в 8 раз увеличивают риск смерти.

Размер, в большей степени время удвоения опухоли, косвенным образом свидетельствуют о степени злокачественности опухоли до ее верификации. Неблагоприятным прогностическим фактором, отрицательно влияющим на 5-летнюю выживаемость, является размер опухоли более 5см при саркоме низкой степени дифференцировки.

Как отмечается практически во многих публикациях, около 80% рецидивов (как местных, так и отдаленных метастазов) возникает в первые два года после основного этапа лечения первичной опухоли [1, 3, 7, 15]. Авторы не подразделяют локальные рецидивы опухоли, на какие либо группы по срокам возникновения, причинам, объединяющих их. При одном и том же гистологическом типе саркомы время возникновения рецидива может быть обусловлено не только объемом не иссеченной части опухоли, но и условиями ее микроокружения после того или иного способа лечения. По данным противоречивым выводам нет единого мнения [2, 8, 13, 17].

В заключении можно отметить, что на первом месте среди факторов влияющих на продолжительность жизни больных с выявленными саркомами мягких тканей стоит степень дифференцировки опухоли. Размер опухоли при высокодифференцированных саркомах в большей степени определяет прогноз качества жизни больного, из-за более частого местного рецидивирования после удаления первичной опухоли. При низкодифференцированных саркомах размер опухоли влияет как на продолжительность жизни больного, так и на качество жизни больного. Накопившийся мировой опыт лечения больных с саркомами мягких тканей определил алгоритм лечения (**рис.1**) [1, 3].

Мотивом начала лечебного процесса является подтверждение микроскопическим исследованием факта наличия злокачественной опухоли у больного в мягких тканях. Заключительным методом обследования больного перед началом лечения является биопсия опухоли, которая выполняется только при размере ее более 3см. Опухоли меньших размеров подвергаются пункционной биопсии или непосредственно широкой эксцизии.

Данный алгоритм лечения больных с саркомами мягких тканей включает как обязательный компонент окончательной диагностики эффективности хирургического лечения контроль на наличие или отсутствие опухолевой инфильтрации по линии резекции.

Таким образом, изучение представленных выше научных работ позволило выявить нерешенность ряда вопросов: до настоящего времени нет единой тактики лечения больных после хирургического лечения сарком мягких тканей с нарушением принципов онкологического радикализма, нет единого мнения о влиянии локальных рецидивов саркомы мягких тканей на прогноз жизни больных, не изучена периодичность появления локальных рецидивов и факторов влияющих на них, мнения по объему широкого иссечения сарком мягких тканей в зависимости от размера, гистологического варианта и локализации опухоли остаются разноречивыми, нет единого мнения по схемам и тактике лечения больных первичными и рецидивными саркомами мягких тканей. Все вышесказанное оставляет еще не решенной проблему лечения больных саркомами мягких тканей для клинической онкологии и требует ее дальнейшего изучения.

**Инцизионная биопсия опухоли**

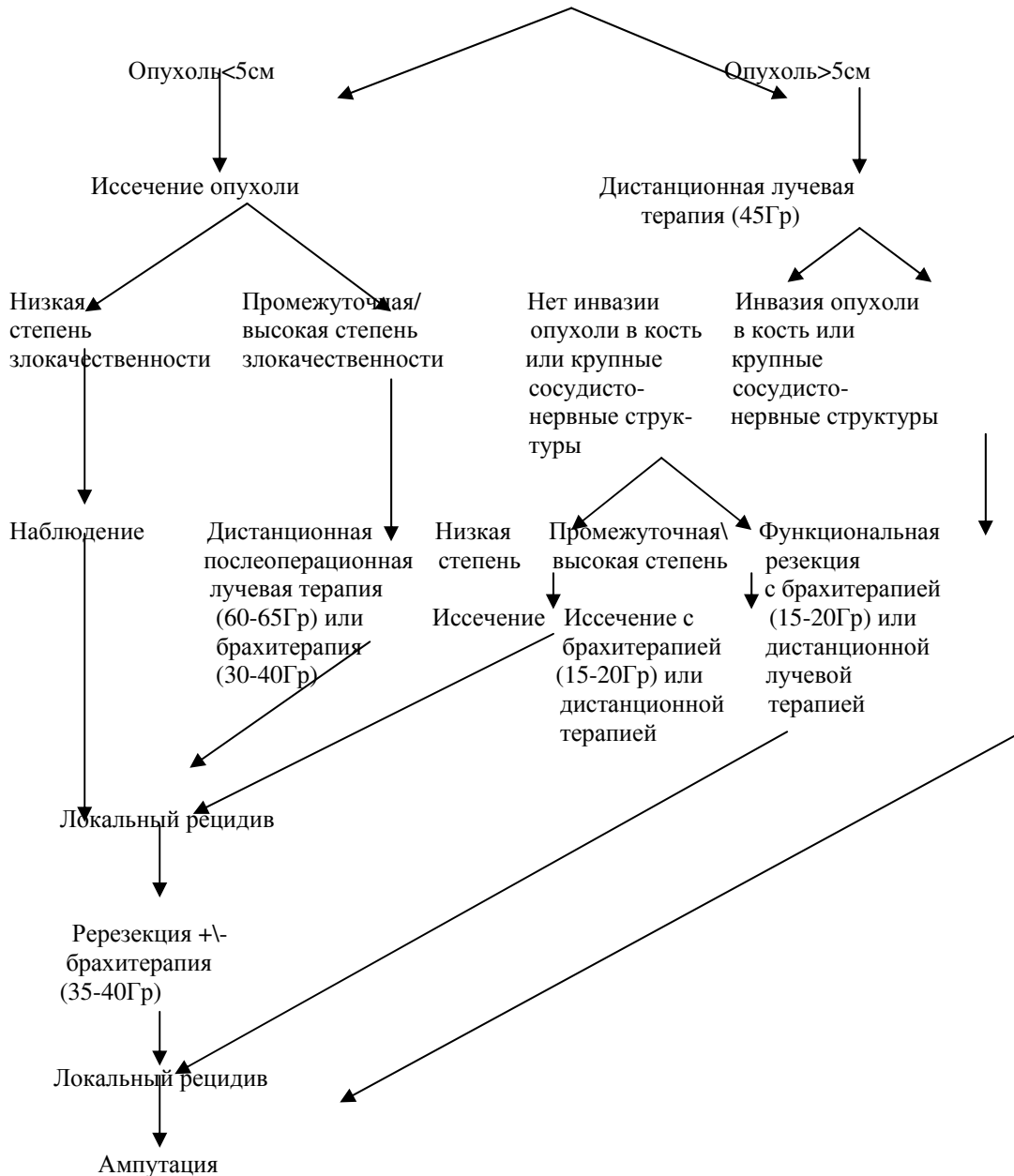


Рис. 1. Алгоритм лечения сарком мягких тканей.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Алиев М.Д., Соловьев Ю.Н., Хараташвили Т.К. и др. Хондросаркома кости. М.: Инфра-М, 2006. 216 с.

2. Алиев М.Д., Мехтиева Н.И., Бохан Б.Ю. Факторы прогноза сарком мягких тканей // Вопр. онкологии. – 2005. – Т. 51, № 3. – С. 288-299.
3. Горбунова В.А., Феденко А.А. Трабектедин: новые возможности химиотерапии диссеминированных сарком мягких тканей. Реферативный журнал «РМЖ» от 29 апреля 2009г.
4. Кешта Р.А., Степанова Е.В. Экспрессия молекулярно-биологических маркеров и их прогностическая значимость при синовиальной саркоме // Актуал. вопр. клин. онкологии. – 2002. – Т. 4, № 4. – С. 34-37.
5. Краевский Н.А., Смольяников А.В., Саркисов Д.С. Патолого-анатомическая диагностика опухолей человека: Руководство: В 2 т. М.: Медицина, 1993. 1248 с.
6. Arce F.P., Pinto J., Portero I. et al. Cutaneous metastases as initial manifestation of dedifferentiated chondrosarcoma of bone. An autopsy case with review of the literature // J. Cutan. Pathol. 2000. Vol. 27 (5). P. 262–267.
7. Bruns J., Fiedler W., Werner M., Delling G. Dedifferentiated chondrosarcoma fatal disease // J. Cancer Res. Clin. Oncol. 2005. Vol. 131 (6). P. 333–339.
8. Delaney T.F., Spiro I., Suit H.D. et al. Neoadjuvant chemotherapy and radiotherapy for large extremity soft tissue sarcomas // Proc. ASTRO. – 2001. – Vol. 51. – P. 148.
9. Doganavsargil B., Argin M., Sezak M. et al. Dedifferentiated chondrosarcoma of the thumb: a case report // Arch. Orthop. Trauma Surg. 2009. Vol. 129 (2). P. 161–166.
10. Evans H.L., Ayala A.G., Romsdahl M.M. Prognostic factors in chondrosarcoma of bone: a clinicopathologic analysis with emphasis on histologic grading // Cancer. 1977. Vol. 40. P. 818–831.
11. Holland J.F., Frei E. Cancer Medicine 6 // BC Decker Inc. London, 2003. – P. 2699.
12. Fletcher C.D.M., Unni K.K., Mertens F. Pathology and Genetics of Tumors of Soft Tissue and Bone. Lyon, France: IARC Press; 2002. World Health Organization Classification of Tumours. Vol. 5. P. 70.
13. Le Cesne A et al. Phase II study of ET-743 in advanced soft tissue sarcomas: a European Organisation for the Research and Treatment of Cancer (EORTC) soft tissue and bone sarcoma group trial. J Clin. Oncol. 2005;23:576-84.
14. Martinez N, Sanchez-Beato M, Carnero A, Moneo V, Tercero JC, Fernandez I, et al. Transcriptional signature of Ecteinascidin 743 (Yondelis, Trabectedin) in human sarcoma cells explanted from chemo-naive patients. Mol Cancer Ther 2005 ; 4 : 814-23.
15. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Soft Tissue Sarcoma. V.2. 2008, MS-7.
16. O'Sullivan B., Davis A., Group C.S. et al. Effect on radiotherapy field sizes in recently completed Canadian Sarcoma Group and NCL Canada Clinical Trials Group randomized trial comparing pre-operative and post-operative radiotherapy in extremity soft tissue sarcoma // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. (abstr.). – 1999. – Vol. 45. – P. 238.
17. Pisters P.W.T., Patel S.R., Varma D.G.K. et al. Preoperative chemotherapy for stage IIIB extremity soft tissue sarcoma: long-term results from a single institution // J. Clin. Oncol. – 1997. – Vol. 15. – P. 3481-3487.
18. Schöffski P, Huygh G, Clement P, Jimeno JM, Wildiers H, Dumez H, et al. Tumor control and objective responses : single-center experience with Ecteinascidin-743 (ET-743, Yondelis), an active compound for the treatment of patients with advanced soft tissue and bone sarcomas. Proc ASCO 2005 : 23 ; (abstract 9027).
19. Xu X.L., Li B., Sun X.L., Li L.Q. Clinical significance of mdm2 and p53 expression in orbital rhabdomyosarcoma // Zhonghua Yan Ke Za Zhi. – 2004. – Vol. 40, № 11. – P. 755-759.

## ПЕДАГОГИКА

УДК 81'25

## ПЕРЕВОД КАК ЧЕЛОВЕЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

*М.К. Орынбаева, Ф.Т. Ыбырай.**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*

## Түйін

Аударма барысы өте алуан түрлі. Әрбір аударма нақтылы бір адамның әрекетінің нәтижесі болып табылады. Кез келген аударма - шығармашылық жемісі болып табылады. Сапалы аударма түрлеріне жоғары спецификалық тіл құралдары қажет.

## Summary

The process of translation is very varied. Any translation is the result of the activity of concrete person. Types of translation are the results of activities. It's necessary to have a high specific language means.

Предмет теория перевода – это сам перевод, то есть результат коммуникации, позволяющий пересоздать текст или устное высказывание, возникшее на другом языке. Пересоздание текста с исходного языка на переводящий должно сопровождаться точной передачей мыслей автора; богатством лексических конструкций. Словом, заново созданный на том или ином языке текст должен передавать все особенности оригинала. Теоретическая наука о переводе - важнейшая отрасль филологической науки.

Язык является средством установления контактов и взаимопонимания между людьми. Перевод возможен только при творческой работе сознания, ведь необходим постоянный активный поиск языковых средств для воссоздания смысловой направленности подлинника. Перевод основывается на четкой системе правил, позволяющих свести к минимуму риск неточной передачи информации. Перевод всегда подразумевает внимание к работе переводчика, которая сама по себе является важнейшим актом коммуникации, ставшим возможным благодаря знанию двух языков. К задачам перевода относится непосредственное внимание к самому процессу преобразования текстов или речевых высказываний. Теория перевода успешно решает вопросы о степени подготовки и уровне знаний, которыми должен обладать переводчик. Актуальность перевода необходимо изучать в соотношении конкретных пар языков, а также соотношение конкретных видов переводимого материала. Например, технические тексты, художественные тексты, научные тексты, медицинские тексты. Сопоставительный анализ этих текстов или речевых высказываний является одним из важнейших методов перевода.

Любой перевод является результатом деятельности конкретного человека, т. е. переводчика. Процесс перевода невозможен без учета следующих факторов – культурного, литературного и медицинского. Именно методы соответствующих наук решают задачу изучения разнообразных аспектов, то есть в рамках лингвистики. Лингвистическая теория перевода относится к переводу как к форме речевой коммуникации, которая занимается установлением контакта между коммуникантами, т.е. людьми, говорящими на разных языках. Базой этой теории является лингвистика в самом широком смысле этого слова, которая изучает структуру языка его функционирование в речи. Перевод взаимодействует с целым рядом лингвистических дисциплин. Наука о переводе связана с общим языкознанием, стилистикой, лексикологией, грамматикой, историей различных языков, литературой и медициной. Несмотря на тесную взаимосвязь с данными науками, теория перевода имеет свою специфику. Очень интересным представляются наиболее интересными с точки зрения различных наук, т.е. с точки зрения психологии наиболее интересными являются такие проблемы, как особенности восприятия и понимания в процессе перевода.

Перевод – это человеческая деятельность, психологический процесс. В психологической природе перевода можно выделить три стадии:

1) Понимание исходного текста. Здесь идет речь в первую очередь о необходимости улавливания смысловой нагрузки текста. То есть переводчик должен целиком и полностью осознавать не только буквальное значение отдельных слов, медицинских терминов, но и включиться в контекст текста, оказаться в теме и понять замысел автора, уловить его манеру изложения и стилистику текста;

2) Осмысливание форм исходного языка. Под этим подразумевается знание построения грамматических конструкций исходного языка и их отличие от того языка, на который осуществляется перевод текста. Подобное возможно лишь при совершенном владении тем языком, с которого происходит перевод;

3) Выбор форм языка перевода. Необходимость этого условия объясняется тем, что главная задача переводчика – максимально точно передать не только информацию, содержащуюся в сообщении, но и донести общее настроение – осуществима лишь при умении воспроизвести общее впечатление от оригинала.

Способности человека понимать, осмысливать и делать выбор изучается в первую очередь психологией. Особое внимание в психологии как науке уделяется речевой деятельности, неотъемлемой частью которой является объектом теории перевода.

Процесс перевода весьма многообразен. Перевод, выполненный человеком, подразделяется на различные типы. Для определения вида перевода необходимо учитывать два важнейших фактора: когда был



изучен (воспринят) исходный материал, и когда появился перевод. Многие исследователи предлагают учитывать два вида устного перевода: синхронный и последовательный. Определение вида может зависеть также от условий, в которых исходный материал был трансформирован в перевод. В данном случае предлагается ответить на вопрос, как был воспринят исходный материал: визуально или на слух; и как был создан перевод – в письменном или устном варианте. Соответственно можно говорить об устном или письменном переводе. Именно на данной классификации основано создание специализации переводчиков. Переводчики могут переводить в устной или письменной форме. Поэтому необходимо учитывать, что существуют следующие виды перевода: зрительно – письменный, зрительно – устный, письменный перевод на слух, устный перевод на слух. Данные классификации основываются на выделении умственных механизмов, деятельность которых берется за основу. То есть от условий функционирования умственных механизмов, благодаря которым возможен процесс перевода, принято относить: восприятие исходного материала, запоминание, переход от одного языка к другому, оформление перевода, временные рамки осуществления перевода. Человек может воспринимать информацию на слух, а может быть, что усвоение основной информации зависит от визуального восприятия. Также может быть, что человек работает с письменным текстом.

Механизм восприятия информации может быть охарактеризован по следующим пунктам:

1) восприятие текста может зависеть от слуховых или зрительных анализаторов; 2) на восприятие текста оказывает значительное влияние факторов повторяемости. Текст может быть прочитан или услышан однократно или многократно; 3) восприятие текста зависит от того, насколько велики воспринимаемые отрезки речи. Нагрузка на память может быть значительной или незначительной. Соответственно, при значительной нагрузке на память процесс запоминания усложняется; 4) многое зависит от времени, которое может быть отведено переводчику на переключение с исходного языка на язык перевода. Время может быть ограниченное или неограниченное. Данная характеристика является основополагающей при делении перевода на разные виды. Работа переводчика и с медицинскими текстами, т.е. зависит от профессиональных знаний, умений и способностей. Виды переводов предполагают следующее деление: 1) письменный перевод; 2) синхронный перевод; 3) перевод с листа; 4) последовательный перевод; 5) абзацно-фразовый перевод; 6) двусторонний перевод. Виды переводов могут принять следующий вид: 1) перевод художественных текстов; 2) перевод научно-технических текстов; 3) перевод газетно-информационных текстов;

За основу можно взять определения, которые предлагают: 1) перевод текстов, которые насыщены образными выражениями, тропами, называется художественным переводом; 2) перевод текстов, которые содержат термины, называется научно-техническим переводом; 3) перевод текстов, которые содержат клише и штампы, которые особенно часто встречаются в газетных статьях, называется общественно-политическим переводом. Именно от специфики языковых средств зависит специализация переводчиков, к примеру, перевод текстов, которые содержат медицинскую терминологию названия лекарственных растений и болезней называются медицинским переводом. Чтобы иметь возможность качественно выполнять перевод, необходимо обладать не только определенным литературным талантом, но и достаточно глубокими знаниями в различных областях науки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Общеευропейские компетенции владения иностранным языком: Изучение, обучение, оценка. стр 94 - 120 (Международный стандарт)
2. Пособие по теории перевода.(на английском материале)Ю.В. Пивуева, Е.В.Двойнина– М:Филоматис 2004 г.
3. Техника перевода. Д.М. Бузаджи, А.С. Маганов Москва «Р.Валент» 2007г

ӘОЖ 130.2

#### ҚАЗАҚСТАНДЫҚ ӘДЕП МӘДЕНИЕТІ

Қ.Б. Кемелбеков

*Оңтүстік Қазақстан фармацевтикалық академиясы, Шымкен қаласы, Қазақстан*

Қазіргі қазақстандық әдеп мәдениетінде басқа да қайшылықтар мен қиындықтар жеткілікті. Алдымен көзге түсетіні – адамгершілік мәдениеттің төмендеуі. Егер тоталитарлық жүйеде қоғам мемлекет ішіндегі бағынышты тетікке айналса, онда көптеген посткеңестік елдерде қоғамдық құрылымдар мүлдем елеңбей қалды: бір жағынан, өзінің мәнді белгілері бойынша тұлғасыз көпшілікке (масса) айналған халық бұқарасы бар. Екінші жағынан, жүйелер теориясы бойынша, құрылымы біртүпес тұтастық түбінде деградацияға ұшырайды. Әрине, Қазақстан және ТМД-ның басқа елдерінде жаңа әлеуметтік-мәдени құрылымдар қалыптасып жатты. Алайда олар билеуші топтың белсенділігіне қатысты болды. Халықтың онда ісі аз болды.

Халықтың бұқаралық мәдениеттің теріс жақтарын өз бойына жылдам сіңіріп алуының тарихи себептері бар. Біріншіден, еліміздің негізгі тұрғындары қазақтар мен орыстар ғасырлар бойы қауымшылдық дәлде әрекет етті. Мысалы, Ресейдің «алтын ғасырындағы» соборлық идея жеке индивидтің ар-ожданы негізінде қоғамдасуын білдіреді. «У ішсең де, руыңмен іш» деген қазақтар менталитеті айтпаса да түсінікті. Жоғарыда

дәстүрлі мәдениеттегі тұлға мен қауымның арақатынасы белгіленген. XX ғасырдың аяғында дейін ол өз тұрақтылығын сақтап келді. Социалистік құрылыстағы «коллектившілдік» тұрағынан алғанда қауымшылдықтың ерекше түріне жатады. Бұл сипатта мына бір теориялық қағиданы ескеру қажет: қоғамдастық, қауым, неше түрлі кооперативтіктер (клан-ру, діни ұжымдар, отбасы, мамандық, спорттық бірлестіктер, клубтар, мүдделері құрылымдар, т.т.) адамдық келісімнің нәтижесінде өмірге келеді және оған тәуелді болып отырады. Сол себепті тұлғалық және әлеуметтік бірлестіктер тарихи-релятивтік болып келеді [1]. Қоғамдастықтың относительдігі (салыстырмалылығы) әлеуметтік-мәдени феномендерінің де шарттылығын тудырады. Мысалы, КСРО тарағаннан кейін отарсыздану үдерістері әлемдік өркениеттіліктің басқа тарихи жағдайында өтіп жатыр. Өйткені XX ғасырдың 60-ы жылдарындағы отарсыздану Батыс метрополиясы емес, бұрынғы метрополияның үлкен болса да бөлігінде жүрді. Сол себепті этнократиялық ұстаным тарихи үдерістердің жалпы бағытына сәйкес келмейді, индивидуализмге негізделген қоғамды құру үшін батыстық немесе ресейлік құндылықтардан алшақтамай, қайта олармен ұлттық архетиптерді сақтай отыра конвергенцияға бару қажет.

Автордың жалпы шыншылдық тұғырнамасы. Сонда да Абай бастап берген өз қоғамы мен адамы бойындағы теріс қасиеттерді объективті тұрғыдан сынау жағымды. Ол жағымсыз қатынастар мен қылықтардан арылуға себебін тигізе алады. Тек әмбебапты әділдік принципі бағыт беруші тетік қызметін атқарып отыруы қажет. Қазақтың дәстүрлі әдеттік реттеу тетіктерінің біртіндеп істеп шығуы далада тек мінез-құлықтық ретсіздік ғана емес, сонымен бірге ұлттық сананың оянуына әкелді. Қазақ мәдениетінде ұлт-азаттық қозғалыс дүмпуі басталды және бұл қазіргі тәуелсіз Қазақстанға дейін апарған сара жолға жатады. Қазақ қайраткері М. Дулатов ғасыр басында өзінің атақты «Оян, қазақ!» деген мәдени бағдарламасын жариялады. Одан бір үзінді келтірейік: «Қазақстаннан болған социал-демократтарға бірауыз сөз айтамын: Еуропаның пролетариясы үшін қанды жастар төгуіңіз пайдалы, бірақ өз халқыңыз қазаққа артық назар салыңыз, орыстың қара халқы мазлұм күнелтуі ауыр, сонда да алды ашық. Қазақ халқы алты миллиондық бір ұлы тайпа бола тұрып, басқа халыққа қарағанда жәрдемсіз азып-тозып кетер» [2].

Ұлт-азаттық қозғалысының қайраткерлері аса діндар болмағандарымен, қазақтың өзіндік мәдениетін қорғаушы күштің бірі ретінде мұсылмандықты қолдады. Ресей империясы өзінің географиялық орналасуы мен тарихы бойынша мұсылмандық елдермен қашанда қақтығыста болып келді. Бұл Ресей құрамындағы мұсылман этностарында исламдық мемлекеттер бізге түбінде көмек береді деген нанымдар туғызды. Панисламизм мен пантюркизм Ресей жағдайында отаршылдыққа қарсы күрестің жалауына айналды. Мысалы, 1916 жылғы көтерілісті алайық.

Батыс тарихшыларының бәрі мұның шын себебі - XX ғ. Басына қарай, орыстардың отарлық саясатының қанат жаюына байланысты, жердің жетіспеушілігі, сондай-ақ ұлы державалық үкіметтің орыстандыру саясатына наразылық, бұратана халықтың құқықсыздық жағдайы, ислам дүниесі мен орыс империясының дәстүрлі қарама-қарсылығы т.б. деп дұрыс көрсетті. Р. Теренің айтуынша көтеріліс патша үкіметіне қарсы басталғанмен, іс жүзінде орыс халқына бағытталды. М. Олкоттың пікірінше, қазақтар өжеттілікпен, тайсалмай шайқасқа шығуға мәжбүр болды. Ең күшті қарсылық әсіресе, орыстардың көрсеткен қысымшылығы қатайған, сондай-ақ экономикалық ресурстарды пайдалану мүмкіндігі аз қалдырылған аудандарда көрсетілді. Көтерілісті уақытша басқанымен, оған қатынасты жазалау шараларын жүргізгенімен патша үкіметі қазақтардың наразылығын біржола жоя алмады [3].

Панисламизм мен пантюркизмнің Ресейдің мұсылман халықтарының арасында тарауы олардағы дәстүрлі мәдениеттегі әдептік және әдеттік нормалардың біртіндеп діни мазмұнға ие бола бастауына әкелді. Бұл мәселе, өкінішке орай, қазақтың құқықтық мәдениеті мен әдеп жүйесін зерттеушілердің назарынан тыс қалып келеді. Шын мәнісінде, біз әдет құқығының канондық құқыққа, дәстүрлі әдептің мұсылмандық этикалық жүйеге ауысуын көріп отырмыз. Әлі күнге дейін баспасөз беттерінде немесе саясаттандырылған ғылыми зерттеулерде исламдық құқық пен әдепті теріс көрсету үлгілері жиі кездеседі. Бұл бұрынғы бодандық психологияның қалдығы немесе бүгінгі Ресей немесе Қытай, Еуропада кездесетін «исламдық фундаментализм» айдарының әсері. Сол себепті Ресейдегі осы мұсылман халықтары өкілдерінің аталған мәселе жөніндегі көзқарастарына назар аударайық. Пантүрікшілдіктің негізін салушылардың бірі Исмаил бей Гаспринский былай деген: «Общественная и умственная изолированность мусульман, глубочайшее невежество, мертвая неподвижность во всех сферах их деятельности, постепенное обеднение населения и края, и по окраинам, гибельная эмиграция!

Не странно ли, что мусульманские общества многих азиатских центров, как Константинополь, Смирна, Каир, Дамаск, Тунис и многие другие, – настолько опередили во всех отношениях общества русских мусульман, что среди тех мусульман вы чувствуете Европу, оживление умственной и нравственной жизни. Русское господство не ведет мусульман к прогрессу и цивилизации; бессильно вдохнуть новую жизнь. Мало того, – я с болью должен констатировать, что при русском господстве пришли в некоторый упадок и те средства умственного развития татар, кои представлялись их школами и письменностью.

Обыкновенно говорят: татарское господство причинило Руси неисчислимые бедствия, задержало цивилизацию на несколько столетий. Это совершенно верно; но я думаю, что столь продолжительное господство над Русью какого-либо другого племени, при той же силе и могуществе, могло бы совершенно уничтожить Русь» [4].

Қазақ ағартушылары мен ұлт-азаттық қозғалысының өкілдері «исламға қарсы болды» деген келте ұғым әлі күнге дейін бой көрсетіп келеді. Шын мәнісінде, Ыбырай мұсылмандық мәдениетті халыққа түсіндіру мақсатында 1884 жылы Қазақ қаласында «Ислам Шариаты» атты кітабын шығарды, Абай имандылық, сопылық және мұсылмандық туралы тақырыпқа жиі оралып отырды. Басында исламға өзінше сырттай «қамқорлық» жасап келген патша әкімшілігі кейінінен исламды құдалау саясатына көшті. Тарихи-құқықтық әдебиетте осы жөнінде мынадай деректер келтіріледі: Ресей патшалығы отарланған қазақ халқын өз ықпалынан шығармау мақсатында үш түрлі қанды қақпанға құрылған түбірлі саясат ұстанған. Олары: қазақ жеріне келімсектерді қоныстандыру тәсілімен тартып алып түпкілікті меңгеру; өздерінің рухани сағын сындыру үшін, христиан дініне шоқындыру арқылы орыстандыру; ең қауіпті нәрсе-қазақтардың ұлттық санасын ояптау, азаматтық сезімін өшіріп рухани құлдыққа танудың таптырмас құралы территориялық принципке негізделген болыстық сатылы сайлау жүйесін орнықтыру арқылы рушылдықтың отына май құйып өздерімен өздерін жауластырып қоюдан басқа ешнәрсе де емес.

Қазақ зиялылары бұл саясатқа қарсы тұра білді. Мысалы, Шәкәрім Құдайбердіұлы қазақ тілінде «Мұсылмандық шарты» атты канондық құқыққа және оның қазақ әдебімен үйлесімді қосуға арналған еңбегін жариялады. Аталған еңбегінің жазылу себебін Шәкәрім былай түсіндіреді: «Оқығандарыңыз кітаптан, оқымағандарыңыз молдалардан есітіп білген шығарсыздар. Олай болса біздің қазақ халқының өз тіліменен жазылған кітап жоқ болған соң, араб, парсы кітабын білмек түгіл ноғай тіліменен жазылған кітаптарды да анықтап ұға алған жоқ шығар деп ойлаймын. Сол себептен иман-ғибадат турасын шамам келгенше қазақ тіліменен жазайын деп ойландым. Бұл кітап әрбір қазақ оқуға оңай болып, әрі оларға пайда әрі өзіме сауап болар ма екен деп, үміт еттім» [5].

Шәкәрім ықшамдаған мұсылмандық құқық қағидаларында екі нәрсе қатал сақталған: а) қазақы салт-дәстүр мен исламдық нормалардың арасындағы үйлесімділік; ә) жалпы адамзаттық мораль құндылықтарының әмбебаптылығы. Мысалы, адам еркінділігін алайық. Исламның фундаменталистік түсініктері бәрі алдын-ала жазылған деп адам еркіндігіне шек қояды. Шәкәрім еркіндікті жақсылық пен жамандықтың арасындағы таңдау деп қарастырады. «Кейбіреулер адамда түк ерік жоқ әрі не қылса құдай тағала қылғызады деп алла тағаланың пендеге берген еркіменен талабын танады. Бұл теріс, кейбіреулер: жақсылық, жамандықтың басында жаратқан алла тағала сол себептен бәрі алладан дейміз. Онан басқа алла тағала дүниедегі пенденің ісіне тіпті кіріспейді. Бәрін де жаратты дейміз, пайғамбар арқылы ұқтырды да қойды. Пенде өзі сүйгенін қыла береді дейді. Бұл ой да теріс ой және кейбіреулер біздің не қылатынымызды бәрін де алла тағала өзі әлдеқашан біліп лұқәлмжфузағи жазып қойды, оны қылмай кетуге пендеде не ерік бар дейді. Бұл сөз де ақылсыздықтан айтылады. Алла тағала ешқашан пенденің көңілін жаман іске аудармайды. Жаман істі пенде өз нәпсісіне еріп шайтанның алдауына еріп талап қылады. Оны алла тағала көрмеуде шарифат хәм молдалар сөзіменен тиып, жасырында ойы жүрегіне сезгізіп тыяды. Оған да болмай ұмтыла берген соң, қаһар қылса, тоқтамайды. Жақсылыққа әрқашан бұйырып хәм көңілін де соған аударады. Тілегі дұрыс, жүрегі таза пендесін бірде болмаса бірде түзу жолға салады» .

Әрине, біз бұл жерде канондық құқықты мұрат ретінде ұсынып отырғанымыз жоқ. Мұсылмандық құқықтың да кертартпа жақтары жеткілікті. Әңгіме канондық құқықтың әдептік-өркениеттік нормалары туралы болып отыр. Ресейдің бодандық саясаты Қазақстан үшін бұл құқықтық мәдени дәстүрді қорғаушы қызметін атқарды дейміз. Осы туралы М. Дулатов мынадай маңызды ойларын қалдырған:

Әуелі үйренетін бір ғылымың,  
Өзіңнің мұсылманша дін ғылымың.  
Шарттарын исламның кәміл білсең,  
Ахиреттік азық берер шын ғылымың.  
Екінші қажет ғылымың - орысша дүр,  
Өзің бек пайдалы тіл білуің.  
Қараған мемлекеттің низамы не?  
Мұны білсең сақталар дүниелігің  
Кеш біліп, кенж е қалып көп пайдадан,  
Жібергені сол емес пе жер мен суын.  
Жол тауып әлде болса данышпандар,  
Дұшманның құлатқай-ды тіккен туын» [6].

Алайда, тарих қисыны бойынша бұл бағдарлама іске аспай қалды.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 Әженов М., Садырова М. Қоғамның әлеуметтік құрылымы. – Алматы: Қазақ университеті, 2002. - 191 б.
- 2 Дулатов М. Оян қазақ! – Алматы: Алтын орда, 1991. – 80 б.
- 3 Лаумулин М.Т. Сырттан көзқарас // Қазақ. – Алматы: Білім, 1994. – 116-129 бб.
- 4 Гаспринский И. Русское мусульманство // Ташкент. - Звезда Востока. - 1991. - N 4. – С. 8-17.
- 5 Шәкәрім. Үш анық // Әлем: Альманах. – Алматы: Жазушы, 1991. – 15-44 бб.
6. XIX және XX ғасырдағы қазақ әдебиетінің жинағы (кұраст. Әуезов М., Жолдыбаев М., Қоңыратбаев Ә.). - Алматы, 1934. – 356 б.

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	
МЕДИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДЫХАНИЯ ДЕТЕЙ И У ПОДРОСТКОВ В ЦЕЛЯХ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХНЗЛ <i>М.А.Булешов, С.А.Диханбаева, Ж.Аубакирова</i> .....	3
ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БРОНХО-ЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПЕРЕХОДЕ ДЕТЕЙ В СТАРШИЕ ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ <i>М.А.Булешов, С.А.Диханбаева, Ж.Аубакирова</i> .....	4
РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ДИСПАНСЕРНОГО МЕТОДА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ <i>М.А.Булешов, С.А.Диханбаева, Ж.Аубакирова</i> .....	6
ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВА НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН - РАБОТНИЦ <i>М. А.Булешов., Л.Л. Сайдилдина</i> .....	9
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОЧИХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ. <i>Саркулова С.М.</i> .....	12
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПОДРОСТКОВ Г.ШЫМКЕНТА ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА. <i>Миронова Л.Ц., Сысоева Т.В., Салыкбаева Г. А., Шилмурзаев Б.С.</i> .....	15
ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА СВИНЦОВОМ ПРОИЗВОДСТВЕ. <i>Саркулова С.М., Латыева М.Ш., Маханбетов Р.С., Сметова Р.А., Умиралиева З.У.</i> .....	17
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА СВИНЦОВОМ ПРОИЗВОДСТВЕ <i>Саркулова С.М., Миронова Л.Ц., Умиралиева З.У., Жиен А.К., Шилмурзаев Б.С., Асабаев Г.К.</i> .....	20
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №1 Г.ШЫМКЕНТА <i>С.С. Кудайбергенова</i> .....	22
ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕЛИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ СВИНЦОВОГО ПРОИЗВОДСТВА Г.ШЫМКЕНТА <i>Д.М.Булешов</i> .....	24
ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ ҚОРҒАСЫН ӨНДІРСІ ЖҰМЫСШЫЛАРЫНЫҢ ЖҮРЕК-ҚАН АЙНАЛУ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ КЕШЕНДІ ПРОФИЛАКТИКАСЫ МОДЕЛНІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ӨЛЕУМЕТТІК ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ <i>Д.М.Бөлешов</i> .....	27
ОПТИМИЗАЦИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПАТОЛОГИЕЙ КЛАПАНОВ СЕРДЦА НА ОСНОВЕ МНОГОФАКТОРНОГО АНАЛИЗА ИНФОРМАЦИИ ИЗ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫХ БАЗ ДАННЫХ <i>Л.А. Бокерия, Е.С. Мырзакулов, Д.М. Булешов, Е.С Саматов</i> .....	29
EVALUATION OF MEDICO-SOCIAL EFFICIENCY OF THE COMPREHENSIVE PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES MODEL AMONG EMPLOYEES OF LEAD PRODUCTION IN SHYMKENT <i>D.Buleshov</i> .....	30
ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ <i>Байжарасова К.К.</i> .....	31
ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У РАБОЧИХ РАБОТАЮЩИХ НА НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕМ ПРОИЗВОДСТВЕ (ПЕТРОКАЗАХСТАН) <i>Э.К. Бекмурзаева</i> .....	32
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ <i>М.А. Булешов, С.Н. Кульбаева, М.М.Нартаева, Р.Т.Тлеужан, Р.К.Карсыбекова, Г.М. Курманбекова</i> .....	37
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ <i>Н.М. Оспанов</i> .....	40
ФАКТОРЫ ТКАЦКОГО ПРОИЗВОДСТВА И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИЦ <i>Г.У.Акбердиева, М.А.Булешов, Н.М.Расымбекова</i> .....	41
РАЗВИТИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>И. Тулеев, Ч.А. Бекбанов, К.С. Казбекова, С.А. Катбаев</i> .....	44
МЕХАНИЗМЫ НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТИ ЦНС И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ <i>М.Г.Абдрахманова, Б.Д.Ельшина, Ш.К.Омарова, Р.А.Беляев, С.К.Минбаев, Е.В.Епифанцева, Шайкенов Д.</i> .....	46
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕРОИНОВОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ <i>Ж.И.Маденова</i> .....	48
ГЛАУКОМАНЫҢ (СУҚАРАҒҒЫНЫ) АЛДЫН АЛУҒА БОЛАДЫ <i>К.Т.Жуманова</i> .....	48
СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЮКО <i>О.Ш.Ержанов, Скребцов Б.А., Оразалиева А.Т., Тайшиева Б.Т., Атемов Т.А., Муратбаева А.И.</i> .....	50

ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ <i>Н.Т. Тузельбаев</i> .....	53
АНАЛИЗ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ РАСТИТЕЛЬНОМ ЯДОМ–КУКОЛЬНИКОМ (ЧЕМЕРИЦОЙ) <i>К.С.Казбекова, Ч.А. Бекбанов, И.Т. Тулеев, Т.Н. Петрова, А.Е. Мынбосынов</i> .....	55
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КИШЕЧНИКА ПРИ ГЕЛИКОБАКТЕРНОЙ И ЛЯМБЛИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ <i>Ш.И. Мырзахметова</i> .....	57
КЛИНИКА ГЕЛИКОБАКТЕРНОЙ И ЛЯМБЛИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ <i>Ш.И. Мырзахметова</i> .....	59
ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА КРЫМСКОЙ-КОНГО ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ В КАЗАХСТАНЕ <i>Р.А. Егембердиева, К.К. Кыраубаев, А.М. Дмитровский, С.А. Амиреев, Л.Б. Сейдулаева, К.Т. Баикеева, А.А. Ергалиева</i>	62
АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА КЛЕЩЕВЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ В КАЗАХСТАНЕ <i>Р.А. Егембердиева, Ж.Ж. Шатиева, А.М. Дмитровский, С.А. Амиреев, Л.Б. Сейдулаева, К.Т. Баикеева, Р.Ж. Баихожяева</i>	64
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СУДЕБНО-ХИМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>С.Э. Каримбаев, З.Т. Алматаева, Д.Ш.Бегишева</i>	65
АНАЛИЗ СМЕРТЕЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ УГАРНЫМ ГАЗОМ ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2008-2010 ГОДЫ <i>З.Т. Алматаева, М.А. Абдиев, К.К. Адеханова</i>	66
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ АНАФИЛАКТОИДНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ВВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ СРЕДСТВ <i>А.А. Мустапаева</i>	67
Студенттердің салауатты өмір салтына бейімделуі <i>Г.У. Тулепбергенова, А. Омарханова</i>	68
Жеке тұлғаның денсаулық көрсеткіштері <i>Г.У. Тулепбергенова, Г.Ә. Қасқараева</i>	70
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРКОЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Г.А. Дуцанова, М.Ж.Мырзахметова</i>	72
УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА СРЕДИ УЧАЩИХСЯ НА ПРИМЕРЕ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>М.Ж. Мырзахметова, Р.А. Баймурунова, Л.Г. Маджуга, К.К. Тагаева</i>	74
ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЧАСТОТУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА <i>Р.И.Турсынбеков</i>	75
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КЕНТАУ ОСНОВНЫМИ УРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Р.И.Турсынбеков, Л.Н.Ешмуратов, Н.А.Жахай, Ж.Б.Оразбахов, А.Ю.Мамеков</i>	76
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</b>	
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА <i>Г.А Дуцанова., Л.Е. Есжанова</i>	79
УСЛОВИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>В.В.Белопасов, Н.П.Нугманова, Е.Ю.Подлеснова</i> .....	81
КОГНИТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>О.А.Садиев</i> .....	85
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИГРЕНИ <i>О.А.Садиев</i> .....	86
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА <i>Ж.Е. Куттыгулова</i> .....	87
ЖАСӨСПІМДЕРДЕ КЕЗДЕСЕТІН ПСИХОВЕГЕТАТИВТІ БҰЗЫЛЫСТАРЫ АС ҚОРЫТУ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫ МЕН БАЙЛАНЫСТАРЫ. <i>Ж.Е. Куттыгулова</i> .....	89
СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КАРБАМАЗЕПИНА И ЛАМИКТАЛА <i>Н.Ж.Орманов, Н.А. Жаркинбекова, Л.Н. Орманова</i> .....	90
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭПИЛЕПСИИ В САЙРАМСКОМ РАЙОНЕ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Н.А.Жаркинбекова, Г.А.Дуцанова</i> .....	93
К ВОПРОСУ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ЮНОШЕЙ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ <i>Н. К. Тузельбаев, А.С. Биболова, З.К..Джаскипбекова, О. Ж. Ташимбаева, Ж.Е. Куттыгулова</i> .....	96

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ ЭТАНОЛОМ В СОЧЕТАНИИ С ОБЩИМ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕМ ОРГАНИЗМА <i>К.С. Казбекова, Ч.А. Бекбанов, И.Т. Тулеев, Т.Н. Петрова, Г.П. Бялова</i> .....	99
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ <i>Ч.А. Бекбанов, И.Т. Тулеев, К.С. Казбекова, А.Е. Мынбосынов, Т.Н. Петрова</i> .....	101
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ДЕТЯМ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Ч.А. Бекбанов, К.С. Казбекова, И.Т. Тулеев, Т.Н. Петрова, А.С. Биболова</i> .....	103
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>А.А. Бермагамбетова</i> .....	108
ПЕРВИЧНО ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА <i>С.У. Каменова, К.К. Кужыбаева, А.М. Кондыбаева</i> .....	109
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПРЕХОДЯЩИХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ <i>С.У. Каменова, К.К. Кужыбаева, Е.Ю. Ли, А.М. Кондыбаева</i> .....	111
РОЛЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ КРИЗОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНСУЛЬТА <i>С.У. Каменова, К.К. Кужыбаева, Е.Ю. Ли, А.М. Кондыбаева</i> .....	115
ИНСУЛЬТ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ <i>А.А. Оспанов</i> .....	118
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ФАКТОР РИСКА ИНСУЛЬТА <i>Б. Ш. Шынжирбекова</i> .....	121
ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА <i>А.Е. Туртаева</i> .....	122
ВОЗМОЖНОСТИ ФИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ <i>А.П. Ермагамбетова, Н.М. Мавлюдова, Г.Б. Кабдрахманова</i> .....	123
АНАЛИЗ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИХ ЦРБ <i>Е.Ф. Сахнова</i> .....	126
ЭПИЛЕПСИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ <i>Е.Ф. Сахнова</i> .....	127
РОЛЬ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТОВ <i>К.И. Мухамбетова</i> .....	128
ОСТРЫЕ ИШЕМИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА. ПОИСК ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ <i>К.И. Мухамбетова</i> .....	130
ТИОКТОВАЯ КИСЛОТА В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ <i>А.А. Бермагамбетова</i> .....	133
ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, В ВОЗРАСТЕ 39 – 50 ЛЕТ <i>М.Т. Мулинова</i> .....	137
ЖЕКЕ ТҰЛҒАНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІ <i>Г.У. Тулепбергенова, Г.Ә. Қасқараева</i> .....	139
ДЕНЕ ДАМУЫ - КӘСПТІК-ТЕХНИКАЛЫҚ ЛИЦЕЙ ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ БІРІ РЕТІНДЕ <i>Приз В.Н., Жиенбекова А.Ж.</i> .....	141
ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА И ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>К.С. Казбекова</i> .....	143
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА <i>В.О. Кенбаев</i> .....	145
ОЖОГИ ЛИЦА <i>Казбекова К.С., Мун О.Т., Досыбаев М.Б., Бурабаева М.Д., Бекбанов Ч.А.</i> .....	148
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ РААС И ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Казбекова К.С.</i> .....	151
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ. <i>Э.Н. Алиева</i> .....	153
ТАМАҚТЫҚ АЗЫҚ-ТҰЛҚІТЕРДІ ӨНДІРЕТІН КӘСПОРЫНДАРДА ЖҰМЫС ЖАСАЙТЫН ЖҰМЫСШЫЛАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ <i>Г.Н. Талиева</i> .....	155
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ДЕТЕЙ - ИНВАЛИДОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ <i>Ю.М. Мусаев, К.К. Салхожаева, Н.Ш. Бектибаева., У.Ю. Мусаев., Г.М. Калменова, Г.А. Жақипова</i> .....	157
ТОПОГРАФОАТОМИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ МОЗЖЕЧКОВОЙ АРТЕРИЕЙ СО СТВОЛОМ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА <i>В.О. Кенбаев</i> .....	158

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ЕГО РАЗВИТИЯ. <i>Адилова Ш.Т., Ходиева З., Утепова А.Я.</i> .....	159
ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО <i>А.С.Биболова, Ж.У. Сулейменова, А.И. Жақсыбаев, Г.Ж. Мырзабекова, Т.Н. Джубанишбаева.</i> .....	161
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ 1-ОГО ГОДА ЖИЗНИ <i>А.С.Биболова, Н. К. Тузельбаев, Ж.А. Аденов, К.С. Казбекова, О.Ж. Ташимбетова.</i> .....	162
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ Г.ШЫМКЕНТА <i>Г.Н.Абуова, Г.А.Айнабек, Ж.О.Сейткулова, З.Т. Халил, К.А.Тургунова.</i> .....	164
ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ДАННЫЕ ПО ШОФ РГКП «ЮГО-ВОСТОЧНОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА САНЭПИДЭКСПЕРТИЗЫ НА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОМ ТРАНСПОРТЕ <i>К. Шалабаева.</i> .....	166
РАСПРОСТРАНЕНИЕ МИКРОБОВ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ И ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ <i>К. Шалабаева.</i> .....	167
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АБОРТОВ <i>Р.К Джунусова, Г.А Кизатуллина, Г.М.Жаксылыкова, Б.Т Салимбаева</i> .....	168
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ <i>С.У Мамырбекова, З.Н Бадалова</i> .....	172
ЗНАЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И МАТЕРЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА. <i>Ш.Т Адилова, А.Я Утепова, З Ходиева</i> .....	174
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОЙ ГРУППЫ БОЛЕЗНЕЙ <i>П.Т Доскараева</i> .....	177
КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫЙ АУДИТ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Б.С Малгаждарова, М.У Кокенова, Г.Ж.Задина, З.Б Утешева</i> .....	179
СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ВОРОНКООБРАЗНО-ЛАДЬЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ РЕБЕР <i>А.К. Карабеков, Е.Т. Бектаев, Н.С. Нарходжаев.</i> .....	181
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИДОЛА ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. <i>С.М Усманов</i> .....	182
КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРГОЙКЕМИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА <i>Н.Н.Бекенов</i> .....	184
К ВОПРОСУ «ОКОЛОПОТЕРЬ» В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Глеужан Р.Т., Булешов М.А., Кульбаева С.Н., Майсарова Б.Д.</i> .....	185
КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ФЛЕБОСТАТИЧЕСКИМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Т.А.Султаналиев, В.В.Михальченко, А.К.Баймагамбетов, С.В.Михальченко, Т.С. Сартаев, А.Г. Рыжков, О.А.Полатбек</i> .....	189
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ФЛЕБОСТАТИЧЕСКИМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>В.В.Михальченко, Т.А Султаналиев, А.К.Баймагамбетов, С.В.Михальченко, Т.С Сартаев, А.Г.Рыжков. О.А.Полатбек</i> .....	192
ТАКТИКА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК <i>А.Т. Балахмет.</i> .....	194
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Ж.Р. Мырзахметова.</i> .....	196
УСЛОВИЯ ПРОЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ БИОГЕОХИМИЧЕСКОЙ ПРОВИНЦИИ <i>М.А Тубанова, М.А.Булешов, Р.М. Булешева</i> .....	196
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ С СОСТОЯНИЕМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ <i>М.А. Тубанова</i> .....	199
РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НАСЕЛЕНИЮ БИОГЕОХИМИЧЕСКОЙ ПРОВИНЦИИ <i>М.А.Тубанова</i> .....	202
РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ БОЛЕЗНЕЙ <i>М.А. Тубанова</i> .....	205
ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ СОЕДИНЕНИЯМИ ФОСФОРА <i>М.А. Тубанова, Г.А. Дуцанова</i> .....	208
<b>ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ</b>	
СОСТОЯНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ И ОКИСЛЯЕМОСТЬ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОСЛЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЛАМИКТАЛОМ И КАРБАМЕЗАПИНОМ <i>Н.А.Жаркинбекова.</i> .....	212

ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕСТЕРОИДНОГО ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ <i>Б.Т.Токкулиев.....</i>	214
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АППАРАТА VTL - 4000 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА <i>Э.К.Бекмурзаева, Б.М.Байдуллаев, Х.Т.Қорғанбаева, Р.Б.Ибрагимова, А.К. Қонырбасов, Л.Л. Сарыпбекова .....</i>	216
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗОЛВАНА 30 мг У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ <i>Б.М.Байдуллаев, Х.Т.Қорғанбаева, Р.Б.Ибрагимова, Ж.М.Абдукаримова, Г.А. Умиралиева, А.А.Сейдахметова....</i>	218
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «ГИНОЛАКТА» В ЛЕЧЕНИИ ВАГИНАЛЬНОГО ДИСБИОЗА <i>Р.Т.Тлеужан, А.А.Белесова, Н.А. Жусипов, Н.И. Калдыбекова, А.У. Байкубекова .....</i>	219
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОЛИПРЕЛА ФОРТЕ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Байдуллаев Б.М., Сейдахметова А.А., Қорғанбаева Х.Т., Ибрагимова Р.Б., Абдукаримова Ж.М., Умиралиева Г.А., Л.Б. Байтемирова.....</i>	221
НОВАРИНГ КОНТРАЦЕПТИВТІК САҚИНАСЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ <i>Э.А.Абдукасымова, К.А. Жандосова, А.К.Коптаева, А.Т. Арыспаева, Р.Р.Габитова.....</i>	222
ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ФАРМАЦИИ <i>К.Д. Шертаева, Г.Ж. Умурзахова, М.М. Сапақбай, К.Б.Мендибаев.....</i>	224
ОПРЕДЕЛЕНИЕ АМИНОКИСЛОТ И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ТРАВЫ ЧЕРТОПОЛОХА ПОНИКШЕГО <i>Ж.С. Токсанбаева, Х.Б. Алиханова.....</i>	226
ПРИМЕНЕНИЕ КАВИНТОНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>С.М. Усманов.....</i>	227
ИЗУЧЕНИЕ ПРОЛОНГИРУЮЩИХ СВОЙСТВ ПЛЕНКООБРАЗУЮЩИХ ПОЛИМЕРОВ ПРИ РАЗРАБОТКЕ РЕТАРДНЫХ ТАБЛЕТОК С СУХИМ ЭКСТРАКТОМ СЕМЯН ВИНОГРАДА <i>Д.С. Исабекова.....</i>	228
<b>ОБЗОРЫ</b>	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (Обзор литературы) <i>Т.Н. Нурпеисов, Т.Т. Нурпеисов, М.Т. Мулинова.....</i>	231
ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ (Обзор литературы) <i>А.А. Оспанов.....</i>	238
Проблемы медицинского обслуживания населения в неблагоприятных экологических условиях окружающей среды (обзор литературы) <i>М.А. Тубанова .....</i>	241
<b>СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ</b>	
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТ БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ <i>Г.Н.Абуова, Т.А.Кусеинов, А.А.Нурмашева, Г.А.Оспанова, Ж.О.Сейткулова, К.С.Алдабергенова, Ф.А.Бердалиева.....</i>	244
ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА В ГЕНЕЗЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ <i>К.К. Салхожаева, З.Т.Белгибаева, К.А. Альжанова, Н.Б. Кулбаева, З.Ш. Ерметов, Б.К. Алимсахов</i>	246
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАСШИРЕННОЙ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ ПО GIL – VERNET <i>Р.И.Турсынбеков.....</i>	247
ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>А.Ж. Мусралиева.....</i>	248
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2007-2010 ГГ. <i>Н.О.Кошенова, Г.Н.Абуова, Г.А.Кудабаева, А.М.Булешова, Т.А.Есенбеков, А.К.Кудабаев.....</i>	250
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИК г. Шымкента <i>Н.Ш.Бектибаева, Ж.А.Кауызбай, Ю.М.Мусаев, Н.Ж.Калменов, Г.А.Токсанбаева.....</i>	253
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАССАЖА ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ <i>С. Нурымбетова</i>	254
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ <i>С. Нурымбетова .....</i>	256
К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ И ПРИМЕНЕНИИ ЛЕКАРСТВ ПРИ КОНЪЮНКТИВИТАХ <i>Р.А. Шаймерденова.....</i>	258
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «МАГНЕРОТ» В ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОГО ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ <i>Ж.П. Кенжебекова.....</i>	263
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ <i>Р.А.Шаймерденова.....</i>	265



КОРТЕКСИН В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>Ж.Р. Мырзахметова</i> .....	268
ЧРЕСКАТЕТЕРНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ <i>К.В. Югай</i> .....	269
ОНКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАКА ПИЩЕВОДА В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ <i>А.М. Юсупов, О.К. Кулакеев, Д.Т. Арыбжанов</i> .....	271
ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЛЕГКОГО (обзор литературы) <i>С.Е. Оспанов</i> .....	273
СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (обзор литературы) <i>Б.Т. Байзаков</i> .....	276
<b>ПЕДАГОГИКА</b>	
ПЕРЕВОД КАК ЧЕЛОВЕЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ <i>М.К. Орынбаева, Ф.Т. Ыбырай</i> .....	281
ҚАЗАҚСТАНДЫҚ ӘДЕП МӘДЕНИЕТІ <i>Қ.Б. Кемелбеков</i> .....	282