

ХАБАРШЫСЫ

№ 3 (64), 2013

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy

REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

Основан с мая 1998 г.

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

Журнал зарегистрирован в Министерстве связи и информации Республики Казахстан
Регистрационное свидетельство №11321-ж от 24.02.2011 года.
ISSN 1562-2967

«Вестник ЮКГФА» зарегистрирован в Международном центре по регистрации сериальных изданий ISSN(ЮНЕСКО, г.Париж,Франция), присвоен международный номер ISSN 2306-6822

Журнал индексируется в КазБЦ; в международной базе данных Information Service, for Physics, Electronics and Computing (InspecDirect)

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

Факс: 40-82-19
E-Mail: medacadem@rambler.ru
Тираж 300 экз. Журнал отпечатан в типографии ТОО «Polyprint LTD», г. Шымкент.

Главный редактор

Сексенбаев Б.Д., доктор медицинских наук, профессор, академик КазНАЕН

Заместитель главного редактора

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук

Редактор научного журнала

Шаймерденова Р.А.

Редакционная коллегия:

Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент
Булешов М.А., доктор мед наук, профессор
Душанова Г.А., доктор мед.наук, профессор
Карабеков А.К., доктор мед.наук, профессор
Махатов Б.К., доктор фарм.наук, профессор, академик КазНАЕН
Ордабаева С.К., доктор фарм.наук, профессор
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор
Оспанова С.А., доктор мед.наук, профессор
Сегиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор
Сисабеков К.Е., доктор мед. наук, профессор
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

Редакционный совет:

Азизов И.К., д.фарм. н., профессор (г. Ташкент, Узбекистан)
Галимзянов Х.М., д.м.н., профессор (г. Астрахань, Россия)
Гладух Е.В., д.фарм.н., профессор (г. Харьков, Украина)
Исупов С.Д., д.фарм.н., профессор (г. Душанбе, Таджикистан)
Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г. Курск, Россия)
Корчевский А. Phd, Doctor of Science (г. Колумбия, США)
Костенко Н.В., д.м.н., профессор (г. Астрахань, Россия)
Маркарян А.А., д.фарм.н., профессор (г. Москва, Россия)
Попков В.А., д.фарм.н., профессор (г. Москва, Россия)
Тихонов А.И., д.фарм.н., профессор (г. Харьков, Украина)
Чолпонбаев К.С., д.фарм.н., проф. (г. Бишкек, Кыргызстан)
Nannette Turner, Phd, MPH (г. Колумбия, США)
Шнитковска М., Phd., M. Pharm (г. Гданьск, Республика Польша)



Оңтүстік Қазақстан облыстық жоғары қысымды оттегімен емдеу орталығының негізін қалаушы Т.О. Орынбаевтың 80 жасқа толуына арналған «Ұстаздың еңбегі өшпейді» атты ғылыми-тәжірибелік конференцияның материалдары

Материалы научно-практической конференции «Не забудется имя Учителя», посвященные 80-летию основателя Южно-Казахстанского областного центра гипербарической оксигенации Т.О. Орынбаева

Организаторы: Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Казахстан
Областной центр гипербарической оксигенации им.Т.О.Орынбаева, г.Шымкент, Казахстан

ӘОЖ 615.835.3(091)(574.5)

ҰСТАЗ ЖӘНЕ БАРООРТАЛЫҚ

И. Төлеев

Т.О.Орынбаев атындағы облыстық жоғары қысымды оттегімен емдеу орталығы, Шымкент қаласы

ТҮЙІН

Мақалада гипербариялық облыс орталығының негізін қалаушы Т.О.Орынбаевтың өмірі мен ғылыми еңбегі жайлы деректер келтірілген. Оның еңбегін бағалап ұзақ уақыт келер ұрпақтың есінде сақтау мақсатында мұрағаттық бөлме, үлгілі медициналық жоғарғы оқу орнының студентіне арнайы «шәкірт ақы» тағайындау және «Орынбаев оқуларын» ашу жөнінде жазылған.

Кілт сөздер: барокамера, гипербариялық оксигенация, институт, медицина.

1933 жылы 1 қыркүйекте Орынбай мен Орынкүл Тұрымбетовтер отбасына он екінші болып ұл бала дүниеге келді. Бұрынғы балалары тұрмай, қайтыс бола бергендіктен оның атын Тұрмахан қойыпты. Өмірдің қуанышы мен қайғысы бір-бірінен оқшауланған емес. Орынбай баласын өз аяғынан тұрғыза алмай, әкелік сөзін айтып үлгермей жатып-ақ 1937 жылғы қанды репрессияның құрбаны болып кете барды. Ал, Тұрмахан Орынбайұлы басқа уақытта туылса, тағдыры мүлдем басқаша болар ма еді, оны кім білген. Жазмыш солай болды. Бұл жылдарды басынан өткізбеген кісіге сол уақыттың ауыртпашылығын түсіну қиын да шығар. Оны басынан өткізген, жалғыз анаға сүйеу болған, әкесі «халық жауы» атанған балаға мектеп бітіріп, келешекке үміт арту, ел сеніміне ену қаншалықты ауыр екенін елестетіп көріңіз. Ол 1950 жылы орта мектепті Арыс қаласында бітіріп, Алматы медицина институтына оқуға түсті.

Күндіз оқуда болса, түнде вагондарға жүк тиеді, жүк түсірді. 1956 жылы институтты тәмәмдаған соң Тұрмахан аға Арыс ауданының ауруханасына жолдама алды. Өз мақсатына құлшына ұмтылған жас маман аз уақыттың ішінде тәжірибелі, әрі қадірлі дәрігер бола бастады. 1959-1961 жылдар аралығында Мәскеу қаласында хирургия бойынша клиникалық ординатураны аяқтап, одан әрі Шымкент қаласының №6 ауруханасында хирургия бөлімшесінің меңгерушісі болды. Күйіктен адам өлімін азайту үшін иттерге виварий жасап эксперимент қойды, науқастарға соның негізінде қан құйып жоғары нәтижеге жетті, осы сала бойынша кандидаттық диссертация қорғады. 1965 жылдары фосфор заводы іске қосылған соң, оның кейбір өнімдерінің адам организміне теріс әсері анықтала бастады, осы мәселе бойынша ғылыми жұмыс істеуді мақсат тұтты. Ол мақсат жаңа емдеу жолдарын қарастыру және оны енгізу еді. Міне, осы арада ординатурада оқып жүрген кезінде барокамераны емдеудегі қолданысы туралы шетелдік ғылыми мақаланы ұқыпты есінде ұстағаны қажеттілікке жарады.

Не керек, дәрігерлер мен инженерлерден құралған оның пікірлес тобы 1973 жылы «Шымкент-МТ» көп орынды ауа-оттегі барокамерасын пайдалануға даярлады. Тұрмахан аға ғылыми жұмыстың да үдесінен шығуға талпынып, бірнеше эксперименттің ұйтқысы бола білді. Фосфоршылардың денсаулығын түзетуге ат салысты, облыс орталығындағы құрылыс, завод басшыларымен ортақ тіл тауып, «Арыс-МТ» операциялық-терапиялық



барокешенінің жұмысын аяқтап, алғашқы операциясын академик М. Әлиевпен бірге жасады. Бірінші рет біздің елде ауыр науқасы бар екіқабат әйелдер қауіп-қатерсіз барокамера ішінде босанып, кейбіреулеріне «Кесар сызығы» бойынша (1994 жыл) бірнеше операция жасалынды. Облыстағы ана өлімі көрсеткішін төмендету мақсатында арнайы жүктілік кезінде өмірі қауіпті әйелдерге арналған бөлімше ашып, үлкен жетістікке жетті.

1978 жылы жылжымалы транспорттық «Қазақстан-МТ» барокамерасы дүниеге келді. Ол Кеңес Одағы бойынша бірінші болып, Мәскеудегі 1985 жылы өткен денсаулық сақтау саласындағы көрмеде арнайы дипломмен марапатталды және үлгі ретінде сондағы ғылыми-зерттеу институтында қалдырылды. Шымкент барокешенімен толық танысқан Одақтың мықты мамандары құрылысы басталған орталықты көріп «Біз сізді қолдаймыз» деген шешімге келді. Тұрмахан Орынбайұлы Мәскеуден көптеген қолдау көріп, жергілікті басқарушылардың тежеуіне ырық бермеді, бароорталық құрылысын жандандыра бастады.

Ал енді емдеу, шығармашылық, ұйымдастыру жұмыстарының деректеріне назар аударатын болсақ, 1980 жылы барокамералардың қайта конструкциясын

жасау, 1984 жылы барокамералардың модернизациясы және бароорталықтың ашылуы, «Арыс-МТ» барокомплексінің іске қосылуы, 1986 жылы өз күшімен авиациялық барокамераның жобасын жасау, құрылуы және сынақтың сәтті аяқталуы үлкен жетістік болды. 1987 жылы ҚР Министрлер Кеңесінің төрағасы, қазір Елбасымыз Н.Ә.Назарбаев бароорталықта болып, өзінің ризашылық пікірін білдіріп, жұмысқа сәттілік тілеп қайтты. 1989 жылы бароцентрдің толық модернизациясы, 1988 жылы газды цистернаның жарылуына байланысты жаракат алушыларға емдік шара қолдану үшін транспорттық барокамера Алматы қаласына шақырылды, 1988 жылы Армениядағы жер сілкінуіне байланысты 2 бірорынды оттегі барокамерасы Ереван қаласына орнатылып, 2 дәрігер құтқару жұмысына жіберілді. 1989-1991 жылдар ғылыми-техникалық



шығармашылық бірлесуге 10 келісім-шарт жасау жұмыстары жүргізілді.

Бароорталықта 13 кандидаттық, 1 докторлық диссертация қорғалды. Осы жұмыстардың барлығына Т.О.Орынбаев жетекшілік жасады. Ең бастысы, 2003 жылға дейін 48 мыңнан астам науқас ем қабылдап, 5 мыңнан астам операция жасалынды. Сол уақыттан осы кезеңге дейін жыл сайын орта есеппен 5 мыңнан астам баросеанстар жүргізіліп келді. Бароорталықтың құрамынан «Қазақ Гипрофосфор» және «Өлкелік патология ғылыми-зерттеу институттарынан» арнайы бөлімдер мен секторлар ашылып, созылмалы фосфор қосылыс-

тарымен улануды гипербариялық оксигенациямен емдеу жолының тиімді әдісі қолға алынды. Бароорталықтың құрылысын жүргізу үшін медицина саласынан қаржы қарастырылмаса да, ол бірнеше өндіріс, құрылыс және басқа шаруашылық басшыларын жинай отырып, қоғамдық негізде қаржыландыру жолын қарастырып отырды. «Арыс-МТ» барокешенін құруға 47 құрылыс, ғылыми-зерттеу, жобалау институттары ат салысты. Бұл өзіндік ерекше, көрініс болатын.



ҚР Министрлер Кеңесінің күрделі медициналық техника Одақ бойынша төрағасы Н.Ә. Назарбаевпен жаңа Облысқа, қалаға келген бароорталықта (1987 жыл) құрметті қонақтар мен делегациялар міндетті түрде осы орталықты көріп қайтатын. АН-2 ұшағына орналастырған авиациялық барокамерасы облыс орталығынан шалғайда жатқан аудандарға сегіз рет ұшып қайтып, мүмкіншілігін дәлелдеді. Өкінішке орай, ұшақ өзінің ұшу

мерзімін аяқтап, Одақта қалыптасқан экономикалық күйзелістің салдарынан пайдаланудан қалды. Жылжымалы транспорттық «Қазақстан-МТ» барокамерасы Москвадағы Бүкілодақтық халық шаруашылық жетістіктерінің «Денсаулық-85» көрмесіне қатысып, Россияда пайдалану үшін қалдырылды. Әрине, облыстық денсаулық сақтау және атқарушы билік тарапынан бұл жасалынған жұмыстарға қолдау болғаны жақсы әсерін тигізді.

1984 жылы Қазақстан Республикасы Денсаулық Сақтау Министрлігінің №123-ші бұйрығының негізінде гипербариялық оксигенация бойынша республикалық дәрежеде нұсқаушы ғылыми-тәжірибелік орталық мәртебесін бекітті. Республикалық бароорталықтың тәртібі жасалынып, оның міндеттері белгіленді.

Өткен уақыт ішінде бароорталықта маман медицина қызметкерлері мен инженерлік-техникалық

қызметкерлерді даярлау бойынша 30-дан астам оқу циклдары өткізілді. Бароорталықтың көмегімен республиканың көптеген емдеу мекемелеріне барокамераларды іске енгізу және жөндеу жұмыстары жүргізіледі.

Т.О.Орынбаев еңбек жолын абыройлы бастап, оны жемісті жүргізгені үшін Ленин орденімен, «Денсаулық сақтау ісінің үздігі» төс белгісімен, ҚР еңбегі сіңірген дәрігер атағымен марапатталған. Бірнеше жыл халықтың қалаулысы, Шымкент қаласының «Құрметті азаматы» болды. Тынымсыз адамның жүрегі Н.Ә. Назарбаев сол жылы аянуды білмей, көп қайғы қасіретті көрсе де, бароорталықтың қызметкерлері қуаныш пен махаббатты, сүйіспеншілік пен мен бірге (1987 жыл) достықты сыйдыра білді. Мұндай кездейсоқтық бірінші болған шығар, 2001 жылдың 16 маусым медицина қызметкерлерінің төл мерекесі күні Оңтүстік медицина саласының алыбы Тұрмахан Орынбайұлы көз жұмды. Бароорталыққа және қаланың бір көшесіне ұстаздың есімі берілді.

Бүгінгі таңда ол кісінің шәкіртері орталықтың жұмысын әрі қарай жүргізуде, оның аманатын орындауда жемісті жолды жалғастырып келеді. Жоғарыда аталған еңбегінің негізінде, тек қана медицина қызметкерлерінің тарихындағы орнына ғана емес, Республика деңгейінде атқарған жалпы қызметі мен Отандық медицинаға қосқан ерең еңбегі үшін орталықтың жанынан Т.О.Орынбаевқа арналған мұрағат бөлме мен Оңтүстік өңіріндегі жоғарғы медициналық оқу орындарында үздік оқитын, бұл салада көпшіліктің назарына іліккен, жалынды өнерпаз студентке ғалымның атындағы «шәкірт ақы» белгілеу уақыты жеткен сияқты.

Жыл сайын бірінші қыркүйек «Білім күніне» орайластырып облыстағы басқа да өмірден озған, ерекше еңбек сіңірген медицина қызметкерлерін еске алу мақсатында «Орынбаев оқулары» атты шара ұйымдастырылғаны жөн. Айтылған іс-шаралар келер ұрпақтың санасына үлкен әсер етіп, медицина майталмандарын ұзақ уақыт есте сақтауға өз ықпалын берері сөзсіз.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. И.Тулеев Ұстаздың аманатын орындау менің азаматтық парызым//«Айғақ» газеті. -2001 ж. – 20 маусым - №23(65). - 2-ші бет.
2. И.Тулеев. Барокамера падишасы//«Оңтүстік Қазақстан» газеті. – 2004 ж. – 2 қыркүйек -№128(17764). - 6-шы бет.
3. М.Койфман. По тропинкам прошлого блуждая. Воспоминания. Москва, 2008. – 352с., илл.
4. И.Тулеев. Путь милосердия длиною в жизнь//Республиканская газета «Казахстанская правда». – 2009 - 28 августа. – С.23.

РЕЗЮМЕ

Учитель и бароцентр

И.Тулеев

Областной центр гипербарической оксигенации им.Т.О.Орынбаева, г.Шымкент

В статье приводятся сведения о жизни и научной деятельности основателя областного центра гипербарической оксигенации Т.О.Орынбаева, внесшего вклад в развитие здравоохранения региона. Автором статьи предложены мероприятия по увековечиванию имени первого руководителя с целью воспитания молодых кадров в духе новаторства, поиска новых методов, а также исследовательских изысканий, предлагается открыть комнату в музее, назначить именную стипендию лучшему студенту медицинского ВУЗа и проводить ежегодные «Орынбаевские чтения».

Ключевые слова: барокамера, гипербарическая оксигенация, институт, медицина.

SUMMARY

Mentor and barocenter

I.Tuleyev

T.O.Orynbayev center of hyperbaric oxygen therapy.Symkent city

The article gives information about the life and work of the regional Orynbaev hyperbaric center. Assessing his contribution, to maintain the memory of him for a long time made proposal for opening of museum, appointment of scholarships to the best student of the medical high school and conduct «Orynbaev readings».

Keywords: pressure chamber, hyperbaric oxygen therapy, institute, medicine.

УДК: 618.2-08-084

ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ: «МАТЬ – ПЛАЦЕНТА - ПЛОД» ПОД ЗАЩИТОЙ ГБО И ПЛАНИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЕМ В ПРАКТИКУ КАК КРИТЕРИИ ПРОГРАММЫ «БЛАГОПОЛУЧНОЕ МАТЕРИНСТВО» ВОЗ

*Ю.М. Мусаев, Ш.Б. Даниярова, Б.А. Наурызбаева, А.Ж. Даниярова
ЮКГФА, г.Шымкент*

*Международный казахско - турецкий университет им. Х.А.Ясави, г.Шымкент
ШГБСМП Управление здравоохранения ЮКО, г.Шымкент*

РЕЗЮМЕ

В работе представлены результаты изучения эффективности ГБО у беременных женщин группы высокого риска для обеспечения полноценной имплантации и планирование беременности как критерии программы ВОЗ.

Ключевые слова: беременные, высокого риска, имплантация, планирование, ГБО, программа ВОЗ.

Актуальность. В настоящее время приоритетной задачей акушерства является не только безопасное материнство, то есть предотвращение осложнений беременности и прогнозирования соматической патологии у беременной, но и обеспечение «здорового старта жизни» будущих поколений. Следовательно, сегодняшняя цель акушеров и перинатологов – рождение не только жизнеспособного, но и здорового в физическом и умственном отношении ребенка [1,2]. В то же время, хотя беременность и роды – генетически детерминированный и эволюционно отточенный физиологический процесс, а не диагнозы, однако любая беременность сопряжена с некоторым риском для матери ребенка и потому важно предотвратить, своевременно выявлять и правильно лечить осложнения, пока они не вылились в прямую угрозу жизни. Процесс родов сопряжен с риском и для ребенка. Осложнения, приводящие к материнской заболеваемости и смертности, влияют и на здоровье детей[3,4]. Так, одной из основных причин заболеваемости и смертности новорожденных и инвалидизирующей церебральной патологии перинатального генеза является фето-плацентарная недостаточность (ФПН) у беременных женщин группы высокого риска[5,6].

Согласно клиническому опыту в группу высокого риска по развитию ФПН относятся пациентки с тяжелой соматической и акушерской патологией: гипертонической болезнью 2 и 3, прегестационном диабетом с диабетической нефропатией в стадии массивной протеинурии, системной красной волчанкой, антифосфолипидным синдромом, гломерулонефритом, хронической почечной недостаточностью, а также с тяжелыми формами гестоза и тяжелой ФПН в анамнезе. Риск развития декомпенсированной ФПН у этого контингента больных составляет 70-100% [7]. Между тем, при тяжелой соматической патологии матери ведущую роль приобретает сосудистый фактор - массивное поражение микроциркуляторного русла матки, который приводят к неполной инвазии трофобластаи полноценной имплантации, что в последующем способствует нарушениям маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока с возможной задержкой роста плода, и даже его внутриутробной гибели, а также присоединения преэклампсии.

Поэтому для обеспечения полноценной имплантации у женщин группы высокого риска особое значение приобретает новые технологии в области профилактики и лечения хронической фетоплацентарной недостаточности (ФПН) [7,8]. Так, в настоящее время значительно расширился арсенал медикаментозных средств, применяемых для лечения ФПН. В основном их действие направлено на улучшение реологических свойств крови, нормализацию метаболизма, коррекцию маточно-плацентарного кровотока. Однако при этом не всегда удается получить положительный эффект. В то же время, важное значение для нормализации клеточных и тканевых процессов в фето-плацентарном комплексе приобрела гипербарическая оксигенация (ГБО), влияющая на молекулярную массу синтезируемых плацентой белков. ГБО стимулирует гормонопродуцирующую функцию фетоплацентарного комплекса, усиливает активность иммунокомпетентных клеток, улучшает реологию и кислородтранспортную функцию крови, активизирует ферментные системы антиокислительной защиты организма. Это может быть использовано на всех уровнях патогенетической терапии различных осложнений гестационного процесса (патент РФ №2192234 А61 G 10/02, 2002), являющихся фактором риска развития ФПН[9,10]. Однако до сих пор имеются лишь единичные сообщения использования ГБО для лечения беременных высокого риска.

Целью нашего исследования явилось изучение: эффективности применения ГБО в комплексном лечении и профилактике ФПН для обеспечения полноценной имплантации у беременных группы высокого риска и планирование беременности как критерии программы «Благополучное материнство» ВОЗ.

Пациентки и методы исследования. Для решения поставленной цели проведено сравнительное исследование применения ГБО у 48 беременных высокого риска с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией, которые были разделены на две группы. В 1-ую основную группу (ОГ) вошли 30 (62,5%) беременных, а во 2-ую группу сравнения (ГС) - 18 (37,5%). Контрольную группу составили 12 пациенток с физиологически протекавшей беременностью. Возраст пациенток колебался от 18 до 34 лет. Первородящих было 11 (22,9%), повторнородящих - 37 (77,1%). Критериями отбора пациенток для включения в исследование явились следующие беременные с симптомами субкомпенсированной формы ФПН: привычное невынашивание беременности - у 14, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез - у 13, анемия беременных - у 12, заболевания почек - у 6, вторичное бесплодие - у 3 (таблица).

Таблица - Беременные женщины группы риска с акушерской и экстрагенитальной патологией

Патологии	Всего пациенток, абс.	1-ая группа, абс	2-ая группа, абс
Привычное невынашивание беременности	14	7	7
Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез	13	7	6
Анемия беременных	12	8	4
Заболевания почек	6	5	1
Вторичное бесплодие	3	3	-

Результаты и их обсуждение. Лечение пациенток проводилось в условиях стационара. Всем беременным проводилось лечение основного заболевания, по показаниям были назначены препараты, направленные на улучшение фетоплацентарной микроциркуляции (дипиридабол, ксантинол) и мембраностабилизаторы (эссенциале, интралипид). Беременным ОГ в комплексное лечение дополнительно были включены сеансы ГБО воздействием на организм беременной женщины избыточного атмосферного давления 1,6-1,8 атм в условиях передвижной барокамеры в течение 7-10 сеансов по 40-60 минут каждый день. В ГС назначены общепринятые методы лечения: витамин Е, кокарбоксилаза, глюкоза с аскорбиновой кислотой и метионин. При назначении сеансов ГБО беременным женщинам учитывались противопоказания: • эпилепсия в анамнезе; • гипертоническая болезнь 2-3 степени; • острые респираторные заболевания; • абсцессы и каверны легких. Среди методов диагностики ФПН выбраны методы, основанные на определении размеров плода, и физикальные методы (определение высоты стояния дна матки и окружностей живота, соответствие размеров матки сроку гестации) и ультразвуковую фетометрию. Ультразвуковые исследования выполнялись на ультразвуковом диагностическом приборе «АБЮКА». Основное внимание уделяли оценке фетометрического параметра копчико-теменной размер, состояние плаценты, наличие симптомов угрозы прерывания беременности.

Тактика врача далее была направлена на то, чтобы выбрать оптимальный срок и метод родоразрешения для сохранения жизни внутриутробно страдающему плоду. Оценка эффективности ГБО проводилась результатами функциональных и клинических методов обследования, до и после сеансов баротерапии. Изучение непосредственного влияния ГБО на клиническое течение беременности у женщины ОГ убедительно показало, что у них улучшение сердцебиения плода и общего состояния беременных наступили на 3-5 дней раньше по сравнению с ГС. При лабораторном исследовании этих женщин отмечено существенное ($p < 0,05$) повышение уровня гемоглобина, содержания общего белка, снижение уровня билирубина, что свидетельствует об улучшении обменных процессов в печени и повышении активности гликолитического пути накопления и использования энергии клетками.

Таким образом, применение ГБО у беременных группы высокого риска позволяет добиться значительного улучшения функционального состояния органов и систем, способствует снижению осложнений гестации и более благополучному прогнозу для плода. Полученные результаты свидетельствуют, что ГБО-терапия, являясь неспецифическим методом воздействия, в целом

оказывает положительное влияние на организм женщины, следовательно, и на плод. Это позволяет считать целесообразным применение ГБО в качестве дополнительного компонента комплексного лечения и профилактики хронической ФПН у беременных группы высокого риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Ранние сроки беременности: осложнения и прогнозирование перинатальных исходов / А.Н.Стрижаков//Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. 2012, том. 11, №5. - С.5-12.
2. Сидорова И.Е., Макаров И.Ф. Фетоплацентарная недостаточность. / И.Е.Сидорова//М., 2000.
3. Радзинский В.Е. Оразмурадова А.А. Ранние сроки беременности. / В.Е. Радзинский // Медицина, 2005.
4. Серов В.Н. Пути снижения акушерской патологии / В.Н.Серов // Акушерство и гинекология, 2007, 5, - С. 8-12.
5. Радзинский В.Е., Костин И.Н. Безопасное акушерство / В.Е. Радзинский // Акушерство и гинекология, 2007, 5, -С. 12-16.
6. Каримова Д.Ф. Биохимические основы родов и родовозбуждения / Д.Ф.Каримова. //Педиатрия, 2004, 1, -С. 114-118.
7. Стрижаков А.Н., А.И.Давыдов, И.В. Игнатко, Л.Д.Белоцерковцева, Л.Г.Сичинава, Т.Ф.Тимохина. Высокотехнологические методы исследования состояния матери и плода: обеспечения здоровья будущего поколения / А.Н.Стрижаков//Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии, 2012. том. 11, №4. -С.6-12.
8. Материнство и детство. Осуществление программы благополучного материнства в разных странах мира. ВОЗ. Женева 1991, -95-с.
9. Лечение субкомпенсированной формы плацентарной недостаточности с применением ГБО // патент РФ №2192234 А61 G 10/02, 2002
10. Леонов А.Н. Гипербарическая оксигенация как метод интенсивной терапии/ А.Н. Леонов // Анест. и реаним., 1996, №5. - С. 17-20.

ТҮЙІН

ДДҰ «Салауатты аналық» бағдарламасының критеріі ретінде жүктілікті жоспарлау және ГБО қорғау және «Ана-бала серігі -бала» жүйесін жетілдіруді тәжірибеге енгізу
 Мусаев Ю.М., Даниярова Ш.Б., Наурызбаева Б.А., Даниярова А.Ж.
 ОҚМФА, Шымкент қ
 Х.А.Ясави атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қ
 ОҚО Денсаулық сақтау басқармасы ШҚЖМҚКА, Шымкент қ

Мақалада, жоғары қауіп-қатер тобына жататын жүкті әйелдерде ГБО-ның имплантацияға оң әсерінің нәтижелері және отбасын жоспарлау ДДҰ критеріелері ұсынылған.

Өзекті сөздер: жүкті әйелдер, жоғары қауіп-қатер, имплантация, жоспарлау, ГБО, бағдарлама ДДҰ.

SUMMARY

Optimization of the system: "Mother - placenta - fetus" under the protection of the GKO pregnancy planning implementation in practice as a critical program "Happy motherhood," the CRH.

Musaev Yu.M., Daniyarova Sh.B., Nauryzbaeva B.A., Daniyarova A.J.

SKSPhA, Shymkent city

International Kazakh - Turkish University named by H.A.Yasavi, Shymkent city

ShCHMAS Managing health system of SKR, Shymkent city

The results of the study of the effectiveness of HBOT in pregnant women at high risk for the full implantation and pregnancy planning as the criteria of the WHO

Key words: pregnant women, high-risk, implantation planning, HBO, the WHO program.

УДК 618.2: 616.831-008.6:616-007-053.1]-084-08

ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ОТ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ В УСЛОВИЯХ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

Мусаев Ю.М., Гавриков В.И., Жумабеков Ж.К., Тулеев И.Т., Бектенова Г.Е., Мусаев У.Ю., Даниярова Ш.Б.
ЮКГФА, г.Шымкент
Южно-Казахстанский областной центр ГБО, г.Шымкент
МКТУ им. Х.А.Ясауи, г.Шымкент

РЕЗЮМЕ

В работе представлены возможности первичной профилактики, лечения и реабилитации детской инвалидности от церебральной патологии перинатального генеза при абдоминальном родоразрешении в условиях гипербарической оксигенации.

Ключевые слова: детская инвалидность, первичная профилактика, лечение, реабилитация, церебральная патология, перинатальный генез.

В современной клинической медицине патология перинатального периода у детей и характеризующаяся поражением центральной нервной системы (ЦНС), среди множества актуальных проблем является проблемой особой, т.к. эти дети в большинстве своем больны со дня своего рождения и страдают ими всю жизнь. Согласно данным Комитета Экспертов ВОЗ, у 10% детей можно диагностировать неврологические заболевания, 80% которых связаны с перинатальными поражениями мозга. В литературных источниках последних лет говорится о крайне неблагоприятных последствиях для плода и новорожденных, извлеченных у беременных женщин с высоким риском развития акушерской и перинатальной патологии, так как при операции кесарева сечения риск для жизни и здоровья женщин и детей в 10-25 раз выше, чем при физиологических родах. При беременностях высокого риска и тяжелых родах количество родившихся в асфиксии больше, чем при беременностях низкого риска, что, несомненно, формирует инабилность младенцев [4,5,6].

Оперативное родоразрешение (путем кесарева сечения) применяется в случаях, когда исчерпаны компенсаторные возможности беременной или рожениц и дальнейшая консервативная тактика приводит к потере ребенка или матери или даже обоих [4,7]. Учитывая вышесказанное, назрела необходимость в профилактике и реабилитации новорожденных с перинатальной церебральной патологией, начиная с внутриутробного и неонатального периодов развития, заканчивая возрастными этапами постнатального нейроонтогенеза. Это требует неотложного устранения даже минимальных церебральных нарушений у младенцев в неонатальном периоде, поскольку в последующем возрастном периоде эти отклонения становятся необратимыми и считаются основной причиной инвалидности детей [8,9,10].

Вместе с тем, основными механизмами повреждения центральной нервной системы являются общая и локальная гипоксия, отёк и набухание мозга. При этом, главная стратегия лечебно-профилактических мероприятий состоит в том, что необходимо обеспечение организма ребенка адекватным количеством O₂ и сведение к минимуму повреждений функционирующих нейронов [10,11,12]. Одним из эффективных методов, применяемых в подобных экстремальных ситуациях, является известный метод гипербарической оксигенации (ГБО), позволяющий значительно улучшить лечение гипоксии различного генеза. Метод предусматривает увеличение кислородных запасов организма. ГБО способствует улучшению функции дыхания и кровообращения и является эффективным средством лечения, увеличивает адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы, микроциркуляцию и показатели фетоплацентарной системы, а также улучшает процессы эритропоэза, течение беременности, развитие плода [13,14]. Лечение кислородом под повышенным давлением характеризуется специфическим воздействием на организм, позволяющим полностью компенсировать кислородное голодание органов и тканей на субклеточном уровне. Отличительными чертами данного способа являются универсальность лечебного эффекта гипербарического кислорода, экологическая чистота основного агента терапии и отсутствие токсического действия при использовании индивидуально обоснованных режимов, что практически неосуществимо при приеме медикаментозных препаратов, подавляющее большинство которых являются продуктами химического синтеза [13].

Известен способ применения ГБО при лечении субкомпенсированной формы плацентарной недостаточности путем воздействия на плод перед планируемым родоразрешением избыточным атмосферным давлением в 1,5-2,0 атм в условиях барокамеры в течение 1-3 сеансов по 50 мин каждый при осуществлении постоянной регистрации сердцебиений плода с помощью датчиков ультразвукового прибора, размещенных внутри барокамеры, на передней брюшной стенке камеры (Патент РФ №2192234, А61G 10/02,2002). Известный способ направлен на лечение патологии периода вынашивания плода и не предотвращает возникновение

патологий головного мозга плода в интранатальном и постнатальном периодах. Известны способы вторичной и третичной профилактики детской инвалидности церебральной патологии, путем медицинской и социальной реабилитации с применением гипербарической оксигенации (ГБО) уже возникших повреждений головного мозга с развитием необратимых инвалидизирующих патологий у детей раннего возраста[15].

Данные способы направлены на лечение тяжелых функциональных изменений и реабилитацию уже сформировавшихся необратимых морфологических патологий ЦНС, а не предотвращает возникновения морфофункциональных патологий головного мозга плода в антенатальном и перинатальном периодах. В результате проведенного патентного и информационного поиска способа первичной профилактики, лечения и реабилитации детской инвалидности от заболеваний ЦНС у новорожденных и детей раннего возраста и родившихся в барокамере при операции кесарева сечения по Республике Казахстан не выявлено. Задачей предлагаемого изобретения является создание способа первичной профилактики, лечения и реабилитации детской инвалидности от церебральной патологии перинатального генеза при операциях кесарева сечения (КС) у беременных женщин с высоким риском развития акушерской и перинатальной патологии в условиях гипербарической оксигенации (ГБО)[16,17].

Поставленная задача решается тем, что женщинам, с высоким риском развития акушерской и перинатальной патологии, начиная с 22-28 недельной беременности, проводят 6-10 сеансов гипербарической оксигенации (ГБО) в индивидуальных режимах компрессии, декомпрессии и экспозиции от 1,2 до 1,8 ата, с продолжительностью сеанса от 40 до 60 мин. Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения проводят в барокамере при 1,6-1,8 ата и продолжительностью 60-120 мин и более, тогда как при наличии у новорожденных в раннем неонатальном периоде гипоксии средней и тяжелой степени (менее 5-6 баллов по шкале Апгар) тяжести, проводят сеансы ГБО от 4 до 6 раз при давлении 1,2-1,6 ата с продолжительностью от 40 до 60 мин, с одновременным применением при всех сеансах ГБО антиоксидантов, вазомодуляторов, ноотропных препаратов и ферментов дыхательной цепи на фоне витаминно-энергетического комплекса (ВЭК). В последующем, дети группы риска продолжают получать реабилитационные мероприятия до 2-х лет и более старшего возраста в виде посиндромной и базисной терапии и физиотерапии через каждые 2-3 месяца, с назначением дополнительных сеансов ГБО.

Лечение кислородом под повышенным давлением характеризуется специфическим воздействием на организм, позволяющим полностью компенсировать кислородное голодание органов и тканей на субклеточном уровне. Отличительными чертами данного способа являются универсальность лечебного эффекта гипербарического кислорода, экологическая чистота основного агента терапии и отсутствие токсического действия при использовании индивидуально обоснованных режимов, что практически неосуществимо при приеме медикаментозных препаратов, подавляющее большинство которых являются продуктами химического синтеза. Способ осуществляется следующим образом. Женщинам с 22-28 недельной беременностью (по показаниям) с высоким риском развития акушерской и перинатальной патологии применяли сеансы гипербарической оксигенации в воздушно-кислородной барокамере «Арысь-ТМ» или «Ока-ТМ, или «БЛКС» в индивидуальных режимах компрессии.

Перед назначением лечебных сеансов ГБО проводили пробные сеансы кислородом при начальных значениях давления и скорости (1,2 ата и 0,05 кгс/см²) в течение 30 мин, с целью установления наличия у пациентки переносимости к кислороду под повышенным давлением. Для профилактики кислородной интоксикации у женщин, в период сеансов ГБО проводили дополнительное ежедневное применение антиоксидантов на фоне ВЭК. Операции родоразрешения путем кесарева сечения (КС) проводили в барокомплексе «Арысь - ТМ при 1,6-1,8 ата с продолжительностью 60-120 мин и более при наличии показаний. Показаниями для ГБО-терапии новорожденным, извлеченным чрезосечением является наличие перинатальной гипоксии средней и тяжелой степени тяжести без симптомов родовых травм и кровоизлияний в мозг. Сеансы ГБО таким детям назначали от 4 до 6 раз при давлении 1,2-1,6 ата с продолжительностью от 40 до 60 мин. Оценка терапевтической и профилактической эффективности ГБО проводили путем контроля за динамикой клинического статуса, результатов общеклинических анализов и ряда биохимических параметров крови у 105 новорожденных, родившихся при КС в условиях ГБО, которые составили основную группу (ОГ), а группой сравнения (ГС) были также 105 новорожденных, извлеченных при абдоминальном родоразрешении в обычных атмосферных условиях. Контрольную группу составили 20 новорожденных, родившихся физиологическим путем. Эффективность ГБО-терапии определяли на основе анализа состояния плода и новорожденных по шкале Апгар сразу после их извлечения из чрева матери и в раннем неонатальном периоде по результатам клинико-лабораторных параметров. Из биохимических анализов крови определяли содержание общего и С-реактивного белка, альбуминов, глобулинов, внеэритроцитарного гемоглобина, мочевины, билирубина, креатинина, общих липидов и триглицеридов по общепринятым методикам. Также определяли активную реакцию крови (рН), концентрацию буферных оснований (ВВ), стандартного бикарбоната (SB), дефицита оснований (BE), парциальное давление углекислого газа в крови (раСО₂), парциальное напряжение кислорода (раО₂)[16].

Состояние радикалообразования и его ингибирование определяли по хемилюминесценции (ХЛ) сыворотки крови, уровню диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА) и флуоресцирующих

шиффовых оснований (ШО) крови [17]. Кинетика антиоксидантных функций организма ребенка характеризовалась определением показателей активности антиперекисных ферментов (пероксидазы, каталазы) и содержанием перекиси водорода (H_2O_2) и α -токоферола в крови [18]. Сравнительный анализ данных, полученных при оценке состояния новорожденных сразу после родов и в раннем неонатальном периоде, свидетельствуют о более благоприятных результатах у новорожденных ОГ, родившихся в барокамере и леченных с применением сеансов ГБО, по сравнению с аналогичными показателями у детей ГС. У детей, рожденных в условиях ГБО, как количество баллов по шкале Апгар, так и весо-ростовые показатели значительно выше по сравнению с аналогичными показателями новорожденных ГС [16,17].

Выявлены также менее выраженные метаболические изменения (рН, КОС, pO_2 , pCO_2 , ВЕ, внеэритроцитарный гемоглобин (ВЭГ), показатели перекисного окисления липидов крови (ПОЛ), белки, мочевины) у новорожденных, родившихся в условиях ГБО по сравнению с аналогичными показателями из ГС. Сразу после извлечения из чрева матери состояние новорожденных родившихся в барокамере, по шкале Апгар в среднем составило $6,88 \pm 0,23$ и $5,82 \pm 0,26$ баллов, а через 2-5 минут $8,11 \pm 0,21$ и $6,65 \pm 0,25$ баллов. Анализ состояния новорожденных показал значительно более низкую частоту асфиксии у новорожденных, родившихся в барокамере, по сравнению с аналогичным показателем у детей ГС. Так, в ОГ и ГС в 44,3% и 21,0% случаев соответственно новорожденные появлялись на свет без асфиксии с оценкой 8-10 баллов по шкале Апгар, тогда как в 55,7% и 79,0% наблюдений они были извлечены с различной степенью асфиксии. После оказания первичной помощи при повторной оценке через 5 минут состояние новорожденных расценивается как «практически нормальное», т.е. 8-10 баллов по шкале Апгар у 67,0% детей в ОГ, а в ГС-30,5%. В 33,0% и 69,5% наблюдений была выявлена асфиксия различной степени выраженности в ОГ и ГС соответственно. Из новорожденных с асфиксией у 22,7% и 39,0% состояние соответствовало 6-7 баллам, в 7,5% и 21,9% случаев - 4-5 баллам, а в 2,8% и 8,6% наблюдений от 0-3 баллов в ОГ и ГС соответственно.

Следовательно, в ОГ установлено увеличение частоты рождения практически здоровых новорожденных на 36,5%, по сравнению с аналогичными показателями у новорожденных ГС. Эффективность применения ГБО на предоперационном этапе КС, в процессе самой операции и у новорожденных в раннем неонатальном периоде подтверждается стабилизацией показателей гомеостаза путем нормализации параметров газового кислотно-основного обмена, снижения избыточной активности процессов свободно-радикального окисления (СРО) мембранных липидов и повышения антиоксидантной системы организма ребенка [16,19].

Таким образом, предлагаемое изобретение регламентирует проведение поэтапных комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий с применением ГБО ещё до рождения в антенатальном периоде и в процессе родов при абдоминальном родоразрешении в барокамере. А также в раннем неонатальном периоде, что позволяет предупредить развитие гипоксии плода и новорожденного, и получить существенное снижение показателей перинатальной патологии в 2-3 раза и смертности у новорожденных, а также инвалидизацию младенцев от церебральной патологии. Данное наше коллективное предложение было решено положительно и выдан инновационный патент №25396 на изобретение и зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Республики Казахстан 05.01.2012г. Поэтому полное содержание работы считали необходимым публикацию в открытой печати для широкого круга уважаемых читателей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. - / Ю.И. Барашнев // М: Триада - Х. 2001. - 640 с.
2. Якунин Ю.А., Ямпольская Э.И. Пренатальные и перинатальные поражения центральной нервной системы. - / Ю.А. Якунин, Э.И. Ямпольская // М.: Медицина, 1986, -464 с.
3. Абрамченко В.В., Шабалов Н.П. Клиническая перинатология. / В.В. Абрамченко, Н.П. Шабалов // Петрозаводск: Ин-телТек, 2004.-424с.
4. Кулаков В.И., Чернуха Е.Е., Комисарова Л.М. Кесарево сечение. - / В.И. Кулаков // М.: Медицина 1998.-190 с.
5. Ведение беременности и родов у женщин с повышенным риском для плода и новорожденного. - Основы перинатологии: под.ред. Н.П.Шабалова, Ю.В. Цвелева. - / ред. Н.П. Шабалов, Ю.В. Цвелев // М.: МЕДпресс-информ. 2002. -332 с.
6. Шарифканова М.Н., Мурзабекова Г.С. и соавт. Прогнозирование и профилактика акушерских и перинатальных осложнений у беременных группы высокого риска / М.Н. Шарифканова// Акуш., гинекол. и перинатология. - Алматы, 2000. - №1. - С. 16-21.
7. Савельева Г.М. Достижения и перспективы перинатальной медицины /Г.М.Савельева// Акуш. и гинекол. - 2003. - №2. - С. 3-6.
8. Бадалян Л.О. Защита развивающегося мозга - важнейшая задача перинатальной медицины/ Л.О. Бадалян// Вест. АМН СССР, 1990, №7. -С. 44-46.
9. Самсыгина Г.А. Гипоксическое поражение ЦНС у новорожденных детей: клиника, диагностика, лечение/ Г.А. Самсыгина// Педиатрия. - 1996. - № 5. - С. 4-8.

10. Пре- и перинатальные поражения нервной системы/ Шамансуров Ш.Ш., Трошин В.М., Кравцов Ю.И.//Детская неврология. Т. Изд. медлит.им. Абу-Али ибн Сина. 1995. -С. 161-213.
11. Володин Н.Н. Новые технологии в решении проблем перинатальной медицины /Н.Н. Володин// Педиатрия № 3, 2004, -С. 56-60.
12. Lam В.С.С., Yeng С.У. Perinatal features of birth asphyxia and neurological outcome/ В.С.С. Lam // Acta Paed. Japaa, 1992, Vol 34, №1, -Р. 17-22.
13. Руководство по гипербарической оксигенации (теория и практика клинического применения) // Под.ред. С.Н. Ефуни. - М.: Медицина, 1986. - 416 с.
14. Леонов А.Н. Гипербарическая оксигенация как метод интенсивной терапии/ А.Н. Леонов // Анест. и реаним., 1996, №5. -С. 17-20.
15. Софронов В.В., Мальцева Л.И., Сафиуллина Л.Д., Андриянова М.С. и соавт. Возможности этапной реабилитации детей раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС (с применением ГБО)/ В.В. Софронов // Педиатрия. 1997, №1. - С. 77-78.
16. Организационные принципы профилактики и этапной реабилитации перинатальной гипоксии новорожденных детей при абдоминальном родоразрешении в условиях гипербарической оксигенации: Методические рекомендации/ Сост.: И.А. Самченко, Г.Е. Бектенова, В.И.Гавриков, Ю.М. Мусаев и др. - Астана - Шымкент, 2003. - 25 с.
17. Бектенова Г.Е., Мусаев Ю.М., Юлдашев А.Ю., Гавриков В.И. Особенности этапной реабилитации новорожденных с перинатальной гипоксией при операциях кесарева сечения в условиях ГБО /Г.Е. Бектенова, Ю.М.Мусаев, А.Ю. Юлдашев // Педиатрия и детская хирургия Казахстана, 2002. - №4, -С. 18-21.
18. Бектенова Г.Е. Кинетика антиоксидантных функций у новорожденных при абдоминальном родоразрешении в условиях ГБО/Г.Е. Бектенова// Материалы международной научно-практической конференции, посвященной году здоровья «Опыт развития первичной медико-санитарной помощи в Южно регионе Казахстана». Вестник ЮКГМА, Шымкент, 15-16 апреля 2002.- №9, -С. 109-111.
19. Мусаев Ю.М., Жумабеков Ж.К., Гавриков В.И., Тулеев И.Т., Бектенова Г.Е., Даниярова Ш.Б. Возможности первичной профилактики и реабилитации инвалидизации детей от церебральной патологии перинатального генеза при абдоминальном родоразрешении в условиях гипербарической оксигенации/ Ю.М. Мусаев, Ж.К. Жумабеков, В.И. Гавриков //Врач – аспирант (Россия) - №4.2(41).- 2010. – С. 287-293.

ТҮЙІН

ГБО жағдайында абдоминалды тудыру кезінде перинатальді генезге ие церебральді патология бойынша мүгедек балаларда біріншілік алдын – алу шараларының, емдеу және реабилитациясының мүмкіндіктері Мусаев Ю.М., Гавриков В.И., Жумабеков Ж.К., Тулеев И.Т., Бектенова Г.Е., Мусаев У.Ю., Даниярова Ш.Б. ОҚМФА, Шымкент қ.

Т.О.Орынбаев атындағы облыстық жоғары қысымды оттегімен емдеу орталығы, Шымкент қ.
Х.А.Ясави атындағы ХҚТУ, Шымкент қ.

Мақалада ГБО жағдайында абдоминалды тудыру кезінде, перинатальді генезге ие церебральді патология бойынша мүгедек балаларда, біріншілік алдын – алу шараларының, емдеу және реабилитациясының мүмкіндіктері келтірілген.

Өзекті сөздер: балалар мүгедектігі, абдоминалды тудыру, біріншілік алдын алу, емдеу, реабилитация, церебральді патология, перинатальді генез.

SUMMARY

Capabilities primary prevention, treatment and rehabilitation childhood disability from cerebral pathology of perinatal genesis in abdominal delivery under hyperbaric oxygenation

Musayev Yu.M, Gavrikov V.I, Jumabekov J.K, Tuleyev I.T, Bektenova G.E, Musayev U.Yu, Daniyarova S.B
SKSPhA, Shymkent city

International Kazakh - Turkish University named by H.A.Yasavi, Shymkent city
RHC of SKR, Shymkent city

The paper presents the possibility of primary prevention, treatment and rehabilitation of child disability from cerebral pathology perinatal reasons for abdominal delivery under hyperbaric oxygenation.

Key words: children's disability, primary prevention, treatment, rehabilitation, cerebral pathology, perinatal genesis.

ӘОЖ 615.835.3-026.87

ГИПЕРБАРИЯЛЫҚ ОКСИГЕНАЦИЯ КӨРСЕТПЕСІНҮЛҒАЙТУ ҚАЖЕТ*И. Тулеев, Х. Махаметова**Т.Орынбаев атындағы облыстық жоғары қасымды оттегімен емдеу орталығы, Шымкент қ.***ТҮЙІН**

Мақалада жедел уланған ауруларды гипербариялық оксигенация әдісімен емдеу бойынша, сонымен қатар басқа этиологиясы бар науқастанғандарға нақты дәлелдер келтірілген. Автор бірнеше ауруларда гипербариялық оксигенацияны қолдануға клиникалық тіркемелерге өзгеріс енгізуді ұсынады.

Кілт сөздер: гипербариялық оксигенация, өлім-жітім, жедел улану.

ҚР Президенті Н.Ә.Назарбаев «Қазақстан-2050» стратегиясы – қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты Қазақстан халқына жолдауында «Ұлт денсаулығы – біздің табысты болашағымыздың негізі» тармағында сапалы және қол жетімді медициналық қызметтер көрсетуімен қамтамасыз ету жөнінде кеңінен тоқталып өтті. Осыған байланысты соңғы жылдары науқастарды емдеуде гипербариялық оксигенацияның емдеудің клиникалық тіркемелерінде гипербариялық оксигенацияның тек қана антидот ретінде пайдаланудан басқа кешендік емдеудің құрамына ілінбей қалғаны жасырын емес.

Зерттеудің мақсаты. Гипербариялық оксигенацияның клиникалық тіркемелерде кездеспейтін жедел уланулардағы қолданысындағы нәтижесінің тиімділігін нақтылау. Оның өлім-жітім көрсеткішіне әсерін айқындау. Алынған деректерге сүйеніп, клиникалық тіркемелерге өзгеріс енгізуге ұсыныс жасау.

Зерттеудің материалдары мен әдістері. Т.О.Орынбаев атындағы Облыстық жоғары қысымды оттегімен емдеу орталығы 2008-2012 жылдар аралығындағы токсикология бойынша жылдық есептері, науқастардың медициналық картасы және Қарағанды, Алматы қалаларының токсикология бөлімшелерінің бір-бір жылдық сапалық көрсеткіштері.

1 Кесте -2008-2012 жылдар аралығындағы токсикологиялық қызметтің сапасы

Көрсеткіштер	Жылдар				
	2008	2009	2010	2011	2012
Емделген науқастардың саны	2935	3101	2445	2273	2485
Төсек орын айналымы	107,5	118,4	94,2	87,5	117,9
Төсек орынның орташа ұзақтығы	3,3	2,6	3,6	3,8	3,5
Өлім-жітім саны	39 (1,32%)	29 (0,93)	32 (1,3%)	23 (1,01%)	16 (0,64%)

2 Кесте - Емделген науқастардың улану түрлері мен сандық көрсеткіштері

Уланудың нозологиялық түрлері	Жылдар				
	2008	2009	2010	2011	2012
Күйдіргіш умен улану	187	187	186	220	247
Дәрі-дәрмекпен улану	546	559	440	532	655
Алкогольді ішімдіктермен улану	1538	1702	1334	875	790
Көміртегі тотығымен және табиғи газбен улану	266	254	217	327	430
ФОҚ-мен улану	2	4	11	7	-
Есіткілермен улану	18	16	19	10	22
Мұнай өнімдерімен улану	28	20	35	51	47
Жәндік улармен улану	251	178	109	163	178
Өсімдік уымен улану	34	88	51	60	35
Бояулармен улану	44	36	18	15	1
Уланудың басқа түрлері	21	57	4	13	81

Зерттеу нәтижелері. Науқастардың бөлімшеге түсіп емделуі алғашқы жылдармен салыстырғанда едәуір төмендегені байқалады. 2008 жылмен 2012 жылдың ішіндегі емделіп шыққан науқастардың саны 25%-ға азайғаны байқалады. Зерттелген жылдар аралығындағы жедел уланулардың ішінде 1-ші орынды алкоголь және оның суррогаттарымен жедел улану, 2-ші орынды дәрі-дәрмекпен жедел улану, ал 3-ші орынды көмір тотығы мен табиғи газбен улану иеленіп, олар бұрынғыша өз орындарын сақтап қалған. Алайда, жыл өткен сайын олардың сандық көрсеткіштері мен уланулардың өзара салмағы үлкен өзгеріске енген. Алкоголь және

оның суррогаттарымен жедел улану 2008 жылы барлық жедел уланулардың 52,4% құраса, ал бұл көрсеткіш 2012 жылы 31,7% төмендеген, дәрі-дәрмекпен жедел улану 2008 жылы барлық жедел уланулардың 18,6% құраса, ол 2012 жылы 26,34%-ға артқан. Сондай-ақ жиілігі жағынан 3-ші орынды иемдеген көмір тотығы мен табиғи газбен улану 9,6%-дан (2008 ж.) 17,29%-ға (2012 ж.), яғни екі есеге жуық артқан.

Өлім-жітімі жоғары болып келетін күйдіргіш улармен уланудың жиілігі барлық уланулардың ішінде 6,37%-ды (2008 ж.) 9,93%-ды (2012 ж.) құрап, яғни 1,5 есеге жуық артқаны байқалады. Алайда, осы улану түрімен түскен науқастардың өлім саны бұрынғыша болып келгенімен олардың арасындағы өлім-жітім 6,9%-дан (2008 ж.) 4,04%-ға дейін (2012 ж.) кеміген. Алкоголь және оның суррогаттарымен улануда өлім-жітім көрсеткіші 1,17%-дан 0,63 %-ға дейін азайған. Ал, дәрі-дәрмекпен жедел уланудағы осы көрсеткіш 0,54%-дан 0,15%-ға дейін кеміген. Осы көрсеткіштерді республикадағы көршілес ірі қалаларда орналасқан (Алматы, Қарағанды қалаларында) токсикология бөлімшелерінің сапалық көрсеткіштерімен салыстырғанда да оң нәтижені байқауға болады. Қолда бар деректерді салыстырып көргенде оған көз жеткіземіз.

Мысалы, 2013 жылы Қарағанды қаласындағы токсикология бөлімшесінде күйдіргіш улармен улануда өлім-жітім 6,3%, 2011 жылы Алматы қаласында 5,17% болған, ал сол жылдары зерттеудегі бөлімшеде осы уланудың түрі бойынша өлім-жітім 5,8% (2010 ж.) және 3,6%-ды (2011 ж.) құраған. Дәрі-дәрмекпен уланудағы бұл көрсеткіште солай бағыт алған. Яғни, Қарағандыда 0,89%-ға, Алматыда 1,26%-ға ие болса, Шымкентте ол көрсеткіш өз жылдарына сай 0,23%, 0,37% болған. Немесе алкогольды ішімдіктермен уланғанда сырт қалаларда 1,85%-ды және 1,43%-ды құраса, ол көрсеткіш зерттеліп жатқан қаладағы бөлімшеде жылдарына сай 1,43%-ды, 1,25%-ды құраған.

Зерттеу нәтижелерін талқылау. Зерттеудің алғашқы жылдарында жедел уланулармен науқастардың стационарлық көмекке жиі жүгінгендігі және олардың соңғы жылдары азаюының басты себебі тұрғындар арасында салауатты өмір салтының қалыптасуының алғашқы көрінісі екендігін мойындауымыз керек десек те, оның ішінде жедел уланудың басым көпшілігін құрайтын (52,4%) алкогольдік ішімдіктермен уланудағы алкогольдік заттардың сапасының жақсаруы, қолдан жасалатын ішімдіктердің азайып, оларға жүргізілетін қадағалау мен бақылау шараларының күшейтілгенінің жемісі болса керек. Жалпы уланулардың санының азаюын осымен де түсіндіруге болады. Жүргізілген зерттеу жылдар аралығында елдегі нарықтық экономиканың қалыптасуы мен психоэмоционалдық факторлардың күрделенуі, шиеленісуі дәрі-дәрмекпен суицидтік жолымен уланудың өсуіне алып келгенін жасыруға болмайды.

Ал, көмір тотығы және табиғи газбен уланудың екі есеге жуық артуы бұрынғыдай пеш мұржаларының уақтылы тазаланбай, жаңа жылу қондырғылардың пайдалану технологиясын дұрыс жүргізу мен оны толық меңгермеу болып отырса да, осы өңірге жаңадан қоныс аударған (Өзбекстаннан) тұрғындардың санының артуымен де түсіндіріледі. Емдеудегі өлім-жітім көрсеткішінің жоғары болып тұратын күйдіргіш әсері бар улармен уланудың артуы әлі де болса жоғары концентрациялы сірке қышқылының сауда орындарында еркін сатылуы мен нарықтық экономикадағы адамдар арасындағы қарым-қатынаста кездесетін психоэмоционалдық ахуалдың тұрақсыздық салдарынан туындап отырған жағдай екені белгілі. Уланудың барлық түрлеріндегі емдеудің ең бағалы көрсеткіші болып есептелетін – өлім-жітімнің төмендегі стационарға дейінгі медициналық көмек пен стационарлық кешенді ем сапасының артуымен байланысты және соңғы жылдары клиникалық жағдайда экстракорпоральды детоксикациялық әдістердің кеңінен енгізілуі арқасында байқала бастады.

Бұл мақсатта соңғы жылдары гипербариялық оксигенация сеанстары клиникалық тіркемелерде белгіленбеген жедел улануларда (жәндік және өсімдік улармен, дәрі-дәрмекпен, бояулармен ж.т.б. улануларда) және сонымен қатар басқа да этиологиялық себептері бар науқастарға (жүктілік гестозы, баланың жатыр ішілік гипоксиясы, фетоплаценталық шамасыздық, жатыр ішілік баланың гипотрофиясы, жүктілік кезіндегі экстрагениталдық патологиялар, әр түрлі генездегі энцефалопатияларда, операциядан кейінгі ішек салдануы, постгеморрагиялық анемия, ишемиялық инсульт, сепсистік жағдай ж.т.б.) жүргізіліп оң нәтиже алынды. 2010 жылы барлығы 3610, 2011 жылы 5799 ал 2012 жылы 3356 баросеанстары жүргізілді.

Қарағанды және Алматы қалаларында бөлімшелердің сапалық көрсеткіштерімен салыстырғандағы оң нәтижені де зерттеген бөлімшедегі мүмкіншілігі мол, гипербариялық оксигенация жүргізуге арналған көп түрлі барокамерасы бар (көп орынды «Арыс-МТ» барокешені, «Қазақстан-МТ» жылжымалы транспорттық ауа-оттегі барокамерасы, «БЛКС-03» бір орынды барокамералары) мекемеде емделгенімен ұғынуға болады. Әрине, барлық токсикология бөлімшелері стандарттық клиникалық тіркемелерді басшылыққа ала отырып емдеу шараларын жүргізеді. Ал, зерттеліп отырған токсикология бөлімшесінде уланудың көптеген түрлеріне экстракорпоральды детоксикация әдісі ретінде гипербариялық оксигенация кеңінен қолдана алады. Өлім-жітімнің төмен дәрежеде болуы да бір жағынан соның арқасында болса керек. Токсикологиялық зақымданудың патогенезінде жалпы гипоксияның орын алуы ерекше. Гипербариялық оксигенация гипоксияның барлық түрлерінде патогенетикалық негізделген ем болып есептелінеді.

Қорытынды. 1. Өткен жылдардың емдік көрсеткіштеріне шолу зерттеулерін жүргізу, оларға назар аудару келешектегі мақсатты шараларды ұйымдастыруға, жоспарлауға тиімділік әкелуге өз ықпалын тигізеді. 2. Жедел уланулардың алдын алу мақсатында тұрғындар арасында салауатты өмір салтын қалыптастыру шараларына көп көңіл аудару қажет. Бұл шаралар жедел уланулардың алдын алуға үлкен ықпал етеді. 3. Өлім-жітімі жоғары болып табылатын күйдіргіш улардың ішінде сірке қышқылының жоғары концентрациялы

ерітінділерін (70%) еркін сауда жүйелерінен сатуға тиым салынып, концентрациясы төмен, көп мөлшерін қабылдағанда жедел улануды шақырмайтын концентрациясы төмен ерітінді даярлау жолын қарастыру лазым.

4. Гипербариялық оксигенацияны кеңінен қолдану мақсатында көрсетпесі бойынша токсикологиялық науқастарды емдеу тіркемелеріне (баротехникасы бар емдеу мекемелеріне) өзгеріс жасау қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Голиков С.Н., Саноцкий И.В., Тиунов Л.Н. Общие механизмы токсического действия. Л.: Медицина, 1986. - 280с., илл.
2. Лужников Е.А. Клиническая токсикология. Учебник. М.: Медицина, 1999. – 416с.
3. Общая токсикология. Под ред. Курляндского Б.А. М.: Медицина, 2002. - 608с., илл.
4. Руководство по гипербарической оксигенации. Под ред. С.Н.Ефуни. М.: Медицина, 1986. – 416с., илл.
5. Тулеев И. Клиникалық токсикология. Шымкент, 2013. - 592 бет.
6. Клиническая токсикология детей и подростков. Часть вторая. Под редакцией Марковой И.В., Афанасьева В.В., Цыбулькина Э.К. Санкт-Петербург, 1999. –С. 115-123.
7. Тулеев И. И др. Применение гипербарической оксигенации при остром отравлении алкоголем и его суррогатами. Гипербарическая физиология и медицина. М.: Медицина.- 2003.- №3.- С. 4-5.

РЕЗЮМЕ

Необходимо расширить показания гипербарической оксигенации
И. Тулеев, Х. Махаметова
Областной центр гипербарической оксигенации им. Т.О. Орынбаева, г. Шымкент

В статье приводятся убедительные данные по лечению больных с острыми отравлениями, а также больных с другой этиологией. Автор предлагает произвести изменения в клинических протоколах лечения с применением гипербарической оксигенации в ряде заболеваний.

Ключевые слова: гипербарическая оксигенация, летальность, острое отравление.

SUMMARY

Need to expand the indications of hyperbaric oxygen therapy
I. Tuleyev, H. Mahametova
T.O.Orynbayev center of hyperbaric oxygen therapy, Symkent city

The article provides compelling evidence for the treatment of patients with acute poisoning hyperbaric oxygen therapy, as well as patients with other etiologies. The author proposes to make changes in the clinical treatment protocols using Hyperbaric oxygenation in several diseases.

Key words: hyperbaric oxygen therapy, mortality, acute poisoning,.

ӨОЖ 615.9:547.292

СІРКЕ ҚЫШҚЫЛЫ ЖӘНЕ ӨЛІМ

И.Тулеев, Н.Нахыпбеков
Т.О.Орынбаев атындағы облыстық жоғары қысымды оттегімен емдеу орталығы

ТҮЙІН

Мақалада токсикология бөлімшесінде соңғы жылдары жедел сірке қышқылымен уланған науқастардың салыстырмалы сапалық көрсеткіштері баяндалған. Уланудың бұл түріндегі өлім-жітім көрсеткішінің әлі жоғары екендігіне көз жеткізуге болады. Өлім-жітімді азайту үшін қажетті ұсыныс жасалынған.

Кілт сөздер: сірке қышқылы, өлім-жітім.

«Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасының негізгі мақсаты еліміздің әлеуметтік-демографиялық тұрақты дамуын қамтамасыз ету үшін Қазақстан азаматтарының денсаулығын нығайту болып табылады. Адам денсаулығының қорғауда токсикологиялық қызметтің өзіндік алатын орны ерекше. Сондықтан

да аурулардың алдын алу шараларын қарастыру, мақсаты зерттеулер жүргізу, диагностикалауды жетілдіру, науқастарды емдеу мен оларды оңалту шаралары уақыт талабы болып отыр. Азаматтардың денсаулығы мен еңбекке қабілеттілігін сақтау, мүгедектік пен өлімге жол бермеу мемлекетіміз бен қоғамның, денсаулық сақтау мекемелерінің алдағы қойған мақсаттарының өзекті мәселелерінің бірі. Т.О.Орынбаев атындағы ОЖҚОЕО-ның токсикология бөлімшесінің соңғы үш жылғы (2009-2012 ж.ж.) деректері бойынша жедел уланулардың ішінде жиілігі жағынан күйдіргіш әсері бар улармен улану алкоғолдік ішімдікпен, дәрі-дәрмекпен және улы газдармен уланулардан кейінгі орынды иеленді. Бұл уланулардан болған өлім-жітім көрсеткіштерімен салыстырғанда едәуір жоғары.

Жұмыстық мақсаты мен міндеті жалпы уланулардың ішінде күйдіргіш улармен улануда өлім-жітімнің жоғары деңгейде болуына көз жеткізіп, оның азаюына алдын ала шараларын қалыптастыру болып табылады. Клиникалық орталықтағы токсикология бөлімшесіне соңғы үш жылда жалпы уланудан емделіп шыққан науқастардың саны жылдан жылға азайып келеді. 2009 жылы 3101-ден 2010 жылы 2445-ке, ал 2011 жылы 2268 науқасқа төмендеген. Бұл төмендеу әсіресе алкоғолдық ішімдіктермен уланғандар арасында ерекше байқалады. Алкоғолдық ішімдіктермен улану 2009 жылы 1702-ден 2010 жылы 1334-ке, ал 2011 жылы 875-ке төмендеген. Осы топтағы өлім-жітім де сол жылдары 20-дан 18 бен 11 адамға төмендеген.

Ал, уланулармен емделген науқастар арасында күйдіргіш улармен уланулар саны осы жылдар аралығында артып келеді. 2010 жылы - 186, 2011 жылы – 220, ал 2012 жылы – 247 науқас емделді. Улаушы заттардың (сірке қышқылы, калий перманганаты мен сілтілер) арасында сірке қышқылымен уланулар өте басым. Ал, ерлерге қарағанда әйелдер арасында бұл уланудың түрі 2,19-дан 4 есеге дейін көп кездеседі. Жас аралықтары бойынша ересектерден кейін балалар арасында, жас өспірімдерде аз уланулар кездеседі. Уланудың көбі қала тұрғындарының арасында кездеседі. Осы жылдары бұл уланудың түрлерімен 553 науқас жедел медициналық көмек көлігіне жүгінсе, 100 науқас өздігінен стационарлық көмекке келген. Науқастар арасында өлім-жітім 2010 жылы - 10, 2011 жылы - 8, 2012 жылы - 10 болып тіркелді.

208 уланған науқастардың асқазандары бір сағат ішінде, ал 445 науқаста бір сағаттан кейін жуылғаны тіркелген. Удың асқазандағы экспозициясының ұзақтығы қандағы эритроциттердің гемолизіне тікелей әсері болатынына белгілі. Науқастардың 567-інде эритроциттердің гемодилизденуінің өлімге дейінгі деңгейіндегі дәрежесі байқалып, ал 86-інде өлімдік дәрежесі тіркелген. Науқастардың 103-інде өңеш-асқазан жолдарынан ерте қан кетуі, 33-інде кеш қан кетуі орын алған. Науқастардың арасында 19 жүктілігі бар әйелдер болды. 653 науқастан 28 өлім тіркеліп, өлім-жітімнің 4,28% құрады (жалпы уланулардан стационарлық науқастардың өлім көрсеткіші соңғы 3 жыл бойынша орта есеппен 1,08% құрайды). Демек, күйдіргіш әсері бар улармен уланудан өлім-жітім көрсеткіші жалпы уланудағы өлімнен 3,96 есе артық.

Қорытынды. Сонымен, жүргізілген зерттеулеріміздің нәтижесінде жыл өткен сайын жіті уланулармен стационарлық ем қабылдаған науқастардың жалпы саны азайып, оның ішінде алкоғолдік ішімдіктерден болатын уланулар көп азайғанына көз жеткізуге болады. Бұл деректердің негізінде денсаулық саласындағы мемлекеттік «Саламатты Қазақстан» бағдарламасы өмірде дұрыс бағыт алуын атап айтуға және токсикологиялық көмектің жыл санап сапалық көрсеткіштерінің артуын емдеу технологиясының жағымды әсерімен және ведомствоаралық, сектораралық жауапкершіліктің артуымен түсінген жөн. Күйдіргіш улармен уланғандардың қал-ахуалы қабылдаған удың мөлшерінде ғана емес, оның концентрациясына байланысты екендігін медициналық ғылыми әдебиетте сірке қышқылының концентрациясының жоғарылығына байланыстылығы көп айтылады.

Соған байланысты бұл жөнінде Қазақстан Республикасы экономикалық даму және сауда министрлігі мен Қазақстан Республикасы индустрия және жаңа технология министрлігіне концентрациясы 70% сірке қышқылын өндірмей ал, сырттан келетін өнімді қадағалап, ондай сірке қышқылын алып келуге тиым салуларын өтініп, оның орнына осы қышқылдың концентрациясы төмен 6-15% -дық түрлерін өндіріп, қажеттілікке пайдаланса өлімді болдырмай, улану санын азайту мақсатында арнайы хат жолдауымыз қажет. 70% сірке қышқылына қажеттілігі бар өндіріс орны арнайы хатпен тиісті бас бақылау органдарының рұқсаты бойынша алуы қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Анализ пищевых отравлений по Южно-Казахстанской области за 2003-2007 годы / Б. К. Торғаутов [и др.] // Вестник ЮКГМА. - 2009. - № 1. - С. 220-223.
2. Гольдфарб Ю.С. Современные подходы к изучению патогенеза эндотоксикоза при острых экзогенных отравлениях / Ю.С. Гольдфарб // Анестезиология и реаниматология. - 2005. - № 6. - С. 19-25.
3. Жиенбаева А. С. Терапия пищевых токсикоинфекций / А. С. Жиенбаева // Медицина. - 2011. - №11. - С. 75-76.
4. Журмагамбетова Б. Т. Первая помощь при отравлении медикаментами / Б. Т. Журмагамбетова // Эскулап. - 2013. - № 4. - С. 14.
5. Е.А.Лужников Клиникалық токсикология, М.1999 - 420 бет.
6. ҚР денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы. - Астана - 2010.

7. И.Тулеев Клиникалық токсикология. Шымкент. – 2013. - 467-485 б.
8. Асептика и антисептика в условиях поликлиники для студентов. Заболевания прямой кишки; Переломы и вывихи, наложение транспортных шин и гипсовых повязок в условиях травматологического пункта для студентов; Диагностика и лечение повреждений внутренних органов при закрытой травме живота. Ожоги [Электронный ресурс] : методические разработки / сост. Р. Т. Тажимурадов. - Электрон. текстовые дан. (1,17 Мб). - Шымкент : ЮКГМА, 2004 эл. опт. диск (CD-ROM).
9. Инструкция по оказанию первой доврачебной неотложной помощи пострадавшим [Электронный ресурс] : инструкции. - Электрон. текстовые дан. (2,80 Мб). - М. : Б. и., 2002. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM).

РЕЗЮМЕ

Уксусная кислота и летальность

И.Тулеев, Н. Нахыпбеков

Областной центр гипербарической оксигенации им. Т.О.Орынбаева, г. Шымкент

В статье изложены сравнительные качественные показатели пролеченных больных с острым отравлением уксусной кислотой в токсикологическом отделении в последние годы. Можно убедиться, что показатели летальности этого вида отравления остаются достаточно высокими. Внесены необходимые предложения по снижению летальности.

Ключевые слова: уксусная кислота, летальность.

SUMMARY

Acetic acid and lethality

I.Tuleyev, N. Nakiphbekov

T.O.Orynbayev regional center of hyperbaric oxygenation, Shymkent city

The paper presents comparative qualitative indicators of treated patients with acute poisoning with acetic acid in the toxicology department in recent years. You can be sure that the mortality rates of this type of poisoning are quite high. We make the necessary proposals to reduce mortality

Key words: acetic acid, lethality.

УДК.322.48-009.34

ПРИМЕНЕНИЕ ГБО В АКУШЕРСТВЕ

Х.А. Махаметова, Д.А. Бабажанова

Областной центр гипербарической оксигенации им. Т.О. Орынбаева, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты исследования влияния гипербарической оксигенации на течение осложненных беременностей. На основе полученных результатов ультразвукового исследования и осмотров акушер-гинекологов определены оптимальные сроки проведения гипербарической оксигенации в комплексе профилактики и лечения осложнений беременности.

Ключевые слова: беременность, акушерство, ГБО, лечение, патология.

Введение. Современный уровень развития медицины невозможно представить себе без применения интенсивных и высокотехнологичных методов, к которым относится и гипербарическая оксигенация, которая широко применяется в клинической практике в нашей стране и за рубежом с 60-х годов прошлого столетия. Гипербарическая оксигенация (ГБО) - это метод воздействия на организм с использованием кислорода под повышенным давлением в барокамерах (медицинских бароаппаратах). Гипербарическая оксигенация широко применяется в различных областях медицины, в частности, в акушерской практике. Основными показаниями к проведению лечения методом ГБО являются: патология беременности (фето-плацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода, анемия беременных, гестозы, угроза прерывания беременности, групповая и резус-конфликтная беременность и т.д.); соматическая патология у рожениц (сахарный диабет,

заболевания сердечно сосудистой и бронхолегочной систем, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гепатит, холецистит и т.д.); послеродовые состояния (состояния после кесарева сечения, осложненные роды, постгеморрагическая анемия и др.).

Одной из наиболее острых акушерских проблем является угрожающий выкидыш в первом триместре беременности на фоне функциональной недостаточности яичников и надпочечников. Причины самопроизвольных выкидышей на ранних стадиях беременности многочисленны: инфекционные заболевания, иммуноконфликт матери и плода, истмико-цервикальная недостаточность, генетические нарушения. Важная роль в патогенезе прерывания беременности принадлежит гипоксии. Лечение невынашивания беременности направлено на регуляцию обменных процессов и нормализацию гормонального статуса. При беременности, развившейся на фоне гиподисфункции яичников, снижения функционального состояния эндометрия, ГБО необходимо начинать в возможно ранние сроки: в 5-6 недель. Курс состоит из 8-10 сеансов, ежедневно, либо через день. При необходимости курс повторяется через 3-4 недели.

Применение ГБО целесообразно при токсикозах I-II периода беременности. Курс состоит из 4-5 сеансов. При необходимости курс может быть продлен до 8-10 сеансов. Повторный курс не ранее чем через 2 недели. Одним из наиболее грозных осложнений беременности, которое является причиной высокой материнской и перинатальной смертности, являются гестозы. ГБО назначают при появлении признаков нефропатии I-II степени. Курс лечения ограничивается 6-8 сеансами. Повторный курс рекомендуется проводить за 2-3 недели до предполагаемых родов. Несостоятельность маточно-плацентарной системы, хроническая гипоксия и гипотрофия плода часто является следствием различных экстрагенитальных заболеваний матери или акушерских осложнений. Недостаточность плаценты оказывает особенно неблагоприятное влияние на развитие плода во II половине беременности.

Включение сеансов гипербарической оксигенации в комплексную терапию, направленную на ликвидацию внутриутробной гипоксии плода, сохранение беременности является необходимым т.к. после курса ГБО у этого контингента беременных улучшается рост и развитие плода, что в 2—3 раза уменьшает рождение детей с малой массой тела и гипотрофией. Под действием ГБО повышается оксигенация организма матери, ликвидируются проявления гипоксического синдрома у беременной и плода, создается резерв кислорода за счет физического растворения его в плазме и тем самым облегчает утилизацию кислорода клетками и тканями, что способствует снижению частоты внутриутробной гибели плода. Курс составляет 8—10 сеансов. Для поддержания функциональной стабильности плаценты во II—III триместре, а также перед родами, курс может быть повторен.

Цель работы заключается в изучении улучшения исхода беременности и родов для матери и плода путем оксигенации фетоплацентарного комплекса у беременных, относящихся к группе высокого риска осложненных беременностей.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленных целей было проведено сравнительное исследование результатов лечения. За последние три года (2010-2013гг) приняты 740 беременных, которым проведено 3120 сеансов. Возраст пациенток варьировал с 18 до 38 лет, сроки беременности 16-34 недели. Всем женщинам сеансы ГБО проводились в одноместной барокамере «БЛ-3» при давлении 0,6 ати, продолжительностью 40 минут на изопрессии, ежедневно, в среднем 3-5 дней. В комплексе с общепринятым лечением сеансы ГБО приняли 590 женщин, остальные 150 женщин принимали только баросеансы. Результаты лечения оценивались по клиническим данным : самочувствие больных и сохранение беременности.



Рисунок 1 – Деление беременных по неделям беременности

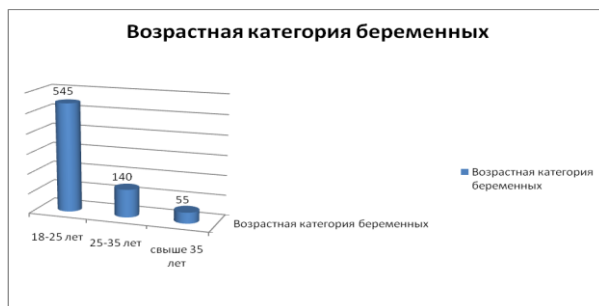


Рисунок 2 – Возрастная категория беременных

Для обследования больных были использованы ультразвуковое исследование фетоплацентарного комплекса и частично доплерометрическое исследование кровотока в артериях матки.

Результаты исследования. Количество беременных с маловодьем составило 388, с многоводьем - 80, с гипотрофией плода - 30, с сопутствующей анемией беременных - 25, с ФПН-72, с неоднородностью околоплодных вод - 106, с нарушением маточно-плацентарного кровообращения различной степени (дополнительным методом исследования для этой патологии являлось доплерометрия) - 39.

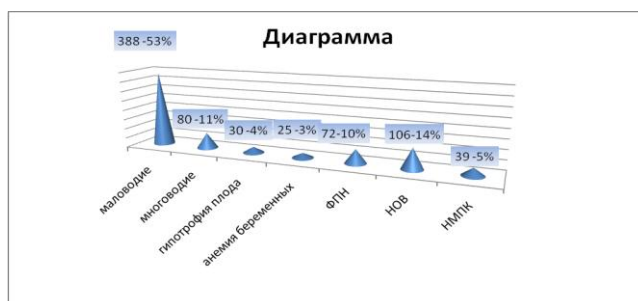


Диаграмма - Количество беременных с маловодьем, многоводьем, гипотрофии плода.

Большая часть женщин (92%-682 женщины) хорошо переносили сеансы ГБО, отмечалось улучшение общего состояния, уменьшение тахикардии и одышки, АД после сеанса существенно не менялось. У 20 беременных (2,7%) курс ГБО был прерван из-за клаустрофобии и появления болей в ушах. 32 женщины (5,3%) существенных изменений в своем самочувствии не отметили. У 30 беременных с гипотрофией плода 100% наблюдались хорошие результаты лечения: исчезали клинические признаки внутриутробной гипотрофии плода, что подтверждались контрольными УЗИ. В группе женщин с анемией беременных у 15 (60%) отмечалось улучшение общего состояния и нормализация уровня гемоглобина в крови, у остальных 10 (40%) отмечены лишь удовлетворительные результаты: улучшение общего состояния и незначительное увеличение уровня гемоглобина в крови. Применение ГБО в лечении беременных вызвало 100% сохранение беременности.

Выводы. ГБО является эффективным и перспективным методом в комплексном лечении осложненных беременностей. Можно предположить, что ГБО является мощным не медикаментозным и неинвазивным средством воздействия на гомеостаз маточно-плацентарного комплекса. Применение ГБО эффективно при своевременном назначении, когда гипоксические изменения не привели к необратимым нарушениям в фетоплацентарной системе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Справочник по хирургии [Электронный ресурс]: справочное издание / под ред. С. Шварца, Дж. Шайерса, Ф. Спенсора. - Электрон. текстовые дан. (35,3 Мб). - [б. м.] : Б. и., Б. г эл. опт. диск (CD-ROM). - (Медицинская библиотека).
2. Асептика и антисептика в условиях поликлиники для студентов. Заболевания прямой кишки; Переломы и вывихи, наложение транспортных шин и гипсовых повязок в условиях травматологического пункта для студентов; Диагностика и лечение повреждений внутренних органов при закрытой травме живота. Ожоги [Электронный ресурс] : методические разработки / сост. Р. Т. Тажимурадов. - Электрон. текстовые дан. (1,17 Мб). - Шымкент : ЮКГМА, 2004 эл. опт. диск (CD-ROM)
3. Руководство по гипербарической оксигенации (теория и практика клинического применения) // Под.ред. С.Н. Ефунн. - М.: Медицина, 1986. - 416 с.
4. Лемунов Е.А. Патофизиологические аспекты воздействия гипербарической оксигенации на организм/ Е.А. Лемунов// Патофизиология и экспериментальная терапия.1989. 5.- С.3 -10.

5. Тулеев И. Клиникалық токсикология.- Шымкент.- 2013.- 592б.

ТҮЙІН

ГБО - ның акушерствода қолдануы
Х.А. Махаметова, Д.А. Бабажанова
Облыстық жоғарғы қысымды оттегімен емдеу орталығы, Шымкент қаласы

Мақалада зерттеуін асқынған жүктілік ағымында жоғары қысымды оттегімен емдеу көрсетілген. Ультрадыбысты зерттеу бойынша және акушер –гинекологтар қарауында асқынған жүктіліктің алдын алу және емдік мақсатта жоғары қысымды оттегімен емдеу маңызды орын алатындығы анықталды.

SUMMARY

The applications of Hyperbaric oxygen therapy in obstetrics
Kh.A. Makhametova, D.A. Babazhanova
Regional Center for Hyperbaric Oxygen Therapy

Results of research of influence of hyperbaric oxygenation are presented in article on the course of the complicated pregnancies. On the basis of the received results of ultrasonic research and surveys the obstetrician-gynecologists optimum terms of carrying out hyperbaric oxygenation in a complex of prevention and treatment of complications of pregnancy are defined.

УДК 615.099-08

РОЛЬ ГБО ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ

Петрова Т.Н, Мусаев Ю.М, Эмм С.А, Тулеев И.Т
ОЦГБО им.Орынбаева, г. Шымкент
ЮКГФА, г. Шымкент

РЕЗЮМЕ

Сегодня широко используются современные системы реанимационных мероприятий. В практике лечебного учреждения есть факты спасения больных, находящихся в критическом состоянии, то есть обреченных на неминуемую гибель. В доступных нам литературных источниках еще мало публикаций о стандартизированном подходе при выведении пациентов из критического состояния с острыми отравлениями.

Ключевые слова: гипербарическая оксигенация, реанимационные мероприятия, отравления, терапия.

Проблема острых и хронических отравлений приобрела особую актуальность в начале XXI века вследствие бушующего развития химической индустрии и ее областей, накопления в окружающей среде огромного количества химических препаратов, количество которых достигает 10млн. наименований. Около 100 тысяч из них используются в быту в виде пищевых примесей, лечебных средств, пестицидов, препаратов бытовой химии и др. [1,2]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 1990 г от отравлений погибло 187,7 тыс. человек, из них 17,5% дети. В России и странах Западной Европе регистрируются 2-3 случая отравлений химической этиологии на 1000 детей. Количество смертельных случаев от отравлений в детском возрасте уступает по численности только травме, ожогам и утоплению (4-е место) и превышает общее число погибших от детских инфекций [1,3]. Наблюдается также постепенное увеличение бытовых (случайных, суицидальных) и криминальных случаев от острых отравлений. Осложняют течение отравлений и определяют его тяжесть такие ведущие патофизиологические звенья как токсикоз и гипоксия за счет блокирования фермента цитохромоксидазы в конечной стадии дыхательной цепи, являющиеся непосредственной причиной летального исхода[2,4]. Используя общепринятые реанимационные мероприятия, не всегда удается справиться с «гипоксической лавиной» в организме пациентов с критическими состояниями. Поэтому широкое внедрение современной системы реанимационных мероприятий в практику лечебных учреждений сделала возможным спасение больных, находящихся в критическом состоянии, пограничных со смертью и до сравнительно недавнего времени обреченных на неминуемую гибель [5].

Между тем, при лечении гемических ядами мощным антигипоксическим средством является ГБО за

счет деблокирования инактивированного гемоглобина, метгемоглобина и цитохромоксидазы. Антиацидотический и детоксикационный эффект ГБО предотвращает образования токсических метаболитов [6,7,8]. Однако, в доступной нам литературе мало публикаций о стандартизированном подходе применения ГБО при выведении пациентов из критического состояния с острыми экзогенными отравлениями (протокол лечения). Вместе с тем, 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 [7,8]. При этом одним из существенных недостатков в литературе является также отсутствие стандартных режимов ГБО при острых отравлениях.

Целью работы является оценка роли ГБО при критических состояниях с острым отравлением.

Пациенты и методы исследования. В реанимационном отделении областного центра ГБО г.Шымкента за 2010г поступили 243 больных, а в 2011 и 2012 годы количество госпитализированных пациентов было 237 и 321 соответственно. Следовательно, количество поступивших больных с острыми отравлениями в 2010-2012гг оставались на высоких цифрах. Сеансы ГБО чаще всего проводились в однократной кислородной барокамере «БЛКС» в режиме 1,6-2ата с периодичностью 1 раз до 4 раз в день, 1-20 сеансов. ГБО проводилась в комплексе дезинтоксикационной, симптоматической и инфузионной терапии. В контрольную группу включили 32 больных, которые по противопоказаниям (ОРВИ, эпилепсия, клаустрофобия, гипертония выше 180/100 мм. рт. ст) не получали сеанса ГБО, им проводилась общепринятая терапия. Больные на сеанс ГБО отбирались по показаниям, после тщательного сбора анамнеза, установления клинического диагноза под контролем гемодинамических показателей, психического статуса, ЭКГ и общепринятых лабораторных анализов.

Результаты и их обсуждение. В реанимационном отделении за указанное время получили реанимационную и интенсивную помощь пациенты последующим нозологиям(табл. №1).

Таблица 1 - Реанимационная и интенсивная помощь пациентам по нозологиям

№	Нозологии	Количество токсикологических больных пролеченных в реанимационном отделении		
		2010г.	2011г.	2012г.
1	Отравление этиловым спиртом	98	83	102
2	Угарный газ	11	16	19
3	Отравление медикаментами	64	60	92
4	Отравление прижигающим ядом	38	42	48
5	Отравление нефтепродуктами	3	7	2
6	Отравление ФОС	3	2	2
7	Отравление наркотиками	12	6	30
8	Отравление животным ядом	2	9	6
9	Отравление неизвестным ядом	1	3	-
10	Отравление растительным ядом	4	4	2
11	Отравление препаратами бытовой химии	-	1	3
12	Отравление хуной	1	-	-
13	Отравления металлом	-	1	-
14	Ингаляционное отравление	-	1	1
15	итого	237	235	307

Как видно из таблицы, что количество больных с острыми отравлениями этиловым спиртом составляет основной контингент (до 36,7 %) больных реанимационного отделения. На втором ранговом месте находились пациенты с медикаментозным отравлением (до 26,7%), а на 3 –м месте – отравления с прижигающими ядами (до 26,6%). Клинические исследования проводились у больных по показаниям в зависимости от тяжести состояния и характеристики яда. При тяжелых отравлениях свыше указанными ядами наблюдались следующие осложнения - спутанность сознания вплоть до глубокой комы, приступы эпилептиформных судорог (у 16 больных), психомоторные возбуждения, токсические энцефалопатии, гепатиты, нефриты, гипотония, экзотоксический шок, реактивный гастрит и панкреатит (у 32 пациентов). Наиболее частыми осложнениями при медикаментозных отравлениях являлись: энцефалопатия, гипотония и реактивный панкреатит (у 18).

В комплексные терапевтические мероприятия наряду с общепринятыми методами детоксикации (антидотная терапия, повторные промывания желудка, очищения кишечника, форсированный диурез, ноотропы, витаминотерапия и др.)нами были включены 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 ядов. Указанным больным проводились сеансы ГБО в режимах 1,4-2,0 ата с продолжительностью по 40-90 минут в зависимости от выраженности интоксикации, общего состояния и гемодинамических показателей. Больным, представляющим опасность проведения сеансов ГБО в одноместной барокамере «БЛКС» интенсивная терапия и ГБО проводились в многоместной воздушно-кислородной барокамере «АРЫСЬ-МТ». В этой барокамере предусмотрены необходимые условия для проведения интенсивной терапии.

Терапевтическая эффективность ГБО-терапии оценена по изменению окраски кожных покровов, гемодинамических показателей, двигательной активности, восстановлению сознания, суточного диуреза с определением отравляющего компонента в моче. Анализ исследования показал, что у больных получавших сеансы ГБО раньше восстанавливалось сознание, улучшались самочувствие, аппетит, быстрее купировался абстинентный синдром. Изменения гемодинамики сводились к снижению повышенного артериального давления, уменьшению тахикардии. Указанные больные ранее переводились в профильное отделение. В контрольной группе больных, где лечение ограничивалось только общепринятой дезинтоксикационной терапией, эти положительные изменения наступали в более поздние сроки. После применения ГБО-терапии на фоне общепринятой детоксикационной терапии общее состояние, гемодинамические показатели, сознание больных восстанавливались быстрее, а явления энцефалопатии купировались раньше, чем у больных, получавших терапию по общепринятой методике без ГБО.

Выводы. Таким образом, клинический опыт применения ГБО-терапии при острых отравлениях свидетельствует о высокой терапевтической эффективности и перспективности указанного метода, пострадавшим пациентам, после активной детоксикационной терапии. По видимому, ГБО влияет не только как антигипоксикант на гипоксическое состояние организма, но и на метаболизм, токсикодинамику и токсикокинетику отравляющих веществ, что подлежит еще дальнейшему изучению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шейман Б.С, Волошина Н.А. Острые отравления / В кн. Неотложная медицинская помощь (под.ред. Ф.С. Глумчера, В.Ф. Москаленко) /Б.С Шейман, Н.А Волошина // Киев. -2006. – С 594-635.
2. Неотложная терапия острых отравлений и эндотоксикозов. Справочник. (под.ред. Е.А. Лужникова). М.: Медицина. - 2001, -304с.
3. Лужников Е.А., Гольфарб Ю.С, Мусселиус С.Г. Детоксикационная терапия. Руководство для врачей./ Е.А Лужников// СПб.изд. «Лань», 2000. – 192с.
4. Гребенников В.А. Острая дыхательная недостаточность/В.А. Гребенников// В кн. Детская анестезиология и реаниматология. (под.ред. В.А. Михельсона , В.А. Гребенникова).- М.:Медицина-2001. -С.105 – 135.
5. Назаров И.П. Интенсивная терапия критических состояний/ И.П.Назаров // Ростов – на- Дону. Феникс. Краснодарск. Издательские проекты. – 2007 - 608 с
6. Руководство по гипербарической оксигенации (теория и практика клинического применения) // Под.ред. С.Н. Ефуни. - М.: Медицина, 1986. - 416 с.
7. Лемуров Е.А. Патофизиологические аспекты воздействия гипербарической оксигенации на организм/ Е.А. Лемуров// Патофизиология и экспериментальная терапия.1989. 5.- С.3 -10.
8. Тулеев И. Клиникалық токсикология.- Шымкент.- 2013.- 592б

ТҮЙІН

Петрова Т.Н, Мусаев Ю.М, Эмм С.А, Тулеев И.Т
Т.Орынбаев атындағы облыстық жоғары қасымды оттегімен емдеу орталығы, Шымкент қ.
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.

Бүгінде реанимациялық іс-шаралардың заманауи жүйесі кең қолданылады. Емдеу мекемелерінің тәжірибесінде өлі мен тірінің арасында жатқан науқастардың жанын сақтап қалған жағдайлар жиі кездеседі. Бізге қолжетімді әдебиетте өткір улану салдарынан дағдарысты жағдайға түскен пациенттерді аман алып қалу туралы стандартты жүйе туралы мақалалар аз.

SUMMARY

Petrova T.N, Musaev Ю.М, Эмм С.А, Tuleev I.T
T.O.Orynbayev center of hyperbaric oxygen therapy, Symkent city

Thus, clinical experience of HBO therapy in acute poisoning indicates a high therapeutic effectiveness and prospects of the specified method injured patients after an active detoxification. Apparently, hbo influences not only as антигипоксанта the hypoxic condition of the organism, but also on the metabolism, токсикодинамику and токсикокинетику poisonous substances, that is subject to even further study.

УДК 615.835.3/9:612.393.1

ГИПЕРБАРИЯЛЫҚ ОКСИГЕНАЦИЯНЫҢ АЛКОГОЛ ЖӘНЕ ОНЫҢ СУРРОГАТТАРЫМЕН ЖЕДЕЛ УЛАНУЛАРЫНДА ҚОЛДАНЫЛУЫ

И. Тулеев, Е. Мусабеков, Н. Нахыпбеков, Б. Айтымбетов

Т.О.Орынбаев атындағы облыстық жоғары қысымды оттегімен емдеу орталығы, Шымкент қаласы

ТҮЙІН

Мақалада гипербариялық оксигенацияның алкоголь және оның суррогаттарымен жедел улануларында науқастардың тез арада емделуі мен өлім-жітімнің азайуына тигізер әсері баяндалған.

Кілт сөздері: алкоголь, оның суррогаттары, гипербариялық оксигенация, өлім-жітім.

Мақаланың маңыздылығы. Жедел уланумен токсикология бөлімшелеріне түсіп емделетін науқастардың басым көпшілігі алкоголь және оның суррогаттарымен уланғандар құрайды. Сондықтан да бұл науқастарды емдеудің, алдын алу шараларының тиімді жолын қарастыру медицинадағы осы саланың өзекті мәселесі болып отырғаны белгілі.

Зерттеудің мақсаты мен міндеттері. Гипербариялық оксигенацияның (ГБО) алкоголь және оның суррогаттарымен жедел уланудың соматогенді сатысында науқастардың жағдайына әсерін, оның осы уланудан өлім-жітім көрсеткішіне тигізетін тиімділігін зерттеу болып табылады.

Зерттеудің материалдары мен әдістері. Т.О.Орынбаев атындағы облыстық жоғары қысымды оттегімен емдеу орталығының соңғы (2010-2013 ж.ж.) жылдар аралығындағы токсикология бөлімшесінің жылдық есептері, науқастардың медициналық карталары және Қарағанды, Алматы қалаларының сапалық көрсеткіштері. Зерттеуде науқастардың жалпы жағдайлары, көңіл-күйі, тәбеті және абстинентті синдромдары, артериялық қан қысымы, тамыр соғуларының (пульс) жиілігі және стационардағы төсек күндері, өлім-жітім көрсеткіштері есепке алынды. Клиникалық зерттеу сол уақыт арасында 1021 ГБО сенасын алған науқастарға жүргізілді. Бақылау тобындағы науқастарды ГБО-ға қарсы көрсетпелері бар науқастар құрады.

ГБО сеансына арнайы тексеруден өткен, көрсетпесі бар науқастар қабылданды, сеанстар көбінесе «Арыс-МТ» көп орынды ауа-оттегі барокамерасында 1,6-1,8 атм қысымымен ұзақтығы 50-60 минуттық уақытпен, күніне 1 рет 2-3 күн жүргізілді. Барлық науқастарға клиникалық тіркемеде көрсетілген ем қолданылды.

Зерттеудің нәтижесі. ГБО сеанстарын қабылдаған науқастардың жалпы жағдайы, көңіл-күйі, тәбеті ертерек қалпына келіп, абстинентті синдромы 80%-да байқалмай қалды. Жоғары артериялық қысымының өзгерісі байқалып, оның төмендеуі мен тахикардияның жойылғаны тіркелді. Науқастар стационарлық емнен 2-3 күннен кейін шығарылды. Бақылау тобындағы (ГБО сеанстарын қабылдамағандар) тек қана клиникалық тіркемеде белгіленген ем қабылдаумен шектелгендерде жоғарыдағы көрсетілген клиникалық жағымды әсерлер мен өзгерістер 2-3 күн кеш байқалып, олар стационардан 2-3 күн кешеуілдетіліп шығарылды. Осы уланудың түрі бойынша өлім-жітім көрсеткіші 2011 жылы Алматы қаласында 1,43 %-ды құраса, Шымкентте бұл көрсеткіш 1,25 %-ды құрады. Немесе Қарағанды қаласында 2010 жылы бұл көрсеткіш 1,85 % болса, ал Шымкентте 1,43 %-ды құраған.

Зерттеу нәтижелерін талқылау. ГБО-ның алкоголь және оның суррогаттарымен жедел улануларындағы жағымды әсерін бірнеше жолмен түсіндіруге болады. Біріншіден, уланудың салдарынан пайда болған зат алмасудағы тотығуы қанықпаған өнімдердің тотығуын жиілейді. Екіншіден, алкогольдегидрогеназа, каталаза ферменттерінің белсенділігі артып, алкоголь және оның суррогаттарының метоболизімі мен биотрансформациясының жылдамдығы да артуы мүмкін. Үшіншіден, гипоксияның барлық түрлеріне ГБО-ның жағымды әсері ешбір күмән келтірмейді және сонымен қатар организмнің детоксикалық жүйесі белсенділігінің артуымен түсіндіріледі.

Қорытынды. ГБО алкоголь және оның суррогаттарымен жедел улануларындағы соматогенді сатысында науқастарды келеңсіз жағдайдан тез арада шығарады, гемодинамикалық көрсеткіштерді қалыпты күйге алып келеді, емдеу мерзімін едәуір қысқартады. Осы уланудан болатын өлім-жітімді азайтады.

ГБО-ның осы улануларда клиникалық қолдануын, оның тиімділігін арттыру мақсатында жекеленген тиімді режимін анықтау жөнінде ғылыми-зерттеу жұмыстарын әлі де жүргізе беруді қажет етеді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Лужников Е.А. Клиническая токсикология. Учебник. М.: Медицина, 1999. – 416с.
2. Общая токсикология. Под ред. Курляндского Б.А. М.: Медицина, 2002. - 608с., илл.
3. Руководство по гипербарической оксигенации. Под ред. С.Н.Ефуни. М.: Медицина, 1986. – 416с., илл.
4. Тулеев И. Клиникалық токсикология. Шымкент, 2013. - 592 бет.
5. Клиническая токсикология детей и подростков. Часть вторая. Под редакцией Марковой И.В., Афанасьева В.В., Цыбулькина Э.К. Санкт-Петербург, 1999.- С. 115-123.
6. Тулеев И. И др. Применение гипербарической оксигенации при остром отравлении алкоголем и его суррогатами. Гипербарическая физиология и медицина. М.: Медицина.- 2003. №3.- С. 4-5.
7. Мухин Е.А. и др. Очерки гипербарической фармакологии. Издательство «Штиинца», Кишинев, -1978.- С. 122-124.

РЕЗЮМЕ

Применение гипербарической оксигенации при острых отравлениях алкоголем и его суррогатами
И. Тулеев, Е. Мусабеков, Н. Нахыпбеков, Б. Айтымбетов
Областной центр гипербарической оксигенации им. Т.О. Орынбаева, г. Шымкент

В статье изложено влияние гипербарической оксигенации в лечении больных за короткий срок и как уменьшить летальность при острых отравлениях алкоголем и его суррогатами.

Ключевые слова: алкоголь, его суррогаты, гипербарическая оксигенация, летальность.

SUMMARY

The use of hyperbaric oxygen therapy in acute poisoning by alcohol and its surrogates
I. Tuleyev, E. Musabekov, N. Nukhipbekov, B. Aitimbetov
T.O. Orinbayev Center of hyperbaric oxygen therapy, Shymkent city

The article described the influence of hyperbaric oxygenation in the treatment of patients in a short period of time and reduce mortality in acute poisoning by alcohol and its surrogates.

Keywords: alcohol, substitutes, hyperbaric oxygen therapy, mortality

УДК.618.046-004.7

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВОЙ ТОКСЕМИИ И СЕПТИКОТОКСЕМИИ

М.Б. Досыбаев, О.Т. Мун, Х.Б. Бабажанов Б.С. Каратаев, М.Ж. Кожамкулова
Областной центр гипербарической оксигенации им. Т.О. Орынбаева, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

В статье представлены наблюдения за 38 больными с ожоговой болезнью в возрасте от 15 до 60 лет. В целях защиты организма от гипоксии и повышения эффективности инфузионно-трансфузионной, антибактериальной терапии применялась ГБО в периоде токсемии и септикотоксемии.

Ключевые слова: термические ожоги, токсемия, септикотоксемия, лечение, аутодермопластика, ГБО.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые за последние десятилетия в лечении тяжело обожженных больных, проблема термических поражений продолжает оставаться актуальной. Термические травмы имеют сложный и недостаточно изученный патогенез. При обширных и глубоких ожогах возникают глубокие сдвиги как в функции, так и в морфологии почти всех основных органов и систем, причем причинная взаимосвязь нарушения находится на клеточном и субклеточном уровне, что значительно затрудняет распознавание этих тонких патологических процессов. Нарушение микроциркуляции в зоне ожоговой раны, сердечно-сосудистая недостаточность, анемия (в первые 8-10 часов после ожога количество эритроцитов снижается на 12%, а через 48 часов на 42%, Top1ey и Дашз), изменение реологических свойств крови, угнетение

активности дыхательных ферментов продуктами распада некротизированной кожи и микробных тел и ряд других факторов вызывают при ожоговой болезни комбинированную гипоксию (Д.Г.Корчиков, Т.Д.Герасютенко, Т.И.Иванова, П.Н. Тимашов, А.В.Светлийкий 1986г.)

В целях защиты организма от гипоксии и повышения эффективности инфузионно-трансфузионной, антибактериальной терапии мы применяли ГБО с лечебной целью в периоде токсемии и септикотоксемии. В основу нашего сообщения легли наблюдения за 38 больными с ожоговой болезнью (2009-2011 гг.) в возрасте от 15 до 60 лет. У 8-и больных площадь глубокого ожога составляла 10% поверхности тела, у 14 - от 11 до 20%, у 11 - от 21 до 30%, у 5 - более 30%. Наряду с этим, у 4-х больных имели место ожоги верхних дыхательных путей. Лечение ГБО проводили в кислородных барокамерах ММБ «Арысь-МТ» при давлении кислорода 0,6 ати и экспозиции 40 мин. В первые сутки проводили по 2 сеанса, а в последующие дни по одному. Курс проводили в течение 4-5 дней. ГБО применяли в разные периоды ожоговой болезни. На ожоговые раны накладывали повязки с фурацилином. В период острой ожоговой токсемии ГБО применяли при лечении 7 больных на 4-5 сутки после травмы, сеансы проводили ежедневно в течение 4-5 дней.

В период септикотоксемии ГБО проводили у 23 больных. 2 сеанса ГБО проводили перед аутодермопластикой расщепленным кожным лоскутом с целью улучшения процессов очищения, регенерации ожоговых ран и подготовки к кожной пластике. 3 сеанса после, с целью стимуляции регенерации ран и лучшего приживления трансплантатов, по одному сеансу ежедневно. Для предупреждения высыхания пересаженных трансплантатов, наложенная на них повязка смачивалась раствором фурацилина 3-4 раза в сутки. Противопоказаниями для назначения ГБО были наличие закрытых полостей в легких, черепа и острые респираторные инфекции. Относительным противопоказанием являлись пневмонии из-за опасности развития ателектазов. Мы провели сравнение результатов лечения ожоговой болезни у 38 больных, которым в комплексное лечение была включена ГБО с аналогичными поражениями у 36 больных, которых лечили без применения ГБО. В контрольной группе больные были в возрасте от 15 до 58 лет. У 7 больных площадь глубокого ожога составляла 10% поверхности тела, у 13 - от 11 до 21%, у 12 - от 21 до 30%, у 4 - более 30%.

Таблица 1 – Сравнительная характеристика результатов лечения ожоговой болезни у пациентов

площадь ожога	основная группа	контрольная группа
До 10%	8	7
11-20%	14	13
21-30%	11	12
более 30%	5	4
Всего	38	36

Независимо от применения ГБО всем больным применяли однотипный комплекс лечения: инфузионная терапия, антибактериальная терапия, некротомия, некрэктомия ожоговых струпов, аутодермопластика ожоговых ран, а также мероприятия по лечению ожога верхних дыхательных путей. Очищение ран от некротических тканей и готовность к аутодермопластике у больных, получивших ГБО, наступали на 3-4 дня раньше, чем в контрольной группе. 23 больным, получившим ГБО в фазе септикотоксемии, произведена 41 операция аутодермопластика ожоговых ран свободными расщепленными лоскутами. При этом 12 больным произведено одно оперативное вмешательство, 6 - два, 3- три, 2 - четыре. Приживление кожных лоскутов после 29 операции хорошее, после 10 операции удовлетворительное, после 2 операции - неудовлетворительное. 24 больным, не получившим ГБО, произведено 39 операций - аутодермопластика ожоговых ран свободными расщепленными лоскутами. При этом 13 больным произведена одна операция, 7 - две, 4 - три. Хороший результат отмечен после 21 операции, удовлетворительный - после 10 операции, неудовлетворительный - после 6 операции.

Таблица 2 – Результаты операций в группах

результаты операции	основная группа	контрольная группа
Хороший	29	21

удовлетворительный	10	12
неудовлетворительный	2	6
Всего	41	39

Критерием положительного эффекта ГБО на течение ожоговой токсемии и септикотоксемии являлись улучшение центральной и периферической гемодинамики, снижение температуры, нормализация кислотно-щелочного равновесия, функции печени и почек, раннее отторжение струпа, улучшение течения раневого процесса, что позволяет в более ранние сроки провести аутодермопластику, повысить устойчивость трансплантантов. Средняя длительность пребывания в стационаре больных, получавших ГБО, на 4-5 дней меньше чем у контрольной группы, у которых менее благоприятные результаты пересаженных кожных лоскутов.

Выводы. Сокращается период подготовки ожоговых ран к аутодермопластике. ГБО способствует повышению приживаемости кожных аутолоскутов. Снизилась средняя длительность пребывания в стационаре больных, получавших ГБО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Муразян Р. И. Экстренная помощь при ожогах : монография / Р. И. Муразян, Н. Р. Панченков. - М. : Медицина, 1983. - 128 с. - (Б-ка практич. врача. Неотложная помощь)
2. Ожоги. Интенсивная терапия : учеб. пособие / И. П. Назаров [и др.]. - Ростов н/Д : Феникс; Красноярск : Издательские проекты, 2007. - 415 с. - (Высшее образование)
3. Ожоговая ауто-интоксикация пути иммунологического преодоления : монография / Н. А. Федоров [и др.]; АМН СССР. - М. : Медицина, 1985. - 256 с
4. Розин Л. Б. Лечение ожогов и отморожений : монография / Л. Б. Розин, А. А. Баткин, Р. Н. Катрушенко. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Медицина, 1984. - 176 с. - (Б-ка среднего мед. работника)
5. Внутривенное обезболивание у обожжённых / О. Т. Мун [и др.] // Вестник ЮКГМА. - 2009. - № 1. - С. 290-292.
6. Гамаюнов Б. Н. Солнечные ожоги - причины, профилактика и способы лечения / Б. Н. Гамаюнов // Фарматека. - 2013. - №10. - С. 63-65.
7. Динамика эндогенной интоксикации у пациентов с обширными ожогами / С. Б. Матвеев [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. - 2013. - №2. - С. 10-12.
8. Егорова Е. А. Сравнительная характеристика ультразвуковых признаков поражения тканей верхних конечностей при термических ожогах различной степени тяжести / Е. А. Егорова, Е. В. Змеева // Вестник рентгенологии и радиологии. - 2012. - №6. - С. 19-23.
9. Лечение химических ожогов пищевода у детей / А. Ю. Разумовский [и др.] // Хирургия. - 2012. - № 1. - С. 43-48.
10. Макаров П. В. Лимбальная трансплантация в хирургической реабилитации пациентов, перенесших тяжелые ожоги глаз / П. В. Макаров // Вестник офтальмологии. - 2007. - № 3. - С. 9-12.
11. Ожоги // Медицинская сестра. - 2009. - № 4. - С. 56-62.
12. Полякова А. Г. Динамическая сегментарная диагностика больных, перенесших ожоги / А. Г. Полякова, И. В. Бойцов // Справочник врача общей практики. - 2013. - № 1. - С. 15-18

ТҮЙІН

Токсемия және септикотоксемия комплексті емінде ГБО-ның қолдануы
 М.Б. Досыбаев, О.Т. Мун, Х.Б. Бабажанов, Б.С. Каратаев, М.Д. Кожамкулова
 Облыстық жоғарғы қысымды оттегімен емдеу орталығы, Шымкент қаласы

Мақалада күйік жарасын аутодермопластикаға дайындау кезеңі қысқартындығы, ГБО терілік аутолоскуттардың тез енуіне жақсы әсер ететіндігі стационардағы науқастардың орташа емделіп жату ұзақтығы, бақылау тобындағы науқастардан ГБО қабылдаған науқастар ауруханадан ерте шығып кететіндігі баяндалған.

SUMMARY

Hyperbaric oxygen therapy in treatment of burn toxemia and septic.
 M.B. Dosybaev, O.T. Mun, H.B. Babazhanov, B.S. Karataev, M.D. Kozhamkulova

Regional Center for Hyperbaric Oxygen Therapy

Shortens the period of training burns to auto dermoplastike. HBO improves survival of skin autolokutov. To reduce the average length of hospital stay of patients treated with HBO.

ӘОЖ 615.9(574.5)

**2008-2012 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДАҒЫ ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ БОЙЫНША
СТАЦИОНАРЛЫҚ ТОКСИКОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕ ШОЛУ ЗЕРТТЕУІ**

И.Тулеев

Т.О.Орынбаев атындағы облыстық жоғары қысымды оттегімен емдеу орталығы, Шымкент қаласы

ТҮЙІН

Мақалада Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша соңғы бес жылдағы токсикологиялық қызмет жұмысының сапалық көрсеткіштеріне тиісті шолу зерттеулері, сонымен қатар жедел улану жағдайларын және өлім-жітім деңгейін төмендетуі бойынша ұсыныстар келтірілген.

Кілт сөздері: жедел улану, өлім-жітім, гипербариялық оксигенация, нарықтық экономика, психоэмоционалдық фактор.

Адам денсаулығын қорғауда токсикологиялық қызметтің алатын өзіндік орны бар. Жыл өткен сайын тұрмыста жаңа химиялық заттар пайда болып, оларды қолдану ережелері күрделеніп, бұрынғы қажетті мөлшерлері өзгеріп жатқаны жасырын емес. Оның үстіне адамдар арасындағы қарым-қатынастар мен психоэмоционалдық факторлардың өзгеруі жедел улануға ықпал ете бастауы байқала басталды.

Зерттеудің мақсаты. Жедел улану түрлерінің өзара қатынастарындағы өзгерістеріне шолу жасап, олардың басты себептерін анықтау. Неғұрлым өлім-жітімі жоғары улануларды айқындап, олардың басты себептеріне назар аудару.

Зерттеудің міндеті. Аса қауіпті жедел уланулардың алдын алу, олардың өлім-жітімін азайту мақсатында қажетті шараларды қарастыру болып табылады.

Зерттеудің материалдары мен әдістері. Т.О.Орынбаев атындағы Облыстық жоғары қысымды оттегімен емдеу орталығы 2008-2012 жылдар аралығындағы токсикология бойынша жылдық есептері, науқастардың медициналық картасы және Қарағанды, Алматы қалаларының токсикология бөлімшелерінің бір-бір жылдық сапалық көрсеткіштері.

1 Кесте - 2008-2012 жылдар аралығындағы токсикологиялық қызметтің сапасы

Көрсеткіштер	Жылдар				
	2008	2009	2010	2011	2012
Емделген науқастардың саны	2935	3101	2445	2273	2485
Төсек орын айналымы	107,5	118,4	94,2	87,5	117,9
Төсек орынның орташа ұзақтығы	3,3	2,6	3,6	3,8	3,5
Өлім-жітім саны	39 (1,32%)	29 (0,93)	32 (1,3%)	23 (1,01%)	16 (0,64%)

Зерттеу нәтижелері. Науқастардың бөлімшеге түсіп емделуі алғашқы жылдармен салыстырғанда едәуір төмендегені байқалады. 2008 жылмен 2012 жылдың ішіндегі емделіп шыққан науқастардың саны 25%-ға азайғаны байқалады. Зерттелген жылдар аралығындағы жедел уланулардың ішінде 1-ші орынды алкоголь және оның суррогаттарымен жедел улану, 2-ші орынды дәрі-дәрмекпен жедел улану, ал 3-ші орынды көмір тотығы мен табиғи газбен улану иеленіп, олар бұрынғыша өз орындарын сақтап қалған. Алайда, жыл өткен сайын олардың сандық көрсеткіштері мен уланулардың өзара салмағы үлкен өзгеріске енген. Алкоголь және оның суррогаттарымен жедел улану 2008 жылы барлық жедел уланулардың 52,4% құраса, ал бұл көрсеткіш 2012 жылы 31,7% төмендеген, дәрі-дәрмекпен жедел улану 2008 жылы барлық жедел уланулардың 18,6% құраса, ол 2012 жылы 26,34%-ға артқан. Сондай-ақ жиілігі жағынан 3-ші орынды иемдеген көмір тотығы мен табиғи газбен улану 9,6%-дан (2008 ж.) 17,29%-ға (2012 ж.), яғни екі есеге жуық артқан.

Өлім-жітімі жоғары болып келетін күйдіргіш улармен уланудың жиілігі барлық уланулардың ішінде 6,37%-ды (2008 ж.) 9,93%-ды (2012 ж.) құрап, яғни 1,5 есеге жуық артқаны байқалады. Алайда, осы улану түрімен түскен науқастардың өлім саны бұрынғыша болып келгенімен олардың арасындағы өлім-жітім 6,9%-дан (2008 ж.) 4,04%-ға дейін (2012 ж.) кеміген. Алкоголь және оның суррогаттарымен улануда өлім-жітім

көрсеткіші 1,17%-дан 0,63 %-ға дейін азайған. Ал, дәрі-дәрмекпен жедел уланудағы осы көрсеткіш 0,54%-дан 0,15%-ға дейін кеміген. Осы көрсеткіштерді республикадағы көршілес ірі қалаларда орналасқан (Алматы, Қарағанды қалаларында) токсикология бөлімшелерінің сапалық көрсеткіштерімен салыстырғанда да оң нәтижені байқауға болады. Қолда бар деректерді салыстырып көргенде оған көз жеткіземіз.

2 Кесте - Емделген науқастардың улану түрлері мен сандық көрсеткіштері

Уланудың нозологиялық түрлері	Жылдар				
	2008	2009	2010	2011	2012
Күйдіргіш умен улану	187	187	186	220	247
Дәрі-дәрмекпен улану	546	559	440	532	655
Алкогольді ішімдіктермен улану	1538	1702	1334	875	790
Көміртегі тотығымен және табиғи газбен улану	266	254	217	327	430
ФОҚ-мен улану	2	4	11	7	-
Есіткілермен улану	18	16	19	10	22
Мұнай өнімдерімен улану	28	20	35	51	47
Жәндік улармен улану	251	178	109	163	178
Өсімдік уымен улану	34	88	51	60	35
Бояулармен улану	44	36	18	15	1
Уланудың басқа түрлері	21	57	4	13	81

Мысалы, 2013 жылы Қарағанды қаласындағы токсикология бөлімшесінде күйдіргіш улармен улануда өлім-жітім 6,3%, 2011 жылы Алматы қаласында 5,17% болған, ал сол жылдары зерттеудегі бөлімшеде осы уланудың түрі бойынша өлім-жітім 5,8% (2010 ж.) және 3,6%-ды (2011 ж.) құраған. Дәрі-дәрмекпен уланулардағы бұл көрсеткіште солай бағыт алған. Яғни, Қарағандыда 0,89%-ға, Алматыда 1,26%-ға ие болса, Шымкентте ол көрсеткіш өз жылдарына сай 0,23%, 0,37% болған. Немесе алкогольді ішімдіктермен уланғанда сырт қалаларда 1,85%-ды және 1,43%-ды құраса, ол көрсеткіш зерттеліп жатқан қаладағы бөлімшеде жылдарына сай 1,43%-ды, 1,25%-ды құраған.

Зерттеу нәтижелерін талқылау. Зерттеудің алғашқы жылдарында жедел уланулармен науқастардың стационарлық көмекке жиі жүгінгендігі және олардың соңғы жылдары азаюының басты себебі тұрғындар арасында салауатты өмір салтының қалыптасуының алғашқы көрінісі екендігін мойындауымыз керек десек те, оның ішінде жедел уланудың басым көпшілігін құрайтын (52,4%) алкогольдік ішімдіктермен уланудағы алкогольдік заттардың сапасының жақсаруы, қолдан жасалатын ішімдіктердің азайып, оларға жүргізілетін қадағалау мен бақылау шараларының күшейтілгенінің жемісі болса керек. Жалпы уланулардың санының азаюын осымен де түсіндіруге болады. Жүргізілген зерттеу жылдар аралығында елдегі нарықтық экономиканың қалыптасуы мен психоэмоционалдық факторлардың күрделенуі, шиеленісуі дәрі-дәрмекпен суицидтік жолымен уланудың өсуіне алып келгенін жасыруға болмайды.

Ал, көміртотығы және табиғи газбен уланудың екі есеге жуық артуы бұрынғыдай пеш мұржаларының уақтылы тазаланбай, жаңа жылу қондырғылардың пайдалану технологиясын дұрыс жүргізбеу мен оны толық меңгермеу болып отырса да, осы өңірге жаңадан қоныс аударған (Өзбекстаннан) тұрғындардың санының артуымен де түсіндіріледі. Емдеудегі өлім-жітім көрсеткішінің жоғары болып тұратын күйдіргіш әсері бар улармен уланудың артуы әлі де болса жоғары концентрациялы сірке қышқылының сауда орындарында еркін сатылуы мен нарықтық экономикадағы адамдар арасындағы қарым-қатынаста кездесетін психоэмоционалдық ахуалдың тұрақсыздық салдарынан туындап отырған жағдай екені белгілі. Уланудың барлық түрлеріндегі емдеудің ен бағалы көрсеткіші болып есептелетін – өлім-жітімнің төмендегі стационарға дейінгі медициналық көмек пен стационарлық кешенді ем сапасының артуымен байланысты және соңғы жылдары клиникалық жағдайда экстракорпоральды детоксикациялық әдістердің кеңінен енгізілуі арқасында байқала бастады.

Қарағанды және Алматы қалаларында бөлімшелердің сапалық көрсеткіштерімен салыстырғандағы оң нәтижені де зерттеген бөлімшедегі мүмкіншілігі мол, гипербариялық оксигенация жүргізуге арналған көп түрлі барокамерасы бар (көп орынды «Арыс-МТ» барокашени, «Қазақстан-МТ» жылжымалы транспорттық ауа-оттегі барокамерасы, «БЛКС-03» бір орынды барокамералары) мекемеде емделгенімен ұғынуға болады. Әрине, барлық токсикология бөлімшелері стандарттық клиникалық тіркемелерді басшылыққа ала отырып емдеу шараларын жүргізеді. Ал, зерттеліп отырған токсикология бөлімшесінде уланудың көптеген түрлеріне экстракорпоральды детоксикация әдісі ретінде гипербариялық оксигенация кеңінен қолдана алады. Өлім-жітімнің төмен дәрежеде болуы да бір жағынан соның арқасында болса керек. Токсикологиялық зақымданудың патогенезінде жалпы гипоксияның орын алуы ерекше. Гипербариялық оксигенация гипоксияның барлық түрлерінде патогенетикалық негізделген ем болып есептелінеді.

Қорытынды. 1. Өткен жылдардың емдік көрсеткіштеріне шолу зерттеулерін жүргізу, оларға назар аудару келешектегі мақсатты шараларды ұйымдастыруға, жоспарлауға тиімділік әкелуге өз ықпалын тигізеді. 2. Жедел уланулардың алдын алу мақсатында тұрғындар арасында салауатты өмір салтын қалыптастыру

шараларына көп көңіл аудару қажет. Бұл шаралар жедел уланулардың алдын алуға үлкен ықпал етеді. 3. Өлім-жітімі жоғары болып табылатын күйдіргіш улардың ішінде сірке қышқылының жоғары концентрациялы ерітінділерін (70%) еркін сауда жүйелерінен сатуға тиым салынып, концентрациясы төмен, көп мөлшерін қабылдағанда жедел улануды шақырмайтын концентрациясы төмен ерітінді даярлау жолын қарастыру лазым. 4. Гипербариялық оксигенацияны кеңінен қолдану мақсатында көрсетпесі бойынша токсикологиялық науқастарды емдеу тіркемелеріне (баротехникасы бар емдеу мекемелеріне) өзгеріс жасау қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Бобков Ю. Г. Первая доврачебная помощь при лекарственных и бытовых отравлениях : справочное издание / Ю. Г. Бобков, В. Б. Симоненко, О. Ю. Урюпов, С. Ф. Фролов. - 2-е изд., доп. - Л. : Медицина. Ленингр. отд-ние, 1982. - 192 с. - (Б-ка среднего мед. работника)
2. Ефимова Л. К. Лекарственные отравления у детей : монография / Л. К. Ефимова, В. М. Бора. - Киев : Здоровья, 1995. - 384 с
3. Ильяшенко К. К. Токсическое поражение дыхательной системы при острых отравлениях : монография / К. К. Ильяшенко, Е. А. Лужников. - М. : Медпрактика-М, 2004. - 176 с
4. Лужников Е. А. Острые отравления : Рук. для врачей / Е. А. Лужников ; Е. А. Лужников, Л. Г. Костомарова. - М. : Медицина, 1989. - 461 с. : ил
5. Могош Г. Острые отравления : Диагноз, лечение / Г. Могош. - Бухарест : Медицинское изд-во, 1984. - 580 с
6. Николаев Л. А. Доврачебная помощь при заболеваниях и отравлениях и уход за больными : учебное пособие / Л. А. Николаев. - 2-е изд., испр. и доп. - Минск : Выш. шк., 2000. - 504 с
7. Алманиязова С. Ж. Бешенство / С. Ж. Алманиязова // Медицинский журнал Западного Казахстана. - 2012. - № 2
8. Блинов А. С. Инсектный анафилактический шок в практике специализированной реанимационной бригады / А. С. Блинов, Д. В. Калинин // Эскулап. - 2010. - № 7. - С. 4.
9. Лазарев С. В. Как уберечься от осы / С. В. Лазарев // ОБЖ. Основы безопасности жизни. - 2012. - № 8. - С. 51.
10. Голиков С.Н., Саноцкий И.В., Тиунов Л.Н. Общие механизмы токсического действия. Л.:Медицина, 1986. - 280с.,илл.
11. Клиническая токсикология детей и подростков. Часть вторая. Под редакцией Марковой И.В., Афанасьева В.В., Цыбулькина Э.К. Санкт-Петербург, 1999. – С. 115-123.
12. Тулеев И. И др. Применение гипербарической оксигенации при остром отравлении алкоголем и его суррогатами. Гипербарическая физиология и медицина. Москва. - 2003. - №3. С. 4-5.

РЕЗЮМЕ

Ретроспективный анализ работы стационарной токсикологической службы по Южно-Казахстанской области в период 2008-2012 годы

И.Тулеев

Областной центр гипербарической оксигенации им.Т.О.Орынбаева, г. Шымкент

В статье приводится ретроспективный анализ работы токсикологической службы касающийся качественных показателей последних пяти лет Южно-Казахстанской области, а также предложения по снижению случаев острых отравлений и уровня летальности.

Ключевые слова: острое отравление, летальность, гипербарическая оксигенация, рыночная экономика, психоэмоциональный фактор.

SUMMARY

Scoping study of stationary-toxicological work on the South Kazakhstan region between the years 2008-2012

I.Tuleyev

T.O.Orynbayev center of hyperbaric oxygen therapy, Symkent city

The article presents a retrospective analysis of toxicological services concerning quality indicators for the last five years in South Kazakhstan region, as well as proposals to reduce cases of acute poisoning and the level of mortality

Key words: acute poisoning, mortality, hyperbaric oxygen therapy, a market economy, psycho-emotional factor

УДК.615.38-002.3

«ПОВИДОН ЙОД» В ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВ

М.Б. Досыбаев, О.Т. Мун, Х.Б. Бабажанов, Б.С. Каратаев, М.Д. Кожамкулова
Областной центр гипербарической Оксигенации им. Т.О.Орынбаева, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

В статье описан опыт использования антисептика «Повидон йод» на базе ожогового отделения ОЦГБО им. Т.О. Орынбаева за 3 года. «Повидон йод» активен по отношению к бактериям, грибам, вирусам, простейшим.

Ключевые слова: ожоги, лечение, антисептика, местная терапия, йод.

Ожоги по данным Всемирной организации здравоохранения по частоте занимают третье место среди прочих травм. Частота пострадавших от ожогов во всем мире, особенно в промышленно развитых странах неуклонно растет и достигает в среднем 1:1000 в год. Несмотря на большие успехи, достигнутые в лечении ожогов, инфузионно-трансфузионной терапии, оперативное лечение (раняя некрэктомия, раняя некрэктомия, с одномоментной аутодермопластикой, раняя этапная аутодермопластика), вопрос местного лечения остается актуальным. Конечной целью лечения ран является их скорейшее заживление. Ожоговая рана отличается своеобразием процессов заживления. В связи с этим в тактике ведения ожоговых больных важное место занимает местная терапия ожоговой болезни, своевременное закрытие раневой поверхности для снижения ее инфицированности, интоксикации, ускорения сроков эпителизации ожоговой раны.

При поверхностных ожогах консервативное лечение обеспечивает полное заживление. При глубоких ожогах местное лечение применяется для подготовки ран к операции и создания условий для приживления пересаженных трансплантатов, заживления донорских ран, улучшения качества рубцов, профилактики контрактур. В ожоговом отделении ОЦГБО им. Т.О. Орынбаева за 3 года (2009 – 2011гг.) применяли для местного лечения препарат Повидон йод у 760 больных с ожогами от 5 до 60% поверхности тела. Из них в возрасте от 15 до 50 лет – 511 больных, 51 – 60 лет – 200, старше – 49.

Повидон йод – это йодофор, в котором в качестве носителя используется поливинилпирролидон. Активен по отношению к бактерии, грибов, вирусов, простейших. Этот антисептик устойчив при хранении и обладает широким спектром действия. Повидон йод не является антибиотиком, не вызывает развития резистентных форм микроорганизмов, оказывает только местное действие. Плохо всасываясь, он не вызывает побочных токсических и аллергических реакций, но достаточно пропитывает рану, так как готовится на водорастворимой основе, подавляет размножение микроорганизмов и снижает их количество в ране. На месте применения Повидон йода образуется тонкий окрашенный слой, который сохраняется до тех пор, пока не освободится все количество йода, после этого действие препарата прекращается. Противомикробная активность препарата проявляется в диапазоне рН 2. Повязки с повидон йодом применяли у больных с различной тяжестью термической травмы и в разные сроки после получения ожогов. Среди наблюдаемых было 347 больных с ожогами II-IIIА степени от 5 до 40% поверхности тела, 255 больных с ожогами IIIАБ-IV степени до 10% поверхности тела, 120 больных с ожогами IIIБ-IV степени до 11-30% поверхности тела, 38 больных с ожогами IIIБ-IV степени до 31-50% поверхности тела.

Таблица 1 – Площадь ожога в возрастных группах.

Площадь ожога	возраст			
	15 – 50 лет	51 – 60 лет	Старше 60	Всего
II-IIIА 5 до 40%	211	110	26	347
IIIАБ-IV до 10%	182	62	11	255
IIIБ-IV до 11-30%	90	22	8	120
IIIБ-IV до 31-50%	28	6	4	38
Итого	511	200	49	760

На ожоговую поверхность накладывали 2-3 слоя марли, обильно пропитанной «повидон йодом», и покрывали их сухой ватно-марлевой повязкой. Одномоментно закрывали раны, занимающие от 3 до 60% поверхности тела. Смену повязок производили через 2-3 суток. На курс лечения применяли от 4 до 8 повязок. У больных с обширными и глубокими ожогами повязки с повидон йодом применяли повторными курсами, чередуя с другими повязочными средствами, в том числе обладающими стимулирующим действием на эпителизацию и гранулирование ран, особенно в период после аутодермопластики.

Повязки с раствором «повидон йод» на ранних сроках после получения ожогах предупреждали нагноение ран. Поверхностные небольшие по площади ожоги эпителизовались в течение 7-9 дней, в области глубоких ожогов формировался сухой струп, так как препарат кроме бактериоцидного обладает подсушивающим действием. Это позволило у больных провести раннюю химическую некрэктомию (40% салициловая кислота) на 7-9 день после ожога с последующей аутодермопластикой. Сроки подготовки ожоговых ран к кожной пластике сократились на 4-5 дней, грануляции становились мелкозернистыми, упругими, сочными с небольшим количеством отделяемого. Многократная аутодермопластика больных в 92% наблюдений заканчивались полным приживлением марочных и перфорированных кожных лоскутов. Высушивающее и антибактериальное действие «повидон йода» с успехом может быть использовано и для ведения донорских участков. При этом обеспечивается антисептическое течение, своевременное заживление и возможность повторных срезов кожных лоскутов, при дефиците здоровых кожных покровов.

Широкий антибактериальный спектр действия повидон йода по отношению к золотому стафилококку, синегнойной палочке, вульгарному протею, кишечной палочке позволяет уменьшить число и характер общих инфекционных осложнений (пневмонии, сепсиса и др.) и расширить количество выздоравливающих пострадавших. Так, из 49 больных с глубокими ожогами III-IV степени 31-50% поверхности тела получили лечение и поправились 23 человека. Из 26 скончавшихся больных - 11 погибли в остром периоде ожоговой болезни на фоне выраженной интоксикации, полиорганной недостаточности.

Выводы: Сочетание ранней химической некрэктомии с местным применением раствора «повидон йода» предотвращает развитие генерализации инфекции. При использовании «повидон йода» сокращаются сроки подготовки ожоговых ран к аутодермопластике. «Повидон йод» может быть средством выбора при местном лечении на любых этапах поверхностных и глубоких ожогов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ожоги // Медицинская сестра. - 2009. - № 4. - С. 56-62.
2. Полякова А. Г. Динамическая сегментарная диагностика больных, перенесших ожоги / А. Г. Полякова, И. В. Бойцов // Справочник врача общей практики. - 2013. - № 1. - С. 15-18
3. Внутривенное обезболивание у обожжённых / О. Т. Мун [и др.] // Вестник ЮКГМА. - 2009. - № 1. - С. 290-292.
4. Гамаюнов Б. Н. Солнечные ожоги - причины, профилактика и способы лечения / Б. Н. Гамаюнов // Фарматека. - 2013. - №10. - С. 63-65.
5. Динамика эндогенной интоксикации у пациентов с обширными ожогами / С. Б. Матвеев [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. - 2013. - №2. - С. 10-12.
6. Егорова Е. А. Сравнительная характеристика ультразвуковых признаков поражения тканей верхних конечностей при термических ожогах различной степени тяжести / Е. А. Егорова, Е. В. Змеева // Вестник рентгенологии и радиологии. - 2012. - №6. - С. 19-23.
7. Лечение химических ожогов пищевода у детей / А. Ю. Разумовский [и др.] // Хирургия. - 2012. - № 1. - С. 43-48.
8. Макаров П. В. Лимбальная трансплантация в хирургической реабилитации пациентов, перенесших тяжелые ожоги глаз / П. В. Макаров // Вестник офтальмологии. - 2007. - № 3. - С. 9-12.

ТҮЙІН

Повидон иод ерітіндісі күйік жарасының емдеуінде
М.Б. Досыбаев, О.Т. Мун, Х.Б. Бабажанов, Б.С. Каратаев, М.Д. Кожамкулова
Облыстық жоғарғы қысымды оттегімен емдеу орталығы, Шымкент қаласы

Повидон иод ерітіндісін күйік жарасында ерте химиялық некрэктомия отасымен бірге жергілікті қолданғанда микробты инфекциялардың генерализациялық жайылып, дамуын тежейді. Повидон иод ерітіндісін күйік жарасында қолданғанда, аутодермопластика отасына дайындау мерзімін қысқартады. Повидон иод ерітіндісі күйік жарасының беткейлі және терең күйіктерін емдеу барысында ең таңдаулы дәрілік ем болып табылады.

SUMMARY

Povidone-iodine in the treatment of burns
M.B. Dosybaev, O.T. Mun, H.B. Babazhanov, B.S. Karataev, M.D. Kozhamkulov
Regional Center for Hyperbaric Oxygen Therapy

The combination of early chemical necrectomy with local application of povidone iodine solution prevents generalization of infection. With the use of povidone iodine reduced preparation time of burn wounds to autodermaplasty. Povidone iodine may be the drug of choice for local treatment at any stage of the superficial and deep burns.

УДК 616.5-002.9(574.5)

ОТРАВЛЕНИЯ ЯДОМ КАРАКУРТА ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Минбосынов А.Е., Бялова Г.П., Какенов М.С**Областной центр гипербарической оксигенации Т.О.Орынбаева, г. Шымкент*

РЕЗЮМЕ

Количество госпитализированных больных с острыми отравлениями от укусов пауков каракуртов в токсикологическом отделении ОЦГБО за 2011-2013 годы остается стабильной.

Ключевые слова: каракурт, вакцина, яд, отравление, сезонность.

Острые отравления ядом животного происхождения (укус паука каракурта) остаются одними из актуальных проблем токсикологии в Южном Казахстане. Опасность, как показывает практика, представляет только самка каракурта, которая окрашена в черный бархатистый цвет. Самки крупнее самцов, на вентральной поверхности большого яйцевидного брюшка расположены 1-2 поперечные красновато-оранжевые или желтоватые полосы. Дорсально брюшко интенсивно черное, без рисунка. Имеется пара трубчатых ядовитых желез, расположенных в основном членике верхних челюстей (хелицер), которые оканчиваются подвижным острым коготком с отверстием протока ядовитой железы. У самцов - ярко-красные пятна, расположенные в центре белых пятен. Распространен каракурт на юге Европейской части, в Средней Азии и Казахстане. Наиболее обычным местом гнездования каракурта является открытая степь. Самки откладывают 5-12 коконов, содержащих несколько сотен яиц. Вышедшие из коконов и перезимовавшие паучки уже имеют ядовитые железы.

Целью работы явилось изучение динамики количества госпитализаций и клинических проявлений у больных с острыми отравлениями ядами животного происхождения ОЦГБО им Т.О. Орынбаева за период с 2011 по 2013 гг.

Материал и метод исследования: Статистические исследования проводились путем анализа историй болезни госпитализированных больных. Возраст составил от 1 года до 75 лет.

Результаты: За 2011 год в наш центр поступило 46 больных, из них в тяжелом и крайне тяжелом состоянии – 7 больных (3-муж., 2-жен., 2-дет.), что составило 2,08% от всех госпитализированных больных. В 2012 году этот показатель составляет 1,2%, т.е. 26 больных, из них в тяжелом состоянии двое мужчин и три ребенка. А за 6 месяцев 2013 года количество больных составляет – 19 (1,8% от общего количества поступивших больных), из них в тяжелом состоянии 5 мужчин, одна женщина и трое детей. Случаев летальных исходов за данный период не наблюдалось. Общетоксические явления развиваются быстро (через 5 - 30 мин после укуса) и бурно прогрессируют. Тяжесть отравления варьирует от сравнительно легких, быстро проходящих форм до крайне тяжелых, иногда смертельных случаев. Для выраженных форм характерны мучительные мышечные боли, сочетающиеся с парестезиями в конечностях, пояснице, животе и грудной клетке. Больные чаще всего возбуждены, покрыты холодным потом, у них выраженный страх смерти, лицо - напряженное, гиперемированное, склеры "налиты" кровью, мимика скудная, выражение у пострадавшего от укуса - страдальческое.

Нередко наблюдается слезотечение. Уже вскоре после укуса развивается резкая мышечная слабость, особенно нижних конечностей, вследствие чего больные с трудом передвигаются либо вообще не могут стоять на ногах. Мучительный болевой синдром (ломящие, тянущие и рвущие боли разной локализации) сочетается с выраженным напряжением мышц. Мышцы брюшного пресса часто очень напряжены, что вместе с сухостью языка, парезом кишечника (ослаблена перистальтика, не отходят газы), выраженным лейкоцитозом и повышением температуры тела до 38°C и выше, имитируют картину острого живота (возможны случаи ошибочного хирургического вмешательства при укусах каракурта). Могут возникнуть также тошнота и рвота. Выводы: Характеризуется своей сезонностью, т.е. наивысший пик отравлений приходится на теплое время года (с мая по октябрь). Наибольшее количество укусов происходит в ночное время суток. Антидотная терапия (противокаракуртовая сыворотка) пациентам не проводилась, так как вакцина не включена в реестр медицинских препаратов, что не повлияло на исход выздоровления и на продолжительность пребывания в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Омирова Г. М. Укус каракурта по г. Шымкенту и пути снижения / Г. М. Омирова // Вестник ЮКГФА. - 2011. - № 3. - С. 155-156.
2. Лужников Е. А. Клиническая токсикология : Учеб. / Е. А. Лужников. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Медицина, 1994. - 256 с. : ил. - (Учеб. лит. для студ. мед. вузов)
3. Орлов Б. Н. Ядовитые животные и растения СССР: монография/Б.Н.Орлов, Д.Б.Гелашвили,

- А.К.Ибрагимов, - М.:Высшая школа – 1990 -271с.
4. Мариковский П.И. Черная вдова: Повесть о ядовитом пауке каракурте и других паукообразных/П.И.Мариковский.- Алма-Ата:Казахстан – 1990- 192 с.

ТҮЙІН

Оңтүстік Қазақстан облысында карақұрт уымен улану
Минб Т.О.Орынбаев атындағы облыстық жоғары қысымды оттегімен емдеу орталығы, Шымкент қаласы
осынов А.Е., Блялова Г.П. Какенов М.С.

Қарақұрт өрмекшісінің шағуынан жедел уланып ОЦГБО (расшифруйте пож.) орталығының токсикология бөліміне түскен науқастардың саны 2011-2013 жылдар аралығында тұрақты қалпында қалды.

SUMMARY

Poisoning by black widow spider in south – kazakhstan region
Minbosynov A.E., Blyalova G.P., Kakenov M.S.
Orynbayev center of hyperbaric oxygenation, Symkent

The number of hospitalized patients with acute poisoning from the bite of Black Widow spiders in toxicology department of regional center of hyperbaric oxygenation remained stable for 2011-2013.

Key words: Black Widow, a vaccine, a poison, poisoning, seasonality.

ӘОЖ 615.9-056.83:311 (574.5)

АЛКОГОЛЬ. УЛАНУЛАР. СТАТИСТИКАЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕР НЕНІ МЕНЗЕЙДІ?

И. Тулеев, Е. Мусабеков

Т.О.Орынбаев атындағы облыстық жоғары қысымды оттегімен емдеу орталығы, Шымкент қаласы

ТҮЙІН

Мақалада Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша соңғы үш жылдағы токсикологиялық қызметте алкоголь және оның суррогаттарымен уланудағы статистикалық көрсеткіштерге қысқаша шолу жасалған. Науқастарды жыныс, жас ерекшеліктеріне байланысты топтарға бөліп, уланудың себептерін көрсетіп, оларды болдырмау мақсатында қажетті ұсыныстар жасалған.

Кілт сөздері: жедел улану, алкоголь, статистика, топтар.

Мақаланың маңыздылығы. Токсикологиялық науқастардың басым көпшілігін алкоголь және оның суррогаттарымен жедел уланулар құрайды. Жедел уланудың осы түрін емдеуді жетілдіру, оның тиімділігін арттыру қазіргі таңның өзекті мәселесі болып отыр. Статистикалық көрсеткіштердің мәліметтерін дұрыс пайдалану осы мәселені шешуге көп септігін тигізеді.

Зерттеудің мақсаты мен міндеттері. Өткен жылдардағы алкоголь және оның суррогаттарымен жедел уланудың статистикалық көрсеткіштерін салыстыра отырып, олардың жас айырмашылығы бойынша уланудың алдын алу және оны азайту жолдарын қарастыру болып табылады. Жиналған нәтижелер бойынша қажетті ұсыныстар жасау.

Зерттеудің материалдары мен әдістері. Зерттеуге Т.О.Орынбаев атындағы облыстық жоғары қысымды оттегімен емдеу орталығының (ОЖҚОЕО) токсикология бөлмесінің соңғы үш жылдағы (2010-2012) есептік материалдары, науқастардың медициналық карталары пайдаланылды. Науқастарды емдеу бекітілген клиникалық тіркемелер бойынша жүргізілді.

Зерттеудің нәтижелері. 2010-2012 жылдар аралығында орталықтың токсикология бөлімшесіне төмендегі санда алкоголь және оның суррогаттарымен жедел уланған науқастар келіп емделген. Олардың жыныс, жас ересектер мен уланулардың ауыр жағдайлары төмендегі кестелерде көрсетілген.

1 кесте – Этанолмен уланған науқастардың стационарға жатқызылған жалпы саны

Жынысы	Жылдар		
	2010	2011	2012
Ерлер	1132	772	704
Әйелдер	202	103	86
Барлығы	1334	875	790

2 кесте – Жас айырмашылығы бойынша этанолмен уланған науқастардың стационарға жатқызылған жалпы саны

жасы	2010		2011		2012	
	Ерлер	Әйелдер	Ерлер	Әйелдер	Ерлер	Әйелдер
18-25	206	17	86	10	26	8
26-45	645	166	502	72	486	49
46-75	281	19	184	21	192	29
Барлығы	1132	202	772	103	704	86

3 кесте – Реанимация бөлімшесіне емдеуге жатқызылған ауыр науқастардың саны

Жынысы	Жылдар		
	2010	2011	2012
Ерлер	86	73	87
Әйелдер	12	10	15
Барлығы	98	83	102

Зерттелген жылдар бойынша емделген науқастардың санының кемуі айқын байқалады. 2010 жылмен 2012 жылды салыстырғанда аталған көрсеткіш 1,68 есеге төмендеген. Уланудың басым бөлігін ерлер құрайды, яғни 2010 жылы - 84,8%-ы, 2011 жылы - 88,2%-ы, ал 2012 жылы – 89,1%-ы ерлер болды. Жас ерекшеліктеріне назар аударғанда уланулар еңбек жастағылардың арасында көп кездеседі. Мысалы 26-45 жас аралығындағы уланудың бұл түрінде олардың саны 2010 жылы – 60,7%-ы, 2011 жылы – 65,6%-ы, ал 2012 жылы – 67,6%-ы құрайды. Оның үстіне бұл топтағы уланулар жыл өткен сайын артуы да байқалады (60,7; 65,6; 67,6). Улану жиілігі бойынша екінші орынды иелейтін 46-75 жастағы науқастар 2010 жылы - 19%, 2011 жылы – 23,4%, 2012 жылы - 27,9% болған. Бұл топтағылардың да жыл өте артуы байқалады (19; 23,4; 27,9). Керісінше, жиілігі бойынша үшінші орынды иелеген жастар, яғни 18-25 жас аралығындағы науқастар саны бұрынғы екі топтан едәуір төмен. 2010 жылы олардың саны уланудың барлық санының 16,7%-ын, 2011 жылы – 10,9%-ын, ал 2012 жылы небары 4,3%-ын құраған. Бір таң қалатыны сол, бұл топтағы уланғандар саны керісінше жыл өткен сайын азайып отырған (16,7; 10,9; 4,3).

Өте ауыр уланулармен түскен науқастар жалпы уланулардың 2010 жылы 6,6%-ын, 2011 жылы 9,4%-ын, ал 2012 жылы 13,4%-ын құрап, олар реанимация бөлімшесінде қарқынды терапиямен ем қабылдаған. Бұл нәтижелерде де өте ауыр уланулардың саны жыл өткен сайын артып отырған. (6,6; 9,4; 13,4). Зерттеу нәтижелерін талқылау. Алкогол және оның суррогаттарымен уланған науқастардың уақыт барысында жиілігінің төмендеуі тұрғындар арасында салауатты өмір салтын қалыптастыру әрекеті байқалады. Сонымен қатар олардың арасында алкоголь ішімдіктерін пайдалану мәдениетінің жоғарлауы мен имандылық нанымдарының ой-саналарына ұялауының артуымен де түсіндіруге болады.

Нағыз еңбек жасындағы (26-45 жас аралығындағылар) науқастардың бұл улану түрінен басты орын алуы, уақыт өту барысында артуы өкінішті-ақ. Оның басты себебі бұл жастағы азаматтар біріншіден, тұрғындардың үлкен бөлігін құраса, екіншіден, қоғамдағы негізгі іс-қимыл әрекеттенушілердің санын да құрайды. Сондықтан бұл уланудың түрінен жиілігі жағынан бірінші орында тұруы олардың арасында той-жиын, той-думан, қайғы-қасірет пен күйзелісте көп орын алуымен түсіндіріледі және бұл топтағылардың арасында созылмалы маскүнемдікте аз емес. Жиілігі жағынан екінші орынды иелеген 46-75 жастағы науқастардың сандық көрсеткіші тұрғындар арасында олардың орнымен және азаматтардың кемелденген шағымен және олардың арасында бой көрсеткен басқа да арушандықтың орын алуына байланысты алкоголь ішімдіктерін пайдалануына шектеу қоюымен байланысты.

Үшінші топтағы, яғни 18-26 жас аралығындағы уланудың санының аз болуы және олардың жыл өте үлкен үдеумен кемуі жастар арасында салауатты өмір салтын қалыптастыру шараларының пәрменді жүруімен, олардың сана сезімінде имандылық нанымдарының ұялауымен және олардың мәдениет, өнер және спорттық

үйірмелерге кеңінен ат салысуымен түсіндірілсе керек. Жалпылай алғанда соңғы кездері сүт өнімдерінің, шұбат пен қымыздың бағаларының қымбаттауы (күз, қыс айларында олардың 1 литрі 500-600 теңгеге артуы) байқалып, ал алкогольдік ішімдіктердің бағасы бұрынғыша қалуы да уланудың бұл түрінің көп төмендеуіне өз ықпалын тигізеді сөзсіз.

Қортынды. 1. Уланудың бұл түрін төмендету үшін салауатты өмір салтын қалыптастыру шараларын әрі қарай дамыта беру қажет. 2. Оқу орындарындағы (мектеп, лицей, колледж, университет, академия және т.б.) оқушылар арасында имандылық сабақтарын кеңінен дәріптеу қажет. 3. Алкогольдік ішімдіктердің бағасын ұлттық сусындардың (қымыз, қымыран ж.т.б.) бағасынан әлде қайда жоғары етіп белгілеу қажет. Бұл шара біріншіден зиянды ішімдікті көп сатып алуға мүмкіншілік бермейді, екіншіден мемлекет бюджетіне үлкен, ауқымды қаржы түседі. 4. Соңғы қортындыға байланысты қолдан жасалынатын алкогольдік ішімдіктерді шығаруға шектеу жасау үшін айыппұл мөлшерін мейлінше ұлғайту қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Остапенко Ю. Н. Отравления алкоголем и суррогатами: диагностика и неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе / Ю. Н. Остапенко, И. С. Элькис // Терапевтический архив. - 2010. - № 1. - С. 18-24.
2. Анализ пищевых отравлений по Южно-Казахстанской области за 2003-2007 годы / Б. К. Торғаутов [и др.] // Вестник ЮКГМА. - 2009. - № 1. - С. 220-223.
3. Гольдфарб Ю.С. Современные подходы к изучению патогенеза эндотоксикоза при острых экзогенных отравлениях / Ю.С. Гольдфарб // Анестезиология и реаниматология. - 2005. - № 6. - С. 19-25.
4. Жиенбаева А. С. Терапия пищевых токсикоинфекций / А. С. Жиенбаева // Медицина. - 2011. - №11. - С. 75-76.
5. Журмагамбетова Б. Т. Первая помощь при отравлении медикаментами / Б. Т. Журмагамбетова // Эскулап. - 2013. - № 4. - С. 14.
6. Ильяшенко К. К. Антидотная терапия при острых отравлениях оксидом углерода / К. К. Ильяшенко, М. В. Белова, И. С. Каштанова // Терапевтический архив. - 2012. - № 8. - С. 75-77.
7. Кривенко В. Ф. Медицинская помощь детям на догоспитальном этапе при острых отравлениях / В. Ф. Кривенко, Н. В. Ярыгин // Врач скорой помощи. - 2011. - № 2. - С. 35-40.
8. Голиков С.Н., Саноцкий И.В., Тиунов Л.Н. Общие механизмы токсического действия. Л.: Медицина, 1986. - 280с., илл.
9. Тулеев И. Клиникалық токсикология. - Шымкент. -2013. - 370-413 бет.
10. Клиническая токсикология детей и подростков. Часть вторая. Под редакцией Марковой И.В., Афанасьева В.В., Цыбулькина Э.К. Санкт-Петербург, 1999. – С. 115-123.

РЕЗЮМЕ

Алкоголь. Отравления. Что предполагают статистические данные?

И. Тулеев, Е. Мусабеков

Областной центр гипербарической оксигенации им.Т.О.Орынбаева, г. Шымкент

В статье проводится краткий обзор статистических данных токсикологической службы по отравлениям алкоголем и его суррогатами в Южно-Казахстанской области за последние три года. Больные распределены на группы по половым и возрастным признакам, указаны причины отравлений, даны рекомендации по их предупреждению.

Ключевые слова: острое отравление, алкоголь, статистика, группы.

SUMMARY

Alcohol.Poisoning.What the statistics suggest?

I. Tuleyev, E.Musabekov

T.O. Orinbayev Center of hyperbaric oxygen therapy, Shymkent city

The article provides a brief overview of toxicological services statistics for poisoning by alcohol and its surrogates in South Kazakhstan region for the past three years. Patients were divided into groups by age and sex, the reasons for the poisoning, recommendations for their prevention.

Key words: acute poisoning, alcohol, statistics, groups

УДК 616.831-009.614:616.366-089.87

НИЗКОПОТОЧНАЯ ИНГАЛЯЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Ж.Б. Накипов, Е.Ж. Табынбаев, Е.А. Мустафаев, У.М. Рысбеков
Клинико-диагностический центр МКТУ им.А.Ясави, г.Туркестан*

РЕЗЮМЕ

Анестезия при лапароскопических операций в абдоминальной хирургии длительное время остается предметом обсуждения. В соответствии с концепцией безопасности эндохирургического вмешательства, смысл которой состоит в малой травматичности и хорошей переносимости пациентом хирургической операции, происходит внедрение новой оперативной техники и постоянно совершенствуются методы анестезиологического обеспечения как низкотопочная ингаляционная анестезия.

Ключевые слова: низкотопочная анестезия, изофлуран, лапароскопическая операция, холецистит

Актуальность. Выбор и проведение анестезиологической защиты при операциях сопровождающихся, наложением пневмоперитонеума до настоящего времени составляет одну из сложнейших и важнейших проблем специальности. Традиционно используемые в общей хирургии варианты нейролептаналгезии, атаралгезии, комбинированной общей анестезии обеспечивают хорошую защиту от операционного стресса, но сопровождаются при этом развитием ряда негативных побочных эффектов. Такие как, интраоперационно кардиодепрессивное действие, посленаркозная наркотическая депрессия центральной нервной системы и дыхания, преходящие психические расстройства, негативное влияние на моторику желудочно-кишечного тракта. Современные ингаляционные анестетики, используемые для обеспечения различных компонентов анестезиологического пособия: эндотрахеальный наркоз или седация разной глубины при эндовидеоскопических операциях, значительно расширяют арсенал анестезиолога [1].

Интраоперационный период при выполнении лапароскопических холецистэктомий сопровождается кардио-респираторными нарушениями, в основе которых лежит рестриктивный синдром. Развитие его связано как с пневмоперитонеумом, так и ИВЛ. Увеличение дыхательного объема и создание положительного давления в конце выдоха (ПДКВ), предназначенные для поддержания воздушности легких, ухудшают условия функционирования сердечно-сосудистой системы из-за создаваемой внутригрудной гипертензии [6]. Комплексный неинвазивный мониторинг уровня седации, нейромышечной проводимости и витальных функций обуславливают эффективную защиту от операционного стресса, адекватное управление анестезией, снижение количества используемых препаратов в периоперационном периоде, сокращение времени пребывания больного в стационаре и уменьшение сроков послеоперационной физической и социальной реабилитации пациентов и, как результат вышеперечисленного, снижается стоимость лечения. Таким образом, необходимость повышения безопасности анестезиологического обеспечения при проведении лапароскопических холецистэктомий является актуальной [2].

Цель. Повышение эффективности и безопасности анестезиологического обеспечения при лапароскопической холецистэктомии посредством проведения низкотопочной ингаляционной анестезии на основе изофлурана. 1. Оценить влияние пневмоперитонеума на биомеханику дыхания во время анестезии в режимах управляемой вентиляции с созданием положительного давления в конце выдоха (IPRU+PEEP) и управляемой вентиляции с контролем по объему вентиляции с обратным соотношением фаз вдоха и выдоха (УС-ШУ) при лапароскопической холецистэктомии. 2. Провести сравнительный анализ изменения показателей гемодинамики при лапароскопической холецистэктомии в течение анестезии на основе изофлурана методом низких потоков и комбинированной внутривенной анестезии. 3. Изучить особенности действия и управляемость мономиорелаксации пипекурония бромида, при различных видах анестезии во время лапароскопической холецистэктомии. 4. Оценить степень седации на этапе индукции и поддержания анестезии в условиях низкотопочной анестезии изофлураном и комбинированной внутривенной анестезии. 5. Сравнить динамику восстановления когнитивных функций в ближайшем постнаркозном периоде при различных видах анестезии.

Практическая значимость. Выявленные закономерности изменения центральной гемодинамики в ответ на острое повышение внутрибрюшного давления, во время лапароскопической холецистэктомии, позволяют выбрать метод анестезии с минимальной возможностью развития нежелательных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы. При использовании изофлурана уменьшается депрессивное воздействие пневмоперитонеума на гемодинамику и, таким образом, снижается риск кардиальных осложнений. Применение режима респираторной поддержки с обратным соотношением фаз вдоха и выдоха позволяет минимизировать негативное влияние пневмоперитонеума во время лапароскопической холецистэктомии на биомеханику дыхания. Интраоперационный контроль глубины седации и нейромышечного блока обеспечивает

управляемость анестезии и миоплегии, максимальную скорость и комфортность пробуждения при низкочастотной ингаляционной анестезии на основе изофлурана.

Основные положения. 1. При ингаляционной низкочастотной анестезии изофлураном во время лапароскопической холецистэктомии необходимо проведение ИВЛ с обратным соотношением фаз вдоха и выдоха и контролем по объему, как наиболее оптимального способа обеспечения оксигенации тканей и органов во время пневмоперитонеума. 2. Применения изофлурана в комплексе анестезиологического обеспечения создает более благоприятные условия для функционирования сердечно-сосудистой системы при пневмоперитонеуме по сравнению с комбинированной внутривенной анестезией. 3. Анестезия на основе изофлурана пролонгирует действие пипекурония бромидом и уменьшает количество вводимого миорелаксанта при лапароскопической холецистэктомии. 4. Комплексный мониторинг витальных функций - обязательное условие при низкочастотной анестезии изофлураном во время лапароскопических холецистэктомий с искусственным повышением внутрибрюшного давления, которое позволяет снизить риск неадекватного течения анестезии. 5. Низкочастотная ингаляционная анестезия изофлураном с изменением режимов вентиляции легких непосредственно во время искусственного повышения внутрибрюшного давления - качественный и безопасный метод анестезиологической защиты пациента при лапароскопической холецистэктомии.

Вывод. 1. При использовании режима ИВЛ с инверсией фаз дыхательного цикла на этапе пневмоперитонеума, пиковое давление в дыхательном контуре уменьшается в среднем до 18,5-19,2 см.вод.ст., по сравнению с режимом ИВЛ с положительным давлением в конце выдоха, где пиковое давление составляет 24,7-26,7 см.вод.ст. 2. Применение изофлурана при ЛХЭ пролонгирует действие пипекурония бромидом в среднем на 40,5 %. Мониторинг восстановления темпа нейромышечной проводимости при проведении анестезии изофлураном оптимизирует контроль миоплегии, что позволяет снизить расход миорелаксантов. 3. Изофлуран является эффективным анестетиком, позволяющим обеспечить адекватное течение анестезии, быстрое предсказуемое комфортное пробуждение (экстубация трахеи при анестезии изофлураном в среднем через 10,8±1,2 мин, при сбалансированной внутривенной анестезии - 15,3±1,8 мин), раннюю активизацию пациентов. 4. Низкочастотная ингаляционная анестезия изофлураном, являясь адекватным, безопасным методом анестезиологического пособия, позволяет добиться существенного уменьшения расхода средств для анестезии, пипекурония бромидом затрачивается в среднем на 34 % и фентанила на 45 % меньше, чем при сбалансированной внутривенной анестезии и соответственно снижается стоимость анестезиологического пособия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутров А.В., Рыбина Д.М., Онегин М.А. Анестезия изофлураном при лапароскопических холецистэктомиях // Вестник интенсивной терапии. -2007. - №5 (приложение). - С. 11- 12.
2. МНОАР, Альманах анестезиологии и реаниматологии. - М., 2007. - №7. -С. 51
3. Онегин М.А., Рыбина Д.М., Бутров А.В. Мономиорелаксация в плановой анестезиологической практике // Новости анестезиологии и реаниматологии. -М., 2007. -№3.~ С 125-126.
4. Рыбина Д.М., А.В. Бутров, Онегин М.А., Галенко С.В., Кондратенко Е.Н., Борисов А.Ю., Мороз В.А. Неинвазивный мониторинг параметров гемодинамики при лапароскопических холецистэктомиях // Материалы Девятой научно-практической конференции «Диагностика и лечение нарушений регуляции сердечно-сосудистой системы». - М., 2007. - С.64-66.
5. Бутров А.В., Рыбина Д.М., Малахов П.С., Магомедов МА. Особенности мониторинга кислорода и углекислого газа в дыхательном контуре при лапароскопических операциях с наложением пневмоперитонеума // Материалы 1-й согласительной конференции по стандартам мониторинга в анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. - М., 2009. - С. 12.
6. Справочник по хирургии [Электронный ресурс] : справочное издание / под ред. С. Шварца, Дж. Шайерса, Ф. Спенсора. - Электрон. текстовые дан. (35,3 Мб). - [б. м.] : Б. и., Б. г эл. опт. диск (CD-ROM). - (Медицинская библиотека).

ТҮЙІН

Лапароскопиялық холецистэктомия отасын баяу ағымды ингаляциялық анестезиямен жүргізу
Е.Ж.Табынбаев, Е.А. Мустафаев, Ұ.М. Рысбеков
А.Ясауи атындағы клиника-диагностикалық орталық, Түркістан қ.

Құрсақ қуысы хирургиясында лапароскопиялық оталарда жансыздандыру жүргізу ұзақ уақыттан бері талқыланып келуде. Эндохирургиялық араласулар қауіпсіздігі тұжырымдамасының мағынасы науқастардың хирургиялық оталарды аз жарақатты және жеңіл өткізуінде. Жаңа оперативты техникалардың енуімен қатар баяу ағымды ингаляциялық анестезия секілді анестезиологиялық қамсыздандырудың әдістері дамып келеді.

SUMMARY

Low-flow inhalation anesthesia at laparoscopic cholecystectomy.

E. Tabyrbayev, E. Mustafayev, U. Rysbekov

Clinical diagnostic Center by named A. Yasavi, Turkestan

Anesthesia at laparoscopic operations in abdominal surgery a long time remains a subject of discussion. According to the concept of safety of the endosurgery intervention which sense consists in small traumatic and good shipping the patient of a surgery, there is an introduction of new operational equipment and methods of anesthesii providing as low-flow inhalation anesthesia are constantly improved.

ОӘК.374.39-004.5

НЕЙРОЛЕПТИК ДӘРІЛЕРІМЕН УЛАНУ

Р.К. Жуманов, Т.Н. Петрова, Т.Б. Нурманов, С.А. Эмм

Облыстық жоғарғы қысымды оттегімен емдеу орталығы, Шымкент қаласы

АННОТАЦИЯ

Дәрігердің нұсқаусыз емделуге болмайды және әрбір қолданылған дәрінің есебін үлкендер қадағалап отыру керек. Нейролептикті дәрілік заттар үй жағдайында қолданған кезде арнайы қорапшада және басқа дәрілерден бөлек балалардың қолы жетпейтін арнайы жерде тұруы керек. Барлық нейролептиктер химиялық құрлысының және фармакологиялық айырмашылықтарына қарамастан нерв жүйесінің қызметін тынышталдырады, тежейді және қуғындайды. Орта дәрежедегі улануда нерв жүйесінің қызметі қуғындалады.

Кілт сөздер: улану, нейролептик, нерв, аминазин, токсикалық концентрациясы

Кіріспе. Бірікен ұлттар ұйымының мәліметі бойынша әлемде 100000 адамның 10-25 саны аралығыда өз-өзіне қастандық жасау жиілігі байқалады, ал өз-өзіне қастандық жасау әрекеті, бұл санан 8-10 есе артық. Өз-өзіне қастандық жасау салдарынан өлім-жітім сегізінші орынды иемденеді: 1 жүрек ауруы. 2.онкологиялық ісіктер. 3.инсульт. 4.апат салдарынан қаза болу. 5.пневмония. 6.сусамыр. 7.Бауыр циррозы. Өз-өзіне қастандық жасаудың кең тараған түрі улану.

Жұмыстың мақсаты: ЖҚОЕО 2010ж.-2012ж. аралығындағы ауруханаға реанимация бөліміне жіті нейролептик дәрілермен улану салдарынан ауыр халде келіп түскен науқастардың көрсеткіші.

Зерттеу материалы. 2010ж.-2012ж. Нейролептик дәрілерімен уланған науқастардың ауру тарихын сараптау. Барлық неролептиктер химиялық құрлысының және фармакологиялық айырмашылықтарына қарамастан нерв жүйесінің қызметін тынышталдырады, тежейді және қуғындайды. Нейролептик дәрілерінің өлімге алып келетін мөлшері 15-150мг/кг. Яғни 5-10г. Токсикалық мөлшері 500мг жоғары. Әр ағзаның ерекшеліктеріне байланысты аминазин дәрісін 0,5г. Ішкен соң қайтыс болған. Ал бг.мөлшерінде ішіп тірі қалған жағдай тіркеледі. Бұл жағдайды науқастардың бауыр және бүйрек аурумен ауырып жүргендерде нейролептик дәрілеріне қарсы тұру күші төмендігімен түсіндіріледі.

1 Кесте - Дәрімен уланып реанимация бөліміне түскені

№	көрсеткіштер	2010ж	2011ж	2012ж
1	Түскені	243	237	321
2	Дәрімен улану	64	60	91
3	Пайыздық көрсеткіш	26%	25,3%	28,3%
4	Өлім-жітім	39	32	29
5	Нейролептик дәрі.улану	11	10	16

Кесте бойынша науқастардың дәрімен уланып реанимация бөліміне түскені анағұрлым өсіп отыр. Үш жылда 801 науқас реанимация бөліміне түскен, оның 215 дәрімен уланған 26,8%, нейролептик дәрілерімен уланғандар саны 37 науқас 17% құрайды. Нейролептик дәрілерінің әсері және оның емдеу әдісі.

Патогенез: Негізгі орынды орталық және вегетативті нерв жүйесі алады. Үлкен ми қыртысындағы қызмет тежеледі, ретикулярлы формация арқылы нерв импульстері нашарлайды. Яғни есі жоғалады, тырысу синдромы, сіңір рефлекстері күшейе түседі. Аминазиннің холинлиттік әсері бас айналу, аузының құрғауы, көз қарашығының кеңейуі, қан тамыры соғуының жиілеуі, іштің қатуы, запыранның бөлінуінің ауытқыуы байқалады. Резерпинмен улануда керісінше брадикардия, диспепсия, миоз орын алады. Аминазин және резерпин дәрісінің токсикалық мөлшердегі әсері тыныс алу және қан тамыры орталығының қызметін қуғындайды соның салдарынан тыныс алу және қан тамырының қызметі тоқтап қалады. Бастапқы сатысында көңілінің айнуы, құсу, сіңір рефлекстерінің күшейуі, мойын және шайнау еттерінің жирылуы, балтыр еттерінің тырысуы, сонымен қатар науқастың кома жағдайынан соң Паркинсонизм белгілерінің пайда болуы байқалады. Қан тамырының соғуы жиілейді, қан қысымы шамалы төмендейді. Дәріні шайнап жегендіктен аузындағы кілегей шырышты қабаты ісініп қызарған болады. Аллергиялық белгілері кеуде тұсының, буындардың тері асты ісінуі және тамағының ісінуі болады. Кейінгі сатыда денесінің сарғаюы, несептің тұтылуы байқалады.

Қан анализінде лейкопения, агроулоцитоз, сілті фосфотазасының, қанттың, калидің деңгейінің жоғарылауы. Кома жағдайында несеп талдауында белок, эритроцит пайда болады. Денесі сары кезеңде билирубин деңгейі көтеріңкі болады. Уланудың ауыр сатысы кома жағдайы қан қысымы төмендейді, тыныс алу орталығының қызметі тежеледі, ара-кідік кезеңмен тырысу синдромы және мидың, өкпенің шемені орын алады. Диагностика: қанның құрамындағы токсикалық затты спектрофотометрикалық әдіспен анықтау. ЭКГ-синусті тахикардия, S-T изолиниядан төмендеуі, Т тісінің теріс болуы. Емі: асқазанды жуу, белсендендірілген көмір. Несепті тез шығару әдісі қолданылады. Ауыр жағдайда осмостық әдіспен несепті айдау, қан алмастырып құю, перитонеалды диализ, гемосорбциялы детоксикация әдісі қолданады. Команың асфиксия көрінісі кезінде жасанды өкпені тыныстату әдісі қолданылады, тамыр ішіне глюкоза+аскорбин қышқылы егіледі. Коллапста плазма және оны алмастырушы дәрілер: мезатон, норадреналин гидротартрат, глюкокортикостероид қолданылады.

Адреналин және эфедрин қолдануға тиым салынады (гипотензивті әсері бар). Тырысу синдромы орын алған жағдайда қысқа әсердегі барбитураттар тамыр ішіне енгізіледі. Гексенал, тиопентал натрий. Хлорпротиксен Үлкендерде токсикалық мөлшері 2,0г. Қандағы концентрациясы емдік мөлшері 0,04 0,3мкг/мл. Токсикалық мөлшері 0,8мкг/мл. Клиникасы 3 дәрежеге бөлінеді: жеңіл, орта, ауыр дәрежесі. Жеңіл дәрежесі науқаста апатия және селкостық. Шағымы әлсіздік, басының айналуы уақыт өте келе ұйқысының келуі, еттерінің тонустары бәсеңдейді, көз қарашығы кеңейген фотореакциясы әлсіз кей жағдайда миоз болуы мүмкін. Орта дәрежедегі улануда нерв жүйесінің қызметі қуғындалады. Науқас әлсіз, адинамиялы, ұйқысынан тұрғызу қиындау, бас айналу, жүргенде тура жүре алмайды, ет тонустары босаңсыған.

Балалар мазасызданады, жылауық көз қарашығы жіңішке немесе кеңейген, рефлекстері төмен немесе гиперрефлексия. Мойын бұлшық етінің керілуі оң, тризм мәжбүрлі бетінің қисайуы, қол-аяқтары керілген, мойны қисайып бір жақа тартады, тырысу синдромы басталады. Ентігіп тыныс алады, қан қысымы төмендейді цианоз пайда болады. Дене қызуы төмендейді, ішектің парезі, несептің қуыққа жиналып тұтығып қалуы орын алады. Анализдері бойынша: лейкопения, қант және калий деңгейі шамалы көтеріледі. Ауыр дәрежеде улану: науқас ес-түссіз, тыныс алу үстірт, қорлдайды. Ол кейінен Чейн-Стокс түрімен тыныс алады. Тері реңі бозарған, мұздай термен терлейді, цианоз, көз жанары сөнген. Жүрек жұмысы әлсірейді, қан қысымы төмендейді, қан тамырының соғуы жиіледі, толымсыз.

2 кесте - Тырысу синдромы (клоникалы, тоникалы) ЖҚОЕО 2010-2012ж. аралығындағы жас көрсеткіштері.

Жасы	саны	Ер	әйел
0-6	11	5	6
7-14	-	-	-
15-20	5	-	5
21-30	14	2	12
31-40	7	1	6
41-50	-	-	-
51-60	-	-	-
61- үлкендер			
Барлығы	37	8	29

Жоғарғы кестеден көріп отырғанымыздай 0-6ж. аралығында балалар үлкендердің бақылауынсыз

калып қойған кезде дәріні оңай жерден тауып алып ішуі 29,8% құрайды. 15-20ж. аралығында жасөспірімдер әр түрлі себептердің салдарынан өз өміріне қастандық жасау 13,5% құрайды, 21-30ж. аралығы 37,8%, және 31-40ж. аралығы 18,9% құрайды, бұл жастағы адамдардың басым көпшілігі от басылық кикілжіңнен кейін өз-өзіне қастандық жасау байқалады. Медициналық емі: Реанимациялық көмек пен симптоматикалық терапия негізінен трофикалық бұзылыс-тарды, пневмонияны емдеу алдын алу, тыныс алу, жүрек-тамыр жүйелерін қалпына келтіру мен ұстап отыруға бағытталады. Бұл шараларды науқастарды комалық жағдайдың бір жарым сағаттан асқан кезінде интубация немесе трахеостомия жасауды, орталық гиповентиляция кезінде жасанды тыныс алуды, гипотония кезінде көктамырға плазмамен, глюкоза және электролиттер ерітіндісін, жүрек-тамыр (строфантин, допамин) заттарын және гармондардың инфузиялық терапиясы мен пневмонияда белсенді анти-бактериалды терапияны біріктіреді. 1. Белсенді детоксикация. Асқазанды жуу (егер науқас кома жағдайында болса инту-бация жасалады) есіне келгенше әр 3-4 сағ. Зонд арқылы қайта жуылады белсендендірілген көмір (50г) беріледі. Несепті айдау (форсированный диурез). Команың ауыр жағдайында детоксикация гемосорбция, перитонеальды диализ, ішекке лаваж қолданады. 2. Арнайы ем. Антидоты жоқ. Экстрапирамидалы синдромда циклодол 0,002-0,005г немесе акинетон 1-4мг қолданылады.

Симптоматикалық ем. Камфора, кофеин, кордиамин 2-3мл әр 3-4сағ. Тер астына егіледі. Инфузия изотония ерітінділері, электролиттер, глюкоза, плазма алмастырғыштар, дәрумендер. Қан қысымы төмен жағдайда тамыр ішіне преднизолон 1-1,5г. Тәулігіне, дофамин, мезатон, норадреналин егіледі.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Журмагамбетова Б. Т. Первая помощь при отравлении медикаментами / Б. Т. Журмагамбетова // Эскулап. - 2013. - № 4. - С. 14.
2. Ильяшенко К. К. Антидотная терапия при острых отравлениях оксидом углерода / К. К. Ильяшенко, М. В. Белова, И. С. Каштанова // Терапевтический архив. - 2012. - № 8. - С. 75-77.
3. Кривенко В. Ф. Медицинская помощь детям на догоспитальном этапе при острых отравлениях / В. Ф. Кривенко, Н. В. Ярыгин // Врач скорой помощи. - 2011. - № 2. - С. 35-40.
4. Лужников Е. А. Острые отравления : Рук. для врачей / Е. А. Лужников ; Е. А. Лужников, Л. Г. Костомарова. - М. : Медицина, 1989. - 461 с. : ил
5. Могош Г. Острые отравления : Диагноз, лечение / Г. Могош. - Бухарест : Медицинское изд-во, 1984. - 580 с
6. Николаев Л. А. Доврачебная помощь при заболеваниях и отравлениях и уход за больными : учебное пособие / Л. А. Николаев. - 2-е изд., испр. и доп. - Минск : Выш. шк., 2000. - 504 с

РЕЗЮМЕ

Отравления лекарственными нейрорептиками

Р.К. Жуманов, Т.Н. Петрова, Т.Б. Нурманов, С.А. Эмм

Областной центр гипербарической оксигенации им. Т.О. Орынбаева, г. Шымкент

Без назначения врача запрещается заниматься самолечением, взрослые должны контролировать прием препаратов. Лекарственные препараты нейрорептиками в домашних условиях должны храниться в недоступном для ребенка месте.

SUMMARY

Neuroleptic poisoning.

R.K. Zhumanov, T.N. Petrova, T.B. Nurmanov, S.A. Emm.

Regional Center for Hyperbaric Oxygen Therapy

Without a prescription is prohibited to self-medicate, adults must supervise preparations. Medicinal preparations neuroleptiki in domestic conditions have stored out of the reach of children.

УДК.442.15-002.5

**ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЙ С
ОБЗОРОМ БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЕМ ЭТАНОЛОМ ПО ОЦГБО ИМ. Т.О. ОРЫНБАЕВА***Т.Б. Нурманов, Т.Н.Петрова, С.А.Эмм, Р.К.Жуманов**Областной центр гипербарической оксигенации им. Т.О. Орынбаева, г. Шымкент***АННОТАЦИЯ**

Проведён анализ историй болезни больных с острым отравлением этанолом и развитием в связи с этим коматозных состояний за период 2010-2012 годы.

Ключевые слова: кома, этанол, алкоголизм, реанимация, летальность.

Кома по-гречески означает глубокий сон. Однако, от сна кома отличается принципиально: не пробуждаемостью, потенциально расстройствами систем жизнеобеспечения организма, склонностью к самоподдержанию и углублению бессознательного состояния. Исходя из этого, кома требует ургентной терапии. Поскольку в лечении больных в коматозном состоянии основное значение имеют этиотропная и патогенетическая терапия, выделяют следующие виды ком: 1. Деструктивная кома, связанная с органическим поражением мозга - острым (инсульт, черепно-мозговая травма, энцефалит, менингит и др.) или хроническим при его декомпенсации (опухоль, гематома и др.). 2. Дисметаболическая (эндотоксическая) кома: печеночная, уремиическая, диабетическая, гипогликемическая, тиреотоксическая и др. 3. Токсическая (экзотоксическая) кома: алкогольная, при медикаментозном отравлении (транквилизаторами, нейролептиками, барбитуратами и пр.), при бытовых отравлениях (инсектицидами, лакокрасочными материалами и др.). 4. Эпилептическая кома: кома после единичного генерализованного эпилептического припадка или серии припадков - единственная, которая, как правило, регрессирует сама, часто через разные стадии сна (больного можно разбудить), однако при эпилептическом статусе судорожных припадков характеризуется прогрессирующим углублением. 5. Другие виды ком: при перегревании, солнечном ударе, замерзании и пр.

При дифференциальной диагностике коматозных состояний следует учитывать следующие основные признаки. Эндотоксическая кома развивается чаще подостро — в течение нескольких часов или суток, иногда более медленно. Кома часто предшествует не только оглушение, сопор, но и психомоторное возбуждение. Гипертермия характерна для комы при перегревании, инфекционных заболеваниях нервной системы (прежде всего, гнойный менингит), общих инфекциях (тяжелая гриппозная инфекция, брюшной тиф и др.), иногда при соматических бактериальных заболеваниях (крупозная пневмония и др.). Гипертермия может также возникать при эпилептической коме. Изменения цвета кожных покровов и слизистых могут быть характерными для тех или иных заболеваний, приведших к коматозному состоянию: желтушность - для печеночной комы, вишневая окраска - для отравления угарным газом, гиперемия лица - для апоплектической комы, бледно-серый цвет - для комы при алиментарной дистрофии, онкологических заболеваний, бронзовый цвет - для комы при адиссоновой болезни, сухость кожи со следами расчесов - для уремиической, а также диабетической (гипергликемической) комы.

Запах аммиака изо рта характерен для уремиической, запах ацетона - для гипергликемической комы. Отек диска зрительного нерва в сочетании с альбуминурическим ретинитом, высокая концентрация мочевины в крови свидетельствуют о развитии экламптической (псевдоуремиической) комы. Высокие показатели АД регистрируются при апоплектической коме (кровоизлиянии в мозг). Брадикардия наблюдается при комах: апоплектической, травматической (при внутричерепной гематоме), при коме, развивающейся при опухоли мозга, атриовентрикулярной блокаде, при экзотоксических комах, связанных с отравлением Р-адреноблокаторами, наперстянкой, при гиперкалиемии различного происхождения. Мидриаз наблюдается при коме, связанным с отравлением холинолитиками, при угарной и алиментарно-дистрофической коме. Миоз характерен для гипергликемической (диабетической), а также уремиической комы, для комы при отравлении морфином и опиатами. Анизокория обычно наблюдается при деструктивной коме, чаще всего апоплектической и травматической. Судорожные припадки характерны для эпилептической, а также экламптической комы, могут наблюдаться при деструктивной коме любого происхождения. Миоклонические подергивания мышц характерны для уремиической и аноксиишемической комы. Горметония, а также стойкие очаговые симптомы поражения нервной системы, в особенности гемипарез, свидетельствуют о деструктивной коме, наиболее часто - апоплектической и травматической.

Ранняя сухожильная арефлексия, наблюдающаяся при прекоме (оглушение, сопор), а также в I стадии комы, специфична для алкогольной и диабетической комы. Выделяют также вегетативное состояние (апатический синдром), которое в случае его длительности более месяца обозначают как хроническое вегетативное состояние. Обычно это результат обширного поражения головного мозга — коры, лимбической системы, базальных ядер при сохранности мозгового ствола. У больных сохраняется самостоятельное дыхание

и функция сердечно-сосудистой системы. Характерно чередование периодов кажущегося бодрствования и сна. При отсутствии двигательной активности (кроме реакций на раздражение или случайных движений) больные периодически открывают глаза, хотя не осознают окружающую обстановку и не реагируют на речевые стимулы.

Тактика при коме. Госпитализация при коме. Больные с коматозными состояниями госпитализируются в реанимационные отделения многопрофильных больниц либо в специализированные отделения (с травматической комой - в нейрохирургическое, с экзотокси-ческой - в токсикологический центр, если таковой имеется, с апоплектической - в блок интенсивной терапии нейрососудистых отделений), либо в нейрореанимационные отделения. Общность ряда патогенетических механизмов, наличие расстройств, опасных для жизни, диктует основные принципы (экстренность, интенсивность и комплексность) патогенетической терапии, которая должна проводиться параллельно с этиологическим лечением. Экстренность вызывается наличием или принципиальной потенцией быстрого развития жизнеугрожающих расстройств, прежде всего дыхания и сердечно-сосудистой деятельности, а также гомеостаза. Экстренный характер терапии обязывает начинать лечение немедленно, т. е. на догоспитальном этапе. Важнейшим является обеспечение проходимости верхних дыхательных путей - удаление инородных предметов из полости рта, освобождение от рвотных масс, введение воздуховода.

Таблица – Лечение больных в отделении реанимации ОЦГБО г. Шымкента

№	Нозологии	2010год			2011			2012		
		К-во б-х	Умер-шие	Досу т. лет.	К-во б-х	Умер-шие	Досу т. лет.	К-во б-х	Умер-шие	Досу т. лет.
1	Отравление этиловым спиртом	98	18	13	83	9	7	102	5	2
2	Угарный газ	11	-	-	16	1	-	19	-	-
3	Отравление медикаментами	64	1	-	60	2	-	92	1	-
4	Отравление прижигающим ядом	38	9	6	42	9	3	48	10	5
5	Отравление нефтепродуктами	3	1	-	7	1	-	2	-	-
6	Отравление ФОС	3	-	-	2	-	-	2	-	-
7	Отравление наркотиками	12	-	-	6	-	-	30	-	-
8	Ожоги	27 27	7	1	36	8	3-	35	13	3
9	Отравление животным ядом	2	-	-	9	-	-	6	-	-
10	Отравление неизвестным ядом	1	-	-	3	1	-	-	--	-
11	Отравление растительным ядом	4	-	-	4	-	-	2	-	-
12	переохлаждение	-	-	-	2	1	-	--	-	-
13	Электротравма	3	2	-	3	-	-	3	-	-
14	Отравление препаратами бытовой химии	-	-	-	1	-	-	3	-	--
15	Отравление бихроматом калия (хуна)	1	1	-	--	-	-	-	-	-
16	Отравления металлом				1	-	-	-	-	-
17	Ингаляционное отравление				1	-	-	1	-	-

В машинах скорой помощи должно быть все необходимое для экстренной интенсивной терапии угрожающих жизни расстройств - нормализации сердечного ритма, борьбы с шоком, осуществления дыхательной и сердечной реанимации, купирования судорожного синдрома. В то же время опыт последних лет показывает, что стремление к максимальному расширению объема лечебных мероприятий на догоспитальном этапе вряд ли оправданно, и вот почему. Например, широкое применение нейролептических и

транквилизирующих препаратов смазывает клиническую картину заболевания, затрудняет вычленение очаговых симптомов поражения нервной системы, углубляет угнетение сознания. Широкое использование диуретиков при отсутствии анамнеза чревато развитием опасного синдрома гиперосмолярности, при диабетической и уремической коме прежде всего.

Лечение комы. Этиологическое лечение при коме. Патогенетическая терапия комы. Лечение комы складывается из нескольких компонентов. Основные из них - этиологическое и патогенетическое. Этиологическое лечение невозможно, когда этиологический фактор действует одномоментно и больной поступает с непосредственными результатами его воздействия (например, при травматической коме). При действующем этиологическом факторе, наоборот, этиологическая терапия может иметь основное значение. Так, при гипоксической коме, вызванной тромбоэмболией ветвей легочной артерии, необходимо проводить тромболитическую терапию (гепарин в сочетании с фибринолизинем или тканевыми активаторами плазминогена). При коме вследствие гнойных воспалительных заболеваний легких применяется интенсивная антибиотикотерапия. Диабетическая кома требует немедленного внутривенного введения инсулина, гипогликемическая - глюкозы, уремическая - гемодиализа или гемосорбции. При коме, вызванной кардиогенной гиподинамией, применяется строфантин, коргликон, добутрекс. Патогенетическая терапия коматозных состояний направлена на сохранение систем жизнеобеспечения организма — гемодинамики, дыхания и гомеостаза. Так, при остром падении АД помимо мер, направленных на причину этого явления, необходимо внутривенное капельное введение допамина.

Материалы исследования. Проведён анализ историй болезни больных с острым отравлением этанолом за период 2010-2012 годы по количеству, возрастным группам. За три года по поводу отравления этанолом госпитализировано 283 больных. Большинство больных, поступивших в наш центр, госпитализировались в реанимационное отделение. За отчетное время в отделении реанимации ОЦГБО г. Шымкента получили лечение больные по следующим нозологиям(см.Таблицу).

Из таблицы видно, что количество больных с острым отравлением этиловым спиртом составляет основной контингент больных реанимационного отделения. На втором месте - поступившие больные с медикаментозным отравлением. Из общего количества умерших по отделению : 17,24 % составляют больные с отравлением этиловым спиртом, которые в течение многих лет злоупотребляли алкоголем, и поступали в крайне тяжелом декомпенсированном состоянии, с нестабильной гемодинамикой.

Таблица 2 - Динамика госпитализированных больных в реанимационное отд ОЦГБО с острым алкогольным отравлением

Годы	Алкогольное отравление в реанимационном отделении	Общее количество отравлений ОЦГБО
2010	98	376
2011	83	267
2012	102	277
Итого	283	920

Из приведенной таблицы видно, что количество больных, поступивших по поводу алкогольного отравления значительное. Большинство больных были доставлены в тяжелом состоянии в реанимационное отделение ОЦГБО. Данные показатели гораздо ниже фактических, т.к. часть отравлений этанолом проходят по другим стационарам, в частности это больные с различными травмами.

Таблица 3 - Сравнительные показатели по возрасту с острым отравлением

Год возраст	%кол-ва отравлений этанолом	2012год	%кол-ва отравлений этанолом	2011год	%кол-ва отравлений этанолом	2010
До 20 лет	-	-	-	-	-	
21-30 лет	6.12	6	-	-	-	
31-40 лет	42.84	42	6.64	8	36.26	37
41-50 лет	41.82	41	42.33	51	39.2	40
51-60 лет	9.18	9	19.92	24	21.56	22
61-70 лет	4.08	4	-	-	-	
Более 70 лет	-	-	-	-	-	
всего	100	102	100	83	100	98

Из приведенной таблицы обращает на себя внимание наиболее частое отравление этанолом в возрасте от 40 до 60 лет, что связано с заболеваемостью хроническим алкоголизмом именно в этой возрастной группе. Несколько ниже, но достаточно высокие показатели в молодом возрасте – от 20 до 40 лет, что связано с ростом заболеваемости алкоголизмом в молодом возрасте.

Выводы. Количество госпитализированных больных в реанимационное отделение с острым отравлением этанолом в 2010 - 2012гг. проходит без значительных колебаний. Из показателей нашего исследования видно, что уровень «молодого» алкоголизма имеет тенденцию к хоть и небольшому, но все-таки росту. И думается это- проблема не только профилактики, но и социально-экономической сферы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инструкция по оказанию первой доврачебной неотложной помощи пострадавшим [Электронный ресурс] : инструкции. - Электрон. текстовые дан. (2,80 Мб). - М. : Б. и., 2002. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM)
2. Справочник по хирургии [Электронный ресурс] : справочное издание / под ред. С. Шварца, Дж. Шайерса, Ф. Спенсора. - Электрон. текстовые дан. (35,3 Мб). - [б. м.] : Б. и., Б. г эл. опт. диск (CD-ROM). - (Медицинская библиотека)
3. Бобков Ю. Г. Первая доврачебная помощь при лекарственных и бытовых отравлениях : справочное издание / Ю. Г. Бобков, В. Б. Симоненко, О. Ю. Урюпов, С. Ф. Фролов. - 2-е изд., доп. - Л. : Медицина. Ленингр. отд-ние, 1982. - 192 с. - (Б-ка среднего мед. работника)
4. Ефимова Л. К. Лекарственные отравления у детей : монография / Л. К. Ефимова, В. М. Бора. - Киев : Здоровья, 1995. - 384 с
5. Ильяшенко К. К. Токсическое поражение дыхательной системы при острых отравлениях : монография / К. К. Ильяшенко, Е. А. Лужников. - М. : Медпрактика-М, 2004. - 176 с
6. Лужников Е. А. Острые отравления : Рук. для врачей / Е. А. Лужников ; Е. А. Лужников, Л. Г. Костомарова. - М. : Медицина, 1989. - 461 с. : ил
7. Могош Г. Острые отравления : Диагноз, лечение / Г. Могош. - Бухарест : Медицинское изд-во, 1984. - 580 с
8. Николаев Л. А. Доврачебная помощь при заболеваниях и отравлениях и уход за больными : учебное пособие / Л. А. Николаев. - 2-е изд., испр. и доп. - Минск : Выш. шк., 2000. - 504 с
9. Алманиязова С. Ж. Бешенство / С. Ж. Алманиязова // Медицинский журнал Западного Казахстана. - 2012. - № 2
10. Блинов А. С. Инсектный анафилактический шок в практике специализированной реанимационной бригады / А. С. Блинов, Д. В. Калинин // Эскулап. - 2010. - № 7. - С. 4.
11. Лазарев С. В. Как уберечься от осы / С. В. Лазарев // ОБЖ. Основы безопасности жизни. - 2012. - № 8. - С. 51.
12. Остапенко Ю. Н. Отравления алкоголем и суррогатами: диагностика и неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе / Ю. Н. Остапенко, И. С. Элькис // Терапевтический архив. - 2010. - № 1. - С. 18-24.
13. Тулегенова С. М. Отравление угарным газом / С. М. Тулегенова // Валеология. Здоровье и жизненные навыки. - 2010. - № 4. - С. 38-39.

ТҮЙІН

Этанолмен улану байланысты комалық жағдайының диагностикасы және дифференциалды диагностикасы
Т.Б. Нурманов, Т.Н. Петрова, С.А. Эмм, Р.К. Жуманов
Облыстық жоғарғы қысымды оттегімен емдеу орталығы, Шымкент қаласы

Реанимация бөліміне жатқызылған науқастардың саны көрсеткіші бойынша 2010-2012.ж. жедел этанолмен улануда көп өзгеріс байқалмайды. Біздің зеріттеу нәтижелерімізден байқағаныңыздай, «жастар» алкоголизм деңгейі аздап болса да өсуде. Қиындықтар алдын алу мәселелеріне ғана байланысты емес, сонымен қатар әлеуметтік-экономикалық мәселеге байланысты.

SUMMARY

Diagnosis and differential diagnosis of comatose states with a review of patients with poisoning with ethanol according to RCHOT.

T.B. Nurmanov, T.N. Petrova, S.A. Emm, R.K. Zhumanov
Regional Center for Hyperbaric Oxygen Therapy

The number of patients hospitalized in the intensive care unit with acute ethanol poisoning in 2010 - 2012. passes without major fluctuations. Measure of our research shows, that the level of "young" alcoholism tends to be a small, but still growth. And I think it's a problem, not only prevention but also the socio-economic sphere.

УДК.343.14-003.4

ОБЗОР БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЕМ ФОС ПО ОЦГБО

С.А. Эмм, Т.Н. Петрова, Т.Б.Нурманов, Р.К. Жуманов
Областной центр гипербарической оксигенации им. Т.О. Орынбаева, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

В статье приведен анализ частоты случаев отравления ФОС за период с 2010 по 2012 год. Актуальность проблемы связана с достаточно большим применением ФОС в быту и сельском хозяйстве, плохой информированностью населения о токсичности ФОС.

Ключевые слова: ФОС, отравления, аллергические реакции, инсектициды.

Введение. Отравление фосфорорганическими соединениями – остро развивающееся патологическое состояние, которое без оказания своевременной и адекватной медицинской помощи может нанести существенный ущерб здоровью, либо привести к смерти пострадавшего. ФОС (фосфорорганические соединения)- вещества, в молекулах которых имеется фосфор-углеродная связь, т.е. атом фосфора, непосредственно связанный с атомом углерода (в отличие от других содержащих фосфор и углерод веществ, например фосфатов, где связь между С и Р осуществляется через кислород). ФОС - весьма распространенная группа соединений, используемых в качестве бытовых и сельскохозяйственных инсектицидов, а также в качестве боевых отравляющих веществ. Вещества, входящие в эту группу многочисленны, но наиболее распространены: дихлофос, тиофос, хлорофос, карбофос, метафос, лирофос, зарин, зоман и другие. Токсичность препаратов колеблется в широких пределах и зависит от пути поступления яда в организм.

Токсическое действие ФОС на организм человека и животных заключается в связывании холинэстеразы – фермента разрушающего ацетилхолин. Таким образом, в организме возникает избыточное возбуждение ацетилхолином холинреактивных структур (не исключается и прямое воздействие ФОС на эти структуры), приводящее к: - спазму гладкой мускулатуры(бронхов, ЖКТ, круговой мышцы зрачка); - усилению секреции железистого аппарата ЖКТ, слезных, слюнных, потовых, бронхиальных желез; - развитию брадикардии и гипотонии (возбуждение М-холинореактивных структур сердечной мышцы); - развитию гиперкатехоламинемии (временный подъем артериального давления); - развитию мелкофибриллярных периферических мышечных судорог; - поражению ЦНС (головная боль, развитие эйфории, сменяемой нарушениями сознания вплоть до развития глубокой комы, а также генерализованными судорогами (с вовлечением большого количества мышечной ткани пострадавшего). Скрытый период действия – от нескольких минут до нескольких часов. Выделяют три стадии развития отравления. I стадия: психомоторное возбуждение, миоз, стеснение в груди, одышка, влажные хрипы в легких (бронхорея), потливость, повышение артериального давления. II стадия: отдельные или генерализованные миофибрилляции, клонико-тонические судороги, хореические гиперкинезы, ригидность дыхательной мускулатуры, нарушение дыхания из-за нарастающей бронхореи. Брадикардия. Болезненные тенезмы, непроизвольный жидкий стул, учащенное мочеиспускание. Кома. Снижение активности холинэстеразы крови на 50 % и более. III стадия: нарастающая слабость дыхательных мышц и угнетение дыхательного центра до полной остановки дыхания; параличи мышц конечностей, падение артериального давления, расстройство ритма и проводимости сердца. Лабораторное исследование: снижение активности холинэстераз, обнаружение фосфорорганических веществ в крови и моче.

При остром отравлении наблюдали изменения сердечной деятельности. На ЭКГ отмечали синусовую тахикардию, снижение вольтажа зубцов, синусовую брадикардию, экстрасистолию, замедление внутрижелудочковой проводимости, внутрижелудочковую блокаду, снижение сегмента S-T, отрицательный зубец Т и увеличение электрической систолы. Отмечается увеличение систолического показателя ЭКГ более чем на 5%. Сенсibiliзирующее действие. Известны поражения, протекающие по типу аллергического дерматита, астматического бронхита и других заболеваний. Считают, что аллергические реакции связаны с его способностью реагировать с функциональными группами различных белков.

Цель работы. Изучить динамику количества госпитализаций и клинических проявлений за период с 2010гг по 2012гг в ОЦГБО. При госпитализации больных в ОЦ ГБО с отравлением ФОС в 99% случаев при

сборе анамнеза выявляется факт контакта с ФОС; случайный (при неправильной работе с инсектицидами, употребление детьми, оставшимися без присмотра), либо намеренное употребление с суицидальной целью. Во всех случаях задача постановки диагноза не представляла трудностей в связи наличием характерных клинических проявлений.

Материалы исследования. Проведён анализ историй болезни больных с острым отравлением ФОС за период 2010-2012 годы по количеству, возрастным группам и клиническим проявлениям. За три года по поводу отравления ФОС госпитализировано 7 больных. Все больные поступившие в наш центр госпитализировались в реанимационное отделение.

Таблица 1 - Динамика госпитализированных больных в реанимационное отд ОЦГБО с острым отравлением ФОС.

Годы	Отравление ФОС в реанимац. Отд.	Общее кол-во отравлений ОЦГБО
2010	3	376
2011	2	267
2012	2	277
Итого	7	920

Из приведенной таблицы видно, что количество больных по поводу отравления ФОС небольшое но все больные в крайне тяжелом состоянии доставлены в реанимационное отд ОЦГБО. Данные показатели гораздо ниже фактических, т.к. большая часть больных с отравлением ФОС чаще госпитализируются в сельских населенных пунктах в ЦРБ, где большая часть населения занимается животноводством и применяет ФОС в хозяйстве и быту.

Таблица 2 - Сравнительные показатели по возрасту с острым отравлением.

Год возраст	2010год	%кол-ва отравлений ФОС	2011год	%кол-ва отравлений ФОС	2012	%кол-ва отравлений ФОС	всего
1-7 лет	1	33,3	1	50	1	50	3
До 20 лет	1	33,3	-	-	-	-	1
20-40 лет	1	33,3	-	-	1	50	2
41-50 лет	-	-	1	50	-	-	1
51-60 лет	-	-	-	-	-	-	-
61-70 лет	-	-	-	-	-	-	-
Более 70 лет	-	-	-	-	-	-	-
всего	3	100	2	100	2	100	7

Из приведенной таблицы обращает на себя внимание, что наиболее часто отравление ФОС отмечается в возрасте от 20 до 40 лет, что связано занятостью именно этой возрастной группы в животноводческом хозяйстве, а также возможное небрежное обращение с инсектицидами и несоблюдение правил безопасности при разведении рекомендуемых концентраций. Достаточно высокие показатели в детском возрасте – от 1 до 7 лет, что связано с неправильным хранением и доступностью данных веществ, а также зачастую беспечностью родителей.

Таблица 3 - Частота клинических признаков при отравлении ФОС

Клинические признаки	% от к-ва больных с отравлением чемерицей
Потливость	99,9%
Саливация	99,9%
Бронхорея	70,1%
Миоз	83,1%
Нарушение сознания	50,6%
Судороги	23,5,%

Анализируя частоту и параметры клинических проявлений у больных с отравлением ФОС можно

сделать выводы: практически у всех больных наблюдается потливость, саливация, бронхорея, миоз; у 50,6% больных наблюдается нарушение сознания; судороги наблюдались у 23,5 больных. Всем госпитализированным больным проводилось электрокардиографическое исследование. Все больные госпитализированы в реанимационное отделение, где проводилось следующее лечение: антидотная терапия (атропинизация), промывание желудка через зонд, энтеросорбция, очистительная клизма, инфузионная, посиндромная терапия. У всех больных отмечалась положительная динамика на фоне проводимой терапии в течение 24-48 часов.

Выводы. Количество госпитализированных больных в реанимационное отделение с острым отравлением ФОС в 2010 - 2012гг. остается на прежнем уровне. Из показателей нашего исследования видно, что данная проблема остается актуальной в связи с достаточно большим применением ФОС в быту и сельском хозяйстве, плохой информированностью населения о токсичности ФОС и тяжести отравлений, что предполагает проводить дальнейшую разъяснительную работу через средства массовой информации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильяшенко К. К. Токсическое поражение дыхательной системы при острых отравлениях : монография / К. К. Ильяшенко, Е. А. Лужников. - М. : Медпрактика-М, 2004. - 176 с
2. Лужников Е. А. Острые отравления : Рук. для врачей / Е. А. Лужников ; Е. А. Лужников, Л. Г. Костомарова. - М. : Медицина, 1989. - 461 с. : ил
3. Могош Г. Острые отравления : Диагноз, лечение / Г. Могош. - Бухарест : Медицинское изд-во, 1984. - 580 с
4. Николаев Л. А. Доврачебная помощь при заболеваниях и отравлениях и уход за больными : учебное пособие / Л. А. Николаев. - 2-е изд., испр. и доп. - Минск : Выш. шк., 2000. - 504 с
5. Журмагамбетова Б. Т. Первая помощь при отравлении медикаментами / Б. Т. Журмагамбетова // Эскулап. - 2013. - № 4. - С. 14.
6. Ильяшенко К. К. Антидотная терапия при острых отравлениях оксидом углерода / К. К. Ильяшенко, М. В. Белова, И. С. Каштанова // Терапевтический архив. - 2012. - № 8. - С. 75-77.
7. Кривенко В. Ф. Медицинская помощь детям на догоспитальном этапе при острых отравлениях / В. Ф. Кривенко, Н. В. Ярыгин // Врач скорой помощи. - 2011. - № 2. - С. 35-40.
8. Остапенко Ю. Н. Отравления алкоголем и суррогатами: диагностика и неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе / Ю. Н. Остапенко, И. С. Элькис // Терапевтический архив. - 2010. - № 1. - С. 18-24.
9. Тулегенова С. М. Отравление угарным газом / С. М. Тулегенова // Валеология. Здоровье и жизненные навыки. - 2010. - № 4. - С. 38-39.
10. Этиологическая структура пищевых отравлений микробной природы / Ш. Б. Насухин [и др.] // Медицинский журнал Западного Казахстана. - 2012. - № 2. - С. 90-92.

ТҮЙІН

ЖҚОЕО бойынша ФОҚ –мен уланған науқастардың көрсеткіші
С.А. Эмм, Т.Н. Петрова, Т.Б. Нурманов, Р.К. Жуманов
Облыстық жоғарғы қысымды оттегімен емдеу орталығы, Шымкент қаласы

ФОҚ –мен улану бойынша 2010-2012ж. реанимация бөліміне жатқызылған науқастардың сандық көрсеткіші бастапқы көрсеткіштен басқаша. Біздің зерттеу нәтижеміздің көрсеткішінен байқағанымыз ФОҚ үй тұрмысында және ауыл шаруашылығында өте көп қолданатындығы өзекті мәселе болып тұр. ФОҚ пен уланғанда оның зардабы жайында ақпарат құралдары арқылы түсіндірме жұмысын жүргізу керек.

SUMMARY

Review of patients with poisoning by organic phosphorus according RCHOT
S.A. Emm, T.N. Petrova, T.B. Nurmanov, R.K. Zhumanov
Regional Center for Hyperbaric Oxygen Therapy

The number of patients hospitalized in the intensive care unit with acute OP poisoning in 2010 - 2012. remains the same. Measure of our research shows that the problem is still relevant in connection with the use of a sufficiently large OPs in the home and in agriculture, poor awareness of the population about the toxicity of the FOS and the severity of poisoning, which involves conduct further outreach through the media.

УДК. 358.23-007.3

ОБЗОР БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЕМ КУКОЛЬНИКОМ (ЧЕМЕРИЦЕЙ) ПО ОЦГБО

Т.Н. Петрова, С.А. Эмм, Т.Б. Нурманов, Р.К. Жуманов
Областной центр гипербарической оксигенации им. Т.О. Орынбаева, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

В статье приведен анализ частоты случаев отравления чемерицей за период с 2010 по 2012 год. Актуальность проблемы связана с достаточно большим применением чемерицы в домашних условиях для лечения алкоголизма.

Ключевые слова: чемерица (кукольник), отравление, алкоголизм, диагностика, реанимация.

Введение. 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 госпитализации этих больных в реанимационное отделение ОЦГБО им Т.О.Орынбаева. Сложность диагностики 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 чемерицей. Статистический материал, собранный в течение трёх лет, позволил провести анализ обращений в реанимационное отделение ОЦГБО больных с отравлением 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, протOVERATРИН, вератромин, гермитрин и неогермитрин др.

Из корней растения выделен псевдоиервин – хлороформ. ПротOVERATРИН обладает длительным гипотензивным действием, снижая систолическое и диастолическое давление, вызывает брадикардию и расширение сосудов, уменьшает минутный объем сердца, диурез и оказывает некоторое гипотермическое действие. Обладает малой шириной терапевтического действия. Вератромин понижает артериальное давление, уряжает 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 опенение 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». Данную клиническую картину мы видим при поступлении больных в стационар по поводу отравления кукольником. Особенностью «современного отравления» является вариабельность степени выраженности клинических проявлений, с изменениями на ЭКГ в виде нарушения проводимости и слабости синусового узла.

Цель работы заключается в изучении динамики количества госпитализаций и клинических проявлений за период с 2010гг по 2012гг в ОЦГБО. При госпитализации больных в ОЦ ГБО с отравлением чемерицей в 93% случаев сопровождалась родственниками больного и в 7% самообращение 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.

Материалы исследования. Проведён анализ историй болезни больных с острым отравлением чемерицей за период 2010-2012 годы по количеству, возрастным группам и клиническим проявлениям. За три года по поводу отравления чемерицей госпитализировано 9 больных, из них 2 женщин. Все больные поступившие в наш центр госпитализировались в реанимационное отделение.

Таблица 1 - Динамика госпитализированных больных в реанимационное отд ОЦГБО с острым отравлением чемерицей.

Годы	Отравление чемерицей в реанимационное отд.	Общее кол-во отравлений ОЦГБО
2010	4	376
2011	3	267
2012	2	277
Итого	9	920

Из приведенной таблицы видно, что количество больных по поводу отравления чемерицей небольшое но все больные в крайне тяжелом состоянии доставлены в реанимационное отд ОЦГБО. Данные показатели гораздо ниже фактических, т.к. часть отравлений чемерицей проходят под другими диагнозами, например: острый инфаркт миокарда, нарушение ритма и проводимости неясного генеза, о, 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 с острым отравлением

Год возраст	2012год	%кол-ва отравлений чемерицей	2011год	%кол-ва отравлений чемерицей	2010	%кол-ва отравлений чемерицей	всего
До 20 лет	-	-	-	-	-	-	
21-30 лет	-	-	-	-	-	-	
31-40 лет	1	50	1	33,3	2	50	4
41-50 лет	1	50	1	33,3	1	25	3
51-60 лет	-	-	1	33,3	1	25	2
61-70 лет	-	-	-	-	-	-	
Более 70 лет	-	-	-	-	-	-	
всего	2	100	3	100	4	100	9

Из приведенной таблицы обращает на себя внимание наиболее частое отравление чемерицей в возрасте от 40 до 60 лет, что связано с заболеваемостью хроническим алкоголизмом именно в этой возрастной группе. Несколько ниже, но достаточно высокие показатели в молодом возрасте – от 20 до 40 лет, что связано с ростом заболеваемости алкоголизмом в молодом возрасте.

Таблица 3 - Частота клинических признаков при отравлении чемерицей

Клинические признаки	Диапазон клинических изменений	% от к-ва больных с отравлением чемерицей
Рвота		99,7%
ЧСС	менее 30 в мин.	
	30-39 в мин.	52,5%
	40-49 в мин.	27,9%
	50-59 в мин.	19,6%
	Выше 60 в мин.	0
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.	40,5%
	от 61 до 70 мм рт.ст.	-
	от 71 до 80 мм рт.ст.	10,5%
	от 81 до 90 мм рт.ст.	23,1%
	от 91 до 100 мм рт.ст.	4,8%
	Выше 100 мм рт.ст.	

Анализируя частоту и параметры клинических проявлений у больных с отравлением чемерицей можно сделать выводы: - практически у всех больных наблюдается рвота; - у 19,6% больных показатели ЧСС ниже нормы, причем у 52,5% показатели критические (ниже 30 в мин.), у 27,9% - от 40 до 49 в мин. - показатель систолического АД у 27,9% больных ниже нормы, причем у 72,1% показатели АД критические. Всем госпитализированным больным проводилось электрокардиографическое исследование. Все больные госпитализированы в реанимационное отделение, где проводилось следующее лечение: промывание желудка через зонд, энтеросорбция, очистительная клизма, атропинотерапия, инфузионная, посиндромная терапия, сеансы ГБО на режимах 0,4-0,6 атм. У всех больных отмечалась положительная динамика на фоне проводимой терапии в течении 24 часов.

Выводы. Количество госпитализированных больных в реанимационное отделение с острым отравлением чемерицей в 2010-2012годы значительно снизилось. Из показателей нашего исследования видно, благодаря постоянной разъяснительной работе коллектива ОЦГБО через средства массовой информации об опасности употребления чемерицы (кукольника) при лечении алкоголизма, количество обращений снизилось.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобков Ю. Г. Первая доврачебная помощь при лекарственных и бытовых отравлениях : справочное издание / Ю. Г. Бобков, В. Б. Симоненко, О. Ю. Урюпов, С. Ф. Фролов. - 2-е изд., доп. - Л. : Медицина. Ленингр. отд-ние, 1982. - 192 с. - (Б-ка среднего мед. работника)
2. Ильяшенко К. К. Токсическое поражение дыхательной системы при острых отравлениях : монография / К. К. Ильяшенко, Е. А. Лужников. - М. : Медпрактика-М, 2004. - 176 с
3. Лужников Е. А. Острые отравления : Рук. для врачей / Е. А. Лужников ; Е. А. Лужников, Л. Г. Костомарова. - М. : Медицина, 1989. - 461 с. : ил
4. Могош Г. Острые отравления : Диагноз, лечение / Г. Могош. - Бухарест : Медицинское изд-во, 1984. - 580 с
5. Николаев Л. А. Доврачебная помощь при заболеваниях и отравлениях и уход за больными : учебное пособие / Л. А. Николаев. - 2-е изд., испр. и доп. - Минск : Выш. шк., 2000. - 504 с
6. Инструкция по оказанию первой доврачебной неотложной помощи пострадавшим [Электронный ресурс] : инструкции. - Электрон. текстовые дан. (2,80 Мб). - М. : Б. и., 2002. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM).

ТҮЙІН

ЖҚОЕО бойынша чемерицамен уланған науқастардың көрсеткіші
Т.Н. Петрова, С.А. Эмм, Т.Б. Нурманов, Р.К. Жуманов
Облыстық жоғарғы қысымды оттегімен емдеу орталығы, Шымкент қаласы

Қорытынды: жедел чемерицамен (тас шөп) уланып реанимация бөліміне түскен науқастардың саны 2010-2012ж. шамалы азайған. Біздің зерттеу нәтижелерімізден көріп отырғаныңыздай, ЖҚОЕО ұжымының үздіксіз бұқаралық ақпарат құралдары арқылы чемерицаның алкоголизмді емдеудегі қауіптілігі жайындағы түсіндірме жұмысын жүргізуге байланысты.

SUMMARY

Review of patients with poisoning puppeteer according RCHOT
T.N. Petrova, S.A. Emm, T.B. Nurmanov, R.K. Zhumanov
Regional Center for Hyperbaric Oxygen Therapy

The number of patients, hospitalized in the intensive care unit with acute poisoning hellebore in 2010 - 2012 years has declined considerably. Measure of our research shows, that through constant advocacy of collective regional center hyperbolic oxygen therapy through the media about the dangers of false hellebore (puppeteer) in the treatment of alcoholism, the number of calls dropped.

УДК 616_001.17-083.98

СТАЦИОНАРҒА ДЕЙІНГІ КҮЙГЕНДЕРГЕ АЛҒАШҚЫ ШҰҒЫЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ

Катбаев С.А, Досыбаев М.Б, Мун О.Т, Қаратаев Б.С, Бабажанов Х.Б

Т.Орынбаев атындағы облыстық жоғары қысымды оттегімен емдеу орталығы, Шымкент қ.

ТҮЙІН

Күйген жарақаттың аймағымен тереңдігін дұрыс анықтау, жәбірленушінің ауырлық жағдайын толық дұрыс бағалауын көрсетеді және анағұрлым емдеудің рациональді әдісін ұтымды пайдалануға көз жеткізеді сонымен бірге күйік шоғына қарсы нақты, тура бағытағы ерте тағайындалған ем, күйік шоғынан ерте шығарып, күйік ауруының кейінгі кезеңдерінің дамуын жеңілдетеді.

Кілтті сөздер: Термиялық күйік, алғашқы көмек, сауығу.

Мәселенің өзектілігі. Күйіктерді емдеудің үлкен жетістіктеріне қарамай: инфузионды-трансфузионды және операциялық ем, стационарға дейінгі күйген науқастарға алғашқы көмек көрсету маңызды мәселе болып табылады. Күйік жарақатын алған науқастардың тағдыры алғашқы көмекті нақты дұрыс, тиімді көрсете алуына байланысты.

Зерттеудің мақсаты мен міндеттері. Күйіктерді емдеу барысында алғашқы стационарға дейінгі көмектің науқастардың емделіп шығуындағы орнымен маңыздылығы. Осы мақсатқа жету үшін стационарға дейінгі алғашқы медициналық, дәрігерлік көмекті жетілдіруге ұсыныс жасау болып табылады.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Зерттеуге 2008-2012 жылдар аралығында Т.О. Орынбаев атындағы ОЖҚОЕО-ның күйік бөлімшесіне түсіп емделген, кері қайтарылған науқастардың жылдық есебі, медициналық карталары және басқа да тіркеу журналдары пайдаланылды.

Зерттеудің нәтижелері. Күйік бөліміне соңғы 5-жылда (2008-2012) 760 науқас емдеуге жатқызылды, олардың ішінде 304 (40%) науқас жедел жәрдем бригадасының көмегімен жеткізілген. Сол 304 науқастың 168-і (55%) ыстық сұйықтықтармен, 121-і (40%) от жалынымен, 15-і (19%) электр тогымен жарақат алғандар. Күйік жарақатын алған уақыттан 6-сағатқа дейін 213 науқас (70%), 7-24 сағатқа дейін 34 науқас (11%), 24сағаттан кейін 57 науқас (19%) түскен. Соңғы 24 сағаттан кейін түскен науқастар амбулаториялық емделгендер мен үйінде өзіндік еммен шұғылданғандар немесе тәуіптерге барып емделгендер. Олар төмендегі №1ші кестеде көрсетілген.

1 кесте - Күйік жарақатын алған сәттегі уақыт

Термиялық агент	Күйік жарақатын алған сәттегі уақыт			Барлығы
	6 сағатқа дейін	7-24сағат аралығы	24сағаттан кейін	
Қайнаған сұйықтықпен	117	11	40	168
От жалынымен	88	18	15	121
Электр тогымен	8	5	2	15
Барлығы	213	34	57	304

Күйік бөліміне 15-60жас аралығында түскен науқастардың саны 278 (91%), олардың арасында қайнаған сумен 116 (42%), Электр тогымен 15 (5%),. Топтық жасына (60жасан жоғары) байланысты түскен науқастардың сандары 26 (9%), олардың ішінде қайнаған сумен күйгендер 21 (80%), от жалынымен күйгендер 5 (5%),. Электр тогымен күйген науқастар болған жоқ. Олар төмендегі №2ші кестеде көрсетілген.

2 кесте - Жасына байланысты топтары

Термиялық агент	Жасына байланысты топтары		Барлығы
	15-60 жас аралығы	60 жасан жоғары	
Қайнаған сұйықтықпен	147	21	168
От жалынымен	116	5	121
Электр тогымен	15	-	15
Барлығы	278	26	304

Дене үстінің 15% дан астамы күйген науқастар және дене үстінің 10% күйген 60жастан асқан науқастарда күйік шоғының дамыған айқын туындысын көрсетеді. Күйік шоғына қарсы нақты, тура бағытағы ерте тағайындалған ем, күйік шоғынан ерте шығарылып, күйік ауруының кейінгі кезеңдерінің дамуын жеңілдетеді. Сондықтан күйік шоғына күдік туындағанда, оған жауапта тек қана нақты және оң мәнді болуы керек. Күйген науқастарға гипердиагноз қойылса ол өз кезегінде еш зиянын тигізбейді, ал егер диагнозы нақты дұрыс қойылмаса онда күйік шоғы қасіретке ұласуы мүмкін. Күйік шоғының дамуы үдеген кейбір науқастарға тасмалдау алдында ауырсынуды басатын дәрілік препараттар енгізіледі, олар нейролептиктер және антигистаминді препараттар. Бұл аталған дәрілік препараттар рефлекторлы құсуды төмендететін және седативті ұйықтататын әсері бар. Күйік шоғындағы науқастарда үнемі пайда болатын құсықтарды тыйуға немесе төмендетуге сонымен бірге пероральді сұйықтықтарды жіберуге және бақылауға мүмкіндік жағдайлар туғызады.

Жедел жәрдем бригадасымен ОЖҚОЕО-на жеткізілген күйік жарақатын алған 304-жәбірленушінің ішінде 30 (10%) -науқасқа наркотикалық (промедол және морфин) анальгетиктер салынды, 226 (74%) – науқасқа наркотикалық емес (анальгин, кетотоп, кетанал және димедрол) анальгетиктер салынды, ал қалған 48 (16 %) – науқасқа ауырсынуды басатын дәрілер салынған жоқ, оның себебін айтар болсақ күйген жарақаты беткейлі және күйген аймағы өте аз 1%- ға да жетпейді. Бұндай науқастарды арықарай тұрғылықты жеріндегі амбулаториялық дәрігердің емдік бақылауына жіберіледі. Олар төмендегі № 3ші кестеде көрсетілген.

3 кесте - Стационарға дейінгі жансыздандыру.

Термиялық агент	Стационарға дейін жансыздандыру			Барлығы
	Наркотикалық анальгетиктер	Наркотикалық емес анальгетиктер	Жансыздандыру салынбағандар	
Қайнаған сұйықтықпен	3	133	32	168
От жалынымен	19	87	15	121
Электр тогымен	8	6	1	15
Барлығы	30	226	48	304

Термиялық жарақаттың ауырлығы дене үстіндегі күйік жарасының көлемі мен ауқымдылығына, тереңдігімен теріасты ұлпаларының зақымдалу деңгейіне негізделеді. Күйген жарақаттың аймағымен тереңдігін дұрыс анықтау, жәбірленушінің ауырлық жағдайын толық дұрыс бағалауын көрсетеді және анағұрлым емдеудің рациональді әдісін ұтымды пайдалануға көз жеткізеді.

Материалды талқылау. Көбінде күйген жәбірленуші науқастарда айналасындағы адамдар (бейтаныс адамдар, көршілері, ағайын туыстары және т.б.) алғашқы көмекті көрсетеді. Тұрғындардың көптеген аймақтарында күйген жәбірленуші науқастарға тиісті тура бағытталған қарапайым көмекті дұрыс көрсете алмайды яғни (элементарлы) біліктілігі төмен деп айтуға болады. Осындай келеңсіз себептерге байланысты облысымыздағы күйік бөліміне әр-түрлі жағдайлардағы күйік жарақатын алғандағы ерте кезеңдерде қолдануға негізі жоқ заттарды пайдаланғанда, күйік жарасында экзотоксикалық қабыну үдеп, сыртқы тері рецепторлары тітіркеніп асқынған және жарасының жазылу үрдісі баяу жүретін науқастар келіп түседі. Термиялық күйік жарақатын алған жәбірленушілерге тәуіптердің халық арасында тараған идеялық өзіндік ем-домдарын пайдаланады, айта кететін болсақ күйген жара үстіне алғашқы минуттарда тұрмыстағы пайдаланатын май өнімдерін (өсімдік майлары, тігін машина майлары, салидор және т.б.), жануарлардың, құстардың майларын (шошқа майы, қазының майы және т.б.), тұқым сарысын (бөдене жұмыртқасын), жануарлардың қанын (есектің, сиырдың және т.б.), сүт өнімдерін (айран, қатық т.б.), тұрмыстық химиялық заттарды (тіс пастасы, кір жуғыш ұнтағы т.б.), кейде күйікті жара үстіне зәрге малынған дәкелі таңғыштарды пайдаланады.

Дегенменде шеттегі алыс шөлді мекендерде яғни медициналық бекеттері жоқ жерлерде өзіндік зәрді пайдалану артық етпейді, бірақ зәр әрқашан пайдалы стерильді таза деуге болмайды себебі мұндай емдік іс-шаралар жараға әр-түрлі бактериялық инфекцияларды жинақтауға өз қауіпін туындырады. Термиялық күйік жарақатын алған науқастарға алғашқы көмек көрсету атап айтқанда ол бірнеше этаптардан тұрады. 1) Термиялық күйік алғаннан кейін бірdestен тікелей алғашқы көмек көрсету. Медициналық мамандар келгенше алғашқы көмекті көрсете алу. Тасмалдау барысында және медициналық емдеу мекемесінде алғашқы дәрігерлік көмек көрсету. Термиялық күйік жарақатын алғаннан кейін оқиға болған жерде алғашқы медициналық көмек көрсету төмендегіше жүргізіледі.

Жәбірленушіні (күйік жарақатын алған) қауіпті аймақтан шығару; Зақымдаушы факторлардың әсерін тоқтату (оттың жалынын, түтінін, қайнаған ыстық судың ағысын және т.б.); Күйген дене бөліктерінің үстін салқын сумен, таза салқын жабдықтармен мұздату; Көлемді, ауқымды күйіктерде ауырсынуды басатын препараттарды енгізу; Күйген жараның үстін стерильді материалмен немесе таза төсеніштік жамылғылармен қымтап байлау; Жедел жәрдем бригадасының дәрігерлері көбнесе күйген жарақаттың аймағымен тереңдігін сонымен бірге жалпы жағдайын дұрыс анықтап бағалай алмайды, оның себебін айтар болсақ күйген жарақаты

беткейлі және күйген аймағы 1%-ға да жетпейтін науқастарды ОЖҚОЕО-ның күйіктер бөліміне алып келеді, ал ондай науқастар амбулаториялық дәрігердің емдік бақылауына жіберіледі. Жедел жәрдем бригадасының дәрігерлерімен фельшер қызметкерлерінің термиялық күйік жарақатын алған науқастарға алғашқы көмек көрсету және нақты диагнозын анықтап қою біліктілігін артыру қажет.

Күйген науқастарды тасмалдау барысында ыждақатты көмек көрсете білу керек, атап айтсақ күйіп тұрған денені салқындататын құралды әдістер, сонымен қатар жататын төсек орны жайлы, таза және механикалық кедергілер мүлде болмауы қажет. Кейде ұзақ жерден мәжбүрлі күйде тасмалданатын (1-сағаттан артық) болса, онда стационарға жеткенше жол-жөнекей күйік шоғына қарсы ем-шараларды тиімді пайдалану қажет. Тасмалдау барысындағы жасалынатын ем-шаралар төмендегі берілген топтамалардан тұрады: Тамыр ішілік ауырсыздандыру (промедол, трамадол және т.б) дәрілерімен антигистаминді (супрастин, пиполфен, димедрол) препараттарды енгізу, сілтілі сұйықтықтарды ішкізу, плазма алмастырушы ерітінділерді (полиглюкин, стабизол, рефортан және т.б) көк тамырға тамшылатып енгізу және т.б.

Қорытынды: Күйген жарақаттың аймағымен тереңдігін дұрыс анықтау, жәбірленушінің ауырлық жағдайын толық дұрыс бағалауын көрсетеді және анағұрлым емдеудің рациональді әдісін ұтымды пайдалануға көз жеткізеді сонымен бірге күйік шоғына қарсы нақты, тура бағытағы ерте тағайындалған ем, күйік шоғынан ерте шығарып, күйік ауруының кейінгі кезеңдерінің дамуын жеңілдетеді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Мурадян Р. И. Экстренная помощь при ожогах : монография / Р. И. Мурадян, Н. Р. Панченков. - М. : Медицина, 1983. - 128 с. - (Б-ка практич. врача. Неотложная помощь).
2. Ожоги. Интенсивная терапия : учеб. пособие / И. П. Назаров [и др.]. - Ростов н/Д : Феникс; Красноярск : Издательские проекты, 2007. - 415 с. - (Высшее образование)
3. Ожоговая ауто-интоксикация пути иммунологического преодоления : монография / Н. А. Федоров [и др.]; АМН СССР. - М. : Медицина, 1985. - 256 с
4. Розин Л. Б. Лечение ожогов и отморожений : монография / Л. Б. Розин, А. А. Баткин, Р. Н. Катрушенко. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Медицина, 1984. - 176 с. - (Б-ка среднего мед. работника)

РЕЗЮМЕ

Экстренная медицинская помощь больным ожогами в достационарных условиях
Катбаев С.А., Досыбаев М.Б., Мун О.Т., Қаратаев Б.С., Бабажанов Х.Б.
Областной центр гипербарической косигенации им.Т.Орынбаев, г. Шымкент

Правильное определение степени повреждения поверхности кожи, внутренних органов ожогами, помогает оценить ситуацию и состояние больного для последующего рационального лечения и назначения терапии с целью облегчения проведения противоожоговых мероприятий и выхода из ожогового шока.

Summary

Emergency medical care for patients with ambustions in prestationary conditions
Katbayev S.A., Dosybayev M.B., Mun O.T., Karatayev B.S., Babazhanov H.B.
The regional center of hyperbaric oxygenation named after T.Orynbayev, Shymkent

The correct definition of skin surface and internal organs damage level by ambustions helps to assess situation and condition of the patient for further treatment and therapy management to facilitate ambustion therapy and getting out of depressed case.

ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

УДК 577.1:615.12

АВТОМАТИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА «РАСТВОРЕНИЕ»

*Г.В. Раменская, Ханс-Юрген Книттер, Н.С. Береза, Т.А. Ярушок, И.Е. Шохин, Л.А. Павлова**1 – Erweka GmbH, Германия**2 - ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России***e-mail: berezanatawa@yandex.ru*

РЕЗЮМЕ

В статье описано оборудование, применяемое для проведения теста «Растворение»: системы с ручным отбором проб, полуавтоматические и полностью автоматические системы. Приведен подход к переносу методик на автоматические системы.

Ключевые слова: тест «Растворение», автоматизация, перенос методик.

Введение. В настоящее время контроль качества воспроизведенных препаратов, доля которых на фармацевтическом рынке РФ составляет более 80%, является актуальной задачей фармацевтической отрасли. Оценку одного из основного критерия качества препаратов и их взаимозаменяемости можно провести с помощью теста «Растворение» [1]. Согласно общей фармакопейной статье, испытание «Растворение» предназначено для определения количества лекарственного вещества, которое в условиях, указанных в частной фармакопейной статье, за определенный промежуток времени должно высвободиться в среду растворения из твердой дозированной лекарственной формы [2]. Также тест «Растворение» используется при разработке лекарственных препаратов (ЛП) с целью выбора оптимальных лекарственных форм (ЛФ), для оценки свойств действующих веществ, входящих в их состав; влияния приема пищи на биодоступность; в контроле качества готового продукта, как в момент производства, так и в процессе обращения ЛП на фармацевтическом рынке и для оценки его стабильности и изменений в процессе производства. [1,3,4].

В связи с тем, что тест «Растворение» является важным для решения многочисленных вопросов, необходимо проводить качественные, достоверные, воспроизводимые и своевременные исследования. Эти требования могут быть достигнуты с введением автоматизации процесса «Растворение». За счет автоматического выполнения различных этапов теста увеличивается эффективность проведения теста, что экономит время и позволяет проводить тест более 8 ч с отбором проб в нескольких временных точках. При этом снижается вариабельность результатов, вызванная внешними воздействиями. Выполнение автоматических операций позволяет нивелировать ошибки, связанные с отбором проб вручную, снизить разброс значений, уменьшить влияние на гидродинамику сосудов, унифицировать процесс восполнения среды, снизить риск боя стекла, а также проводить постоянный автоматизированный процесс очистки оборудования [5]. В настоящее время существуют различные типы оборудования, представленные системами с ручным отбором проб, полуавтоматическими системами и полностью автоматическими.

СИСТЕМЫ С РУЧНЫМ ОТБОРОМ ПРОБ. Системы с отбором проб вручную представлены аппаратами 1 (вращающаяся корзинка), 2 (лопастная мешалка), 5 (лопасть над диском) и 6 (вращающийся цилиндр) [6]. Данные системы универсальны и могут быть применены для исследования всех лекарственных форм: твердые дозированные ЛФ, специальные ЛФ, мягкие ЛФ, суппозитории, трансдермальные пластыри, суспензии, а также для лекарственных форм немедленного и модифицированного высвобождения. Их достоинства заключаются в том, что у них сравнительно небольшая стоимость, они просты в использовании, сорбция лекарственных веществ (ЛВ) на поверхностях таких систем незначительна, количественное определение возможно проводить различными методами, что позволяет исследовать большой диапазон концентраций действующих веществ в ЛП. К недостаткам таких систем можно отнести их невысокую производительность – можно проанализировать не более 6 таблеток одновременно, также необходимо выполнять вручную большое количество операций таких как: заполнение сосудов средой растворения, внесение ЛФ в сосуды, контроль температуры и скорость вращения мешалок, отбор проб, замена среды растворения, мойка сосудов. Время изучения кинетики растворения на данной системе не должно превышать 8 ч.

ПОЛУАВТОМАТИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ. Полуавтоматические системы растворения представлены аппаратами 1, 2, 5 и 6. Область применения таких систем также многообразна, однако при исследовании суппозиторий, содержащих жиры или масла, нужно учитывать, что прибор может загрязниться. Достоинства полуавтоматических систем в том, что некоторые операции выполняются автоматически, а именно: отбор проб, расчет результатов, происходит непрерывный мониторинг температуры в сосудах, скорости вращения мешалок и времени отбора проб. Изучение кинетики растворения может проводиться от 1 ч до 24 ч. Одновременно

исследуются до 12 таблеток, что соответствует требованиям для проведения теста сравнительной кинетики растворения всех современных нормативных документов [7]. Одной из таких полуавтоматических систем является HADs (Erweka GmbH, Германия) – Half-automated dissolution system. Четыре модификации полуавтоматической системы HADs позволяют проводить количественное определение широкого диапазона концентрации ЛС различными методиками. Первая модификация оснащена коллектором фракций, обеспечивающий нагрев или охлаждение проб от 4 °С до 70 °С. Вторая модификация представляет собой коллектор фракций, совмещенной с ВЭЖХ в системе «off-line», что позволяет проводить ввод проб вручную и, при необходимости, проводить с ними предварительные манипуляции – разбавления и т.д. Третья модификация – ВЭЖХ в системе «on-line». Четвертая модификация - УФ спектрофотометр в системе «on-line», позволяющая проводить измерения в замкнутой системе т.е. отобранные пробы после измерения в проточных кюветах возвращаются в тестируемый сосуд [5]. Недостатки полуавтоматических систем в том, что некоторые операции аналитик проводит вручную: внесение таблеток в стаканы, заполнение стаканов средой растворения и их мойку.

АВТОМАТИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ. Полностью автоматическая система, разработанная компанией Erweka GmbH, Германия под названием RoboDis состоит из двух аппаратов для проведения теста «Растворение», которые обслуживаются с помощью робота, осуществляющего движения в трех плоскостях. Такая система применима для твердых лекарственных форм, гранул и порошков немедленного и модифицированного высвобождения. Анализ проб осуществляется с помощью оптоволоконного датчика, УФ-спектрофотометра и ВЭЖХ. Также возможно проводить комбинированное количественное определение методами ВЭЖХ и УФ-спектрофотометрией [8]. Преимущества данной роботизированной системы заключаются в полной автоматизации проводимого теста, в том числе внесения таблеток в стаканы, приготовления среды растворения и мойки. Объем наполнения сосудов контролируется взвешиванием. В каждом сосуде в системе online происходит непрерывный мониторинг температуры, скорости вращения мешалок и времени отбора проб.

Установка до 12 online камер позволяет отслеживать процесс растворения в замедленном режиме для выявления проблем при проведении испытания. Такая система обладает высокой производительностью, способной проводить одновременно 2 теста «Растворение», в течение рабочего цикла возможно провести 20 тестов, одновременно растворяя по 12 таблеток. Система позволяет проводить смену метода и соответствующего аппарата (1 на 2 и наоборот), поддерживает автоматическую смену pH-среды по USP-методам «А» и «В». За один цикл можно проводить смену шести сред. По окончании теста среда удаляется при помощи вакуума, и сосуды автоматически промываются горячей водой или раствором чистящего средства. Все это позволяет проводить изучение кинетики растворения длительностью более 24 часов [8]. Недостатками RoboDis являются высокая стоимость и большие габаритные размеры, в то же время, при применении данного аппарата на крупных фармацевтических производствах ее стоимость окупается за счет крайне высокой производительности и степени автоматизации.

Конструкции современных приборов для испытания «Растворение» развиваются в направлении точного контроля физических параметров, условий испытания и регулировки для обеспечения постоянства результатов испытания на разных приборах и межлабораторной воспроизводимости. Но в то же время установлено, что не все приборы для испытания «Растворение» являются эквивалентными [9]. Поэтому при переходе на автоматические системы необходимо соблюдать фармакопейные требования для аппаратов, проводить квалификацию автоматических систем, сравнивать результаты теста как при ручном, так и при автоматическом отборе проб, при этом отбор проб должен производиться из одного стакана двумя способами или должны проводиться отдельные испытания на одной серии ЛС. Также необходимо контролировать специфические параметры (эффекты сорбции, квалификация фильтров), проводить верификацию процесса очистки, что включает валидацию процесса для посудомоечной машины и мойки вручную, а также тест пригодности системы, т.е. перед началом работы необходимо провести с использованием чистой среды растворения. После проведения надлежащего процесса трансфера на автоматизацию теста на данный аппарат можно использовать для рутинного анализа.

Экспериментальное обоснование. Американскими учеными был проведен эксперимент по оценке трех систем для проведения теста «Растворение» с целью повышения эффективности работы конкретно своей лаборатории. Они использовали те приборы, которые имелись в их распоряжении, а именно: систему с автоматическим пробоотборником; систему с автоматическим пробоотборником и УФ-онлайн измерением, и третью систему - полностью автоматическую. Методика проведения теста «Растворения»: Тип аппарата: «лопастная мешалка». Число оборотов: 75 об/мин. Среда растворения: 0,05 М HCl. Временные точки: 5, 15, 30, 45, 60 мин. Количественное определение: ВЭЖХ – УФ, либо УФ - онлайн. Четыре образца исследовали в шести повторностях. Через указанные промежутки времени проводили отбор 1мл среды. Отобранные пробы фильтровали через фильтры с размером пор 10 мкм. По окончании работы оценивали количество потраченного времени на проведение самого теста, мытье стаканов, количественное определение и составление документации. Результаты эксперимента показали, что общее время при использовании первой системы составило примерно 13 часов, второй системы – около 11 часов, а третьей – всего лишь 4 часа.

Данная статья носит рекомендательный характер, описывает преимущества и недостатки каждой из систем. Авторы советуют каждой лаборатории выбирать для себя подходящую систему, в зависимости от того чем занимается лаборатория и как часто она проводит тест «Растворение». Если тест проводится редко и с малым количеством образцов, то наиболее подходящий вариант – это система с ручным отбором проб или с автоматическим пробоотборником, т.к.в ней нет сложных программ, которым необходимо обучаться аналитику. Если же исследования проводятся часто, в этом случае стоит выбрать автоматическую систему для увеличения эффективности работы лаборатории по проведению теста «Растворение» [10].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В настоящее время оборудование для проведения теста «Растворение» представлено механическими, полуавтоматическими и полностью автоматическими системами. Одним из важнейших условий для проведения качественных и достоверных исследований должен стать переход на автоматизированное проведение теста, что позволило бы в несколько раз снизить вариабельность результатов, вызванную многочисленными внешними воздействиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. К.С. Давыдова, Ю.И. Кулинич, И.Е. Шохин. Тест «Растворение» в контроле качества лекарственных средств // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. 2010. № 5. С.42-43.
2. Государственный стандарт качества лекарственного средства. ОФС 42-0003-04 «Растворение».- М., 2004.
3. И. Е. Смехова, Ю. М. Перова, И. А. Кондратьева, А. Н. Родыгина, Н. Н. Турецкова. Тест «Растворение» и современные подходы к оценке эквивалентности лекарственных препаратов // Разработка и регистрация лекарственных средств. – М.: Политиздат. 2013. №1 (2). С.50-60.
4. V.P. Shah. Dissolution: A Quality Control Test vs. A Bioequivalence Test // Dissolution Technologies. 2001. November. P. 1-2.
5. Н.-J. Knitter. Автоматизация проведения испытания «Растворение»/ Материалы научно-практической конференции с международным участием «Испытание «Растворение» в фармацевтической практике. Современные подходы, концепции и биофармацевтические аспекты». – М., 2011.
6. Pharmacopoeia of the United States. The National Formulary. USP 31/NF 26, 2008.
7. Guidance for Industry: Dissolution Testing of Immediate Release Solid Oral Dosage Forms. — Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, FDA, Center for Drug Evaluation and Research, 1997.
8. Н.-J. Knitter. Automation of Dissolution Testing / Материалы научно-практической конференции с международным участием «Разработка и регистрация лекарственных средств: прикладные аспекты». – М., 2013.
9. Т. Way. Роль испытания «Растворение» согласно Фармакопее США (USP) / Материалы научно-практической конференции с международным участием «Испытание «Растворение» в фармацевтической практике. Современные подходы, концепции и биофармацевтические аспекты». – М., 2011.
10. J. Kretz, K. Wong-Moon. Evaluation of Automation to Increase Efficiency in the Dissolution Lab. Dissolution Technologies. 2013. –Vol. 20, №2.

ТҮЙІН

«ЕРУ» ТЕСТІН ЖҮРГІЗУДІ АВТОМАТТАНДЫРУ

Г.В. Раменская, Ханс-Юрген Книттер, Н.С. Береза, Т.А. Ярушок, И.Е. Шохин, Л.А.Павлова
1 – Erweka GmbH, Германия
2 – Ресей ДСМ И.М. Сеченов атындағы Бірінші Москва мемлекеттік медицина университеті
*e-mail: berezanatawa@yandex.ru

Мақалада «Еру» тестін жүргізу үшін қолданылатын қондырғы сипатталған: сынаманы қолмен алу жүйесі, жартылай және толық автоматтандырылған жүйелер, әдістеменің автоматтандырылған жүйеге толық ауысуы келтірілген.

Кілт сөздер: «Еру» тесті, автоматтандыру, әдістеменің ауысуы.

SUMMARY

AUTOMATION OF DISSOLUTION testing

G.V. Ramenskaya, Hans-Jurgen Knitter, N.S. Bereza, T.A. Yarushok, I.E. Shohin
1 – Erweka GmbH, Germany
2 – I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

This article presents the comparison of the equipment used for the dissolution test: manual sampling systems, semi-automated systems, and full-automated systems. The methodology for the transfer to automated systems was shown in the paper.

Keywords: dissolution test, automation, method transfer.

УДК:615.451:582.475.2:615.012:616.5

КАРБОМЕРЫ И МЯГКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ НА ИХ ОСНОВЕ

Аюпова Р.Б, Мастейкова Р, Сакипова З.Б, Дильбарханов Р.Д

Фармацевтический факультет

Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова

Фармацевтический факультет

Ветеринарно-фармацевтического университета, г.Брно, Чешская Республика

АННОТАЦИЯ

В данной статье рассказывается о номенклатуре, физико-химических и технологических свойствах карбомеров, которые необходимо учитывать при разработке мягких лекарственных форм на их основе. (мазей, гелей, кремов и т.д.)

Ключевые слова: полимеры, карбомеры, лекарственные формы, гели.

В последнее время широкое распространение в фармацевтической практике получили различные гели и гидрогели. Среди большого разнообразия полимерных материалов, их образующих, определенный интерес представляют сополимеры акриловой кислоты с полиалкилполиэфиром многоатомных спиртов [1,2]. Своеобразие физико-химических и технологических свойств указанных полимеров обуславливает возможность их широкого практического применения в качестве вспомогательных веществ при создании новых видов лекарственных форм в фармацевтической промышленности (мази, гели, суспензии, эмульсии, таблетки, глазные капли), в медицине, а также в косметической и парфюмерной промышленности в виде водных и водно-спиртовых гелей, лосьонов, кремов [3,4,5,16,17]. Карбомеры различных марок и их гели характеризуются отличием диапазона используемых концентраций; эмульгирующей и суспендирующей способностью; степенью прозрачности гелей; скоростью гелеобразования; устойчивостью гелей к воздействию электролитов, температуры, механическим воздействиям; способностью к высвобождению лекарственных веществ [6, 7]. Представленные на современном рынке акриловые полимеры марок карбопол 907 и карбопол 910 являются эффективными суспендирующими агентами при низких значениях вязкости.

Карбопол 941 (карбомер 941) и карбопол 981 (карбомер 981) образуют устойчивые эмульсии и суспензии при низких значениях вязкости. Гели, образуемые этими полимерами, отличаются идеальной прозрачностью. Карбопол 1342 (карбомер 1342) и карбопол 1382 (карбомер 1382) являются высокоэффективными суспендирующими и эмульгирующими агентами. Карбопол 934 (карбомер 934), карбопол 5984 и карбопол 2984 высокоэффективны при получении вязких гелей, эмульсий, суспензий [8,9]. Карбопол 940 (карбомер 940) и карбопол 980 (карбомер 980) пригодны для получения прозрачных водных и водно-спиртовых гелей, устойчивых суспензий лекарственных веществ. В особую группу следует выделить карбополы серии ETD (ETD – Easy to Disperse – то есть легко диспергируемый): карбопол ETD 2001, карбопол ETD 2020 и карбопол ETD 2050. Их преимущества по сравнению с другими марками карбополов заключаются в следующем: легче диспергируются в воде, менее склонны к образованию комков, имеют гораздо более низкие значения вязкости до нейтрализации, что упрощает технологический процесс перемешивания [10].

В технологии лекарственных форм для перорального применения предложено использовать специально разработанные марки карбомеров высокой степени очистки, названия которых обозначены буквой Р или сочетанием букв USP/NF: карбопол 934Р NF (карбомер 934 Р), карбопол 971Р NF (карбомер 971 Р) и др. Полимеры марок карбопол 934Р, карбопол 971Р, карбопол 974Р применяются в качестве загустителей, суспендирующих и эмульгирующих агентов в технологии лекарственных форм внутреннего и наружного применения, а также при производстве таблеток пролонгированного действия. Карбополы 971Р и 974Р обеспечивают медленное высвобождение лекарственных веществ из лекарственных форм в желудке и быстрое – в кишечнике [11]. Новеон АА-1 USP является промышленным стандартом, который широко применяется в технологии систем доставки лекарственных веществ к слизистым оболочкам. С использованием указанного

полимера можно получить назальные, вагинальные, ректальные и интестинальные (кишечные) адгезивные лекарственные пленки [12].

Одним из самых новых и перспективных карбомеров является карбопол Ultres 10. Этот полимер, в отличие от других карбополов может образовывать водные дисперсии за считанные минуты даже без перемешивания. Благодаря тому, что карбопол Ultres 10 может образовывать водные и эмульсионные системы с широким интервалом вязкостных свойств, его применяют в технологии разнообразных препаратов (гелей, кремов и др.) [11]. Вопрос подбора оптимальных технологических условий получения мягких лекарственных форм является комплексным и тесно сопряжен с физико-химическими свойствами компонентов, входящих в их состав и обеспечивающих необходимые свойства. Препараты должны обладать удовлетворительными органолептическими (приятный внешний вид, цвет, запах, консистенция), реологическими (экструзия, намазываемость) свойствами, сохранять стабильность, обладать определенным интервалом pH, должны отвечать микробиологической чистоты [13].

Изготовление препаратов на основе гелей карбомеров в большинстве случаев начинается с получения кислой дисперсии полимера. Карбомеры являются гидрофильными соединениями. При введении их в воду отдельные частицы полимера очень быстро смачиваются и подобно другим гидрофильным порошкам образуют комки. На поверхности сольватированных комков образуется пленка, препятствующая быстрому смачиванию внутренней части комков. Для предотвращения образования комков порошок карбомера вводят в растворитель частями при непрерывном перемешивании, что является необходимым условием изготовления его водной дисперсии. [14]. Диспергирование полимера в воде лучше проводить при невысоких температурах, так как нагревание уменьшает его набухаемость [10]. Кислые дисперсии карбомеров не являются структурированными системами. Это не позволяет использовать их в качестве основ для мягких лекарственных форм. Фактором, определяющим перевод полимера в гелеобразное состояние, является способность к набуханию. Карбомеры относятся к ограниченно набухающим системам, о чем свидетельствует равновесное состояние, наступающее в системе полимер-растворитель. Фактором, стимулирующим набухание и обеспечивающим высокую загущающую способность карбомеров, является наличие в них сшивки, фиксирующей цепные участки в непосредственной близости друг от друга.

Наиболее широко распространенным механизмом загущения является нейтрализация полимера подходящим основанием. Водные дисперсии карбомеров имеют приблизительный интервал pH от 2,8 до 3,2 в зависимости от концентрации полимера. При нейтрализации до pH 4,0-7,0 карбоксильные группы карбомеров ионизируются, что создает отрицательные заряды вдоль всей цепи полимера. В результате электростатического отталкивания между заряженными макроионами молекула полимера полностью разворачивается, образуя растянутую структуру, что сопровождается немедленным загущением. В качестве нейтрализующих агентов используют гидроксид натрия, калия, аммония, а также органические амины и алканоамины: триэтанолламин, аминотетрапропанол, трометамин.

После нейтрализации всех карбоксильных групп дальнейшее повышение pH ведет к снижению вязкости гидрогелей. Подобного практически не наблюдается при нейтрализации карбомеров органическими аминами, так как в этом случае ассоциация карбоксильных групп частично подавляется за счет образования комплексов с аминами как молекулярного, так и ионного типа [15]. На модуле «Фармацевт-технолог» фармацевтического факультета КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова и на кафедре технологии лекарственных форм фармацевтического факультета Ветеринарно-фармацевтического университета г. Брно (Чехия), исследования по разработке лекарственных форм - гелей на основе карбомеров с пихтовым маслом из отечественного лекарственного растительного сырья *Abies sibirica* продолжаются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Проспект Carbopol.- Goodrich V.F. -1998.-С.39.
2. Современные аспекты использования вспомогательных веществ в фармацевтической технологии: научный обзор / Под.ред. А.И.Тенцовой//Обзорная информация: Медицина и здравоохранение. Серия: Фармакология и фармация.-Москва: ВНИИМИ, 1981.-С.71.
3. Демишев В.Н. О поверхностной активности растворов редкосшитого сополимера акриловой кислоты и тетраамилпентаэритрина / В.Н.Демишев, Е.А.Кузьмина, В.Ф.Наумов, Л.В.Падина // Коллоидный журнал.-1981.-№1.-С.148-150.
4. Nomenclature and Chemistry // The proven polymers in pharmaceuticals. Bulletin 3.-V.F.Goodrich, 2002.-8p.
5. Polymers for Pharmaceutical Applications // The proven polymers in pharmaceuticals. Bulletin 1.-V.F.Goodrich, 2002.-5p.
6. Ishikawa S. Evaluation of the Rheological Properties of Various Kinds of Carboxyvinylpolymer Gels / S.Ishikawa ,et al.//Chem.Pharm.Bull.-1988.-№36(6).-PP.2118-2127.
7. Nae H.N. Rheological Properties of Lightly Crosslinked Carboxy Copolymers in Aqueous Solutions / H.N. Nae, W.W. Reichert//Rheologica Acta.-1992. -Vol.31 (4).-PP.351-360.
8. Brannon-Peppas L. Preparation and Characterization of Crosslinked Hydrophilic Networks/ L. Brannon-

- Peppas// *Sud.Polym.Sci.*-1990.-№8.-P.45-46.
9. Carnali J.O. The use of dilute solution viscosity to characterize the network properties of Carbopolmicrogels / J.O.Carnali, V.S.Naser// *Colloid & Polymer Science.*-1992.-№2.-Vol.270.-PP.183-193.
 10. Dispersing Procedures// *The proven polymers in pharmaceuticals. Bulletin 9.*-B.F.Goodrich, 2002.-10p.
 11. Product and Regulatory Guide // *The proven polymers in pharmaceuticals. Bulletin 2.*-B.F.Goodrich, 2002.-10p.
 12. Noveon, Inc. *Polymers in Semisolid Products // The proven polymers in pharmaceuticals. Bulletin 8.*-B.F.Goodrich, 2002.-9p.
 13. *Технология лекарственных форм / Под ред. Т.С.Кондратьевой. - М.: Медицина, 1991.-Т.1.- С.290.*
 14. *Formulation Topical Products // The proven polymers in pharmaceuticals. Bulletin 14.*-B.F.Goodrich, 2002.-16p.
 15. Алексеев К.В. Теоретическое и экспериментальное обоснование применения редкосшитых акриловых полимеров в технологии мягких лекарственных форм (мазей и гелей) и биопрепаратов: Автореф. дис....д-ра фарм.наук:15.00.01 / К.В. Алексеев. –М.: НИИФ ММА им. И.М. Сеченова, 1993.-59с.
 16. M. A. Botelho, J. G. Martins, R. S. Ruela Rachid, J. A. Santos, J. B. Soares, M. C. Франза, D. Montenegro, W. S. Ruela, L. P. Barros, D. B. Queiroz, R. S. Araujo and F. C. Sampaio. Protective Effect of Locally Applied Carvacrol Gel on Ligature-induced Periodontitis in Rats:A Tapping Mode AFM Study. *Phytother. Res.* 23, 2009. -1439–1448p.
 17. K Karthikeyan, R Durgadevi, K Saravanan, K. Shivsankar, S. Usha and M. Saravanan.
 18. *Formulation of Bioadhesive Carbomer Gel Incorporating Drug-Loaded Gelatin*
 19. *Microspheres for Periodontal Therapy. Pharm. Res.* 11 (3) 2012.335-343p.

ТҮЙІН

Карбомерлер және ол негіздегі жұмсақ дәрілік заттар
Р.Б. Аюпова, Р. Мастейкова, З.Б. Сакипова, Р.Д. Дильбарханов
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина университеті
Чехиядағы, Барно қаласының Ветеринарлы және фармацевтикалық университеті

Соңғы уақытта фармацевтикалық тәжірибеде түрлі гельдер және гидрогельдер кең қолданылып келе жатыр. Ол полимерлік материалдардың ішінде қызықышқа ұсынылатыны акрилдық қышқыл сополимерлері мен көпәтомдық спирттық полиалкилполиэфирі болып табылады. Полимерлердің физикалық және химиялық, технологиялық ерекшелігі - оның кең практикалық қолданысының мүмкіндігі және одан сапалы дәрілік заттардың жаңа көрінісінің жаралған фармацевтикалық өнеркәсібінде (гельдер, суспензиялар, эмульсиялар, таблеткалар, көздің тамшылары) медицина саласында, косметикалық және парфюмериялық өнеркәсіп түрінде қолданылатын дәрілік заттар болғаны.

SUMMARY

Carbomers and soft dosage forms based thereon
Ayupova R.B, Masteikova R, Sakipova Z.B, Dilbarchanov R.D
Asfendiarov Kazach national medical university
Veterinary and pharmaceutical university, Barno, Cheshka Republic

In recent widespread practice in the pharmaceutical received various gels and hydrogels. Among the large variety of polymeric materials, forming them particular interest are copolymers of acrylic acid with polyhydric alcohols polialcilpoliefirs. The peculiarity of physico-chemical and technological properties of the polymers causes possibility of wide practical use as adjuvants in generating new dosage forms of the pharmaceutical industry (ointments, gels, suspensions, emulsions, tablets, eye drops), in medicine and in cosmetics and perfume industry in aqueous and hydroalcoholic gels, lotions, creams.

UDK 615.1

MODERN FUNCTIONAL JOB DESCRIPTION OF PHARMACIST*Umurzahova G.Zh, Sapakbay M.M, Sabitov T.Zh, R.A. Shaymerdenova**South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent**Drug information analysis department of Zhambyl branch of RSE "Republican Center for Public Health Development", Taraz***SUMMARY**

When the rapidly developing market competition significantly increased requirements for personal, business and psychological qualities of pharmacists in modern pharmaceutical organizations. This fact motivates managers pharmaceutical organizations increasingly turn to the methods and procedures of scientific psychology that can help you quickly and reliably assess the possible candidacy. All this has caused us to action adaptation of traditional functional job description for today's requirements.

Keywords: pharmacist, the pharmacist-manager, functional job descriptions, medicines.

Modern pharmaceutical organizations significantly increase the demands on personal, business and psychological qualities of pharmacists. These circumstances may induce managers to pay more attention to the functional job requirements pharmacist. We believe functional job description pharmacist should contain the following sections of the general provisions of the worker functions, duties and rights, the responsibility of the employee, mobility and professional psychological quality [1,2]. We are invited to establish a professional-psychological portrait pharmacist who has a list of personal qualities that should be possessed ideal pharmacist. With a skillful combination of moral-psychological and traditional staffing approach could be highly significant in predicting the behavior of pharmacists in the workplace [3]. The content of vocational and psychological portrait of the pharmacist may be different depending on the specialty but the required attributes are the sections reflecting: - professionally important qualities (moral and psychological characteristics, personality traits, which are essential for the implementation of functional responsibilities); - contraindications (personal qualities that make it impossible for the reception of the pharmacist for this position.)

Thus we first introduce in the instructions on "professional psychological quality" in the functional job description which allows to determine the suitability of professional specialist. We made professional and psychological portrait of the pharmacist-manager: 1. Professional and important qualities: responsibility, discipline, teamwork, organizational skills, neuro-psychological stability, creativity, enterprise. 2. Contraindications: emotional instability, individualism, isolation. The same qualities are suitable for such specialties as an informant pharmacist, pharmacist-organizer. Following international standards, we propose to expand the scope of the pharmacist and make it universal. For example, in the case of unemployed clinical pharmacist, he can work as a specialist in wholesale and retail sale of medicines, medical representative, informant, etc. We will therefore propose a functional job description section of "Mobility" [4]. Based on the foregoing, we modified the structure and content of functional job description for the separation of the roles and responsibilities pharmacist, which should meet realities of the pharmaceutical market in labor. Figure.1

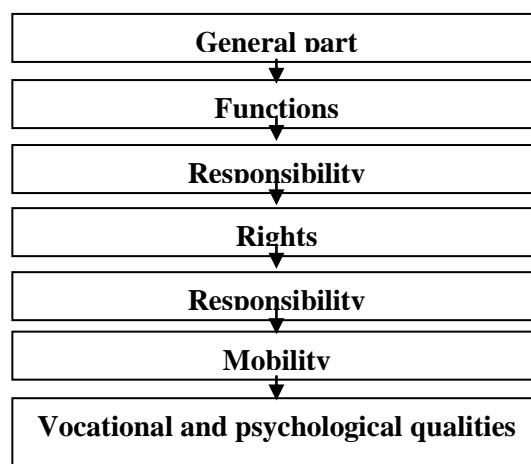


Figure.1- The structure and content of functional job description of pharmacist.
We believe that the implementation of the job description will increase the quality of pharmaceutical services.

BIBLIOGRAPHY

1. Makhatov BK Shertaeva KD, GJ Umurzahova Modern requirements to the functional job description pharmacist // Science and Education South Kazakhstan - Shymkent, 2011. № 1 (87). P.150-153.
2. 2.Skulkova R.S. Modern professional job requirements to specialties with higher pharmaceutical education-Moscow-1993.-p.45-46.
3. 3.Umurzahova G.Zh. Directions, approaches and objectives of human resource management in the organization // Pharmaceutical Bulletin-Almaty-2007.-p.20-21.
4. 4.Shertayeva K.D., Umurzahova G.Zh., Mendibaeva K.B., Sapakbay M.M. Ethics and deontology in pharmacy // "Vestnik" SKSPhA-2010.P.150-153.

РЕЗЮМЕ

Современная функционально-должностная инструкция фармацевта
Г.Ж. Умурзахова, М.М. Сапакбай, Т.Ж. Сабитов, Р.А. Шаймерденова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент,
Лекарственный информационный аналитический отдел Жамбылского областного филиала РГП
«Республиканский центр развития здравоохранения», г.Тараз

В современных фармацевтических организациях при стремительно усиливающейся рыночной конкуренции весьма существенно повышаются требования к личным, деловым и психологическим качествам фармацевтов. Данное обстоятельство побуждает руководителей фармацевтических организаций все чаще обращаться к методам и процедурам научной психологии, с помощью которых можно достаточно быстро и надежно оценивать возможную кандидатуру. Все это побудило нас к действиям по адаптации традиционной функционально-должностной инструкции к требованиям сегодняшнего дня.

Ключевые слова: фармацевт, фармацевт-менеджер, функционально-должностная инструкция, лекарственные средства.

ТҮЙІН

Фармацевттің қазіргі функционалді-лауазымдық нұсқауы
Г.Ж. Умурзахова, М.М. Сапакбай, Т.Ж. Сабитов, Р.А.Шаймерденова
ОҚМФА, Шымкент қаласы

РМК «Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығының» Жамбыл облыстық филиалы
Дәрілік ақпараттық аналитикалық бөлім, г.Тараз

Заманауи фармацевтикалық ұйымдарда, нарықтық бәсекелестің қарқынды күшеюіне байланысты, фармацевттердің жеке іскерлігіне және психологиялық санасына талаптар жоғарылайды. Осы жағдайларда байланысты фармацевтикалық мекемелердің басшылары үміткерлерді жылдам және нақты бағалауда ғылыми психологияның әдістеріне жүгінеді. Кадрды таңдауда адамгершілік-психологиялық және дәстүрлі әдістерді қолдана отырып әрбір жұмыс орнында фармацевттердің іс-әрекеттерін жоғары деңгейде жоспарлауға болады. Фармацевтикалық ұйымдар арасында нарық бәсекелесінің жоғарлауына байланысты фармацевттердің функционалдық-лауазымдық міндеттеріне талаптар күшейтіледі.

Кілтті сөздер: фармацевт, фармацевт-менеджер, функционалді-лауазымды нұсқау, дәрілік заттар.

УДК 616.12–008.331.1–615.8

КОРРЕКЦИЯ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В УТРЕННИЕ ЧАСЫ С ПОМОЩЬЮ БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II КАНДЕСАРТАНА*Бочоришвили Л.А.**Центральная городская поликлиника, г. Шымкент***РЕЗЮМЕ**

Применение суточного мониторинга АД значительно расширило возможности индивидуального подбора антигипертензивной терапии, в том числе в утренние часы, когда у больных увеличивается риск развития инфаркта миокарда, нарушений ритма сердца и внезапной смерти [1, 2]. Считается, что именно артериальная гипертензия, развивающаяся в процессе физической активизации больных после ночного сна, способствует появлению перечисленных выше критических состояний. Вместе с тем, несмотря на большую актуальность, остаются недостаточно изученными диагностические критерии и возможности медикаментозного лечения утреннего повышения АД. Имеющиеся сведения о гиперактивации ранним утром ренин – ангиотензиновой системы [3, 4] дают основание полагать, что для эффективного контроля АД в это время суток могут быть использованы блокаторы рецепторов ангиотензина II кандесартан.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, сердечно – сосудистая система, факторы риска, антигипертензивная терапия, блокатор рецепторов ангиотензина II.

Целью исследования явилось изучение эффективности применения блокатора рецепторов ангиотензина II кандесартана и валсартана для коррекции АД в утренние часы.

Материалы и методы. На первом этапе исследования из 212 больных с эссенциальной артериальной гипертензией 1–2-й степени с помощью казуальных измерений и суточного мониторинга АД были отобраны 62 пациента со стойким повышением АД в утренние часы. При отборе больных использовались следующие критерии: повышение АД до 140/90 мм рт.ст. и выше, выявленное не менее 3 раз при казуальном измерении в первые 90 мин после ночного сна: повышение показателей при утреннем мониторинге АД (описание методики приведено ниже): среднее утреннее АД 135/85 мм рт.ст. и выше, утренний индекс времени 40% и более. Клиническая характеристика больных представлена в табл.1.

У 32 больных было проведено курсовое (в течение 1 мес) лечение кандесартаном (онсарт, фирма "Абди ибрагим", Турция) по 8–16 мг 1 раз в сутки. 30 больных также на протяжении 1 мес принимали валсартан (вальсакор, фирма "КРКА", Венгрия) по 80–160 мг однократно в сутки. Титрование доз препаратов осуществлялось в течение 1-й недели под казуальным контролем АД. До начала и на 7 – 10-е сутки лечения больным проводилось суточное мониторирование АД с помощью аппаратов АВРМ-04 (монофункциональный монитор АД) и "Кардиотенз" (бифункциональный монитор АД и ЭКГ) фирмы "Медитех" (Венгрия). При суточном мониторинге АД применялись следующие временные интервалы измерения АД: утренний период (первые 90 мин после пробуждения от сна и подъема с постели) -10 мин; дневной период - 15 мин; ночной период - 30 мин. Выделенный утренний период суточного мониторинга АД с более частым измерением показателей получил условное обозначение "утреннее мониторирование АД".

При утреннем мониторинге АД отдельно рассчитывались утренние средние показатели АД и ЧСС, их вариабельность, а также временной (процент утреннего периода, когда отмечалось повышение АД выше 140/90 мм рт.ст.) и гипертонический (величина площади под кривой, графически отражающей степень утреннего повышения АД выше 140/90 мм рт.ст.) индексы. При анализе полученных результатов применялась стратификационная рандомизация больных и использовались парные критерии Стьюдента.

Результаты исследования. В процессе стратификационной рандомизации и формирования сопоставимых групп 14 больных были исключены из анализа. Распределение критериев рандомизации в сформированных группах представлено в табл. 1. Таким образом, в исследование вошли преимущественно мужчины среднего и пожилого возрастов, имевшие высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Всем больным требовалось проведение медикаментозной терапии. До включения в исследование большинство больных лечились по поводу артериальной гипертензии эпизодически, т.е. только в случаях значительного повышения АД. В табл. 2 приведена динамика показателей суточного мониторинга АД в процессе лечения больных. При применении онсарта хороший и удовлетворительный антигипертензивный эффект был получен у 19 (76%) больных. У 7 больных эффект был достигнут при дозе препарата 16 мг (1 раз в день), у 6 больных - 80 мг (вальсакор утром 1 раз в день), у 6 больных — 160 мг (вальсакор утром 1 раз в день).

Таким образом, у 13 больных доза онсарта составила 8 мг. Исходно, по данным суточного мониторинга АД, у 10 больных этой группы ночью отмечалось снижение АД. После лечения онсартом были отмечены статистически достоверное снижение средних показателей систолического и диастолического АД за сутки, за дневной и ночной периоды, а также уменьшение индексов времени и площади (см. табл.2). В целом сопоставимая динамика показателей суточного мониторинга АД наблюдалась и у

больных, принимавших вальсакор (см. табл.2). Хороший и удовлетворительный антигипертензивный эффект при приеме вальсакора был получен у 22 (88%) из 25 больных: у 12 больных - при применении дозы 80 мг, у 10 больных - 160 мг. По данным суточномониторирования АД, 12 больных из группы вальсакора исходно были классифицированы как дипперы.

Таблица 1- Распределение критериев рандомизации в группах больных

Критерий	Онсарт		Вальсакор	
	абс.	%	абс.	%
Количество больных	25	100	23	100
Мужчины/женщины	20/5	80/20	17/6	74/26
Возраст, годы: 40-50	14	56	12	52
51-60	8	32	6	26
61-70	3	12	5	22
Степень артериальной гипертонии:				
1-я (мягкая)	15	60	13	56
2-я (умеренная)	10	40	10	44
Количество факторов риска:				
менее двух	9	36	7	31
более двух	16	64	16	70
Гипертрофия левого желудочка	17	68	15	65
Сопутствующая патология:				
ИБС	5	20	6	26
цереброваскулярная болезнь	1	4	2	9
нефропатия	1	4	2	-
ХАНК	3	12	3	13
Риск сердечно-сосудистых осложнений:				
низкий	9	36	8	38
средний	10	40	7	31
высокий	6	24	8	38
очень высокий				
Суточномониторирование АД:				
дипперы	10	40	12	48
нон-дипперы	12	60	13	52
Ранее лечились:				
регулярно	8	32	6	26
нерегулярно	17	68	17	74
Ранее принимали:				
мочегонные препараты	7	28	8	38
Р-блокаторы	7	28	6	26
ингибиторы АПФ	9	36	10	44
блокаторы кальциевых каналов	6	24	5	22
другие препараты	5	10	4	17

Необходимо особо отметить, что снижение АД, наблюдавшееся при применении как онсарта, так и вальсакора, не сопровождалось развитием тахикардии и выраженным изменением вариабельности АД и ЧСС (см.табл. 2). Существенные различия в группах обследованных больных были выявлены при оценке показателей утреннего мониторирования АД. Утренний антигипертензивный эффект (снижение среднего АД ниже 140/90 мм рт.ст. и утреннего индекса времени менее 40%) оказался в 1,5-2 раза более выраженным у больных, получавших вальсакор, он был достигнут у 20 (80%) больных. Утренний эффект онсарта имел дозу зависимый характер, он был достигнут у всех 6 больных, принимавших вечером 8 мг препарата, и только у 5 из 13 больных, принимавших на ночь 16 мг препарата. Возможности увеличения вечерней дозы онсарта были ограничены ночным снижением АД у 10 больных(дипперы) и риском развития артериальной гипотензии. Таким образом, в группе в целом антигипертензивный утренний эффект был достигнут лишь у 11 (44%) больных. Изменения показателей утреннего мониторирования АД при лечении онсартоми вальсакором представлены в табл. 3.

Выявленная у обследованных больных динамика показателей суточного и утреннего мониторирования АД, свидетельствует о высокой дневной, ночной и утренней антигипертензивной активности онсарта и

вальсакора. В ранее проведенных исследованиях было показано сопоставимое гипотензивное действие обоих препаратов [5]. Онсарт и вальсакор, являясь блокаторами рецепторов ангиотензина I кандесартана и валсартана, обладают комплексным механизмом действия, включающим вазодилатацию, диуретический и симпатолитический эффекты. Оба препарата наиболее часто применяются для лечения артериальной гипертонии и сердечной недостаточности, они обладают органопротективными свойствами. Вместе с тем онсарт и вальсакор имеют ряд фармакологических особенностей, которые необходимо учитывать при лечении больных.

Таблица 2 - Изменение показателей суточного мониторинга АД у больных артериальной гипертонией при лечении онсартом и вальсакором

Показатель	Онсарт(n=25)		Вальсакор(n=22)	
	До лечения	Через 1 мес лечения	До лечения	Через 1 мес лечения
Систолическое АД, мм рт. ст.:				
сутки	147±2,2	133±2,1*	144±1,8	130±2,0*
день	150±2,2	139±2,0*	148±2,5	132±1,8*
ночь	140±2,9	122±3,1*	137±2,6	121±2,1*
Диастолическое АД, мм рт. ст.:				
сутки	90±1,2	80±1,3*	86±3,4	77±1,5*
день	93±1,6	85±1,4*	89±2,4	79±1,4*
ночь	82±1,5	70±1,8*	79±2,1	70±1,3*
Средняя ЧСС в минуту:				
сутки	71±2,2	67±1,9	69±2,0	68±1,3
день	75±1,5	72±1,7	73±1,6	71±1,3
ночь	63±1,1	61±1,2	67±2,1	66±1,4
Индекс времени, %:				
АД систолическое	77±2,9	43±5,1*	84±4,6	43±5,0*
АД диастолическое	62±5,0	29±4,0*	73±3,8	23±4,5*
Вариабельность:				
АД систолическое	14,8±0,8	15,6±1,1	14,0±1,9	14,8±0,8
АД диастолическое	11,2±0,7	12,4±0,5	9,9±0,8	10,9±0,5
ЧСС	11,5±0,6	12,4±0,6	9,5±0,9	87±0,6
Индекс площади, мм. Рт. Ст/ч:				
АД систолическое	375±48	162±41*	285±27	151±34*
сутки	298±44	147±35*	341±56	142±28*
день	508±63	182±53*	421±63	158±36*
ночь				
АД диастолическое	166±28	59±11*	201±45	39±10*
сутки	162±23	68±12*	135±24	41±12*
день	153±21	37±13*	175±32	205,2*
ночь				
Среднее АД, мм рт. ст.:				
систолическое	155±3,5	146±4,1*(6)	151±3,7	135±2,1(11)
диастолическое	100±2,3	92±2,8*(8)	98±2,2	81±2,2*(17)
Средняя ЧСС в минуту	74±2,8	69±2,3	71±2,5	72±1,9
Индекс времени:				
систолическое	99±3,5	63±4,6*(36)	96±5,6	48±5,8*(50)
диастолическое	93±5,0	56±6,9*(40)	95±4,3	30±8,8*(69)
Вариабельность:				
АД систолическое	9,9±0,9	10,4±1,1	10,8±1,5	12,6±2,3
АД диастолическое	6,6±0,5	8,2±0,8	7,2±0,7	7,8±0,7
ЧСС	6,6±0,8	8,7±1,0	6,9±1,3	7,8±0,9
Индекс площади, мм. рт. ст/ч:				
систолическое	832±88	610±101*(27)	754±88	308±71*(59)
диастолическое	482±53	331±54*(31)	395±38	125±40*(68)

Онсартпредставляет собой липофильнуюпролекарственнуюформу блокаторарецепторов ангиотензинаII, активирующуюся врезультате первичного печеночного метаболизма, длительность действия образующегося активного метаболита — кандесартана – колеблется от 12 до 24 ч. Вальсакорявляется активным, не требующим первичной биотрансформации, нелипофильным препаратом с длительностью действия 24ч [6]. На практике при выборе блокатора рецепторов ангиотензинаIIв первую очередь учитывают длительность действия препарата, наличие патологии печени, почечной недостаточности и ожирения. Результаты настоящего исследования свидетельствуют, что дополнительным критерием выбораблокатора рецепторов ангиотензинаII является его способность эффективно контролировать АД в утренние часы. Проблема утреннего повышения АД стала особенно актуальной в связи с полученными данными о значительном повышении степени риска развития ишемии, инфаркта миокарда и внезапной смерти у больных именно утром, т.е. впервые 3 ч после пробуждения больных от сна и подъема с постели [2]. Одной из основных причин развития этих тяжелых осложнений является чрезмерное повышение утром АД и ЧСС в ответ на физическую активизацию больных и активацию метаболических процессов [1]. Таким образом, не вызывает сомнения необходимость более тщательного мониторингирования АД именно в утренние часы.

В моем исследовании был применен более простой и более доступный для практического применения способ оценки изменения АД и ЧСС в утренние часы. Он заключался в выделении при проведении суточного мониторингирования АД утреннего периода, в течение которого АД измерялось несколько чаще обычного, т.е. с интервалами 10 мин, с последующим расчетом средних утренних показателей АД, ЧСС, их вариабельности, а также индексов времени, площади гипер- и гипотонии. Анализ результатов более 500 исследований суточного мониторингирования АД позволил сделать заключение, что утром наиболее значимые, в том числе дизадаптационные, реакции ЧСС и АД развиваются впервые 1,5 – 2ч после вставания с постели, они связаны с переходом испытуемого из длительного ночного горизонтального в вертикальное положение (ортостатическая нагрузка). Полученные данные позволили ограничить период утреннего мониторингирования АД первыми 90 мин с момента подъема пациента с постели.

По данным утреннего мониторингирования АД, у каждого третьего из 212 обследованных больных артериальной гипертонией I–II-й степени было выявлено стойкое повышение АД в утренние часы. Это может быть связано с тем, что2/3больных лечились по поводу артериальной гипертонии нерегулярно и в основном препаратами с короткой и средней (до 12 ч) продолжительностью действия. Применение онсарта и вальсакора – лекарственных препаратов, имеющих длительность действия до 24 ч и более, привело к эффективному снижению АД утром у 31 (54%) из 57 обследованных больных. Полученные данные подтверждают важную роль активации ренин – ангиотензиновой системы в утреннем повышении АД и позволяют отнестиблокатора рецепторов ангиотензинаII к средствам выбора для коррекции утренней гипертензии. Так, в настоящем исследовании оба применявшихся блокатора рецепторов ангиотензинаII – онсарт и вальсакорпри однократном приеме – эффективно контролировали АД на протяжении всех суток, в том числе утром. При лечении онсартомутренний антигипертензивный эффект был достигнут во всех случаях, когда препарат назначался вечером в дозе 10 мг. Вместе с тем у дипперов, т.е. больных с низким ночным давлением, эта доза была слишком высокой, так как вызывала развитие гипотензии, а доза 8 мг была недостаточно эффективной для предотвращения утреннего повышения АД.

Лишь у 5 (38%) из 13 дипперов вечерний прием 8 мг онсарта сопровождался утренним антигипертензивным эффектом. У остальных больных он был достигнут в результате альтернативного применения вальсакорав дозе 160 мг 1 раз в сутки. В группе больных, изначально леченныхвальсакором, антигипертензивный утренний эффект был достигнут в 80% случаев, при этом у дипперов не возникало проблем, связанных с развитием ночной гипотензии. Выявленные преимущества вальсакорамогут быть объяснены особенностями фармакокинетики этого препарата, обеспечивающими при его однократном приеме более плавное и стабильное на протяжении суток снижение АД без развития как ночной гипотензии, так и гипертензии в утренние часы. Онсарттакже обладает способностью предотвращать повышение АД в утренние часы, однако для этого необходимо 2-кратное применение препарата в сутки с обязательным титрованием вечерней дозы, в том числе с целью предотвращения ночной гипотензии.

Выводы. 1. Онсарт и вальсакор являются высокоэффективными антигипертензивными средствами, обладающими способностью снижать и предотвращать повышение АД в утренние часы.

2. Утренний антигипертензивный эффект достигается при применении онсарта2 раза в сутки, а вальсакорал раз в сутки. При лечении больных, у которых ночью самостоятельно снижается АД (дипперы), необходимо осуществлять тщательный подбор вечерней дозы онсарта с целью профилактики ночной гипотензии. 3. Вальсакоррекомендуется применять в качестве альтернативного средства при недостаточной эффективности онсарта в утренние часы. 4. Лечение больных с артериальной гипертензией целесообразно проводить под контролем суточного и утреннего мониторирования АД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков, Ю.Н., Оганов Р.Г. Кардиология. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.-293 с.
2. Бубнова, М.Г. Новая концепция профилактики сердечно-сосудистых заболеваний: место комбинированной терапии / М.Г. Бубнова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. -2006.-№5.- С.7.
3. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Т. 6: нац. проект «Здоровье» // Сердце .- 2007.- № 1. -С. 4-5.
4. Калинина, А.М., Чазова Л.В. Влияние многофакторной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний на прогноз жизни: 10-летнее наблюдение // Тер. Архив.- 1998.- № 1.- С.8-12.
5. Карпов, Ю.А. Ишемическая болезнь сердца в сочетании с артериальной гипертензией: особенности течения и выбор терапии./ Ю.А. Карпов // Кардиология.-2005.- №12.- С.87-92.
6. Клинические рекомендации Европейского общества кардиологов 2011г.- М., 2008. -186 с.
7. Национальные клинические рекомендации/ Всероссийское научное общество кардиологов.- 2011.-389с.
8. Оганов, Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю. М. Профилактическая кардиология.- М., 2003.- 189 с.
9. Оганов, Р.Г. Концепция факторов риска как основа профилактики ССЗ // Врач.- 2001.- № 7.- С. 3-6.
10. Ольбинская Л.И., Мартынов А.И., Хапаев Б.А. Мониторирование артериального давления в кардиологии. М: Русский врач 2010. №5.-С.41-43.

ТҮЙІН

Ангиотензин II рецептордың блокаторы кандесартан көмегімен таңда жоғарылайтын артериальді қысымды реттеу

Бочоришвили Л.А

Орталық қалалық емхана, Шымкент қ.

Тәулік бойы артериальді қан қысымды бақылау миокард инфаркті, жүрек ырғағының бұзылысы және кенеттен өлім жағдайы орын алатын таңертеңгі уақытта гипертензияға қарсы емді жеке дара таңдау бойынша мүмкіндіктер кеңейді [1, 2]. Түнгі ұйқыдан кейін күндізгі физикалық белсенділік кезінде науқас адамдарда артериальді гипертензияның болуы жоғарыда аталған күрт жағдайларға әкеп соқтыруы әбден мүмкін. Осы аурудың кең өзектілігіне қарамастан, қазіргі кезде таңертең көтерілетін артериальді қысым қауіпті әрі дәрі – дәрмекпен емдеудің де мүмкіндігі жеткіліксіз. Таңертең ренин – ангиотензин жүйенің гиперактивациясы туралы мәлімет [3, 4], таңертеңгі артериальді қысымды тиімді бақылау үшін ангиотензин II рецепторының блокаторы: кандесартандым немесе валсартанды қолдануды жөн санайды.

Тексеру мақсаты: таңертеңгі артериальді қысымды тиімді бақылау үшін ангиотензин II рецепторының блокаторы: кандесартанды және валсартанды қолдану тиімділігін зерттеу болып табылды. Маңызды сөздер: артериальді гипертензия, жүрек қан тамыр жүйесі, қауіпті факторлар, антигипертензивтік терапия, ангиотензин II рецептордың блокаторлары.

SUMMARY

Correction of high blood pressure in the morning with the help of an angiotensin II receptor blocker candesartan
Botchorishvili L.A

The use of daily (patient) monitoring of blood pressure significantly increased the possibility of individual choice of antihypertensive therapy, including in the morning hours when patients increase the risk of myocardial infarction, cardiac arrhythmias, and sudden death [1,2]. It is believed that hypertension that develops in the course of physical activation of patients after a night of sleep contributes to the appearance of the above critical conditions. However, despite the increasing importance remain poorly understood diagnostic criteria and drug therapy for morning increase in blood pressure. Available information on the hyper activation in the early morning of renin - angiotensin system [3, 4] suggest that the effective control of blood pressure at this time of day can be used angiotensin II receptor blocker candesartan. The aim of the study was to investigate the efficacy of angiotensin II receptor blocker candesartan and valsartan for the correction of blood pressure in the morning.

Key words: hypertension, cardio - vascular system, risk factors, antihypertensive therapy, angiotensin receptor blocker II.

УДК: 616.921.5-053.2:615.212.4.

ПРИМЕНЕНИЕ ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ*М.Ж. Оразбаев**Областная многопрофильная детская больница ЗКО, г. Уральск***АННОТАЦИЯ**

Применение надежных и безопасных лекарственных препаратов при необходимости купирования лихорадки и боли у детей позволяет избежать возникновения нежелательных реакций, облегчить состояние ребенка и вернуть спокойствие его родителям.

Ключевые слова: лихорадка, жаропонижающее, дети

Повышение температуры тела – один из наиболее частых признаков заболевания ребенка. По данным детской скорой помощи Санкт –Петербурга, у 60% детей, поводом к экстренному вызову врача был подъем температуры тела, хотя у 5-7% детей подъем температуры тела достигло 39,50С и выше [Цыбульский Э.К., 1998]. Лихорадка – защитно-приспособительная реакция организма, возникающая в ответ на воздействие патогенных раздражителей и характеризующейся перестройкой процессов терморегуляции, приводящей к повышению температуры тела, стимулирующей естественную реактивность организма [1,2]. Наиболее частыми причинами лихорадки у детей являются инфекционные заболевания, перегревания, аллергические реакции, иммунизация. Гипертермический синдром следует считать патологическим вариантов лихорадки, при которой отмечается быстрое и неадекватное повышение температуры тела, сопровождающееся нарушением микроциркуляции, метаболическими расстройствами и прогрессивно нарастающей дисфункцией жизненно важных органов и систем [3,4]. Нормальными значениями температуры детей являются: 36,5-37,5 при аксиллярном измерении, при ректальном измерении эти значения на 0,5-0,6 0С выше. Пределы нормальной температуры могут варьировать в течении суток от 0,5 до 1,00С, максимальным повышением в вечернее время[2]. Классификация по степени повышения температуры следующая: субфебрильная 37,2-37,9, фебрильная – 38,0-38,9, высокая фебрильная -39,0-40,9, гипертермическая свыше 41,00С. [1].

Цель данной публикации – обратить внимание педиатров на выяснение причины лихорадки, оценить целесообразность снижения температуры и выбор безопасных жаропонижающих средств.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 65 больных детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет, госпитализированы в 2012 году и в начале 2013 года в грудничковое отделение областной многопрофильной детской больницы в г. Уральске, которые сопровождалась с повышением температуры тела с различными патологами. С практической точки зрения важно различать «красную», «белую» гипертермию. Чаще встречается «красная» гипертермия, когда теплопродукция соответствует теплоотдаче: кожные покровы горячие, влажные, гиперемированы, конечности теплые, учащение пульса и дыхания соответствует температуре тела (на каждый градус повышения температуры тела частота дыхания увеличивается на 4 в минуту, частота сердечных сокращений на 20 в минуту). При «белой» гипертермии отмечается бледность, мраморность кожных покровов, цианоз губ, околоногтевых лож, конечности холодные, тахикардия и одышка резко выражены, поведение ребенка нарушается – он становится вялым, безучастным или напротив возбужденным.

Судороги, возникающие при повышении температуры тела свыше 380С, при острых инфекционных заболеваниях чаще наблюдаются у детей до 5 лет, особенно у детей 1 –го года жизни. Предрасполагающим фактором является перинатальное поражение ЦНС. При необходимости снижения температуры тела у ребенка с лихорадкой не следует добиваться нормальных значений температуры. В большинстве случаев для улучшения состояния у ребенка достаточно снизить температуру на 1-1,50С.

Таблица 1- Показания к снижению температуры тела

Группы детей, возраст	Только t0C	t0C +боли, озноб
Здоровые, 0-2 мес	>380С	
Здоровые; >3 мес	>39.50С	>39.00С
Группы риска (ВПС, болезни ЦНС, и др)	>38.00С	>37.50С

Ребенку с высокой температурой тела необходимо раздеть, обеспечить доступ свежего воздуха. Важно следить за тем, чтобы ребенок получал достаточное количество жидкости (на 0,5-1 л больше возрастной нормы). Выбор антипиретика должен основываться, прежде всего, на его безопасности. В настоящее время качество безопасных жаропонижающих средств для детей используется два препарата: парацетамол (как жаропонижающее средство первого выбора) и ибупрофен (жаропонижающее средство 2 выбора) выпускаемые

в лекарственной форме для детей. Они официально рекомендуются Всемирной организацией здравоохранения, национальными программами, а также отвечают критериями безопасности и эффективности [1,2,10]. Парацетамол - 15 мг/кг на прием (60мг/кг /сут) – в растворе действует через 30-60мин., эффект сохраняется 3-4 часа. При рвоте, а также на ночь парацетамол вводят в свечах 15-20 мг/кг (через 2-3 часа после введения раствора) он начинает действовать позже. Его соотношение эффект / профиль безопасности по заключению ВОЗ, оптимально.

Ибупрофен (5-10 мг/кг, 20-30 мг/кг/сут) из группы НПВС, он подавляет синтез простагландином не только в ЦНС (как парацетамол) но и других органах – его используют прежде всего, когда жаропонижающее действие необходимо сочетать с противовоспалительными и обезболивающими. Оригинальные свечи «Нурофен для детей» одобрен с 3 месяцев, суспензия – с 6 месяцев, дженирики ибупрофена-с 1 года. Анальгин– (метамизол) используют только внутримышечно (50% р-р 0,01-0,02 мл/кг) для быстрого снижения температуры. Его применение внутрь недопустимо из-за риска агранулоцитоза и стойкой гипотермии (34,4-35,5 0С)

Таблица 2- Детские формы парацетамола и ибупрофена

	Таблетки, мг	Сироп, суспензия мг/мл	Свечи мг	Гранулят, мг
Панадол	500, в т.ч растворимые	120/5мл	125,250	240
Цефекон Д			50,100,250	
Эффералган	330,500 в т.ч. шипучие	150/5 мл	80,150,300	80,150
Нурофен для детей	200	100/5мл	60*	

*Для детей весом до 15 кг (локшина Э.Э. с соавтором доктору 2011, №2 (11):27-32)

Ацетилсалициловую кислоту – (аспирин) и салициламид (свечи Цефекон Н) как жаропонижающее не применяют, так как при гриппе, ОРВИ, ветряной оспе они вызывают синдром Рея – тяжелую печеночную энцефалопатию. Нимесулид (найз, нимулид) НПВС из группы ингибиторов ЦОГ -2, используется при ревматических болезнях у детей как жаропонижающее, которые запрещены в большинстве стран мира, с 2005 года в России, но все еще подаются в аптеках, хотя вызывает токсический гепатит, в том числе с летальным исходом.

Выводы: Матери ребенка должна быть предоставлена доступная информация о лихорадке, ее значении, вреде бесконтрольного и необоснованного назначения жаропонижающих средств. Необходимо обучать родителей тому, что: - не рекомендовано назначение жаропонижающих средств при температуре ниже 380С; - при борьбе с высокой температурой тела ребенка не обязательно добиваться ее полной нормализацией. Достаточно снизить температуру на 10С для улучшения общего состояния больного. Следует помнить о том, что резкое снижение температуры тела также опасно для здоровья ребенка. - ни в коем случае нельзя назначить жаропонижающее планово (курсами) так как существует вероятность «пропустить» серьезную бактериальную инфекцию, - не рекомендовано назначение жаропонижающих средств на фоне приема антибиотиков, в таком случае возможность адекватно оценить эффективность антибактериальной терапии отсутствует. - при частом приеме жаропонижающего препарата высок риск передозировки. - если после третьего дня приема жаропонижающего препарата лихорадка сохраняется, родителям необходимо обратиться к врачу, а также в клинику для сдачи анализов и на обследование.

ТҮЙІН

Балаларда ысытпа түсіретін терапияны пайдалану
М.Ж. Оразбаев
БКО облыстық көпсалалы балалар ауруханасы. Орал қ.

Балалардағы қызбаны және ауырсынуды басу үшін қолданылатын сенімді әрі зиянсыз дәрілік препараттарды таңдау балалардың жағдайын жеңілдетілді, келеңсіз реакцияларды болдырмай, ата-анасын тыныштандырады.

Түйін сөздер: қызба, ыстып басатын дәрілер, балалар

SUMMARY

The use of antipyretic therapy in children
M.Zh. Orazbayev
Regional multidisciplinary hospital WKA, Uralsk city

The use of reliable and safe drugs when necessary relief of fever and pain in children to avoid the occurrence of adverse reactions, to facilitate the child's condition and to return calm to his parents.

Keywords: fever, antipyretic, children.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шабалов Н.П. Детские болезни. В двух томах. Том №1 – СПб.: Питер, 2009 -928с.

2. Цыбулькин Э.К. Угрожающие состояния в педиатрии. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007,-224с.
3. Неотложные состояния у детей /А.Д. Петрушина, Л.А. Мальченко; Л.Н. Кретинина и др; Под ред А.Д. Петрушина. – М.: МИА, 2010-216 с.
4. Неотложная педиатрия (под ред проф. Б.М. Блохина) – М.: ИД МЕДПРАКТИКА – М.2005,600с
5. А.А. Баранов, В.К. Таточенко, М.Д. Бакаранзе. Лихорадочные синдромы у детей. Рекомендации по диагностике и лечения. Г. Москва, 2011 г.
6. В.К. Таточенко. Рациональное применение жаропонижающих средств у детей . Русский медицинский журнал. – 200; Том 8 , №1, с40-42
7. Тимченко В.Н., Павлов С.В. Современные подходы к терапии лихорадки у детей с инфекционной патологией. Русский медицинский журнал. Том 16, №3, с113-117
8. Рациональные применения жаропонижающих средств у детей. Пособие для детей. Г. Москва 2003 г.
9. В.К. Таточенко. Антипиретики. Как их выбрать и как применять. Практика педиатра, февраль 2011, с.58-60
10. Принципы лечения лихорадки у детей. М.Д. Бакарадзе, Д.Ю. Акоева. № 10-2011 Справочник педиатра
11. Н.А. Геппе, И.В. Озерская. Ибупрофен – место в тактике жаропонижающей терапии у детей. Педиатрия /2013/№2
12. В.К. Таточенко. Педиатру на каждый день. – 2012 Справочник по диагностике и лечению. М.: 201

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА, ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

УДК 617.55-007.274:599.323.4]-076

АНГИОГЕНЕЗ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ

*А.Г.Волянская**Одесский национальный медицинский университет, г.Одесса, Украина*

РЕЗЮМЕ

В статье исследовано изучение взаимосвязи интенсивности признаков воспаления и неоангиогенеза на основе патоморфологического анализа тканей матки крыс в условиях экспериментальной модели спаечного процесса. Исследования выполнены на самках беспородных белых крыс с массой тела 200-250 г (n=22). Индукцию спаечного процесса (n=15) обеспечивали внутрибрюшинным введением 0,5 мл 20% водной суспензии талька. Через 7 суток крыс выводили из эксперимента путем декапитации под легкой эфирной анестезией и собирали пробы тканей матки для дальнейших патоморфологических исследований в сравнении с контрольной группой животных (n=7). Показано, что выбранная экспериментальная модель формирования посттравматических спаек обеспечивает надежное воспроизведение посттравматического спаечного процесса. Установлено, что, при формировании посттравматических спаек, процесс инфильтрации лейкоцитов в периметрии крыс сочетается с патологическими изменениями существующих кровеносных сосудов и активно протекающим неоваскулогенезом.

Ключевые слова: спаечный процесс, белые крысы, матка.

Интраабдоминальные перитонеальные сращения, или спайки, имеют место после большинства хирургических вмешательств. В некоторых случаях спаечный процесс протекает бессимптомно, но в 25% случаев послеоперационные спайки приводят к развитию хронических тазовых болей, бесплодия, кишечной непроходимости [1,2]. Несмотря на множество проведенных исследований и клинических испытаний, надежный метод профилактики послеоперационного спайкообразования в клинической практике отсутствует. Возможность разработки эффективных, патогенетически обоснованных методов профилактики формирования послеоперационных спаек, лежит в изучении механизмов этого процесса в условиях экспериментальной модели [3]. Феномен неоангиогенеза занимает одно из центральных мест в патогенезе ряда заболеваний женской репродуктивной сферы, включая процессы формирования постхирургических спаек [4]. Вызванная хирургическим вмешательством ишемия тканей активизирует секрецию индуцируемого гипоксией фактора-1 альфа (HIF-1alpha), усиливающего локальную продукцию эндотелиального фактора роста сосудов (VEGF), с одной стороны, стимулирующего восстановление поврежденных кровеносных сосудов, с другой стороны, являющегося важным условием формирования постхирургических спаек [5].

Патогенетическая роль ишемии травмированной ткани в процессах формирования спаек у женщин [6] не вызывает существенных возражений. При этом, некоторые исследователи признают важное значение гипоксии и неоангиогенеза в процесс формирования спаек [5]. Однако, высказываются мнения и о том, что дефицит кислорода в травмированной пери- и миометрии инициирует образование спаек через иммунопатологические механизмы [7] и модуляцию фенотипа перитонеальных фибробластов [8]. Следовательно, усиление неоангиогенеза - естественный процесс, сопутствующий регенерации поврежденной ткани [9]. В патогенезе постхирургических спаек несколько точек инициации процесса, сопряженных с ишемией травмированного органа, фиброзом ткани и наличием устойчивых очагов воспаления, обеспечивающих стимуляцию васкулогенеза через продукты реакций перекисного окисления и выработку провоспалительных цитокинов [10,11].

Таким образом, значение неоангиогенеза для формирования постхирургических спаек у женщин изучено недостаточно. Также недостаточно изучена роль воспаления в механизмах активации неоангиогенеза, сопутствующего формированию спаек после гинекологических операций. Поэтому, целью работы было изучение взаимосвязи интенсивности признаков лейкоцитарной инфильтрации и неоангиогенеза на основе патоморфологического анализа тканей матки крыс в условиях экспериментальной модели спаечного процесса.

Материалы и методы. В эксперимент отбирали самок беспородных белых крыс с массой тела 200-250 г (n=22). Животные получали стандартный рацион питания при свободном доступе к питьевой воде. Формирование спаек у животных (n=15) вызвали внутрибрюшинным введением 0,5 мл 20% водной суспензии талька [12]. Через 7 суток крыс выводили из эксперимента путем декапитации под легкой эфирной анестезией и собирали пробы тканей матки для дальнейших патоморфологических исследований, затем сравнивали с контрольной группой животных (n=7). Полученные образцы ткани фиксировали в 10% растворе формалина.

Далее материал обрабатывали по общепринятой методике с последующей заливкой в парафин [13]. Срезы тканей толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином. Для выявления протеинов соединительной ткани использовался метод окраски срезов по Ван-Гизон.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе макроскопического исследования брюшной полости крыс, подвергавшихся воздействию талька, надежно регистрировалось спайкообразование у всех исследованных животных. Спайки были в виде рыхлых, легко делимых сращений матки и прямой кишки, рогов матки с тонким кишечником, либо тела и рогов матки. В 33,33% случаев регистрировали инкапсулированные частички талька без признаков перифокальной воспалительной реакции. Отмечена отчетливо выраженная гиперемия париетальной брюшины и периметрия в 93,33%. Результаты патоморфологического исследования выявили признаки острого воспаления, которые проявляются диффузной и локальной лейкоцитарной инфильтрацией стенок влагалища, эндометрия, миометрия (рис. 1), расстройствами кровообращения в виде гиперемии и мелких кровоизлияний и развитием выраженного отека тканей. В эндометрии, кроме спиральных артерий, выявляются многочисленные кровеносные сосуды на фоне густой лейкоцитарной инфильтрации, имеющие прямой ход и значительный калибр. В некоторых случаях коллагеновая сеть образуется преимущественно в базальном слое эндометрия, охватывая тонкими волокнами эндометриальные железы и не распространяется при этом на мышечный слой.

Использование окраски по Ван-Гизон позволило установить, что большинство кровеносных сосудов окружены ярко окрашенными коллагеновыми волокнами. Коллагенизация эндометрия, миометрия (рис. 2) и адвентиция сосудов матки и маточной брыжейки, очаговая лимфогистиоцитарная инфильтрация фиброзно-мышечного слоя влагалища, а также новообразование сосудов в тканях влагалища и эндометрия экспериментальных животных является свидетельством длительного воспалительного процесса и началом склерозирования. Полученные результаты позволяют утверждать, что в условиях выбранной экспериментальной модели удалось добиться надежного воспроизведения посттравматического спаечного процесса в брюшной полости. Кроме того, сопоставление результатов патоморфологического анализа проб тканей животных экспериментальной и контрольной группы указывает на отчетливое усиление неоангиогенеза с признаками лейкоцитарной инфильтрации, сопутствующее спайкообразованию.

Признавая роль эстрогенов в HIF-1 α -зависимой стимуляции синтеза VEGF [8], некоторые авторы указывают на тот факт, что процессы воспаления являются наиболее актуальным звеном активации неоангиогенеза, детерминирующим динамику репаративных механизмов тканей матки и брюшины, определяющим состояние обмена соединительнотканых протеинов и интенсивность неоангиогенеза [14]. Подчеркивая тесную взаимосвязь механизмов воспаления и ангиогенеза, авторы указывают, что полиморфноядерные гранулоциты и перитонеальные макрофаги, обладающие способностью секретировать VEGF, могут усиливать патологические ростовые процессы в тканях [15]. Инициация иммунных реакций на повреждение матки и брюшины протекает параллельно с запуском механизмов репарации поврежденных тканей, демонстрируя в перитонеальной жидкости высокие уровни основных провоспалительных цитокинов — фактора некроза опухоли-альфа и интерлейкина-1 β [14, 15]. Также установлено, что фактор некроза опухоли-альфа (ФНО-альфа) *in vivo* стимулирует секрецию VEGF, миграцию эндотелиоцитов и неоангиогенез, в то время, как генетически детерминированный дефицит рецепторов 1 к ФНО-альфа резко ослабляет проангиогенный эффект хемокина [11].

Кроме того, ряд исследователей не исключают, что VEGF может стимулировать миграцию лейкоцитов в зону повреждения ткани, дополнительно усиливая роль иммунного фактора в процессах неоваскулогенеза. Поэтому, с одной стороны, регионарное увеличение уровня ФНО-альфа способствует притоку лейкоцитов и росту их функциональной активности. С другой стороны, мигрирующие к поврежденному участку ткани нейтрофилы и макрофаги являются важным источником ряда физиологически активных молекул, необходимых для полноценного формирования кровеносных сосудов. Действительно, результаты патоморфологических исследований образцов «зрелых» постхирургических спаек указывают на четко структурированную систему кровоснабжения вновь образованных участков ткани, включающую в себя артериолы, вены, капилляры, а также нервные волокна [5]. Баланс уровней цитокинов в перитонеальной жидкости в начале патологического процесса, может иметь важное значение для последующего течения заболевания, указывая на антиангиогенный эффект цепочки хемокинов, индуцируемой интерфероном-гамма [11].

Правомерность такого вывода подкрепляют данные экспериментальных исследований, подчеркивающие влияние предварительной активации иммунной системы на процессы неоангиогенеза [4]. Физиологические и патофизиологические механизмы ангиогенеза, воспаления и репарации раневых поверхностей — тесно взаимосвязаны [3]. Показатели темпов миграции лейкоцитов в поврежденные участки тканей могут служить индикаторами воспалительной реакции, определяющей, как активность ростовых процессов, так и интенсивность иммунных механизмов повреждения уже существующих кровеносных сосудов. Особенностью процесса заживления раневых поверхностей в брюшной полости является довольно стремительное увеличение уровня провоспалительных и склерозирующих цитокинов в перитонеальной жидкости, омывающей значительные поверхности, вследствие чего, могут наблюдаться несовпадения мест локализации раневой поверхности и формирования спаек [11]. Действительно, результаты собственных

наблюдений показывают, что образование спаек регистрируется в участках матки отдаленных от места нанесения травмы. Тем не менее, выбранные образцы органа, содержащие спайки, характеризуются отчетливыми признаками воспаления и неоваскулогенеза. Полученные данные свидетельствуют о том, что имеет место топологическая совместимость очагов воспаления и участков неангиогенеза. Наиболее выраженные признаки фиброза существующих сосудов регистрируются на фоне четко выраженного воспалительного процесса. Такие результаты не противоречат данным литературы о том, что повреждения кровеносных сосудов, вызванные ишемией и реперфузионными механизмами могут играть существенную роль в процессах образования постхирургических спаек [7]. Кроме того клетки эндотелия кровеносных сосудов выполняют важную функцию в системе контроля миграции лейкоцитов в ткани [13].

Кроме того, проникновение лейкоцитов через сосудистый барьер сопровождается закономерной перестройкой активности генов эндотелиальных факторов [16]. При этом, ФНО-альфа играет ключевую роль, как в процессах адгезии и миграции лейкоцитов, так и в стимуляции синтеза провоспалительных и склерозирующих цитокинов, сопутствующих активации лейкоцитов [16]. В целом, приведенные факты указывают, что повреждение кровеносных сосудов на этапе острой фазы воспаления, в дальнейшем, является стимулом для неангиогенеза, протекающего на фоне хронического воспаления и ремоделирования тканей сосудов [3,4]. С позиции изложенных фактов, сведения о том, что VEGF-A является ключевым гуморальным индуктором неангиогенеза, связанного со спайкообразованием в гинекологии [9,22], можно дополнить предположением о том, что наряду с функцией репарации поврежденных участков ткани, а так же вовлеченности в патофизиологические механизмы неоваскуляризации соединительнотканых спаечных тяжей, VEGF-A принимает участие в процессах защиты эндотелия на этапе острой фазы воспаления [6], предотвращая тем самым дальнейшее нарастание ишемии травмированной ткани и усиление неангиогенеза в очагах хронического воспаления [3,4].

Выводы. 1. Используемая экспериментальная модель формирования спаечного процесса у крыс, индуцированного способствует активному образованию элементов соединительной ткани и неангиогенезу, что способствует спайкообразованию органов брюшной полости. 2. Постхирургические спайки представляют четко структурированную систему кровоснабжения вновь образовавшихся участков ткани, включающую в себя артериолы, венулы, капилляры, а также нервные волокна. 3. При моделировании посттравматических спаек внутрибрюшным введением талька, в тканях матки определяются отчетливые признаки воспаления и неоваскулогенеза. Процесс инфильтрации лейкоцитами в периметрии крыс сочетается с патологическими изменениями уже существующих кровеносных сосудов и активно протекающим неоваскулогенезом.

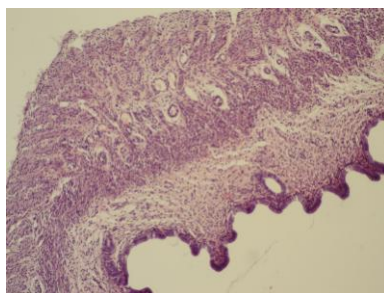


Рисунок 1 - Диффузная лимфоплазмоцитарная инфильтрация, полнокровие сосудов, периваскулярный отек. Окр. гематоксилин-эозин. х 100.

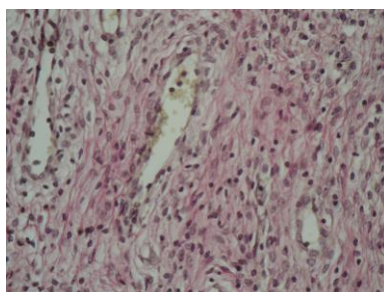


Рисунок 2 - Коллагенизация миометрия в виде тонкопетливой сети. Окр. По Ван-Гизону. х 200.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гладчук И.З., Рожковская Н.Н., Латий К.В., Волянская А.Г. Прогнозирование спайкообразования у больных с миомой матки и наружным генитальным эндометриозом после хирургического лечения. / Одесский медицинский журнал.-2009.-№5.-С.39-44
2. Nappi C., Di Spiezio Sardo A., Greco E. et al. Prevention of adhesions in gynaecological endoscopy//Human Reproduction Update.-2007.-V.13,№4.-P.379-394
3. Attard J.-A., MacLean A. R. Adhesive small bowel obstruction: epidemiology, biology and prevention//Can. J. Surg.-2007.-V.50,№4.-P.291-300
4. Frantz S., Vincent K.A., Feron O., Kelly R.A. Innate Immunity and Angiogenesis//Circulation Research.-2005.-V.96.-P.15-26
5. Laschke M.W., Elitzsch A., Vollmar B. et al. Combined inhibition of vascular endothelial growth factor (VEGF), fibroblast growth factor and platelet-derived growth factor, but not inhibition of VEGF alone, effectively suppresses angiogenesis and vessel maturation in endometriotic lesions//Human Reproduction.-2006.-V.21,№1.-P.262-268
6. Chegini N. TGF- β I System: The Principal Profibrotic Mediator of Peritoneal Adhesion Formation//Semin Reprod. Med.-2008.-V.26.-P.298-312
7. Matsuzaki S., Canis M., Bazin J.-E. et al. Effects of supplemental perioperative oxygen on post-operative abdominal wound adhesions in a mouse laparotomy model with controlled respiratory support//Human Reproduction.-2007.-V.22,№10.-P.2702-2706
8. Rout U.K., Saed G. M., Diamond M.P. Expression pattern and regulation of genes differ between fibroblasts of adhesion and normal human peritoneum//Reprod. Biol. Endocrinol.-2005.-V.3.-P.1-9
9. Rout U.K., Oommen K., Diamond M.P. Altered expressions of VEGF mRNA splice variants during progression of uterine-peritoneal adhesions in the rat//Am. J. Reprod. Immunol.-2000.-V.43,№5.-P.299-304
10. Sainson R.C., Johnston D.A., Chu H.C. et al. TNF primes endothelial cells for angiogenic sprouting by inducing a tip cell phenotype//Blood.-2008.-V.111,№10.-P.4997-5007
11. Secchiero P., Corallini F., di Iasio M.G. et al. TRAIL counteracts the proadhesive activity of inflammatory cytokines in endothelial cells by down-modulating CCL8 and CXCL10 chemokine expression and release//Blood.-2005.-V.105,№9.-P.3413-3419
12. Волянська А.Г., Сивоконюк О.В. Порівняльний аналіз впливу сульфату барію і тальку на інтенсивність спайкового процесу у самок білих щурів // Інтегративна антропологія.- 2012.-№ 1(19).-С.58-61.
13. Горальский Л.П. , Хомич В.Т., Кононський О.І. Основи гістологічної техніки і морфофункціональні методи досліджень у нормі та при патологіях. Навчальний посібник. – Житомир: «Полісся», 2005. с. 70-71
14. Becker Ch. M., Rohwer N. , Funakoshi T. et al. 2-Methoxyestradiol Inhibits Hypoxia-Inducible Factor-1 α and Suppresses Growth of Lesions in a Mouse Model of Endometriosis//American Journal of Pathology.-2008.-V.172.-P.534-544
15. Peterson J.M., Feeback K.D., Baas J.H., Pizza F.X. Tumor necrosis factor- α promotes the accumulation of neutrophils and macrophages in skeletal muscle//J. Appl. Physiol.-2006.-V.101.-P.1394-1399
16. Wu S.-Q., Aird W.C. Thrombin, TNF- α , and LPS exert overlapping but nonidentical effects on gene expression in endothelial cells and vascular smooth muscle cells//Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol.-2005.-V.289.-P.H873-H885
17. Roy S., Clark C.J., Mohebbi K. et al. Reactive oxygen species and EGR-1 gene expression in surgical postoperative peritoneal adhesions//World J. Surg.-2004.-V.28,№3.-P.316-320

SUMMARY

ANGIOGENESIS IN THE EXPERIMENTAL MODEL OF ADHESIONS FORMATION

A.G.Volyanskaya

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

The aim of paper - studying of interrelation of intensity of signs of inflammation and neoangiogenesis on a basis of the morphologic analysis of murine uterus in the experimental model of adhesive process. Female, not outbred white rats (body weight 200-250g) (n=22) were used. The induction of adhesive process (n=15) was provided via intraabdominal introduction of 0,5 ml 20% water suspension of talk.. After 7 days of experiment rats were decapitated under light ether anaesthesia and samples of tissue were collected for further morphologic examination, comparing to control group of animals (n=7). It was found that the proposed experimental model of formation of posttraumatic adhesions provides reliable reconstruction of posttraumatic adhesive process. It is revealed, that,formation of posttraumatic adhesions, is accompanied by leukocytes infiltration in perimetrium, that is combined with pathological remodelling of existing blood vessels and actively proceeding neovascuogenesis.

Key words: adhesive process, white rats, uterus.

УДК 616.89-008.441.44-008.12-085-084

ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ*Б.С. Смагулов**Областной психоневрологический диспансер Южно-Казахстанской области, г. Шымкент***РЕЗЮМЕ**

По результатам обследования и лечения пациентов психиатрического стационара (131 больной), госпитализированных в связи с различными формами суицидального поведения, разработаны дифференцированные психотерапевтические подходы, ориентированные на этнокультуральные особенности механизмов формирования мотивации суицидального поведения в основных этнических группах (тюрки/славяне) южного региона Республики Казахстан.

Ключевые слова: этнокультуральный подход, суицидальное поведение, психотерапия, мотивация, этнические группы.

Исходя из биопсихосоциальной модели генеза психических расстройств, лечение суицидального больного должно проводиться комплексно. Включая в себя биологические (психофармакологические), психотерапевтические и социореабилитационные методы, но для правильного выбора лечебно-реабилитационной тактики в отношении каждого конкретного пациента необходимо тщательное изучение всех факторов, участвующих в формировании его суицидальных мотивов с выделением наиболее значимых, определяющихся механизмом суицидального поведения. В целях разработки этнокультуральных подходов к терапии и профилактике суицидального поведения у больных с психическими расстройствами был проведен сравнительный анализ механизмов формирования суицидальной мотивации в двух основных этнических группах (тюрки/славяне) пациентов психиатрического стационара, госпитализированных в связи с различными формами суицидального поведения (131 больной). Среди включенных в исследование пациентов преобладали мужчины - 60,3%, доля женщин была значительно меньше – 39,7%, по этнической принадлежности большинство составили казахи и другие представители тюркского этноса – 70,9%, славян было значительно меньше – 29,1%, что вполне объяснимо преобладанием лиц коренной казахской национальности в населении южных регионов Республики Казахстан.

Несмотря, что структура продуктивно-психопатологических механизмов суицидального поведения в сравниваемых этнических группах была несколько различной, в частности, у психически больных тюркских национальностей преобладали галлюцинаторные императивы (45,7%), а у пациентов славянских национальностей - подавляющее большинство составили бредовые механизмы (88,0%), лечебно-реабилитационные мероприятия, обеспечившие снижение суицидальной опасности этих больных, в обоих этнических группах были приоритетно направлены на биологическую терапию. При продуктивно-психопатологических механизмах суицидального поведения подбор биологических методов определялся диагнозом и ведущим психопатологическим синдромом, а национальная принадлежность пациента не имела существенного значения. У этих больных значительное снижение, а в некоторых случаях и полное исчезновение суицидального риска наблюдалось в случаях успешной редукции бредово-галлюцинаторных психотических расстройств в процессе психофармакотерапии.

В процессе исследования установлено, что степень влияния этнокультуральных факторов на мотивацию суицидального поведения зависит от доли участия в механизме её формирования сохранных сторон личности с присущими ей этнокультуральными особенностями. Вне острых психотических состояний в условиях реакций патологически измененных и сохранных структур личности на психотравмирующие ситуации суицидальное поведение у тюрков чаще, чем у славян было обусловлено реакциями «призыва» к вниманию и сочувствию и реакцией «потери значимого» на утрату близких, а у славян - реакцией «протеста». Выявленные этнокультуральные особенности суицидальной мотивации у лиц с психическими расстройствами в основных этнических группах (тюрки/славяне) явились основой для разработки дифференцированных психотерапевтических мероприятий с учетом приоритетных для каждого этноса механизмов суицидального поведения, которые выступали в качестве конкретных «мишеней» психотерапевтического воздействия. Многие современные исследователи отмечают, что этнокультуральные особенности пациента имеют существенное значение при проведении психотерапии. В частности Х. Пезешкиан (1998) [1] называет психотерапию «заживлением культурой».

В традициях казахского народа бытует обращение за помощью в сложных жизненных ситуациях к народным целителям – «баксы», основанное на вере в существование особых посредников между людьми и духами «аруахами». На протяжении многих веков и поколений сложилась самобытная и очень высокая культура психотерапевтического влияния народных целителей, представляющая собой своеобразную

этнопсихологически понятную психотерапевтическую технику воздействия на психику пациента и его окружение. Психотерапевтическое воздействие народных целителей («баксы») опирается на мистическое убеждение соплеменников в наличии у них сверхъестественных способностей – предвидеть, прорицать, предсказывать, совершать «чудесные исцеления». Техники целителей различны – это индивидуальное творчество в рамках традиций.

В своей работе мы опирались на основные принципы и приемы этнотерапии, разработанные основоположниками данного направления М. Гаусером и З. Кочовой [2] и, согласно которым, ресурсы гармонизации личности, повышения её стрессоустойчивости, следует искать в культурных традициях и приоритетных жизненных ценностях, сложившихся в вековом опыте данного народа. Известные российские ученые академики В.Я. Семке и Н.А. Бохан в своей книге «Транскультуральная аддиктология» [3] указывают на несоответствие большинства западных кросскультуральных разработок азиатским. Одной из основных причин, по их мнению, считается то, что в традиционной западной психотерапии существуют четкая ориентация на использование «Я - утверждений» и фокусирование на аспектах помощи пациенту самому себе. Для представителей восточных стран, напротив, немислимо думать только о себе вне семейного и общинного контекстов, что также характерно для казахов и других тюркских народов, проживающих в Казахстане. Существенной причиной межкультурального несоответствия психотерапевтических подходов авторы также считают абсолютизацию европейско-американского «экспрессивного индивидуализма». По мнению западных психологов, люди нуждаются в раскрытии другим своих личных тайн для того, чтобы снять напряжение от необходимости хранить тайну, люди нуждаются в контроле над собой, используя экстернализованное поведение. В восточных культурах, напротив, идентификация с семьей, родом или социальной группой служит основным источником самоопределения и самооценности. Следовательно, в данных культурах личные конфликты принято скрывать, чтобы сохранить социальную гармонию или чтобы включить их в более широкую социальную тематику и проработать в коллективных ритуалах во взаимодействии с другими. Сдержанность, невозмутимость и признание рассматриваются как сила и показатели отличия, т.е. контроль зрелых людей проявляется интернально, а не экстернализно. Происходящие события воспринимаются как общезначимые и коллективные, а не как личные и уникальные, что позволяет интерпретировать их последствия в рамках более широких культурных, исторических и мифологических тем.

Таким образом, согласно межкультуральному подходу, все методы оказания психотерапевтической суицидологической помощи должны осуществляться внутри культурного контекста. Поэтому, не отвергая ни одного из традиционных западных направлений психотерапии, мы в своей работе ориентировались на привнесение в них культурного измерения. Важнейшим принципом этнокультурально ориентированной психотерапии является – работа в культурном контексте пациента. Основная цель – фокусированность на этничности для того, чтобы помочь пациенту утвердить свою идентичность в мире, где существуют и взаимодействуют одновременно несколько различных культур. Терапевтическое воздействие реализуется через ряд последовательно разрешаемых задач: поощрение связи клиента с собственной культурой, развитие гордости за свою этническую и культурную принадлежность, помощь индивиду в утверждении его взгляда на мир и включенность в семейную и культурную историю [4].

При проведении этнокультурально ориентированной психотерапии психотерапевт должен: -входя на время в мир клиента, стремиться к удержанию внимания на пациенте как на индивидууме и одновременно члене культурно отличающейся группы; -понимать значение травмы, степень страдания и боли, специфичные для той этнической группы, к которой принадлежит пациент, и творчески подходить к организации терапии на основании этого знания; -определять и учитывать особенности культурной идентичности пациента, так как люди находятся на разных уровнях осознания своей этнической основы, и руководствоваться этим при построении лечебных программ. -уделять внимание религиозным и духовным системам культуры пациента, уметь включить духовные и культурные образы в контекст терапевтического взаимодействия, так как эти образы несут в себе позитивные ресурсы личностного развития пациента; -знать и по возможности использовать традиционные систем исцеления, местные системы целительства, притчи, сказания и легенды конкретного этноса, так как их символический характер определяет их особую эффективность; -обращаться к личности пациента, принимая во внимание его семейные традиции, особенности этнической культуры и доминирующее социальное окружение, для эффективного оказания ему помощи в поиске конструктивных подходов к разрешению суицидогенного конфликта (внутреннего или внешнего); -использовать принципы «позитивной психотерапии» [5], где позитивность выступает как положительное отношение к людям другой культуры, незнакомым обычаям, ценностям, образцам поведения, в которых также можно найти способы разрешения внутриличностных и межличностных конфликтов.

Культурная осведомленность психотерапевта должна занимать центральное место в психотерапевтическом процессе. Эффективной следует считать кросскультуральную когнитивную психотерапию, так как культура детерминирует многие из когниций пациентов: во что они верят и что отрицают, что они воспринимают и что игнорируют, насколько они готовы делиться с посторонним для семьи человеком, какие они предпочитают иметь с ним терапевтические отношения, какие ценности они считают важными, какой стиль терапии будет для них приемлем, а какой они сразу же отвергнут, что они будут считать

возможной причиной своих эмоциональных проблем. Необходимым элементом кросскультуральной когнитивной терапии является доказательство пациенту важности образа мысли в возникновении его проблем. Кросскультуральные исследователи обнаружили, что многие убеждения, являющиеся основой жизни пациента, уходят своими корнями в воспитавшую его культуру. Поэтому, если терапевт хочет понять, отчего некоторые убеждения клиента столь разрушительны, он должен вникнуть в культуру, которая их породила.

При составлении индивидуальных психотерапевтических программ, мы руководствовались положением о том, что спектр душевных потрясений определяется «перекрёстным взаимодействием трех моментов» [3]: -характер психогении (социогении) – сила, продолжительность и специфика неблагоприятного патогенного фактора; -личностная предрасположенность – преморбидная личностная структура (здоровая, гармоничная, сбалансированная или же акцентуированная, невротическая, патохарактерологическая, постпсихотическая); -социально-психологическая характеристика ближайшего окружения – влияние макро- и микросоциума оздоравливающее (саногенное) и деструктивное (патогенное). Мы считаем, что в работе с суицидентами психотерапия должна быть «индивидуально-комбинированной», т.е. представлять собой психотерапевтический комплекс из отдельных индивидуально подобранных методик, при этом достаточно эффективными оказались следующие: - психоаналитические, позволяющие глубинные причины суицидального поведения найти в неосознанных конфликтах, возникших в период раннего развития; - когнитивная и поведенческая – опирающиеся на теорию обучения и когнитивную психологию; гуманистическая – в которой акцент делается на потенциал человеческого развития. При этом суицидальное поведение рассматривается как результат «блокады чувств»; - системная – позволяющая выявить мотивы суицидального поведения в сдвигах функции в системе или группе; -экзистенциальная – в которой суицидальное поведение рассматривается как недостаток ясности и понимания условий человеческого существования.

Принимая во внимание большое значение, которое имеют для казахов и других представителей тюркского этноса их взаимоотношения с родителями и старшими членами семьи, а также полученное ими в семье авторитарное воспитание, в этой этнической группе суицидентов весьма эффективной оказалась семейная психотерапия. Практика показала, что для лиц казахской национальности эффективным методом антисуицидальной терапии является апеллирование к их национальному самосознанию. Это достигается путем создания мононациональных психотерапевтических групп, использования в психотерапевтической работе элементов национального фольклора и мифологии при проведении психотерапевтических сессий на родном языке. При этом следует учитывать, что у больных тюркских национальностей суицидальное поведение чаще является «диалогическим», т.е. «адресованным» другим лицам, поэтому им важна оценка их мнений и поступков со стороны окружающих. В работе с такими пациентами целесообразно добиваться отреагирования суицидогенного конфликта и связанных с ним эмоций в условиях психотерапевтической группы.

Среди пациентов русской национальности суицидальное поведение, напротив, чаще встречалось у лиц с безразличными, пренебрежительными, конфликтными отношениями с родителями и другими родственниками. Поэтому по отношению к ним использование семейной психотерапии было нецелесообразным, так как пациенты часто сами категорически отказывались от проведения сеансов совместно с родственниками, с которыми у них сложились неприязненные отношения. Выяснилось, что у больных славянских национальностей суицидальное поведение чаще носит «монологический характер» с пренебрежительным отношением к мнению окружающих о его суждениях и поступках, поэтому им в большей степени была показана индивидуальная психотерапия, направленная на коррекцию личности. Разработка дифференцированных подходов к направленности психотерапевтических мероприятий в отдельных этнических группах базировалась на полученных в настоящем исследовании данных об этнокультуральных особенностях мотивации суицидального поведения, формировавшегося по личностно-психологическим механизмам.

В целенаправленных беседах с суицидентами и их родственниками было установлено, что для славян суицидальное поведение в форме демонстративно-шантажного «протеста» является выражением их собственного отрицательного отношения (личностного «Я») к какому-либо событию или конфликтной ситуации, которую они, как правило, сами же и спровоцировали своим неправильным поведением. Психологически значимыми для славян являлись ситуации, в которых, по мнению пациента, ущемлялись его права и свобода действий. Суицидальное поведение этих больных, как правило, возникало внезапно, на высоте аффективного разряда и являлось особым способом совладания со стрессом. Такое суицидальное поведение, не смотря на демонстративность, в своей сути имело «монологический» характер, демонстрировало эмоции «несогласия», «возмущения», «протеста» на факт уже свершившегося события и, как правило, не было адресовано какому-либо конкретному лицу. По клиническим проявлениям это преимущественно были дисфорические депрессивные реакции.

Учитывая этнокультуральные психологические особенности, для лиц славянских национальностей психотерапевтическое воздействие преимущественно было ориентировано на коррекцию личности пациента, проработку причин межличностных конфликтов, выработку конструктивных подходов к решению конфликтных ситуаций и навыков совладания со стрессом, активацию потенциальных возможностей и способностей личности, расширяющих резервы ее адаптации. В отличие от славян, для тюрков особенно психотравмирующими являлись события (поступки), которые имели отрицательный, негативный резонанс

семьи, группы, сообщества, поэтому их суицидальное поведение всегда было адресовано к какому-либо конкретному лицу или группе лиц из близкого окружения. Оно формировалось на фоне убеждения больного в «бессилии» и «беспомощности» в решении возникшей проблемы, ощущения раскаяния, стыда и страха перед осуждением его поступков окружающими, поэтому выражало собой превентивную меру нежелательных последствий возникшей ситуации в форме суицидального поведения, формировавшегося по типу демонстративно-шантажного «призыва к вниманию и сочувствию».

По клиническим признакам пресуицидальные состояния таких больных характеризовались тревожными депрессиями. В подобных случаях стремление больного привлечь внимание окружающих, изменить их мнение в отношении его личности, добиться взаимопонимания в семье, сообществе, свидетельствовало о «диалогическом» характере суицидального поведения, т.е. его направленности на окружающих, при этом больные использовали понимание окружающими их положения, как способ выхода из кризисной ситуации. Учитывая вышеописанные этнокультуральные особенности формирования мотивации суицидального поведения у представителей тюркского этноса, в психотерапевтической работе предпочтение отдавалось семейной психотерапии. Индивидуальная психотерапевтическая работа с пациентом была ориентирована на осознание пациентом своих сильных черт характера, выработку нового конструктивного мировоззрения, проработку позитивных моделей будущего, а также способов и путей их достижения через реинтеграцию в семью. Практика показывает, что психотерапия в отношении психически больных с суицидальным поведением не должна носить кратковременный симптоматический характер, она должна быть длительной и проводиться сочетанием методик, направленных на активизацию резервных возможностей личности и саногенное влияние микросоциума. В плане долгосрочной профилактики рецидивов суицидального поведения следует руководствоваться такими реабилитационными принципами, как партнерство, индивидуальный подход, мобилизация ресурсов личности и её микросоциального окружения, которые должны использоваться в превенции суицидов дифференцированно с учетом этнической принадлежности пациентов. Цель суицидологической превенции – не только разрешить имеющийся конфликт (внутренний или внешний), но и сделать человека способным разрешать эти конфликты в будущем. В этом отношении считаем уместным изречение Х. Пезешкиана [1]: «Здоровым является не тот человек, у которого не бывает конфликтов, а тот, кто умеет возникновение конфликтов преодолевать».

Таким образом, внедрение этнокультурального подхода является необходимым условием повышения эффективности терапии суицидально опасных состояний у больных с психическими расстройствами. Необходимость учета национальной принадлежности пациента определяется культуральными особенностями формирования клинических проявлений и динамики суицидально опасных психических расстройств, особенностями структуры личности и приоритетами жизненных ценностей, что определяет этнокультурально обоснованный выбор психологических, психотерапевтических и социореабилитационных методов суицидологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия как транкультуральный подход в российской психотерапии: Дисс. ... в виде научного доклада на соискание ученой степени д-ра медицинских наук. – СПб., 1998. – 83с.
2. Гауснер М., Кочова З. Этнотерапия. – Прага, 1989.
3. Семке В.Я., Бохан Н.А. Транскультуральная аддиктология. – Томск, 2008. – 588с.
4. Pedersen P., Ivey A. Culture-centred counseling. New York: Greenwood, 1993.
5. Пезешкиан Х. Транскультуральная психотерапия в России // Московский психотерапевтический журнал. – 1999. - №3. –С. 47-74.

ТҮЙІН

Психикалық ауытқушылығы бар науқастардың суицидалды мінез құлқының алдын алу және терапияға этномәдени бағыттығы ықпал

Б.С. Смагулов

ОҚО облыстық жүйке аурулары диспансері, Шымкент қ.

Қазақстан Республикасы оңтүстік аймағындағы негізгі этникалық топтарының (түрік/славян) суицидалды мінез-құлқыты әртүрлі формаларымен стационарға жатқызылған науқастардың (131 науқас) емдеу мен зерттеу нәтижесінде этномәдениетті ерекшеліктеріне сай суицидалды жүріс-тұрыстың пайда болу механизміне бағытталған психотерапиялық емдеу жолдары анықталды.

SUMMARY

Ethnocultural oriented approaches to therapy and prevention of suicidal behaviour of patients with mental disorders

B.S. Smagulov

Regional psychoneurologic dispensary of South Kazakhstan region, Shymkent

According to the results of examination and treatment of psychiatric hospital patients (131 patients) who were hospitalized for various forms of suicidal behavior, developed differentiated therapeutic approaches focused on ethnocultural particular mechanisms of motivation suicidal behavior in major ethnic groups (Turks / Slavs) of the southern region of the Republic of Kazakhstan.

УДК 61-001.895

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ EHEALTH-ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ*К.В. Аймедов**Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина***РЕЗЮМЕ**

В глобальном смысле eHealth – это открытая, постоянно развивающаяся динамичная система, которая охватывает все современные возможности электронной техники, аспекты коммуникаций, способы копирования, сохранения и передачи информации на расстоянии.

Ключевые слова: eHealth-технологии, информационный портал, глобальное медицинское администрирование, периферические гаджеты.

Постоянное и непрерывное развитие общества как в плане научно-технического прогресса, так и параллельно происходящие изменения ментальности общества, отражено в фундаментальных принципах нооэтики, которая учитывает тот факт, что электронные системы все больше будут забирать на себя различных функций, и человек будет вынужден к этому адаптироваться[1]. Сегодня компьютеры позволяют накапливать и обмениваться грандиозными объемами информации различного вида и формата, от текстовых носителей до цифрового звука и видео, например, создавать архивы с подробными данными пациентов, обмениваться необходимой информацией между различными специалистами и ведомствами, включать цифровые данные в системы быстрого поиска по неограниченному количеству различных заданных параметров поиска. В узком смысле телемедицина позволяет не просто проводить видеоконсультации, но и вербально ассистировать при различных медицинских манипуляциях на значительном расстоянии, в случаях, когда приезд специалиста невозможен, по каким либо причинам, например погодным условиям.

В наши дни, обмен информацией возможен в тематических форумах, чатах, через электронную почту, как в отсроченном, так и он-лайн режиме реального времени, с доступностью к ответам на заданные вопросы любому пользователю или возможностью подключения к дискуссии любого желающего. Интересным является организация телелекций, демонстрация больных или какого-либо материала, для неограниченного числа слушателей различной географической привязки. При использовании специальных программ, существует возможность отслеживания любых биологических показателей с системы датчиков, например ЭЭГ или ЭКГ мониторинг, ЧСС, АД и т.д. Что актуально при необходимости быстрого реагирования на внезапное изменение ситуации. Вариантом подобного использования, может быть отслеживание показателей кардиодатчиков с встроенной системой географического координирования GPS, для мгновенного реагирования на остановку или сбой в работе сердца пациента и последующий автоматический выезд бригады неотложной помощи в точку нахождения больного, особенно это важно, когда пациент находится один и элементарно не может сделать телефонный звонок в соответствующую службу.

Всё это мы отмечаем и в собственной практике, используя новые возможности современных электронных компьютерных устройств подключенных к сети Интернет. Например, при помощи технологии скайп и асикью мы проводили он-лайн консультации пациентов и общались с их родственниками, аналогично мы устраивали небольшие врачебные консилиумы для общения специалистов друг с другом, что является удобным взаимодействием, с точки зрения экономии времени на перемещение, оплаты кабинета, доступности, планирования рабочего графика и т.д. Размещение интерактивных тестовых опросников в виртуальном Интернет- пространстве даёт возможность собирать более территориально разобщенную группу обследования, кроме того, такие тесты не требуют затрат на печать тестов на бумаге и последующее их трудоёмкое оцифровывание, что является весьма экономичным с точки зрения затрат времени и материальных средств. Вероятно в будущем, актуально и создание подобной скорой помощи, когда пациент связывается с оператором не по телефону, а через видеокommunikативную систему и при необходимости больного сразу он-лайн

переводят на специалиста, который дает рекомендации до приезда кареты скорой помощи, а может и вместо её приезда.

Более того подобные системы, аналогичные программе скайп, уже сегодня можно интегрировать в обычный мобильный телефон оснащенный видеокамерой, т.е. для этого не нужен компьютер с массой периферических гаджетов и проводной Интернет, а это обуславливает доступность каждому пользователю. Появившаяся англоязычная дефиниция eHealth, которая в буквальном переводе на русский язык обозначает электронное здравоохранение, появилась в самом конце двадцатого века [2], как бы обозначив рубеж, между технологиями второго и третьего тысячелетий. Толкования приведенного понятия широки и различны, отечественные авторы чаще используют термин в контексте телемедицины, западные исследователи больше склоняются к электронным архивам и использованию Интернета для удаленного доступа в различных медицинских целях [3, 4]. Проведенный нами метаанализ доступной информации и собственный опыт использования подобных технологий, свидетельствуют про широкий понятийный спектр, к которому можно условно отнести данную дефиницию. В глобальном смысле eHealth – это открытая, постоянно развивающаяся динамичная система, которая охватывает все современные возможности электронной техники, аспекты коммуникаций, способы копирования, сохранения и передачи информации на расстоянии.

Для массового использования eHealth технологии могут применяться в создании информационных порталов, где любой желающий получит доступ необходимого ему уровня к знаниям медицинского характера, от простого обывателя до узкого специалиста. Сегодня такими примерами служат реферативные базы данных научных статей, монографий, специализированных публикаций с системой внутреннего поиска, например Medline, Scopusи др., которые имеют как платные, так и бесплатные виды допуска к предоставляемой информации. Известно, что всё большую популярность приобретают теле- и Интернет магазины, с низким уровнем цен на товары, среди которых группа медицинских товаров только начала занимать свою нишу, а перспективы здесь также огромны. Медицинские аксессуары, средства ухода, медикаменты, это все предметы на которые ежегодно населением тратятся миллиарды, и если клиент сможет выбирать наиболее низкую цену и быструю доставку, то логично, что именно в таком сервисе он и произведет заказ.

Широко используется, уже сегодня, электронная передача данных в проводимых медицинских исследованиях, когда специалисты разных стран, работая над одинаковой проблематикой, делятся и анализируют результаты друг друга. Иногда в контексте таких проектов создаются сети из множества компьютеров объединенных для решения одной задачи, например общемировой проект-исследование вариантов белковых построений, куда может присоединиться любой желающий, который имеет Интернет подключение и готов предоставить для этого свой компьютер [5, 6]. Администрирование и оперативное управление доступными медицинскими ресурсами скорее задача будущего, чем сегодняшнего дня, которая может быть как локальной. Например, в условиях отдельной клиники автоматическое перераспределение потока пациентов в зависимости от загруженности специалистов, до глобальных, где будет возможным использование ресурсов целой страны для достижения оптимального результата на местах. Теоретические концепции будущих технологических возможностей подобных систем только разрабатываются и полностью еще далеко не раскрыты и не поддаются полноценному осмыслению в настоящий момент времени, однако тот факт, что будущее именно за ними уже практически ни у кого не вызывает сомнений. Подтверждением тому являются различные конференции и выставки, которые все чаще проводятся в различных городах и странах мира, ссылками на которые пестрит любая поисковая система Интернет, при вводе соответствующих ключевых слов.

Социальные инициативы одно из приоритетных будущих направлений eHealth-технологий или eHealth-систем, например это поддержание постоянного контакта клиента с социальным работником или психологом для реинтеграция пациента в социальную жизнь, он-лайн консультирование и обучение социальным навыкам или основам какой-либо деятельности, проведение поддерживающей психотерапии и профилактики девиантного поведения, формирование устойчивого доверительного психотерапевтического комплаенса.

Нами на базе клиник и кафедр Одесского национального медицинского университета, а также при взаимодействии со структурами Одесского городского и областного отделов здравоохранения поэтапно реализуются инициативы по внедрению eHealth-технологий в ежедневную практическую научную и лечебную деятельность. Для этого не только проводится постоянная модернизация и обновление материально-технической базы, но и уделяется внимание образовательной составляющей для сотрудников, обучение персонала пользованию компьютерными устройствами и пониманию

процессов лежащих в основе современной электронной коммуникации. Согласно информации обнаруженной нами в Интернет-энциклопедии, в мире в данное время реализуется более 250 различных eHealth проектов, которые в большинстве своем клинические, но среди них есть образовательные, информационные и аналитические, отмечено наличие и многоцелевых программ. Кроме этого проекты используются для управления, администрирования и для медицинского обслуживания населения удаленных районов. Тот же источник разделяет их на локальные (внутри одного учреждения), региональные, общенациональные и международные [7].

Несмотря на весомые преимущества eHealth-технологий, есть и проблемные вопросы, которые они порождают. Во-первых, это конфиденциальность при работе с базами данных, особенно при передаче информации с ограниченным доступом на расстоянии. Во-вторых затраты, которые необходимы для построения подобных сетей и систем огромны, как в плане оснащения одного рабочего места или наличия мультифункционального коммуникатора у каждого участника проекта, так и в средствах взаимодействия друг с другом (оптико-волоконные или спутниковые каналы связи, серверы хранения данных и т.д.). В третьих доступность подобных возможностей в отдаленных районах и умение пользоваться подобной техникой среди всех слоев общества.

Выводы: Проведенный метаанализ, подчеркнул тот факт, что eHealth-технологии и различные электронные системы с ними связанные, уже начали занимать свое место в жизни общества, не оспорим, однако, их современное состояние еще далеко от полноценного использования и перспективы развития также только начали открываться для понимания и восприятия общественным сознанием. Использование eHealth-технологии в нашей собственной практике и, по отзывам других лиц, является по многим позициям удобным и потому перспективным. Главное отличие подобных электронно-коммуникативных систем в том, что они позволяют экономить время и быть доступными практически в любой момент времени и в любой географической точке, при наличии устройств и связи с ним, потому наша работа в этом направлении продолжается. Современное развитие научно-практических технологий и внедрение в практику eHealth-систем перспективно и необходимо на различных уровнях для реализации различных направлений, от обучения и хранения информации, до проведения масштабных исследований, глобального медицинского администрирования, а также решения ранее невообразимых задач практического здравоохранения и научного моделирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Запорожан В.М. Шлях до ноетики / В.М. Запорожан. - О. : Одес. держ. мед. ун-т. - 2008. - 284 с.
2. Электронный источник: <http://en.wikipedia.org/wiki/EHealth>
3. Стороженко К. Мир медицины без границ. Технологии Cisco в области «интеллектуального» здравоохранения / К. Стороженко // Клиническая информатика и телемедицина. – 2011. – Т. 7. – Вып. 8. – С. 46-49.
4. Электронный источник: <http://aerotel.blogspot.com/>
5. Ревенок О.А. Віртуалізація гемблінгасоціюваної феноменології у сучасному українському суспільстві (медико-соціальний аспект) / О.А. Ревенок, К.В. Аймедов // Науково-практичний журнал «Архів психіатрії». – 2010. – Т.16. - №3 (62) – С. 90-94.
6. Электронный источник: http://www.eternalmind.ru/index_content&task=view&id=1421&Itemid=2
7. Электронный источник: <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%>

ТҮЙІН

ЕHEALTH-технологияның медицинадағы даму болашағы

К.В.Аймедов

Ұлттық медициналық университет, Одесса қ., Украина

ЕHEALTH – дегеніміз бұл электронды техника, коммуникация аспектілерінің көшірме жасау әдістері, ақпаратты сақтау және қашықтықтау отырып алмасу жүйелерінің тұрақты дамуың қамтамасыз етіп отыратын ашық кеністік

SUMMARY

Development perspectives of eHealth-technologies in medicine

K.V.Aymedov

Odessa State Medical University, Odessa, Ukraine

In global terms, eHealth is an open, continually developing dynamic system, which covers all the advanced features of electronic equipment, aspects of communication, ways to copy, save or send information at a distance.

УДК 614.2:616-007-053.1-084

ЭФФЕКТИВНАЯ РАБОТА СЛУЖБЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ - КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ*Булешиов М.А, Кожатаева А.Р, Турлыбек Д.К**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент***РЕЗЮМЕ**

В научной статье приводится научно обоснованный алгоритм ведения супружеских пар до и во время беременности, который имеет важное значение для ранней диагностики врожденных пороков развития у детей. Профилактика ВПР и своевременное лечение больных детей предотвращает раннюю смертность. Тем самым определяется медико-социальная значимость предлагаемого алгоритма дегестационной профилактики ВПР, которая должна осуществляться в условиях центра планирования семьи и репродуктивного здоровья.

Ключевые слова: пренатальная диагностика, врожденные пороки развития, дегестационный период, планирование зачатия, беременность, перинатальный консилиум.

Актуальность исследования. За последнее 20 лет возросла социально- медицинская значимость наследственной и врожденной патологии, прежде всего врожденных пороков развития (ВПР). Это обусловлено существенным увеличением удельного веса ВПР в структуре причин перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности. Кроме того, показатель детской инвалидизации имеет тенденцию к росту, которая в большинстве случаев обусловлена врожденной и наследственной патологией(1,2,3). Принимаемые системой здравоохранения лечебные и реабилитационные меры оказываются недостаточно эффективными. В частности, в Южно-Казахстанской области с его высокими уровнями антропогенных загрязнений, ведущими к экологическим нарушениям окружающей среды, удельный вес выявления хромосомной патологии относительно высокий и составляет 9,6 – 11,3%.

Установлено, что большая часть пороков имеет многофакторный этиопатогенез, когда негативное влияние окружающей среды сочетается с наследственной предрасположенностью. Не случайно в системе здравоохранения Республики Казахстан и многих стран мира профилактика этой патологии, базирующейся на современных достижениях медицинской генетики, акушерства, гинекологии и перинатологии, приобретает все большее значение (4,5,6).

Многие авторы считают, что наиболее экономически эффективным методом профилактики инвалидности и смертности с детства от ВПР и генетических болезней является раннее выявление генетической патологии для предупреждения рождения больного ребенка. Многолетняя практика в системе здравоохранения показала, что в условиях отдельно взятой поликлиники или женской консультации не всегда доступны современные методы диагностики, что возможно в консультативно-диагностическом учреждении такого уровня, как Центр планирования семьи и репродукции, созданная с целью специализированного, углубленного обследования репродуктивных функций у будущих родителей, бесплодных пар, беременных женщин, детей. Полученные данные из обзора литературы показали, что медико-генетического консультирования в условиях Центров планирования семьи и репродукции изучена недостаточно. Это и послужило основанием для выполнения настоящего исследования.

Целью исследования явилась показать снижение младенческой смертности за счет оптимизации системы профилактики врожденных пороков развития и наследственных болезней в условиях областного Центра планирования семьи и репродукции (ОЦПСиР).

Методы исследования. Осуществлен медико-социологический анализ технологии генетического консультирования в ЦПС и Р (2011-2012гг.). Для чего было использовано карты социологического опроса пациентов (заполненные анкеты); карты экспертных оценок; данные оперативно-статистической отчетности УЗ ЮКО за 2011-2012 гг.; статистические данные; научная литература; специально разработанный вопросник для изучения мнений врачей – консультантов – генетиков; статистические формы годовых отчетов за 2011-2012 гг.; данные из первичной медицинской документации (выкопировочные карты).

Для оценки эффективности работы Областного центра планирования семьи и репродуктивного здоровья нами осуществлено социологическое исследование среди пациентов, посетивших данное учреждение. Обработка репрезентативно сформированных материалов исследования была осуществлена с использованием традиционных медико-статистических методов, в том числе анализа средних арифметических, относительных, наглядных показателей, а также установили уровень среднеквадратического отклонения величин для определения достоверности полученных конечных результатов.

Основные научные результаты исследования. Анализ возрастно-половой структуры респондентов свидетельствует о том, что подавляющее большинство опрошенных составили женщины в возрасте 20-35 лет – 85,6%. Доля мужчин в общей численности - 14,4%. Большинство респондентов (70,6%) состояло в браке. Одинокими на момент опроса являлись 15,3%. Возраст пациентов колебался от 14 до 69 лет, средний возраст составил 29 лет. Большинство респондентов (70,6%) состояло в браке. Более половины респондентов (51,1%) - не имеют детей, что вполне соответствует основным причинам обращений в медико-генетическую консультацию. Несоответствие между величиной потенциального консультирования и обращения за ним связано с недостаточным уровнем медико-генетических знаний у врачей и

населения. 85,3% респондентов получили знания о медико-генетическом консультировании от врачей женских консультаций.

Соотношение пациентов, направленных врачами и обратившихся самостоятельно в консультацию, составило 84,5% и 15,5. Лишь 9,1% опрошенных назвали средства массовой информации источником получения знаний по вопросам медико-генетического консультирования, и только 8,3% опрошенных хорошо знакомы с соответствующей законодательной базой. Практически всем опрошенным (94,2%) необходима разработка специальных просветительских программ, направленных на разъяснение значения и задач медико-генетического консультирования.

Анализ полученных ответов на вопрос: «Знакомы ли Вы с правовыми нормами, регламентирующими положение больных с наследственной патологией в обществе?» показал низкую информированность по этим проблемам. Так, лишь 8% опрошенных хорошо знакомы с соответствующей законодательной базой, 29% - знают в общих чертах, 50% - не знают практически ничего, 13% - затруднились ответить на данный вопрос. Полученные данные анализа потребностей медицинских работников в информации о правовых аспектах здравоохранения указывают, что 86,4% респондентов испытывают недостаток знаний о правовых взаимоотношениях в системе здравоохранения. Подавляющее большинство (98,1%) опрошенных врачей считают необходимым для своей практической деятельности знание прав медицинских работников.

Однако, оценили свой уровень информированности по данному вопросу как достаточный только около 10 человек из 100. Соотношение показателей информационных потребностей по вопросам прав врачей и прав пациентов указывает, что медицинские работники считают более необходимым для себя получение информации о правах врачей, нежели о правах пациентов (98,1% относительно 62,7%, $p < 0,05$), на основании чего можно сделать вывод, что это явление - следствие несовершенства законодательной базы и недостаточной регламентации прав врачей, в связи с чем медицинские работники чувствуют себя незащищенными перед законом, чем пациенты. С целью изучения основных причин обращений в медико-генетическую консультацию, наряду с информацией от консультируемых.

Были получены ответы от врачей на идентичные вопросы. В результате анализа данных ранжирования мнений врачей и пациентов были выявлены некоторые расхождения в их оценках. По причинам наследственного/врожденного заболевания в семье и неблагоприятных исходов предыдущих беременностей оценки врачей и фактическая явка пациентов совпали. В дальнейшем же были обнаружены следующие расхождения. Так, врачами-генетиками родственному браку был присвоен 5 ранг, тогда как среди фактических причин обращений он занял лишь 11 позицию. Наркоманию, как основную причину обращений, врачи указали в 5,0% случаев, тогда как среди пациентов эта причина отмечена в 0,6% случаев. По прогнозу врачей, доля пациентов, обратившихся по причине наличия хронических ненаследственных заболеваний, составляет 3,0%, а фактически - 7,7%. Одной из основных причин обращаемости врачи назвали бесплодие (11,0% случаев), тогда как пациенты отметили этот пункт всего в 4,9 % случаев.

Основными мотивами обращения женщин в медико-генетическую консультацию является желание иметь здорового ребенка: прогноз здоровья будущего ребенка (46%) и прогноз здоровья (рожденного) ребенка (в 23% случаев), вылечить больного ребенка у данной пары (7%), а также прогноз своего здоровья (в основном обращение по поводу бесплодия и наличия наследственных/врожденных заболеваний - 15,0%). Мужчин-пациентов, в отличие от женщин-пациентов, в основном волновал прогноз состояния собственного здоровья вследствие наличия наследственных/врожденных заболеваний, профессиональных вредностей и бесплодия. 15% из числа обратившихся по поводу прогноза здоровья будущего ребенка, либо уже имеют больного ребенка, либо больной ребенок есть у близких родственников. Проводившиеся ранее исследования по изучению обращаемости в медико-генетические консультации показали, что приблизительно в 50% семей, нуждающихся в консультации и лечении, складывались конфликтные взаимоотношения. Результаты данного опроса эту тенденцию не подтвердили. Напряженные взаимоотношения в семье отмечены лишь в 9,6% случаев, тогда как 85% опрошенных оценили свои взаимоотношения как нормальные ($p < 0,05$). Структура обращений к врачам — консультантам - генетикам ЦПС и Р контингента пациентов акушерско-гинекологического профиля, составившего около 80% от общего числа проконсультированных, в 2011 году свидетельствует о том, что наибольший удельный вес составили изменения при биохимическом скрининге (20,2%), на втором месте оказались изменения при УЗИ (14,1%), соответственно, в 12,5% и 12,0% случаев поводом для обращения послужили возраст женщины и воздействие неблагоприятных факторов на плод.

В 20 году структура обращений изменилась за счёт того, что наиболее частыми причинами явились общепопуляционный риск (23,0%) и изменения при биохимическом скрининге (21,0%), третье ранговое место заняли обращения в связи с возрастом женщины (13,0%), обращения по причине изменений при УЗИ (7,8%) находились на четвёртом ранговом месте. Согласно данным наших исследований, важным инструментом диагностики врожденных пороков развития является профилактика беременных.

Основой ее является как догестационная подготовка, так и исследования беременных в первом, втором и третьем триместрах. К сожалению, в основной группе по сравнению с контрольной нами отмечен достоверно более низкий охват как догестационной профилактикой в целом (46,5% против 66,6%, $p < 0,05$), так и ее компонентами, кроме комплексной: деконтаминация составила 4,8 % в основной группе и 11,9 % в контрольной ($p < 0,01$) и витаминотерапия – 36,3 и 48,2 % соответственно ($p < 0,05$). При сравнении показателей контрольной группы со средними за 2,5 года показателями по ГП №10 (поскольку группа отбиралась на ее базе) не обнаружено достоверных различий в частоте охвата беременных догестационной подготовкой; при сравнении показателей основной группы со средними областными (за период с 2005 по 2008 г.) установлено достоверное различие в охвате беременных комплексной ДГП (в основной группе на 42,6 % ниже, $p < 0,05$).

Связано это с тем, что беременные основной группы имели высокий риск развития врожденных пороков у плода. Данные проведенных нами исследований показывают, что частота догестационной подготовки в ЮКО выросла за 3 года в 1,9 раза и стала сопоставима с таковой в Шымкенте, где рост не столь значительный – на 19 %. Следует отметить, что комплексная ДГП (Д + В), к сожалению, не столь распространенная, как просто витаминотерапия, хотя и выросла по области в 7 раз (с 1,7 до 11,9 %), по Шымкенту в 8,7 раза (с 1 до 8,7 %). Что касается периконцепционной профилактики (витаминотерапия), то по области охват ею вырос с 29 %; по Шымкенту – с 48 до 52,9 % (на 10 %).

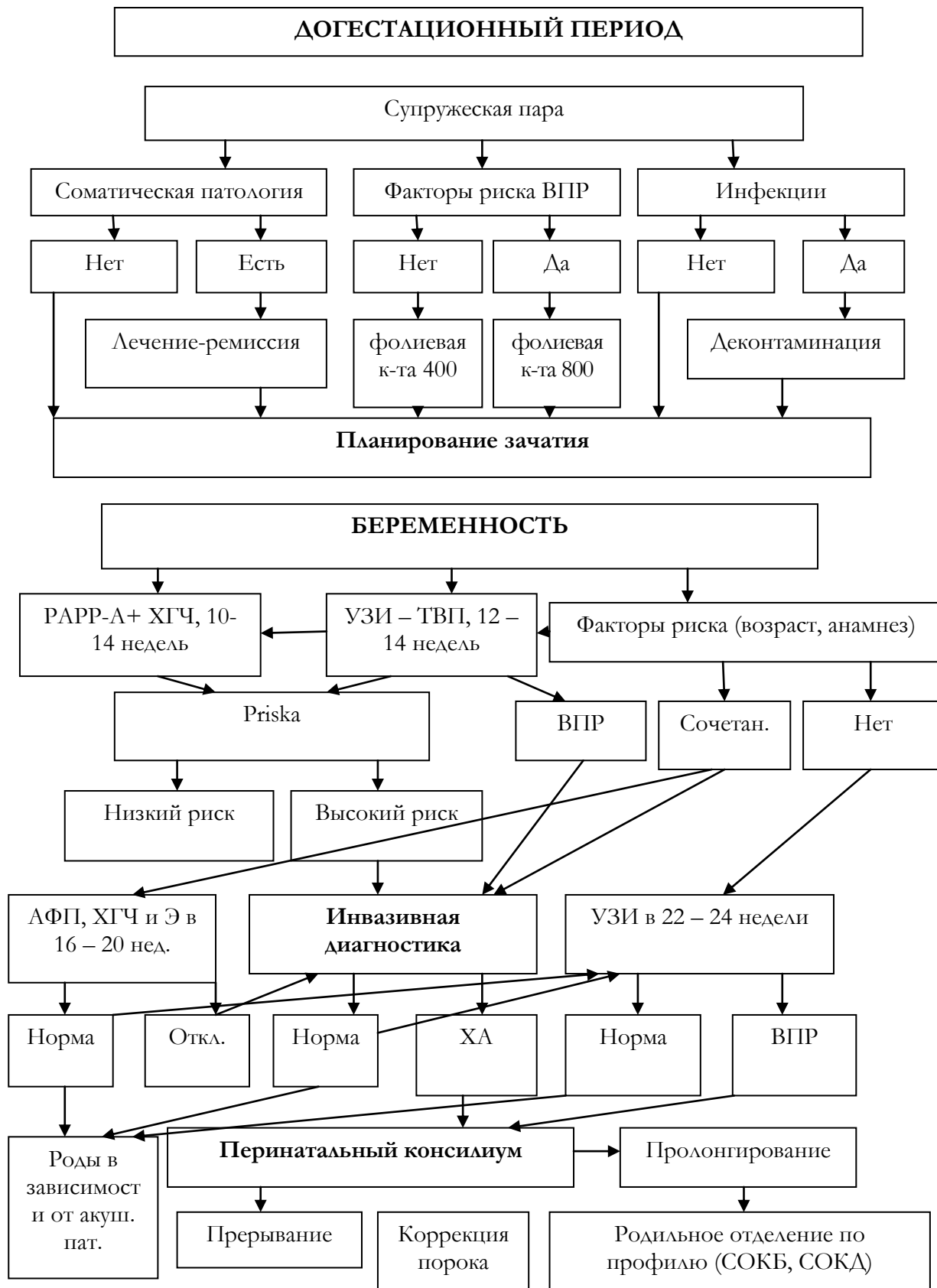


Рисунок 1 -. Ведение супружеской пары до и во время беременности с целью профилактики врожденной патологии плода.

При проведении корреляционного анализа выявляется очень сильная обратная связь ($r=-1$) между охватом ДГП и частотой ВПР в популяции. Это объясняется мультифакториальностью возникновения врожденной патологии плода. На частоту возникновения пороков невральнoй трубки и, отчасти, синдрома Дауна, влияет прием фолатов до и в первые месяцы после зачатия.

Коэффициент корреляции выявляет высокую зависимость между частотой витаминотерапии и частотой регистрации ДЗНТ (-0,89), между фолатпрофилактикой и частотой СД – слабую (-0,46). Это говорит о том, что данная патология является малоуправляемой при использовании первичной профилактики (Рис.1). Одновременно отметим факт, что регистрации достоверно более низкой частоты догестационной подготовки в первой основной группе по сравнению с контрольной, а во второй основной – по сравнению с первой, что вполне объясняет более высокую встречаемость врожденной патологии у беременных этих групп. При выявлении врожденной патологии плода встает вопрос о тактике ведения беременности с достаточно высокой клинической эффективностью.

Снижение удельного веса врожденной патологии в структуре младенческой и перинатальной смертности подтверждает эффективность созданной и успешно работающей системы по выявлению врожденной патологии плода, в которой немалую роль играет инвазивная пренатальная диагностика. На основе полученных в исследовании данных нами разработан алгоритм ведения беременной до гестации и во время нее, в том числе и при выявлении признаков врожденной патологии у плода.

На приведенной схеме представлены все возможные варианты течения беременности, поэтому она является универсальной, понятной не только акушерам-гинекологам, но и врачам других специальностей (генетик, специалист функциональной диагностики, врач общей практики), т.е. всем тем, кто участвует в ведении беременности. Внедрение данного алгоритма в клиническую практику будет способствовать не только улучшению дифференциальной диагностики и профилактики врожденной патологии плода, но и снижению фето-инфантильных потерь. Итак, на основе данных изучения эффективности инвазивных методов в системе пренатальной диагностики можно заключить, что этим методам принадлежит решающая роль в комплексе мероприятий по предупреждению наследственных и врожденных болезней, предотвращению рождения детей с тяжелыми пороками развития, с социально значимыми смертельными генными и хромосомными болезнями. Показательно, что эффективность пренатальной диагностики, проведенной в центре планирования семьи и репродуктивного здоровья ЮКО с учетом изложенных в алгоритме мероприятий, возросла за первое полугодие 2012 года до 16,3% при 4,5% в 2011 году.

Выводы. Инвазивным методам в системе пренатальной диагностики принадлежит решающая роль в комплексе мероприятий по предупреждению наследственных и врожденных болезней, предотвращению рождения детей с тяжелыми пороками развития, с социально значимыми смертельными генными и хромосомными болезнями.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO REGIONAL Office for Europe. 1995. Highlights on women s health in Europe. –Copenhagen: World Health Organization, 1995. –С 8-11.
2. Кулешов Н.П. Частота возникновения и судьба хромосомных аномалий в популяциях человека: Дис. .д-ра мед. наук. Москва, 1978. -205 с.
3. Демикова Н.С. Мониторинг врождённых пороков развития и его значение в изучении их эпидемиологии // «Российский вестник эпидемиологии и педиатрии». 2003. - Т. 48. - №3. - С. 25-28.
4. Гинтер Е.К. Медицинская генетика. -М.: «Медицина», 2003. 448 с.
5. Бочков Н.П. Клиническая генетика. М.: «ГЭОТАР-МЕД», 2004. -480 с.
6. Актаева Л.М. Эпидемиология и мониторинг врождённых пороков развития плода в крупном городе // Автореф.дисс .докт .мед. наук. Алматы, 2006. - 42с.
7. Каюпова Н.А.,Девятко В.Н.,Актаева Л.М. Региональная модель мониторинга врожденных аномалии развития плода в городе Алматы.// Методические рекомендации –Астана,2003,-26.

ТҮЙІН

Отбасын жоспарлау және репродуктивтік денсаулық қызметінің жұмыс тиімділігін арттыру- сәбилер өлімі профилактикасының негізі ретінде.

Бөлешов М.А, Қожатаева А.Р, Турлыбек Д.К

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қаласы

Туа біткен даму кемістіктері балалар өліміне алып келетін негізгі себептің бірі болып табылады. Сондықтан бұл кеселдің алдын алудың тиімді шараларын жасау қоғамдық денсаулықты сақтаудың ең маңызды мәселесінің бірі болып табылады. Профилактиканың тиімділігі гестацияға дейінгі жүктілікті бақылау және осы патологияны ерте кезеңнен анықтауды дұрыс жолға қоюға тікелей байланысты. Бұл жұмысты ұйымдастырудың ғылыми тұрғыда негізделген моделі ұсынылды.

Кілтті сөздер: перинаталдық диагностика, туа біткен даму кемістіктері, дегестациялық кезең, бала көтеруді жоспарлау, жүктілік, перинаталдық консилиум.

SUMMARY

The effective work of the family planning services and reproductive health-as a basis for prevention of infant mortality.

Buleshov M.A, Kozhataeva A.R, Turlybek D.K.

South Kazakhstan State pharmaceutical Academy, Shymkent city

In this scientific article there is scientifically proved algorithm of running the married couples before and during pregnancy, which has great importance for early diagnosis of infant's congenital malformations. Prevention of congenital malformations and treatment such children in time will avert early mortality. By the way assumed algorithm of degestational prevention of congenital malformations identify its medical and social importance, which must be carried by the centres of planning families and reproductive health.

Key words: prenatal diagnosis, congenital malformations, degestational period, planning of conception, pregnancy, prenatal consultation.

УДК 613.6:616.5-056.3-084:615.014

ОЦЕНКА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ГОРОДА, ПРОЖИВАЮЩИХ В КОНТРАСТНО ОТЛИЧАЮЩИХСЯ ЖИЛЫХ ТЕРРИТОРИЯХ

М.А. Булешов, З.И. Бейсембаева, Г.С. Алимбаева, У. Усипбаева

Южно- Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

РЕЗЮМЕ

Установлена высокая корреляционная связь между дерматологической заболеваемостью и степенью загрязненности объектов окружающей среды экологически неблагоприятного города. Основной причиной такого положения является антропогенное загрязнение воздуха и воды химическими поллютантами.

Ключевые слова: дерматозы, дерматиты, экология, тяжелые металлы, профилактика.

Актуальность работы. В условиях повышенной техногенной нагрузки, сложившейся в настоящее время во многих регионах Республики Казахстан, разработка системы эффективных мероприятий, направленных на обеспечение гигиенической безопасности среды обитания и профилактики заболеваний, приобретает все большую актуальность (1,2). Наряду с ростом уровня общей заболеваемости в районах с высокой техногенной нагрузкой ряд исследований обращает внимание на неблагоприятные тенденции в распространенности болезней кожи и подкожной клетчатки, ведущими из которых являются атопический и контактные дерматиты. Данные исследований отечественных авторов показали, что интенсивное загрязнение объектов окружающей среды в условиях промышленных городов оказывает неблагоприятное влияние на состояние здоровья населения, вызывая патологические изменения в организме, в том числе поражения кожи.

Вместе с тем, большинство гигиенических исследований по изучению причин заболеваний кожи рассматривает воздействие факторов производственной среды и лишь единичные работы направлены на изучение роли факторов среды обитания территорий проживания в формировании данной патологии (3,4). Изучение причинно-следственных связей и оценке факторов среды обитания по данным социально-гигиенического мониторинга и анализа данных показателей здоровья человека определяет тактику разработки региональных краткосрочных и долгосрочных профилактических мероприятий и программ по оздоровлению среды и оптимизации здоровья населения в целом.

Целью данного исследования было подтверждение гипотезы о влиянии антропогенных факторов окружающей среды на уровень и структуру дерматологической заболеваемости населения, проживающих в контрастно отличающихся по гигиеническим условиям, территориях города.

Методы исследования: В ходе исследования применен комплекс современных медико-статистических и гигиенических методов. Гигиеническая оценка качества атмосферного воздуха, питьевой

воды, уровня загрязнения почвы осуществлялась на основе данных лабораторных исследований, проводимых аккредитованным испытательным лабораторным центром Южно-Казахстанской областной санитарно-эпидемиологической станции. Лабораторные исследования объектов окружающей среды проводились с применением современных физико-химических методов (спектрофотометрия, вольтамперометрия, полярографический метод, жидкостная и газовая хроматография, пламенная атомно-адсорбционная спектрометрия и др). Выборочные базы данных региональных систем социального гигиенического мониторинга по оцениваемым территориям за 2010-2012 годы содержали информацию о 1527 определениях загрязняющих веществ в атмосферном воздухе, 957 определениях санитарно-химических показателей качества питьевой воды, 892 результат исследования по определению уровня загрязнения почвы.

При оценке степени загрязнения селитебных зон рассчитывались комплексные показатели антропогенной нагрузки на атмосферный воздух (Катм), воду, почву города Шымкента, а также рассчитан интегральный показатель степени влияния загрязненности объектов окружающей среды на заболеваемость населения. Заболеваемость аллергодерматозами населения изучена с использованием базы данных региональных систем социально-гигиенического мониторинга, содержащие информацию статистических отчетных форм №12 "Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения". Территориальные различия среднемноголетних уровней дерматологической заболеваемости определены с использованием параметрических методов оценки достоверности результатов статистического исследования на основе применения ошибки средней арифметической, средней ошибки разности показателей опытной и контрольной групп и оценки достоверности различий показателей по t-критерию Стьюдента.

Распределение числа случаев заболеваний кожи по отдельным возрастным группам населения проведен путем выборочного анализа данных по 1000 случаев дерматологической заболеваемости на территориях с различным уровнем техногенной нагрузки. Аналитических исследований использованы алгоритмы корреляционного и регрессионного анализа, программно реализованные в Micro Soft Excel -2000 для Windows-2000.

Научные результаты. Основным направлением исследований являлось оценка достоверности различий уровней заболеваемости различных возрастных групп населения по классу болезни кожи и подкожной клетчатки на территориях города Шымкент, контрастно отличающихся по уровню техногенной нагрузки. Для этого на обследуемых территориях были выбраны по два внутригородских района, контрастно различающихся по уровню антропогенной нагрузки. Юго-западный – территория с высоким уровнем, северо-восточная- относительно низким и безопасным уровнем антропогенного загрязнения. Задачей данного этапа работы было подтверждение гипотезы о влиянии факторов окружающей среды на дерматологическую заболеваемость, о котором на начальном этапе можно говорить при наличии различий в уровнях заболеваемости. Информация о заболеваемости населения анализировалась по данным обращаемости за медицинской помощью в территориальные лечебно-профилактические учреждения за 10 летний период (2001-2011 гг.).

Анализ дерматологической заболеваемости на территории с высоким уровнем техногенной нагрузки за 2002-2011 гг. показывает, что для детского населения в различные годы она составляет от 92,7 до 124,8 случаев на 1000 детей, для подростков от 21,2 до 32,1 на 1000, для взрослого населения - от 30,6 до 39,7 на 1000 населения. В совокупности всех заболеваний кожи контактный и атопический дерматит всегда занимает 1-2 ранговые места. На каждую из других нозологических форм дерматологической заболеваемости приходится по 1-3% заболеваний, в то время как когда на атопический дерматит 3-7%, контактный - 8 до 14%. Таким образом, ведущие места в дерматологической заболеваемости занимают атопический и контактный дерматиты. В целом по данным обращаемости за медицинской помощью у детей регистрируется рост дерматологической заболеваемости. Рост заболеваемости взрослого населения носит менее выраженный характер.

Анализ дерматологической заболеваемости на территории с высоким уровнем техногенной нагрузки за 2000-2012 показывает, что в различные годы она составляет от 124,6 до 166,3 на 1000 детей, для подростков от 33,2 до 44,9 на 1000, для взрослого населения - от 48,2 до 60,2 на 1000 населения. Ведущие места в дерматологической заболеваемости занимают атопический и контактный дерматиты: у детей - 29,6% и 11,7% соответственно, у подростков 10,9% и 10,1%, у взрослого населения 3,4% и 22,6%. Обращает на себя внимание тот факт, что для взрослого населения достоверные различия показателей уровней заболеваемости по болезням кожи и подкожной клетчатки, атопическому и контактному дерматитам не выявлены, хотя на неблагоприятной территории среднемноголетний показатель несколько выше (55,43 на 1000 населения), чем на условно чистой (51,38 на 1000 населения). Показатели многолетней дерматологической заболеваемости населения, проживающего на условно-чистой территории, ниже, чем на территории с высоким уровнем техногенной нагрузки.

Результаты проведенного нами анализа многолетних данных заболеваемости детей, обусловленной неблагоприятным воздействием комплекса техногенных факторов, свидетельствуют о достоверных различиях в уровнях заболеваемости детского населения, проживающего на внутригородских территориях. Достоверные различия среднемноголетних показателей получены как по общей заболеваемости детей ($T_{расч} = 14,14 > T_{табл}$).

= 2,262 при $p < 0.05$), так и по уровню болезней кожи и подкожной клетчатки (Трасч = 7,41 > табл. = 2,262 при $p < 0.05$) в том числе атопическому дерматиту (Трасч. = 3,94 > Ттабл. = 2,262 при $p < 0.05$) и контактному дерматиту (Трасч. = 3,09 > Т табл. = 2,262 при $p < 0.05$), что свидетельствует о значительном вкладе в формирование их повышенного уровня факторов среды района проживания, расположенного вблизи крупных производств. Обращает на себя внимание тот факт, что для взрослого населения достоверные различия показателей уровней заболеваемости по болезням кожи и подкожной клетчатки, атопическому и контактному дерматитам не выявлены, хотя на неблагополучной территории среднемноголетний показатель несколько выше (55,43 на 1000 населения), чем на условно чистой (51,38 на 1000 населения).

С одной стороны это обусловлено тем фактом, что детское население более привязано к району постоянного проживания, т.е. дети посещают детские дошкольные учреждения, школы, как правило, ситуационно расположенные в этом же районе. Взрослое же население сильно мигрирует в течение дня в пределах города, поскольку место проживания и место трудовой деятельности в подавляющем большинстве случаев располагаются в разных районах города. С другой стороны, это говорит о том, что для взрослого населения в формирование его здоровья более весомый вклад вносят производственные факторы, по сравнению с факторами окружающей среды района проживания, которые отходят на второй план. Анализ тенденций изменения показателей заболеваемости детей, проживающих на территории с высоким уровнем техногенной нагрузки, свидетельствует о неблагополучной ситуации по заболеваниям кожи и подкожной клетчатки, показатель которых в 1996 и 2001 годах превышал верхнюю доверительную границу - 156,6 на 1000 детей; атопическому дерматиту - в 2011- 2012 гг. до 54,5 на 1000 детей, что превышает в 1,1 раза верхнюю доверительную границу.

Расчитанный нами прогноз на 2017 год предполагает рост показателей заболеваемости детей атопическим дерматитом - до 58,7 на 1000 детей, контактными дерматитом - до 23,2 на 1000 детей при условии сохранения тенденций и сложившегося уровня техногенной нагрузки. Необходимо отметить, что и на территории с низким уровнем техногенной нагрузки в определенные периоды показатели заболеваемости детей атопическим дерматитом превышают верхнюю доверительную границу для этого района (33,7 на 1000 детей в 2003 г.), но при этом их величины значительно ниже (в 1,25 - 1,26 раз) среднего уровня заболеваемости на неблагополучной территории (43,5+3,16 на 1000 детей). По контактному дерматиту у детей, проживающих на условно чистой территории, аналогичные факты выявлены в 2003 и 2011 г. Наибольший показатель относительного риска дерматологической заболеваемости получен для детского населения по контактному дерматиту - 1,66. По классу болезни кожи и подкожной клетчатки данный показатель составляет - 1,47; по атопическому дерматиту - 1,58.

Вместе с тем, риск возникновения аллергических заболеваний кожи у взрослого населения во многом обусловлен производственными факторами, ведущим из которых является непосредственный контакт с химическими веществами, и зависит от особенностей производственного процесса, стажа работы, возраста. В этой связи, более высокие показатели относительного риска для взрослого населения города Шымкента возможно обусловлены спецификой промышленного потенциала в городе и применяемыми технологиями. Переходя к сравнительному анализу дерматологической заболеваемости промежуточной возрастной группы - подростков (15-17 лет) на двух изучаемых территориях, следует отметить, что достоверные различия показателей их заболеваемости прослеживаются реже, чем у детей до 14 лет. Лишь по контактному дерматиту были выявлены достоверные различия. Для выявления распределения болезней кожи и подкожной клетчатки у детского населения по возрастным группам было проведено выборочное исследование. Проанализировано по 1000 случаев заболеваний на территориях с высокой и низкой техногенной нагрузкой.

Установлено, что распределения числа случаев заболеваний кожи и подкожной клетчатки по возрастным группам детского населения, проживающего на территории с низким и высоким уровнем техногенной нагрузки в целом схожи. Наибольший удельный вес числа случаев заболеваний приходится на возрастные группы 11-12 лет (26,7 - 28,5%) и 13-14 лет (23,9- 27,7%). Известно, что в эти возрастные периоды отмечается критический этап становления иммунитета. Пубертатный скачок в физическом развитии сочетается с уменьшением массы лимфоидных органов. Повышается синтез половых гормонов (прежде всего андрогенов), что ведет к подавлению клеточного иммунитета и стимуляции его гуморального звена. Это период окончательного становления иммунитета и формирования слабого или сильного типа иммунного ответа. Это, по всей видимости, и объясняет подъем развития заболеваний кожи и подкожной клетчатки, в том числе аллергической природы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оспанова А.М., Булешов М.А. Структура профессиональных дерматозов в различных производствах и особенности их профилактики // Здоровье и болезнь. – Алматы, 2008, -№9 (75). – С.13-15.
2. Булешов М., Ережепов Б., Абдухалыков А. Эффективность профилактики основных хронических неинфекционных заболеваний в промышленном городе // Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии. Шымкент, 2004, № 18-19, С. 182-184.
3. З.А.О. Рахымжанова, И.М. Мирзоян, Ю.П.Акимочкин. Кәсіби аллергиялық дерматоздардың клиникасы

және емдеу ерекшеліктері. //Қазіргі экономика жағдайындағы еңбек гигиенасының өзекті мәселелері атты Республикалық ғылыми конференцияның материалдары – Қарағанды, 29-30 қараша 2001 жыл.280-281 бет

4. Кулқыбаев Г.А. Экология промышленного региона и здоровье населения. Научная программа. Караганды, 1995.- 22с.

ТҮЙІН

Өмір сүру аумақтары бір-бірінен өзгеше тұрғындардың дерматологиялық аурулармен кеселдену ерекшеліктерін бағалау

М.А. Булешов, З.И. Бейсембаева, Г.С. Алимбаева, У.Усипбаева
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қаласы

Өндірісі дамыған және қоршаған өмір ортасы барынша ластанған қала тұрғындарының дерматологиялық патологиялармен аурушандығы тұрғын аумағындағы экологиялық-гигиеналық жағдайға тікелей тәуелді екендігі анықталды. Оның негізгі себептеріне атмосфералық ауаның поллютанттармен жоғары дәрежеде ластануы және ішімді судың төмен сапада болуы жатады.

Кілітті сөздер: дерматоздар, дерматиттер, экология, ауыр металлдар, профилактика.

SUMMARY

Evaluation of dermatologic disease of environmentally unfriendly city in contrast with residential areas.

M.A. Bulešov, Z.I. Beysembayeva, Alimbaeva, W. Ussipbayeva
South Kazakhstan State pharmaceutical Academy, Shymkent city

On the assumption of reliable estimate of population incidence level difference, which is based on the example of interurban territory of industrialized city like Shymkent we may insist that man-caused load makes a contribution to the formation of skin and subcutaneous tissue diseases. There are high total level of air pollution and dissatisfied drinking water quality among the dermopatological risk factors of skin and subcutaneous tissue diseases development.

Key words: dermatitis, dermatitis, ecology, heavy metals, prevention.

УДК:616.831-005.-08-039.32

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА

*Л.О. Алданазарова, Ж. С. Султанова. А.М. Асылбекова. Х.А. Сайтмуратов. Е.И.Кубеев
Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*

АННОТАЦИЯ

В зависимости от характера и тяжести симптомов, больных с инсультом лечат в больнице некоторых лечат на дому или в доме – интернате. В тех случаях когда ТИА или инсульт не привели к значительному нарушению функций или когда больной имеет инвалидность ,но за ним уже ухаживают дома. Безусловно, больные с ТИА или инсультом, которые остаются дома, требуют участия членов мультидисциплинарной бригады в подтверждении вероятного исхода ,а также в выработке цели лечения ,к которой должны стремиться больной и его семья ,в определении соответствующего лечения и отслеживании динамики состояния больного ,в модификации цели и задач лечения.

Ключевые слова: мультидисциплинарная бригада, роль медсестер, роль логопеда, роль эрготерапевта, роль специалиста по лечебной физкультуре.

Необходимо представить и прийти к согласию в отношении промежуточных и долгосрочных целей лечения каждого больного, чтобы таким образом можно было оценивать изменения его состояния. Более того, если такие цели поставлены, каждый будет ощущать свой вклад в их достижение. При не достижении пациентом поставленных целей, необходимо выяснить причину, если возможно, предпринять что-либо в этом отношении. Необходимо представлять себе социально- бытовые условия больного, чтобы принять решение

относительного лечения в остром периоде и для последующей реабилитации и выписки из больницы. Цели должны быть ясными, требующими усилий, но достижимыми.

Реабилитацию нужно начинать как можно раньше после инсульта, если пациент в сознании и может быть осмотрен всеми членами бригады, способен общаться с ними и обучаться в процессе проведения лечения. Медсестры, специализирующиеся в области оказания помощи больным с инсультом, просвещают больного и членов его семьи и помогают им приспособиться к обстоятельствам, связанным с перенесенным инсультом.

Логопед проводит оценку и лечение нарушений глотания и речи. Также оценивает состояние экспрессивной и импрессивной речи, оценивает наличие и характер афазии, апраксии и дизартрии, а в дальнейшем проводит более формализованную оценку функции речи.

Задача эрготерапевта состоит в том, чтобы максимально улучшить бытовые навыки пациента. Основная цель – разработать функцию рук в достаточном объеме для выполнения повседневной деятельности, предотвратить развитие контрактур пальцев, кисти, запястья и плеча. На поздних стадиях реабилитации эрготерапевт оценивает трудоспособность больного и целесообразность его возвращения на рабочее место.

Специалист по лечебной физкультуре оценивает мышечный тонус больного, силу мышц и объем движений и старается обеспечить больному максимальный уровень функциональной независимости с помощью специализированных упражнений и рекомендаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков Ю.Н. , Оганов Р.Г. Кардиология,-М.:ГЭОТАР –Медиа,2007.-293с
2. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация. Т.3: рук.для врачей .- М.,2007-С.3-146.
3. Ишемическая болезнь сердца :рук.для врачей/ под ред.акад.РАМН Р.Г.Оганова .-М.,2011.-(Школа здоровья)
4. Макарова И.Н. Реабилитация при заболеваниях сердечно –сосудистой системы.-М.,2010
5. Махмуд А.М. Оптимизация ранней постстационарной реабилитации больных инсультом в условиях реабилитационного диспансера:автореф....дис.канд.мед.наук .-М ., 2006.-63 с

ТҮЙІН

Инсульт алған науқастардың реабилитациясы

Л.О. Алданазарова, Ж.С.Султанова, А.М. Асылбекова, Х.А. Сайтмуратов, Е.И. Кубеев
Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік Фармацевтикалық Академиясы, Шымкент қаласы

Инсульттың таралуы, ықтимал, 1000 адамнан 5-12 оқиғадан келеді (шамалы халық санының 1%), бірақ сол санның нақтылығы популяцияның жас және жыныстың әсерінен тұрады. 65-74 жасты әйелдердің және ерлердің арасында инсульттың таралғандығы 1000 адамнан 25 -50 оқиғаға сәйкес келеді. Дамыған елдерде инсульт мәселесінің өлшемінің аумақтауы арада үлкен дәрежеде қызметтің көрсетілуі тығыз медициналық көмекке байланысты, ақтаудың қызметіне орай, жас адамдардан және денсаулығы мықтылау инсультпен ауырған адамдардан гөрі,неғұрлым инсультпен ауыратын егде адамдарды және мүгедектерді ажалға жиі әкеледі.

SUMMARY

Rehabilitation of patients after stroke

L.O. Aldanazarova, Zh.S. Sultanova, A.M. Asylbekova, Kh.A. Saytmuratov, Y.I. Kubeyev
South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent city

The incidence of stroke is likely to be between 5 to 12 cases per 1,000 people (that is, about 1% of the population), but this figure depends on the age and sex structure of a particular population. Among women and men aged 65-74 years the prevalence of stroke was 25 and 50 per 1,000 respectively. In developed countries, an increase in the size of the problem of stroke touches to a large extent the service of emergency medical care, rehabilitation services indulged as strokes elderly and persons with disabilities leads to death more often than in younger patients and in patients with better health.

УДК61(574)

**ПРИМЕНЕНИЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ, КАК ПУТЬ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В КАЗАХСТАНЕ***А.М. Есенгельдиева, М.К. Ширинова**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент***АННОТАЦИЯ**

Повседневная практика современного врача независимо от его специальности, а также научных работников и организаторов здравоохранения возможна только на основе принципиально новых навыков работы с профессиональной информацией. В связи с чем представляется актуальным введение в медицинском вузе преподавания основ доказательной медицины как самостоятельного предмета, являющегося универсальным инструментом для врачей всех специальностей. Это позволит обучить поиску достоверной и качественной информации, дифференцировать ее по степени ценности и эффективно использовать в клинической практике, преподавательской и исследовательской работе.

Ключевые слова: доказательная медицина, статистика, медицинская помощь, клинические исследования, эффективность, безопасность.

Актуальность темы: Доказательная медицина (ДМ) – это разновидность медицинской практики, отличающаяся применением к лечению отдельного пациента только тех вмешательств, полезность которых доказана в доброкачественных научных исследованиях. Одним из аспектов практического применения принципов ДМ – это разработка клинических рекомендаций для практических врачей и внедрение систем стандартизации в здравоохранении, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи. Доказательная медицина требует объединения лучших доказательств, полученных в исследованиях, с нашим клиническим опытом, личными предпочтениями пациента и конкретными обстоятельствами.

Цель: повышение качества медицинского образования, научной и лечебной деятельности на основе использования, распространения и разработки современных технологий в соответствии с принципами доказательной медицины.

Материалы и методы исследования: Статистический анализ, обзор литературных данных.

Результаты исследования: Бурное развитие медицинской науки во второй половине XX века, разработка новых дорогостоящих технологий поставили врачей перед необходимостью выбора адекватных методов диагностики и лечения, а также инструмента, с помощью которого можно осуществить этот выбор в интересах пациента с учетом эффективности и безопасности медицинских технологий. Врачи должны владеть объективной и достоверной информацией о клинической эффективности того или иного метода. Принципы могут применять в своей повседневной деятельности практически все медицинские работники. И сегодня было бы правильно говорить о медицинской помощи, основанной на принципах доказательной медицины. Благодаря доказательной медицине во многих странах Европы и США в XX веке удалось значительно увеличить среднюю продолжительность жизни.

В качестве примера можно привести один из актуальных заболеваний – лечение ишемической болезни сердца (ИБС). Так, в результате изменений в клинических рекомендациях 2007 года, сделанных на основе ДМ в США смертность от инфаркта миокарда снизилась в 2,5 раза к 2009 году, а в странах СНГ возросла. Новая тактика лечения ИБС привело к улучшению результатов лечения, следовательно доказанные методы лечения целесообразно внедрять. Если в проводимых исследованиях имеются значимые результаты с высокой степенью достоверности, то они учитываются в рекомендациях; и как только получается какое-то исследование, которое изменяет представление о лечении, то выпускаются новые рекомендации. То есть каждая новая рекомендация – это прорыв в медицине. Около 15 лет как мы знакомы с термином доказательная медицина и, читающие медицинскую литературу врачи, в своей практике применяют информацию, основанную на доказательной базе. Однако к этому вопросу до сих пор относятся со скепсисом и актуальными стоят вопросы - приемлемы ли на практике соответствующие методики, насколько они востребованы и стоит ли пользоваться возможностями, усложняющими врачу жизнь.

Некоторые медицинские работники могут предположить, что принципы ДМ могут помешать творческому гуманитарному подходу врача к болезни пациента и что это мешает принимать во внимание врачебную интуицию. И еще один негативный фактор, влияющий на деятельность врача, что принципы ДМ, опубликованные в виде стандартов, протоколов, рекомендаций дают в руки чиновнику, страховщику и юристу возможность управлять финансами государства и требовать их рационального использования. Однако, неэффективная медицинская помощь – фактор, негативно влияющий на развитие здравоохранения, результатом которого могут быть страдания или даже смерть людей, а кроме того нерациональное использование средств из бюджета. С внедрением в медицинскую практику принципов доказательной

медицины мы можем реально изменить ситуацию. Об этом говорит статистика. По итогам 10 месяцев материнская смертность снизилась на 45%, младенческая – на 18%.

Это 150 живых детей. Хотелось бы отметить, что в Южно-Казахстанской области, в рамках меморандума о взаимном сотрудничестве ведущие врачи из Литвы обучили 75% персонала роддомов новейшим методам лечения, основанным на доказательной медицине и соответствующим стандартам ВОЗ. Это позволило сегодня по сравнению с 2008 годом снизить на 56% материнскую смертность и на 36% младенческую. В среднем интенсивность снижения составила 15-20% в год. Для того чтобы каждый врач имел возможность работать на основе доказательной медицины в Казахстане при медицинских ВУЗах имеются центры доказательной медицины и в образовательной программе студентов имеется предмет доказательная медицина, где изучаются основы доказательной медицины, дающие понятия о необходимости применения знаний с доказательной базой. Главная задача центров- донести до студентов, будущих представителей практического здравоохранения понимать разницу использования результатов передовых исследований и старой практики.

Реализация Государственной программы «Саламатты Қазақстан» позволяет сделать систему здравоохранения более эффективной и поднять медицину на качественно новый уровень в соответствии с мировыми стандартами. Специалисту необходимо: уметь отличать доказательную информацию от информации описательной или просто скрытой рекламы и отдавать предпочтение медицинским вмешательствам, имеющим хорошую доказательную обоснованность. «Доказательная медицина» предполагает объединение индивидуального клинического опыта врача с наилучшими и независимыми клиническими доказательствами из систематизированных исследований. Значимость медицинского исследования определяется: научным обоснованием данного исследования, возможностью его практического применения.

Внедрение современных руководств по клинической практике, разработанных на основе принципов доказательной медицины, является одним из важных инструментов повышения качества медицинской помощи. Вывод: в результате анализа авторы статьи пришли к выводу, что разработка клинических рекомендаций, создание протоколов диагностики, лечения на основе доказательной медицины являются наилучшим способом для оказания населению качественной медицинской помощи. Для этого необходимо создавать центры по доказательной медицине, которые на основе мировых данных будут разрабатывать клинические рекомендации и протокола и внедрять в практику для представителей здравоохранения. В результате увеличится количество лечебно-профилактических учреждений, реализующих и использующих принципы и инструменты ДМ в реальной клинической практике (формуляры, стандарты и протоколы ведения больных).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины. / Т. Гринхальх – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 240 с.
2. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. – М.: Медиа Сфера, 1998. – 352 с.
3. Г.П. Котельников, А.С. Шпигель «Система внедрения и реализации принципов доказательной медицины – необходимый и обязательный компонент повышения качества образования в условиях модернизации здравоохранения», Медицинское образование и профессиональное развитие №1 (7) 2012-43 с.
4. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи — М.: Медицина, 2000.-367с
5. Медицина основанная на доказательствах. Как практиковать ДМ. Как обучать ДМ: практикум: пре. с англ./ под ред. В.В Власова, К.И. Сайткулова. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2010.-345с.
6. Власов В.В. Доказательная медицина и принципы методологии. / В.В Власов //Мир Медицины.- 2001.- 240 с. <http://www.osp.ru/doctore/2001/10/048.htm>

ТҮЙІН

Дәлелді медицинаның қолданысы Қазақстандағы медициналық қызмет атқарудың көрсету сапасының жақсарту жолы

А.М Есенгельдиева, М.К Ширинова

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.

Қазіргі дәрігердің күнделікті тәжірибесі оның мамандығына, ғылыми қызметкерлермен денсаулық сақтау ұйымдастырушыларға қарамастан тек ғана кәсіби мәліметтермен жұмыс жасаудың жаңа принципті дағдылары негізінде мүмкін. Осыған байланысты медициналық жоғары оқу орындарында дербес пән етіп барлық мамандық дәрігерлері үшін жан-жақты аспап болып табылатын дәлелді медицина негіздерін кірістіру көкейкесті болып келеді. Бұл тиянақты және сапалы ақпаратты іздеуге, клиникалық тәжірибесінде, оқытушылық және зерттеу жұмыстарына маңыздылық дәрежесіне қарай бөлінуіне және тиімді пайдалануына

мүмкіндік береді.

SUMMARY

The use of evidence-based medicine as a way to improve the quality of medical services in Kazakhstan
A.M Esengeldieva, M.K Shirinova
South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent

The daily practice of the modern doctor, regardless of specialty, as well as academics and policy-makers are only possible on the basis of the innovative skills of professional information. It seems the current introduction to the medical school teaching the basics of evidence-based medicine as a distinct discipline, which is the universal tool for physicians of all specialties. This will train the search for reliable and high quality information, differentiate it according to the values and effective use in clinical practice, teaching and research.

УДК-616.89-008.441.13/33-084(574.5)

ПРОБЛЕМЫ НАРКОМАНИИ И АЛГОКОЛИЗМА, ИХ УГРОЗА ЗДОРОВЬЮ НАЦИИ

*Б.Б. Токкулиева, Б.Т. Токкулиев, Б.К. Сихымбеков, А.К. Бегембетова.
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
Шымкентская городская больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент
Областной наркодиспансер, г. Шымкент*

АННОТАЦИЯ

В статье рассматриваются проблемы наркомании и алкоголизма как социальное бедствие, представляющие глобальную угрозу здоровью всего населения и являющиеся проблемами мирового уровня. Рассматривается ситуация в ЮКО по данным проблемам и пути совершенствования необходимых мероприятий по их профилактике.

Ключевые слова: наркомания, алкоголизм, ВИЧ/СПИД, болезненность, заболеваемость, психоактивные вещества, профилактика.

Проблема наркомании в середине прошлого века вышла за рамки региональных и внутригосударственных явлений и по своему резко негативному воздействию на развитие человеческой цивилизации стала представлять собой глобальную угрозу, огромное социальное зло общемирового уровня. Злоупотребление наркотиками, известное с древнейших времен, сейчас распространилось в размерах, тревожащих всю мировую общественность. Во многих странах наркомании признаны социальным бедствием. Особенно губительно злоупотребление в молодежной среде - поражается и настоящее, и будущее общества. По экспертным оценкам число лиц, допускающих немедицинское потребление наркотиков в мире превышает 30 млн. человек. Наркомания, по мнению Всемирной организации здравоохранения, является угрозой здоровью населения, экономике страны, правопорядку и безопасности государства в мировом масштабе.

Данные статистики неумолимо свидетельствуют о теснейшей связи наркопотребления с ростом числа заболеваний СПИД-ом, вирусными гепатитами, туберкулезом и другими серьезнейшими заболеваниями. Каждое государство предпринимает меры по предупреждению наркопотребления и алкоголизма среди населения. Таким образом, употребление наркотиков является одной из наиболее серьезных социальных проблем в нашей стране. Проблема усугубляется высоким риском заражения инфекциями, включая ВИЧ/СПИД. Более 80% из состоящих на учете наркоманов употребляют опийные наркотики инъекционным способом, что приводит к заражению ВИЧ – инфекцией. По данным наркологических служб, не менее 60% наркозависимых лиц заражены ВИЧ/СПИД [1]. Немедицинское использование психоактивных препаратов и употребление алкоголя неизбежно в любом обществе. При этом важно понять, какую роль играют наркотики в жизни молодых людей. Употребление наркотиков, спиртных напитков вносит существенный ущерб обществу и личности. Основная часть потребителей наркотиков является молодежь и одним из следствий наркомании является физическая и социальная деградация наиболее социально активной и трудоспособной части населения.

Проблема наркомании и алкоголизма занимает особое место в любой стране и Казахстан не является исключением. Заболеваемость и болезненность психическими и поведенческими расстройствами, вызванные употреблением психоактивных веществ, дают неутешительные показатели по регионам РК. Так, например,

болезненность психическими и поведенческими расстройствами, вызванные употреблением психоактивных веществ на 100000 населения составляет: в 2010 году по ЮКО 757,7, в том числе с алкоголизмом 621,34, с наркоманией 125,1; в 2011 году по ЮКО 749,3, в том числе с алкоголизмом 621,0, с наркоманией 117,0; в 2012 году по ЮКО 711,6, в том числе с алкоголизмом 594,3, с наркоманией 108,0; за 6 месяцев 2013 года по ЮКО 708,5, в том числе с алкоголизмом 592,3, с наркоманией 107,8.

Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, вызванные употреблением психоактивных веществ составляет на 100000 населения: в 2010 году по ЮКО 154,6, в том числе с алкоголизмом 138,7, с наркоманией 13,1; в 2011 году по ЮКО 143,2, в том числе с алкоголизмом 133,7, с наркоманией 7,1; в 2012 году по ЮКО 132,7, в том числе с алкоголизмом 123,4, с наркоманией 5,3; за 6 месяцев 2013 года по ЮКО 46,6, в том числе с алкоголизмом 41,5, с наркоманией 3,1. Ниже приведены данные по диспансерному учету наркологических больных в ЮКО, где показатели позволяют сделать вывод, что ситуация по проблемам наркомании и алкоголизма особо не улучшается.

Таблица 1- Показатели диспансерного учета наркологических больных по ЮКО (абс.)

годы	2010	2011	2012	2013
больные, всего	762,5	756,2	741,1	723,6
из них больные с алкоголизмом	625,3	626,3	616,6	604,9
из них больные с наркозависимостью	125,9	118,1	113,9	109,6

Лучший способ противодействия распространению наркомании и алкоголизма – их профилактика. Ведь как показывает мировая практика, вложение денежных средств в профилактику экономит гораздо больше бюджетных средств. К тому же распространение и рост наркомании приводит к повышению криминальной активности детей младших возрастов, способствует увеличению подростковой преступности. Местные исполнительные и распорядительные органы ответственны за организацию пропаганды здорового образа жизни. Для этого следует задействовать все средства массовой информации, максимально расширить материально техническую базу здравоохранения, привлекая к работе с населением также общественные объединения, клубы, бывших пациентов и их родственников, религиозные организации. Необходимо почаще организовывать для подростков и молодежи «круглые столы», конференции, диспуты, семинары с целью профилактики и предупреждения наркомании и алкоголизма, проводить анонимное анкетирование в государственных общеобразовательных учебных заведениях области с целью изучения ситуации, информирования учащихся о вреде наркотиков и выявления распространения в молодежной среде.

Во всем мире именно школьные программы считаются наиболее распространенными формами антинаркотического просвещения. Необходимо усовершенствование программ для родителей и учителей, а также проведение профилактических мероприятий на местном уровне. На сегодня школьное просвещение не достигает тех подростков, которые больше всего в нем нуждаются: тех, кто редко посещает школу или ушел из нее, уже работает и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Томская антинаркотическая инициатива», Обоснование организационных решений и практических мероприятий г. Томск 2010.

ТҮЙІН

Нашақорлық және маскүнемдік мәселері, олардың ұлттың денсаулығына тудыратын қаупі.

Б.Б. Токкулиева, Б.Т. Токкулиев, Б.К. Сихымбеков, А.К. Бегембетова

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.

Шымкент қалалық жедел медициналық жәрдем көрсету ауруханасы, Шымкент қ.

Облыстық наркодиспансер, Шымкент қ.

Мақалада нашақорлық және маскүнемдік мәселелері бүкіл халықтың денсаулығына ғаламдық қауіп төндіретін бүкіләлемдік деңгейдегі мәселе болып табылатын элеуметтік ауыртпалық ретінде қарастырылады. Бұл мәселелердің ОҚО бойынша жағдайы, олардың алдын алу бойынша қажетті шараларды жетілдіру жолдары талқыланады.

SUMMARY

B.B. Tokkulieva, B.T. Tokkuliev, B.K. Sihimbekov A.K. Begembetova.

South Kazakhstan State pharmaceutical Academy, Shymkent city

Shymkent city hospital ambulance, Shymkent city
Regional drug abuse clinic, Shymkent city

In article viewed problems of a narcotism and an alcoholism as the social disaster, posing global threat to health of all population and which considered to be a problem of the world level. The situation in South Kazakhstan according to given problems and ways of perfection of necessary actions is considered

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.65-006-079:577.21

МЕТИЛИРОВАНИЕ ГЕНОВ GSTP1, APC И RARβ КАК КРИТЕРИЙ ИНИЦИАЦИИ И ПРОГРЕССИИ ПРЕДИНВАЗИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭПИТЕЛИЯ ПРОСТАТЫ

Р.В. Бахчиев, Ф.И. Костев, Л.С. Годлевский, К.В. Литовкин, М.П. Кульбида
Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина
ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины»

АННОТАЦИЯ

В работе представлены результаты изучения уровня метилирования промоторной области генов GSTP1, APC, RARβ у больных с гистологически верифицированной доброкачественную гиперплазию предстательной железы (ДГПЖ). Объектом исследования была ткань предстательной железы (77 больных). Показано, что более высокая частота и уровень метилирования в ткани предстательной железы связаны с более частым выявлением в ней переходных морфологических изменений. Предложен индекс уровня метилирования, который значительно выше при наличии переходных изменений эпителия в ткани предстательной железы при ДГПЖ. Определен индекс уровня метилирования характерный для ДГПЖ. Повышение индекса уровня метилирования генов GSTP1, APC и RARβ позволяет выделить группы риска по развитию рака предстательной железы, обосновать необходимость активного наблюдения и повторной биопсии.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, метилирование генов.

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) занимает четвертое место по уровню заболеваемости среди всех злокачественных новообразований в мире [8]. В США рак простаты занимает ведущее место в онкологической заболеваемости среди мужчин, в странах Европейского Союза – второе место. Ежегодно в мире регистрируется около полумиллиона новых случаев РПЖ, что составляет примерно 10% всех опухолей [9], также эта патология является второй по частоте причиной смерти мужчин от онкологических заболеваний [6]. В Российской Федерации в структуре онкологических заболеваний мужского населения РПЖ занимает 3-е место, а по темпам прироста заболевания и смертности за период с 1998 по 2008 г. – 1-е место [1]. Приведенные данные демонстрируют актуальность проблемы РПЖ, а темпы прироста заболеваемости и смертности о недостаточной эффективности имеющихся возможностей по диагностике и лечению этого заболевания. На данный момент наиболее ценным опухолевым маркером, исследование которого в сыворотке крови необходимо для диагностики и наблюдения за течением гиперплазии и рака предстательной железы является простат-специфический антиген (ПСА). Параметры, оцениваемые этим тестом, показывают чувствительность до 70% и положительную прогностическую ценность от 26 до 52% [4].

Высококочувствительным этот маркер становится только при значениях более 20 нг/мл, однако для проведения радикального лечения РПЖ требуется выявление этого заболевания на ранних стадиях, а подавляющее большинство случаев локализованного рака приходится на так называемую «серую зону», когда значения ПСА находятся в промежутке 4–10 нг/мл. Биопсия предстательной железы, выполняемая в связи с повышением ПСА в пределах «серой зоны», зачастую подтверждает доброкачественную гиперплазию предстательной железы (ДГПЖ), но выявляет переходные изменения в эпителии протоков предстательной железы. Наиболее часто при морфологическом исследовании у больных ДГПЖ выявляют простатическую интраэпителиальную неоплазию (ПИН) и атипическую мелкоацинарную пролиферацию (ASAP). Несмотря на то, что эти изменения расцениваются как пренеопластические, нет четкого понимания и единого мнения по дальнейшему ведению этой категории больных. Также морфологическое исследование не может ответить на вопрос о том, в каком случае переходное состояние перейдет в инвазивный рак, а в каком нет.

Рак предстательной железы зачастую сопутствует ДГПЖ и развивается на ее фоне, однако остается неизвестным, когда и какой фактор является пусковым в этом процессе. Для ответа на эти вопросы идет поиск новых методов диагностики РПЖ на стадии доклинического течения. Молекулярно-генетические методы позволяют выявить изменения характерные для рака до того, как он будет иметь специфические морфологические признаки. Так гиперметилирование промоторного региона гена супрессора опухолевого роста p16INK4A при плоскоклеточном раке лёгкого было обнаружено уже в гиперплазии [5]. Гиперметилирование промоторной области генов-супрессоров опухолевого роста является характерным эпигенетическим признаком опухолей разной локализации. В настоящее время известно значительное число генов супрессоров опухолевого роста, инактивированных в различных опухолях путем гипеметилирования CpG-островков, локализованных в их регуляторных областях.

Среди них: гены Rb1, p53, VHL, BRCA1, MLH1 и другие [5,7,10,2,3]. Инактивация гена супрессора опухолевого роста происходит посредством феномена MAGI (methylation-associated gene inactivation),

функциональное значение которого остается неизвестным. Изучение гиперметилирования генов супрессоров при раке предстательной железы позволяет рассчитывать на выявление молекулярно-генетических изменений свойственных заболеванию на стадии предопухолевого протекания.

Цель. Изучить метилирование промоторной области генов-супрессоров опухолевого роста GSTP1, APC, RAR β при ДГПЖ. Оценить характер метилирования промоторной области, на основании сравнительного анализа показателей метилирования в ткани предстательной железы полученной после выполнения чреспузырной простатэктомии, ТУР предстательной железы и мультифокальной биопсии предстательной железы (МФБ). Оценить целесообразность использования уровня метилирования в качестве прогностического фактора у пациентов с ДГПЖ и возможность выделения больных группы риска по развитию РПЖ.

Материалы и методы. Клиническую группу исследования составили 77 больных ДГПЖ, проходивших обследование и лечение в урологическом отделении на базе Городской клинической больницы №10 г. Одессы. Все больные были разделены в зависимости от перенесенного хирургического вмешательства на три группы. В первую группу вошли 45 больных перенесших мультифокальную биопсию (МФБ) предстательной железы. Вторая была сформирована из 23 больных перенесших трансуретральную резекцию (ТУР) предстательной железы и третья из 9 больных перенесших чреспузырную простатэктомию. Больные первой, второй и третьей групп были сопоставимы по возрасту, который составил 67,91 (49; 83) лет, 70,13 (54; 84) лет и 66,77 (58; 80) лет соответственно. Медиана уровня ПСА в группе больных перенесших МФБ составила 15,27 (1,4; 88,8) нг/мл, в группе больных перенесших ТУР и чреспузырную простатэктомию 5,32 (0,6; 21,2) нг/мл и 6,56 (1,23; 17,18) нг/мл соответственно.

Медиана объема предстательной железы в первой группе составила 78,93 (34; 156) мл, во второй и третьей 59 (24; 83) мл и 97,88 (75; 126) мл соответственно. Объектом исследования была ткань, полученная путём выполнения трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы из 12 точек под ультразвуковым контролем, при помощи автоматического биопсийного пистолета фирмы «BARD», иглой размером 16G, а также ткань полученная после выполнения чреспузырной простатэктомии и ТУР простаты. Всем больным были выполнены молекулярно-генетические исследования, которые включали выделение ДНК из ткани предстательной железы, определение наличия метилирования промоторной области и подсчет количества метилированных копий генов GSTP1, APC, RAR β . При работе с показателями уровня метилирования исследуемых генов нами введен индекс уровня метилирования, который является средним значением уровня метилирования трех генов. Статистическая обработка производилась с использованием непараметрических критериев Краскелла-Уоллеса.

Результаты исследований. Для определения характеристик метилирования у больных ДГПЖ, нами был проведен анализ частоты выявления метилирования промоторной области изучаемых генов. Средний возраст больных составил 68,4 лет (49; 84). Медиана уровня ПСА составила 11,4 нг/мл (0,6; 88,8). Средний объем предстательной железы составил 75 мл ($\pm 33,2$). Метилирование промоторной области выявлялось у всех трех генов, но с разной частотой. Чаще всего метилирование встречалось у гена APC, в 34,6% из всех изученных образцов. У генов GSTP1 и RAR β метилирование выявлено в 28% и 10,6% соответственно. Также мы изучили частоту встречаемости метилирования при ДГПЖ разделив больных в зависимости от способа получения материала. Обращает на себя внимание, что метилирование промоторной области всех трех генов выявляется чаще в группе больных где материал получен после МФБ предстательной железы. Так метилирование гена GSTP1 выявлено в 84,1%, когда материал получен после МФБ простаты, в 41,7% после ТУР предстательной железы и в 12,5% случаев после выполнения чреспузырной простатэктомии (табл. 1).

Таблица 1 - Частота выявления метилирования гена GSTP1 при ДГПЖ в зависимости от способа получения материала

Способ получения материала	Наличие метилирования		Суммарное количество
	нет	есть	
Мультифокальная биопсия предстательной железы	7 (15,9%)	37 (84,1%)	44
ТУР простаты	14 (58,3%)	10 (41,7%)	24
Чреспузырная простатэктомия	7 (87,5%)	1 (12,5%)	8
Всего	28	48	76

При исследовании гена APC получены следующие результаты. Если материал получали после МФБ

предстательной железы метилирование выявлено в 93,2%, что выше, чем в случае гена GSTP1. В группе больных где материал получали после ТУР простаты или чреспузырной простатэктомии метилирование промоторной области гена встречалось в 75% и 50% соответственно, что также выше чем у гена GSTP1(табл. 2).

Таблица 2 - Частота выявления метилирования гена APC при ДГПЖ в зависимости от способа получения материала

Способ получения материала	Наличие метилирования		Суммарное количество
	нет	есть	
Мультифокальная биопсия предстательной железы	3 (6,8%)	41 (93,2%)	44
ТУР простаты	6 (25,0%)	18 (75,0%)	24
Чреспузырная простатэктомия	4 (50,0%)	4 (50,0%)	8
Всего	13	63	76

Эта закономерность распределения частоты метилирования в зависимости от способа получения материала свойственна и гену RARβ. Наиболее высокая частота метилирования получена в группе больных, где материал получен после МФБ простаты – 72,7%, и это ниже аналогичных показателей генов GSTP1 и APC. В группе больных после ТУР простаты частота метилирования составила 33,3%, что также ниже, чем у предыдущих двух генов. В группе больных где материал получен после чреспузырной простатэктомии метилирование выявлено в 12,5%, что соответствует гену GSTP1 (табл. 3).

Таблица 3 - Частота выявления метилирования гена RARβ при ДГПЖ в зависимости от способа получения материала

Способ получения материала	Наличие метилирования		Суммарное количество
	нет	есть	
Мультифокальная биопсия предстательной железы	12 (27,3%)	32 (72,7%)	44
ТУР простаты	16 (66,7%)	8 (33,3%)	24
Чреспузырная простатэктомия	7 (87,5%)	1 (12,5%)	8
Всего	35	41	76

Таким образом, видно, что метилирование промоторной области изучаемых генов-супрессоров опухолевого роста довольно часто выявляется у больных с доброкачественными изменениями предстательной железы. Мы получили закономерность частоты встречаемости метилирования в зависимости от способа получения материала и она свойственна всем трем генам. Для всех трех генов свойственна более высокая частота выявления метилирования у больных перенесших МФБ предстательной железы и самая низкая у больных перенесших чреспузырную простатэктомию. Мы провели анализ уровня метилирования в зависимости от получения материала и выявили, что он также отличается в разных группах. Уровень метилирования промоторной области гена GSTP1 в группе ТУР и чреспузырной простатэктомии равен нулю. Медиана уровня метилирования в группе МФБ равна 0,36% и это отличие статистически высоко значимо (табл. 4).

Таблица 4 - Уровень метилирования гена GSTP1 при ДГПЖ в зависимости от способа получения материала.

Способ получения материала	N	Q25	Median	Q75	Множественное сравнение *
Мультифокальная биопсия предстательной железы	44	0,03%	0,36%	2,50%	В
ТУР простаты	24	0,00%	0,00%	0,05%	А
Чреспузырная простатэктомия	8	0,00%	0,00%	0,00%	А

*- несовпадение литер означает значимость различий между вариантами по тесту Краскелла-Уоллеса: $H(2, 76) = 25,1$; $p < 0,00001$; одинаковые литеры означают незначимость различий.

Медиана уровня метилирования промоторной области гена APC в группе МФБ составила 0,39%, что соответствует медиане гена GSTP1 0,36%. Интересно, что максимальные значения у этих генов тоже близки, 2,28% для гена APC и 2,5% для гена GSTP1. Статистически значимых отличий в уровне метилирования гена APC в группе МФБ и ТУР не выявлено, в то время как уровень метилирования в ткани предстательной железы полученной после чреспузырной простатэктомии статистически значимо отличался от первых двух (табл. 5).

Таблица 5 - Уровень метилирования гена APC при ДГПЖ в зависимости от способа получения материала.

Способ получения материала	N	Q25	Median	Q75	Множественное сравнение *
Мультифокальная биопсия предстательной железы	44	0,09%	0,39%	2,28%	В
ТУР простаты	24	0,01%	0,21%	0,46%	В
Чреспузырная простатэктомия	8	0,00%	0,09%	0,24%	А

*- несовпадение литер означает значимость различий между вариантами по тесту Краскелла-Уоллеса: $H(2, N=76) = 7,8$; $p = 0,021$; одинаковые литеры означают незначимость различий.

Наиболее низкий уровень метилирования показал ген RAR β . Медиана уровня метилирования в ткани полученной после МФБ составила 0,03%. В ткани полученной после ТУР предстательной железы или чреспузырной простатэктомии метилирование равнялось нулю. Различие в уровне метилирования в ткани полученной после МФБ простаты с одной стороны и ткани полученной после ТУР или чреспузырной простатэктомии с другой стороны, статистически высоко значимо (табл. 6).

Таблица 6 - Уровень метилирования гена RAR β при ДГПЖ в зависимости от способа получения материала.

Способ получения материала	N	Q25	Median	Q75	Множественное сравнение *
Мультифокальная биопсия предстательной железы	44	0,00%	0,03%	0,26%	В
ТУР простаты	24	0,00%	0,00%	0,03%	А
Чреспузырная простатэктомия	8	0,00%	0,00%	0,00%	А

*- несовпадение литер означает значимость различия вариантов по тесту Краскелла-Уоллеса: $H(2, N=76) = 18,3$; $p = 0,0001$; одинаковые литеры означают незначимость различий.

Средний уровень ПСА в группе больных после МФБ практически втрое превышал таковой у больных после ТУР простаты или чреспузырной простатэктомии и составил 15,27 нг/мл, против 5,32 нг/мл и 6,56 нг/мл соответственно. Интересно, что выявленная нами закономерность распределения частоты метилирования генов, для которой характерно большее значение при МФБ и снижение показателей при ТУР простаты и чреспузырной простатэктомии соответственно, также сохраняется при сравнении средних уровней метилирования. Средний уровень метилирования у всех трех генов выше в группе больных, где ткань получили после выполнения МФБ простаты, относительно уровня метилирования в группах больных после ТУР или чреспузырной простатэктомии. Так, например, для гена APC средний уровень метилирования промоторной области в ткани полученной после МФБ составил 0,39%, после ТУР 0,21% а после чреспузырной простатэктомии 0,09% (табл.7).

Таблица 7 - Показатели средних значений при разных способах получения материала.

Способ получения материала	Среднее значение			
	ПСА, нг/мл	GSTP1, %	APC, %	RAR β , %
МФБ	15,27 (1,4; 88,8)	0,36	0,39	0,03
ТУР	5,32 (0,6; 21,2)	0	0,21	0
Чреспузырная простатэктомия	6,56 (1,23; 17,18)	0	0,09	0

Исходя из этих данных видно, что ткань морфологически идентифицированная как аденоматозно-стромальная гиперплазия имеет разный уровень метилирования в группах отличающихся по способу забора ткани. Для объяснения этого мы изучили морфологические характеристики образцов и выявили, что часть из них содержит переходные изменения в эпителии ацинусов как ПИН и мелкоацинарная атипическая пролиферация. Распределение таких образцов в общей структуре было следующим: в материале полученном после МФБ предстательной железы переходные состояния эпителиа ацинусов (ПИН, ASAP) выявлены в 14 случаях (87,5%), в то время как в материале полученном после ТУР и чреспузырной простатэктомии выявлено по 1(6,25%) случаю ПИН. Таким образом, переходные изменения эпителиа ацинусов предстательной железы чаще встречаются в ткани полученной после выполнения МФБ. Для образцов ДГПЖ в сочетании с переходными состояниями эпителиа характерен более высокий уровень метилирования, что показали проведенные нами ранее исследования. Этим можно объяснить более высокий уровень метилирования в образцах ДГПЖ полученных после МФБ предстательной железы.

Для подтверждения этого мнения мы изучили уровень метилирования разделив образцы на содержащие ПИН или мелкоацинарную атипическую пролиферацию и без таких изменений. Данные по уровню метилирования в этих образцах представлены в таблице 8. Для наглядности в таблицу включен средний показатель ПСА, который не отличается в группе ДГПЖ содержащих переходные изменения и не содержащих. Однако, уровень метилирования разный. В образцах ДГПЖ в сочетании с ПИН он самый высокий и это свойственно всем трем генам. При сочетании ДГПЖ с атипической мелкоацинарной пролиферацией уровень метилирования ниже, чем при ДГПЖ в сочетании с ПИН, но на порядок выше, чем при типичной ДГПЖ. Для гена GSTP1 и APC профиль метилирования сходный. В случае гена RAR β эта закономерность не прослеживается.

Таблица 8 - Уровень метилирования в образцах с разным гистологическим строением

Морфология	Среднее значение				Индекс уровня метилирования
	ПСА	GSTP1	APC	RAR β	
ДГПЖ+ASAP	11	1,26%	1,52%	0,13%	1,2
ДГПЖ+ПИН	11,3	2,95%	2,98%	1,1%	2,34
ДГПЖ	11,5	0,71%	0,75%	0,13%	0,53

По нашему мнению более высокий уровень метилирования промоторной области исследуемых генов в ткани предстательной железы при ДГПЖ объясняется большей частотой выявления в ней переходных состояний эпителиа ацинусов, таких, как простатическая интраэпителиальная неоплазия и атипическая мелкоацинарная пролиферация. Это в свою очередь объясняется тем, что ткань полученная после ТУР простаты или чреспузырной простатэктомии представлена транзиторной зоной. А ткань полученная после МФБ предстательной железы представлена в 75,6% биоптатов периферической зоной, в которой, как известно, в большинстве случаев выявляют переходные изменения и в 75% рак предстательной железы. Эти данные позволяют сделать вывод о том, что наличие переходных изменений эпителиа ацинусов предстательной железы влияют на уровень метилирования промоторной области генов-супрессоров опухолевого роста повышая его. Проведенные нами ранее исследования показали, что метилирование является характерным признаком рака предстательной железы, а его уровень является более чувствительным методом и повышается при ПИН и ASAP, которые в настоящее время рассматриваются как предопухолевые состояния.

Таким образом, выявление более высокого уровня метилирования при МФБ у больных с ДГПЖ, может являться молекулярно-генетическим признаком предопухолевого процесса, который не определяется морфологически. Введенный индекс уровня метилирования отображает среднее значение по трем генам. Из таблицы 8 видно, что индекс уровня метилирования при ДГПЖ, когда отсутствовали переходные изменения эпителиа, был самый низкий и составил 0,53. Индекс уровня метилирования 0,53 расценивается нами, как соответствующий типичной доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Превышение этого показателя может свидетельствовать о наличии переходных изменений в ткани предстательной железы, которые в соответствии с современными взглядами являются предопухолевыми.

Эти больные требуют тщательного динамического наблюдения за клиническими показателями, поскольку у них существует риск трансформации переходных изменений эпителиа в инвазивную карциному. У

этой категории больных может быть оправдано повторное выполнение МФБ предстательной железы в динамике, которая наряду с традиционной оценкой морфологического строения позволит определить уровень метилирования и получить дополнительную информацию о характере патологического процесса.

Выводы: Для образцов ткани предстательной железы полученной из периферической зоны характерен более высокий уровень метилирования промоторной области генов-супрессоров опухолевого роста, так как в ней с большей частотой выявляются переходные изменения эпителия. Повышение индекса уровня метилирования генов GSTP1, APC и RAR β позволяет выделить больных группы риска по развитию рака предстательной железы, обосновать необходимость активного наблюдения и повторной биопсии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2008 году. Под редакцией В.И. Чиссова, В.В. Старинского, В. Петровой. М.:ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», 2010. 256 с.
2. Лихтенштейн А.В., Киселева Н.П. (2001), Биохимия, 66, 293-317;
3. Матвеев Б.П., Бухаркин Б.В., Матвеев В.Б. Рак предстательной железы.- М.-1999.- 153с.
4. Пушкарь Д.Ю. Простатспецифический антиген и биопсия предстательной железы / Д.Ю. Пушкарь. – М.: Медпресс-информ, 2003. – 159 с.
5. Alterations in DNA methylation: a fundamental aspect of neoplasia / S.B. Baylin, J.G. Herman, J.R. Graff [et al.] // Adv. Cancer Res. – 1998. – Vol. 72. – P. 141-196.
6. Cancer Facts and Figures. Atlanta: American Cancer Society, 2003.
7. Hanahan D., Weinberg R.A. (2000) The hallmarks of cancer. Cell, 100, 57–70.
8. Jemal A., Murray T., Ward E. et al. Cancer Statistics, 2005 // CA Cancer J. Clin.— 2005.— Vol 55.— P. 10—30.
9. Quinn, M. and Babb, P.: Patterns and trends in prostate cancer incidence, survival, prevalence and mortality. Part I: international comparisons. BJU Int, 90: 162, 2002.
10. Robertson K.D., Uzvolgyi E., Liang G. et al (1999) Nucleic Acids Res., 27, 2291-2298;

ТҮЙІН

Шыжыңдықтың (простатаның) эпитемиялық өзгерісінің прогресі және инициацияның өлшемі ретінде RARB, APC, GSTP1 гендерінің метилденуі

Р.В. Бахчиев, Ф.И. Костев, Л.С. Годлевский, К.В. Литовкин, М.П. Кульбида
Ұлттық медициналық университет, Одесса қ., Украина

ММ «В.П. Филатов атындағы көз аурулардың және маталық терапиясының институты ҰҒАМ Украина»

Бұл жұмыста қуық асты безінің қатерсіз ісігімен ауырып түскен науқастардың RARB, APC, GSTP1 гендері аумағында метилденуінің дәрежесіне жүргізілген сынамалардың нәтижелері ұсынылып отыр. Зерттеу нысанына (77 науқастың) қуық асты безінің ұлпалары алынды

SUMMARY

Methylation of the gene GSTP1, APC and RAR β as a criterion for the initiation and progression of preinvasive prostate epithelial changes

R.V. Bakhchiev, F.I. Kostev, L.S. Godlevsky, K.V. Litovkin, M.P. Kulbida
Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

SI "Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy V.P. Filatov NAMS of Ukraine"

The results of the study of the level of methylation of the promoter region of genes GSTP1, APC, RAR β in patients with histologically verified benign prostatic hyperplasia (BPH). The object of the study was the prostate tissue (77 patients). It was shown that the higher the frequency and the level of methylation in prostate tissue after the transrectal biopsy of prostate gland associated with more frequent detection of transitional morphological changes. The methylation index was investigated which was significantly higher in the presence of transitional changes in the epithelial tissue of BPH. The typical changes of methylation index have been established for BPH. The increase of methylation index of gene GSTP1, APC and RAR β can identify patients with high risk of the prostate cancer development, and justifies the need for active surveillance and biopate investigations.

Key Words: benign prostatic hyperplasia, genes methylation.

УДК: 616.716.4-001.4-089-003.9

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОСТНОГО МАТЕРИАЛА (KERAOS®) И ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ (TISSUE SUPPORT, FLEX BARRIER) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИКОСТНОГО ДЕФЕКТА В ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ*Т.В. Трезубова**модуль «Пропедевтика хирургической стоматологии» КазНМУ, г. Алматы***РЕЗЮМЕ**

Клинико-рентгенологически определена эффективность закрытия костного дефекта в области нижней челюсти с использованием костного материала (KeraOs®) и гиалуроновой кислоты (Tissue Support, Flex barrier).

Ключевые слова: стоматология, регенерация, гиалуроновая кислота, внутрикостный дефект, костный материал.

Высокая биосовместимость и биологическая активность гиалуроновой кислоты, отсутствие у нее антигенных свойств, на протяжении многих лет, позволяет использовать во всех областях медицины, в том числе и в области стоматологии. Она обладает большой водоудерживающей способностью - одна молекула гиалуроновой кислоты связывает около 500 молекул воды. Поэтому ткань, содержащая значительное количество гиалуроновой кислоты, насыщена водой, что обеспечивает ей упругость и устойчивость к внешнему воздействию. Гиалуроновая кислота, формируя межклеточные пространства, облегчает поступление питательных веществ к клеткам и удаляет продукты метаболизма, осуществляя активный обмен веществ между кровью и тканями; модулирует функциональное состояние фагоцитов и иммунокомпетентных клеток, защищая от внешних воздействий; взаимодействует с рецепторами клеточной поверхности, стимулирует миграцию фибробластов и клеточную пролиферацию. Все эти свойства особенно важны при регенерации тканей. Благодаря вязкости гиалуроновой кислоты замедляется процесс проникновения бактерий и вирусов. Эта заградительная функция гиалуроновой кислоты имеет, конечно же, очень важное значение в процессе заживления раны.

Значительные клинические преимущества гиалуроновой кислоты в том, что она позволяет оптимизировать работу с материалами для регенерации кости. Смесь гиалуроновой кислоты с костным материалом (KeraOs®) для регенерации кости, позволяет значительно улучшить клинические качества и его фиксацию в местах применения, оказывая положительное воздействие на остеоиндуктивность (рис.1,2,3,4). Кроме того, гиалуроновая кислота предотвращает смещение аугментационного материала и обеспечивает стабильность его объема. Применение гиалуроновой кислоты (Tissue Support, Flex barrier) и костного материала (KeraOs®) в области костных дефектов челюстей является клинической альтернативой мембранам.



Рисунок 1. Смесь гиалуроновой кислоты с костным материалом (KeraOs®)



Рис.2 Смесь гиалуроновой кислоты с костным материалом (KeraOs®).



Рис.3 Смесь гиалуроновой кислоты с костным материалом (KeraOs®)



Рис.4 Смесь гиалуроновой кислоты с костным материалом (KeraOs®)

Она эффективно фиксирует аугментационный материал и выполняет функцию биологической мембраны.

Целью работы было изучение возможности применения в качестве направленной тканевой регенерации смеси костного материала (KeraOs®) с гиалуроновой кислоты (Tissue Support, Flex barrier) для восстановления костного дефекта нижней челюсти.

Материалы и методы исследования. Костный материала (KeraOs®) в сочетании с гиалуроновой кислотой (Tissue Support, Flex barrier) мы использовали при хирургическом методе лечения костного дефекта в

области нижней челюсти слева у пациента, перенесшего остеомиелит нижней челюсти одонтогенной этиологии. Срок наблюдения до 1 года 2-х месяцев. Методика операции заключалась в следующем. Операционное поле обрабатывали 0,05% водным раствором хлоргексидина биглюконата. Под мандибулярной анестезией Sol. Ubistesini 3,4 ml производили два параллельных разреза с вестибулярной стороны, расстояние между разрезами соответствовало размерам дефекта костной ткани, который определяли рентгенологически. Отслаивали слизисто-надкостничный лоскут с вестибулярной и язычной стороны. Грануляционную ткань в области дефекта полностью удаляли кюретажной ложкой.

С помощью бормашины и фрезы внутреннюю поверхность дефекта полировали и одномоментно обрабатывали растворами антисептиков (0,05% водный раствор хлоргексидина биглюконата). Затем извлекали из стерильной упаковки остеоиндуктивный материал для восстановления костной ткани (KeraOs ®) и замешивали на гиалуроновой кислоте (Flex barrier). Образовывалась эластичная масса, легко вводимая на раневую поверхность, что оптимизировало в дальнейшем процесс распределения аументата и ускоряло процесс образования новой костной ткани. Материал для восстановления костной ткани размещали в полости дефекта таким образом, чтобы максимально эффективно использовать его высокую пористость. Необходимо гарантировать плотный контакт материала с окружающими костными тканями, для того чтобы он мог в полной мере проявить свои свойства и чтобы замедлить рост краевого эпителия. В данном случае смесь костного материала (KeraOs ®) и гиалуроновой кислоты (Flex barrier) образовывала защитный барьер и достаточно длительное время препятствовала прорастанию мягких тканей в костный дефект. Под раневой поверхностью равномерно тонким слоем при помощи канюли распределяли гель Tissue Support. Швы накладывали шовным материалом Vicril.

Костно-пластический материал KeraOs ® способствует, благодаря своей высокой пористости, более активной регенерации костной ткани. Благодаря комбинированному применению материалов для восстановления костной ткани KeraOs ® и гиалуроновой кислоты (Tissue Support, Flex barrier) создается благоприятная ситуация для ускоренного восстановления костной ткани, как основы для достижения совершенного, с эстетической точки зрения, конечного результата. Также, в случае раскрытия раны, благодаря использованию таких материалов значительно снижаются потери мягких тканей. Последующее сообщение содержит описание конкретного случая применения комбинированного регенеративного метода для лечения внутрикостного дефекта нижней челюсти. Клинический пример: Пациент Т.Я. 1974 года рождения, обратился с жалобами на длительное не заживление в области лунки удаленного зуба. Из анамнеза заболевания: по поводу хронического периодонтита был удален 3.7 зуб. На 7-е сутки после удаления обратился с жалобами на боль в лунке 37. Был установлен диагноз альвеолит от 3.7 зуба, и проведено консервативное лечение.

Пациент обратился к нам через месяц после удаления зуба. Боль в области лунки особо его не беспокоила, но заживление не лунки не происходило, в результате хронического вялотекущего процесса образовался дефект в области альвеолярного отростка нижней челюсти слева. Объективно: слизистая оболочка вокруг лунки не изменена, из лунки выбухают рыхлые грануляции. На ортопантограмме определяется дефект костной ткани в области альвеолярного отростка и тела нижней челюсти слева в проекции ранее удаленных 3.6 и 3.7 зубов (рис. 5). Клинический диагноз: хронический остеомиелит лунки 3.7 зуба. Дефект альвеолярного отростка нижней челюсти справа в области 3.7 зуба. На фоне противовоспалительной терапии под местной анестезией проведена операция секвестрэктомия (удалены патологические грануляции и мелкие секвестры) и одномоментно заполнен костный дефект смесью гиалуроновой кислоты (Tissue Support, Flex barrier) и костного материала (KeraOs ®).

Результаты исследования: в ближайшем послеоперационном периоде заживление проходило спокойно. Коллатерального послеоперационного отека тканей и боли практически не было за счет блокирования выработки цитокинов, которые стимулируют воспалительный процесс, и поэтому заживление происходит с минимальными осложнениями. Это значит, что снижается риск появления послеоперационного отека и болезненности. Слизистый лоскут с первых суток был бледно-розового цвета. Заживление происходило первичным натяжением. Швы состоятельны.

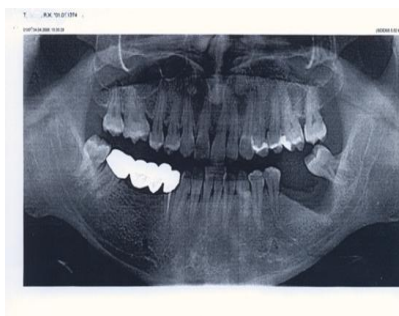


Рисунок 5 - Рентгенологическая картина пациента на момент обращения (до операции)

Нами были прослежены отдаленные результаты эффективности закрытия костного дефекта костным материалом (KeraOs ®) и гиалуроновой кислотой (Tissue Support, Flex barrier) в период до 1 года 2-х месяцев. Жалоб пациент не предъявлял. В полости рта слизистая бледно-розового цвета, в области бывшего дефекта, визуальнo и пальпаторно атрофии альвеолярного отростка не определялось. Рентгенологически выявлено, что костный дефект заполнен костной тканью с четкими контурами. Структура костной ткани в области дефекта не отличается от окружающей ткани (рисунок 6).



Рисунок 6 - Рентгенологическая картина регенерации костной ткани при закрытии костного дефекта в области нижней челюсти слева через 1 год 2 месяца после операции.

Таким образом, гладкое течение послеоперационного периода и выраженный положительный эффект в виде восстановленного костного дефекта позволяет достаточно высоко оценить остеотропный препарат - KeraOs ® в комбинации с гиалуроновой кислотой (Tissue Support, Flex barrier). Одновременно полагаем целесообразным провести более глубокие и длительные клинические и лабораторные исследования по данному препарату, чтобы проследить судьбу материала и оценить его эффективность при лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барер Г.М., Суражев Б.Ю., Янушевич О.О. Сравнительный анализ применения изолирующих мембран для направленной регенерации тканей пародонта. // Материалы научной сессии ЦНИИС, посвященной 35-летию института «Наука – практике». – М., 1998. – С. 110-113.
2. Перова М.Д. Лечение околоимплантатных костных дефектов с использованием различных мембранных барьеров. Часть 1. Клиническое исследование. // Пародонтология. – 1999 - №1(11).-С.6-10.
3. Переслыцких П.Ф. Остеогенез при нарушении внутрикостных сосудов и его активация при лечении костных ран. – Иркутск, 1995. – 196с.

ТҮЙІН

«Төменгі жақ аймағының сүйекшілік ақауын емдеу үшін гиалурон қышқылы (Tissue Support, Flex barrier) мен және сүйек материалдарын (Kera os) қолданудың клиникалық көрінісі». Т.В. Трегубова, КазНМУ, доцент. Алматы 8мк-р, дом 41, кВ.56. Төменгі жақ аймағындағы сүйек ақауларын жабуға сүйек материалдарын (KeraOs ®) және гиалурон қышқылын (Tissue Support, Flex barrier). қолдану эффективтілігі клиникo-рентгенологиялық анықталды.

SUMMARY

Clinical example of the use of bone material(KeraOs ®) and hyaluronic acid(Tissue Support, Flex barrier) for treatment of into bone defect in area of lower jaw. T.V. Tregubova, KazNMU, associate professor, Almaty of 8a, house 41, f.56. Clinical and radiographic determine how close the bone defect in the lower jaw with the use of bone material (KeraOs ®) and hyaluronic acid (Tissue Support, Flex barrier).

УДК: 616.716.4-001.4-089-003.9

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ТРЕТЬИХ НИЖНИХ МОЛЯРОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОСТНОГО МАТЕРИАЛА (KERAOS®) И ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ (TISSUE SUPPORT, FLEX BARRIER)*Т.В. Трезубова**Модуль «Пропедевтика хирургической стоматологии» КазНМУ, г. Алматы***РЕЗЮМЕ**

Клинически апробирован предложенный нами способ лечения больных с осложнениями затрудненного прорезывания третьих нижних моляров с использованием костного материала (KeraOs®) и гиалуроновой кислоты (Tissue Support, Flex barrier). Данный способ купирует болевой синдром через 1-2 суток, не дает послеоперационных отеков, сокращает сроки лечения до 4-6 дней, кратность обращения до 2,4 раз и оптимизирует процессы регенерации на 4-6 дней.

Ключевые слова: стоматология, третьи нижние моляры, костная регенерация, гиалуроновая кислота, костный материал.

Несмотря на постоянное совершенствование методов лечения, до сих пор частота осложнений при затрудненном прорезывании третьих нижних моляров остается высокой и составляет от 30% до 75% (1). По данным (2,3) различных авторов до 15,6% от общего количества больных, госпитализированных в клинику, составляют пациенты с этими заболеваниями. Удаление зуба на фоне гнойного перикоронарита часто приводит к прогрессированию гнойно-воспалительного процесса, возникновению альвеолита, остеомиелита, флегмон и других осложнений, приводящих в дальнейшем к атрофии альвеолярного отростка.

Целью нашего исследования явилось: изучение эффективности комплексного лечения больных с осложнениями затрудненного прорезывания нижних третьих моляров с использованием костного материала (KeraOs®) и гиалуроновой кислоты (Tissue Support, Flex barrier).

Материалы и методы исследования: под наблюдением на базе института стоматологии КазНМУ находилось 28 больных (мужчин – 17, женщин – 11) в возрасте от 19 до 38 лет. У них рентгенологически определялись следующие положения нижних третьих моляров: вертикальное – у 2-х пациентов, горизонтальное – у 5-и, медиально-косое – у 7-и, дистально-косое – у 4-и, язычно-косое – у 5-и, медиально-щечное – у 5-и. Из осложнений при затрудненном прорезывании этих зубов выявлены: острый катаральный перикоронарит (у 5), острый гнойный перикоронарит (у 10), острый гнойный периостит (у 9), одонтогенный абсцесс челюстно-язычного желобка (у 4). При развитии воспалительных осложнений характерными симптомами были: ограничение открывания рта от I до III степени (у 98% больных), болезненное глотание (у 70% больных), регионарный лимфаденит (у 93% больных), коллатеральные отеки околичелюстных мягких тканей (у 78% больных).

У 98,8% больных удаление зуба проводилось преимущественно в остром периоде заболевания, у 1,2% – в период ремиссии. При этом операция удаления зуба типичным методом была произведена у 9 больных, а атипичным методом (выпиливание, выдалбливание) – у 19 больных. Причем, у 14,3% пациентов имело место незаконченное удаление зубов, начатое в других клиниках города на амбулаторном хирургическом приеме. После удаления зуба лунка тщательно промывалась 0,05% раствором хлоргесидина биглюконата, затем у 16 больных (основная группа) с целью оптимизации заживления лунки она заполнялась смесью костного материала (KeraOs®) и гиалуроновой кислоты (Tissue Support, Flex barrier), лунка не ушивалась. Группу сравнения составили 12 больных, у которых заживление лунки удаленного зуба проходило под кровяным густком.

Эффективность применяемого метода лечения больных с осложнениями затрудненного прорезывания третьих нижних моляров с использованием смеси из костного материала (KeraOs®) и гиалуроновой кислоты (Tissue Support, Flex barrier) оценивали по данным клинического состояния (по времени исчезновения боли, отека, признаков воспаления, времени эпителизации), срокам лечения, частоте посещений и развитию осложнений, а также данным динамики цитологических изменений. Перед изготовлением мазков-отпечатков из постэкстракционной лунки пинцетом со стерильного стола брали марлевый шарик, затем легким прижатием к исследуемому участку (раневогой поверхности лунки удаленного зуба) забирали цитологический материал. Переносили его в виде 3-4-х отпечатков на предметное стекло. Высушивали струей сухого воздуха из воздушного пистолета и окрашивали по методу Романовского-Гимзы. Популяции клеток исследовали при большом увеличении. Анализ цитограмм проводился с учетом всех категорий клеточных элементов и патологических изменений в них. В каждом препарате подсчитывали не менее 200 клеток и выводили их процентное соотношение. Данные суммировались в таблицы и статистически обрабатывались.

Результаты исследования: Уменьшение болей в лунке и нижней челюсти у больных основной группы

отмечалось на 1-2 сутки после операции удаления зуба и полное их исчезновение на 5-6 сутки. В то же время у больных сравнимой группы эти явления продолжались до 8-12 суток. Отек исчезал в основной группе через 1-2 суток, в группе сравнения - через 3-4 суток. Благодаря своему антисептическому и бактериостатическому действию, а также способности усиливать образование новых фибробластов гель Flex Barrier широко применяется для лечения. Он всасывается местно слизистой оболочкой полости рта в течении 6-12 часов, блокирует выработку цитокинов, которые стимулируют воспалительный процесс, поэтому заживление происходит с минимальными осложнениями. Это значит, что снижается риск появления послеоперационного отёка и болезненности. В сочетании с костным материалом KeraOs® оптимизируются процессы репарации костной ткани, за счет образования пластилинообразной консистенции предотвращается смещение аугментационного материала, обеспечивающего стабильность объёма, что является профилактикой атрофии альвеолярного отростка.

Нормализация сна, температуры тела у больных основной группы опережали эти показатели в сравнении с больными сравнимой группы в 2-3 раза. Обычно смесь костного материала (KeraOs®) и гиалуроновой кислоты (Tissue Support, Flex barrier) хорошо удерживалась в лунке удаленного зуба, и эпителизация лунок завершалась к 12-14 суткам наблюдения. В 3 случаях заживление костной раны шло обычным путем и эпителизация лунок завершалась на 21 сутки. У больных сравнимой группы эпителизация лунок в основном заканчивалась на 21-23 сутки (таблица 1).

Таблица 1 - Зависимость длительности лечения и сроков эпителизации раны в сутках (M±m)

Заболевание	Методы лечения	Длительность лечения	Сроки эпителизации лунки
Затрудненное прорезывание третьих нижних моляров	Применение костного материала (KeraOs®) и гиалуроновой кислоты (Tissue Support, Flex barrier) (основная группа)	6,03±0,25*	13,3±0,17*
	Заживление под кровяным сгустком (группа сравнения)	8,6±1,12	22,6±0,62

Примечание * - различия результатов статистически достоверны по сравнению с показателями сравниваемых групп (p<0,05).

Цитологический метод исследования имеет большое значение не только в оценке течения раневого процесса, но и в эффективности проводимого лечения. В нашей работе мы изучали цитологический состав не только в динамике заживления послеоперационных лунок при затрудненном прорезывании третьих нижних моляров, но и в динамике заживления с применением различных методов лечения. В результате лечения затрудненного прорезывания третьих нижних моляров с использованием костного материала (KeraOs®) и гиалуроновой кислоты (Tissue Support, Flex barrier) и заживление под кровяным сгустком цитологический состав лунки резко меняется. Цитологически у больных с затрудненным прорезыванием третьих нижних моляров, леченных костным материалом (KeraOs®) и гиалуроновой кислотой (Tissue Support, Flex barrier) на 3-й день лечения количество неизменных ПЯЛ (полиморфно-ядерных лейкоцитов) увеличилось до 40,2±1,4%. Содержание ПЯЛ в I стадии дегенеративных изменений увеличивается до 4,7±3,2%, по сравнению с 0,8±0,6% в исходной цитограмме. Количество ПЯЛ во II стадии дегенерации увеличивается на 8,1%, а количество ПЯЛ в III стадии дегенерации уменьшается на 51,8%. Количество лимфоцитов увеличивается до 2,2±0,5%, моноцитов – до 3,2±0,6%, клеток плоского эпителия – до 2,2±0,5%, количество макрофагов – до 5,7±0,7%. Появляются фибробласты до 3,4±1,0%. Некротизированные клетки уменьшаются на 12,6% (таблица 2).

Таблица 2 – Динамика цитологических изменений в экссудате при лечении затрудненного прорезывания третьих нижних моляров с использованием костного материала (KeraOs®) и гиалуроновой кислоты (Tissue Support, Flex barrier). (M±m) (содержание в процентах)

	1-й день	3-й день	5-й день	
ПЯЛ	неизменные	1,4±0,7	40,2±1,4**	57,0±1,0**
	I стадии дегенерации	0,8±0,6	4,7±3,2*	6,0±3,6**
	II стадии дегенерации	18,1±2,0	26,2±3,2*	9,7±3,2*
	III стадии дегенерации	60,6±3,3	8,8±3,5**	0,8±3,1**
Лимфоциты	1,0±0,1	2,2±0,6*	3,2±1,1*	
Моноциты	-	3,2±0,6*	3,9±0,5*	
Клетки плоского эпителия	-	2,2±0,9*	4,4±1,1**	
Макрофаги	1,3±0,3	5,7±0,2*	6,6±1,9**	

Некротизированные клетки	16,0±2,1	3,4±0,7*	1,6±0,8**
Фибробласты	-	3,4±1,0*	6,8±1,6**

Примечание * - различия результатов статистически достоверны (p<0,05) и ** - высоко достоверны (p<0,01) по сравнению с показателями 1-го дня

При цитологическом исследовании экссудата у больных с затрудненным прорезыванием третьих нижних моляров, заживление лунок, происходящее под кровяным сгустком (таблица 3) на 3-й день лечения в мазках-отпечатках по сравнению с исходными данными на 5,1% повысилось содержание неизменных ПЯЛ, на 6,5% - содержание ПЯЛ в I степени дегенерации, на 10,5% - содержание ПЯЛ во II степени дегенерации, в то же время уменьшилось содержание ПЯЛ в III степени дегенерации на 25,3% и содержание некротизированных клеток на 4,6%. Количество мононуклеарных клеток увеличилось на 1,8%, лимфоцитов – на 1,5%. В незначительном количестве появляются фибробласты (до 1,2±0,3%). На 5-й день лечения содержание неизменных ПЯЛ и ПЯЛ в I и II степени дегенерации еще более возросло – соответственно до 12,4±0,7%, 8,4±0,2% и до 35,3±3,1%. Одновременно резко уменьшилось содержание ПЯЛ в III степени дегенерации – до 18,4±2,5%. Содержание некротизированных клеток уменьшилось до 5,2±1,2%, а содержание моноцитов, клеток плоского эпителия, макрофагов и фибробластов возросло соответственно до 4,7±0,5%, 4,8±0,5%, 5,2±0,5% и 3,8±1,1%. Содержание макрофагов осталось 2,6±0,5%.

Таблица 3 – Динамика цитологических изменений в экссудате при лечении затрудненного прорезывания третьих нижних моляров под кровяным сгустком. (M±m) (содержание в процентах)

		1-й день	3-й день	5-й день
ПЯЛ	неизменные	0,7±0,1	5,8±0,4*	12,4±0,7**
	I стадии дегенерации	1,3±0,8	7,8±2,5*	8,4±0,2*
	II стадии дегенерации	16,7±3,2	27,2±4,1*	35,3±3,1**
	III стадии дегенерации	61,0±4,6	35,7±4,6*	18,4±2,5**
Лимфоциты		2,3±0,6	3,8±0,8*	1,8±0,8*
Моноциты		0,3±0,4	2,1±0,6*	4,7±0,5**
Клетки плоского эпителия		0,4±0,5	1,9±0,6*	4,8±0,5**
Макрофаги		1,8±0,6	3,6±0,9*	5,2±0,5*
Некротизированные клетки		15,5±1,9	10,9±1,2*	5,2±1,2**
Фибробласты		-	1,2±0,3*	3,8±1,1*
РДИ		0,01±0,5	0,11±0,7	0,27±0,9*

Примечание * - различия результатов статистически достоверны (p<0,05) и ** - высоко достоверны (p<0,01) по сравнению с показателями 1-го дня

Таким образом, применение смеси костного материала (KeraOs®) и гиалуроновой кислоты (Tissue Support, Flex barrier) в комплексном лечении больных с осложнениями затрудненного прорезывания третьих нижних моляров позволяет купировать воспалительные явления в лунке удаленного зуба (боль, отек) и способствует ее заживлению в более ранние сроки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Халитова В.В., Русанов В.П., Винтовкина Т.Г. Анализ отдаленных результатов лечения затрудненного прорезывания нижних третьих моляров. /Профилактика и лечения стоматологических заболеваний. Алма-Ата, 1983.-с 117-119.
2. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2000.
3. Терещенко Л.И., Вовк В.Е., Сейткулов А.Б., Мусалбаева А.А. Сб. Пути развития стоматологии в современных условиях (материалы I (IV) съезда стоматологов Казахстана). -1998 г., с 208-210.

ТҮЙІН

«Төменгі үшінші үлкен азу тістердің қиын шығумен болатын асқынулары бар науқастарды гиалурон қышқылы (Tissue Support, Flex barrier) мен және сүйек материалын (Kera os) колдана отырып емдеу».

Т.И. Трегубова
ҚазҰМУ, Алматы қаласы

Төменгі үшінші молярдың киналып жарып шығуымен болатын асқинулары бар науқастарды емдеу әдісінде өзімізбен берілген сүйек материалдарын және гиалурон қышқылымен клиникалық емдеу әдісі келтірілген. Бұл әдіс 1-2 күннен кейін ауру синдромын және операциядан кейінгі ісінуді жояды, емдеу уақытын 4-6 күнге азайтады, қаралу қысқалылығын 2,4 ретке азайтады және 4-6 күнде регенерация үрдісін жоғарылатады.

SUMMARY

« Treatment of patients with complications laboured cut through of third lower molyar with the use of bone material(KeraOs ®) and hyaluronic acid(Tissue Support, Flex barrier)»

T.V. Tregubova
KazNMU, Almaty sity

Clinically, the tested method of treating patients with complications hindered third molars erupt, the proposed using bone material (Kerr Oss) and hyaluronic acid (Tissue Support, Flex barrier). This method relieves pain after 1-2 days, does not give post-operative swelling, reduces the treatment time of 4-6 days, the multiplicity of handling up to 2.4 times and improves the regeneration of 4-6 days.

УДК 616.12–008.331.1–084–085

СТРАТИФИКАЦИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВЫБОР АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Бочоришвили Л.А
Центральная городская поликлиника, г. Шымкент

РЕЗЮМЕ

Больные с артериальной гипертензией (78 мужчин и 113 женщин в возрасте от 20 до 73 лет) были стратифицированы по степени риска развития сердечно–сосудистых осложнений. В 1–ю группу (низкий–средний риск) вошел 31 больной с пограничной артериальной гипертензией, дислипидемией и выраженным ожирением, им проводилась терапия, преимущественно немедикаментозная, направленная на снижение избыточной массы тела. У 25 больных с изолированной артериальной гипертензией (группа среднего риска) проводилась антигипертензивная терапия ингибитором ангиотензинпревращающего фермента и антагонистом кальция группы дигидропиридина. Больные 3–й группы (55 человек) с метаболическим синдромом (высокий риск) получали антигипертензивную терапию теми же препаратами, что и больные 2–й группы. 4–ю группу составили 79 больных с очень высоким риском, у них были диагностированы сахарный диабет II типа, избыточная масса тела, дислипидемия и протеинурия. Больным этой группы проводилась комплексная терапия, включавшая немедикаментозные мероприятия, антигипертензивные и гипогликемические средства. Терапия, основанная на стратификации больных по риску развития сердечно–сосудистых осложнений, оказалась высокоэффективной, приводила не только к нормализации АД, но и к улучшению углеводного и липидного метаболизма, снижению инсулинорезистентности и избыточной массы тела, улучшению функционального состояния почек.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, стратификация, сердечно – сосудистая система, факторы риска, вторичная профилактика, антигипертензивная терапия.

В исследованиях последних лет убедительно показано, что в основе развивающихся осложнений у больных с артериальной гипертензией лежит не только уровень АД, но и наличие сопутствующих факторов риска развития сердечно – сосудистых заболеваний [1-4], в частности нарушений углеводного и липидного метаболизма. Это позволило ряду авторов выделить так называемый «метаболический синдром», в который, кроме АГ, включены инсулиновая резистентность, гиперинсулинемия, нарушение толератности к глюкозе и дислипидемия [5-8]. Следует отметить, что наиболее изученные и широко используемые в клинической практике β-адреноблокаторы и диуретики при длительном приеме могут приводить к нарушениям углеводного и липидного метаболизма, особенно у больных с сопутствующим сахарным диабетом [9,10]. Наиболее

обоснованным у этой категории больных представляется применение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и антагонистов кальция, преимущественно группы дигидропиридинов [11-13].

Согласно последним рекомендациям ВНОК [14], выбор антигипертензивной терапии может быть основан на стратификации больных по риску развития сердечно – сосудистых осложнений. По предложенной стратификации выделяют больных с АГ с низким, средним, высоким и очень высоким риском. Нами изучена эффективность антигипертензивной терапии у больных с АГ с метаболическими факторами риска, основанной на стратификации риска развития сердечно – сосудистых осложнений.

Материалы и методы. Исследования проведены у 191 больного с АГ в возрасте от 20 до 73 лет (78 мужчин и 113 женщин), которые были стратифицированы по риску развития сердечно – сосудистых осложнений. В 1-ю группу вошел 31 больной с повышением АД 1-й степени, преимущественно с пограничной АГ, дислипидемией и выраженным ожирением (индекс массы тела – ИМТ – $35,5 \pm 0,90$ кг/м²). У 5 больных этой группы установлено нарушение толерантности к глюкозе. Все больные были отнесены в группу с низким – средним риском развития сердечно – сосудистых осложнений. Им проводилась комплексная немедикаментозная терапия (диета, регулярная дозированная физическая активность), а некоторым больным назначался эпизодически (12 человек) или постоянно (8 человек) периндоприл (престарיום 10 мг/сут). 2-ю группу составили 25 больных с изолированной АГ. У них отмечено повышение АД 2–3-й степени, а отсутствие сопутствующих факторов риска и заболеваний позволило отнести их к группе среднего риска. У этих больных проводилось лечение ингибитором АПФ (престарיום по 10 мг/сут; подгруппа 2А – 12 человек) или антагонистом кальция (асомекс 5 мг/сут; подгруппа 2Б – 13 человек). В 3-ю группу были включены 55 больных с метаболическим синдромом (повышение АД 2–3-й степени, гиперинсулинемия, выраженное ожирение и дислипидемия).

Наличие высокого уровня АД и сопутствующих метаболических факторов риска позволило отнести их в группу высокого риска развития сердечно – сосудистых осложнений. Больным этой группы, кроме немедикаментозной терапии, назначался ингибитором АПФ периндоприл (престарיום 10 мг/сут; подгруппа 3А – 28 человек) или антагонистом кальция группы дигидропиридина (асомекс 5 мг/сут; подгруппа 3Б – 27 человек). В 4-ю группу вошли 79 больных с АГ с СД II типа, избыточной массы тела (индекс массы тела – $28,8 \pm 3,2$ кг/м²), дислипидемией и микроальбуминурией. Подобная комбинация сопутствующих АГ факторов риска и клинических состояний дала возможность выделить этих больных в группу очень высокого риска. Им проводилась комплексная антигипертензивная (периндоприл – престариум – по 10 мг/сут, подгруппа 4А – 37 человек; и асомекс по 5 мг/сут, подгруппа 4Б – 42 человека) и гипогликемическая терапия. Больные всех групп были сопоставимы по полу и возрасту.

У всех больных проводилось постоянное мониторирование АД, рассчитывался ИМТ, определялись гликемия натощак и через 2 ч после приема 75 г глюкозы (больные 1,2,4-й групп) или после еды (больные 3-й группы), глюкозурия, концентрация инсулина (радиоиммунологическим методом с помощью стандартных наборов РИО-ИНС-1125), общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности, триглицеридов в плазме периферической крови. У больных 4-й группы определялась суточная протеинурия или микроальбуминурия. Все исследования проводились в исходном состоянии, а также через 1 и 3 мес. постоянной терапии. Весь полученный цифровой материал обработан статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Исследования показали, что у больных 1-й группы под влиянием лечения, исключающего антигипертензивную фармакотерапию, нормализация систолического и диастолического АД происходила к концу 1-го месяца (табл. 1). Через 3 мес. лечения выявлено и существенно ($p < 0,005$) уменьшение ИМТ ($32,8 \pm 1,01$ кг/м²). В процессе терапии уровень гликемии натощак и после приема пищи существенно не изменялся, оставаясь в пределах нормальных значений (табл. 2). У 5 больных этой группы до лечения отмечалось нарушение толерантности к глюкозе (гликемия натощак $6,7 \pm 0,50$ ммоль/л, через 2 ч после приема 75 г глюкозы $8,2 \pm 0,38$ ммоль/л). К концу 1-го месяца терапии эти показатели снизились ($5,7 \pm 0,28$ и $7,1 \pm 0,35$ ммоль/л соответственно), а через 3 мес. они практически не отличались от нормальных величин (соответственно $5,2 \pm 0,21$ ммоль/л, $p < 0,05$ и $6,4 \pm 0,27$ ммоль/л, $p < 0,01$). Проводимое у больных этой группы лечение сопровождалось достоверным ($p < 0,01$) уменьшением концентрации общего ХС в плазме крови за счет существенного снижения ($p < 0,01$) фракции ЛПНП. При этом отмечалось хотя и незначительное, но достоверное ($p < 0,01$) увеличение содержания ХС ЛПВП (табл. 3). Таким образом, проведенное в этой группе лечение, направленное преимущественно на снижение чрезмерно повышенной массы тела, способствовало стойкой нормотензии и улучшению липидного метаболизма, а у больных с нарушенной толерантностью к глюкозе – существенному улучшению углеводного метаболизма.

У больных с изолированной АГ (2-я группа) терапия ингибитором АПФ или антагонистом кальция приводила к существенному снижению систолического и диастолического АД к концу 1-го месяца лечения. Через 3 мес. постоянного приема этих антигипертензивных препаратов была отмечена стойкая нормотензия. Оба использованных для терапии препарата оказались метаболически нейтральными у больных без сопутствующих метаболических расстройств. Так, изучаемые показатели углеводного и липидного обмена в процессе терапии существенно не изменились (см. табл. 2 и 3).

Таблица 1. Динамика систолического и диастолического АД у больных с АГ под влиянием разных методов терапии (M±m)

Группа больных	Систолическое АД, мм.рт.ст.			Диастолическое АД, мм.рт.ст.		
	Исходное	Через 1 мес. терапии	Через 3 мес. терапии	Исходное	Через 1 мес. терапии	Через 3 мес. терапии
1 – я	148±2,07	131±2,00*	127,0±1,21*	89,0±1,44	79,7±1,12*	76,0±1,15*
2 – я:						
Подгруппа 2А	187,7±7,30	145,0±6,61*	136,0±7,74*	112,5±4,25	89,5±3,02*	86,7±3,85*
Подгруппа 2Б	181,9±6,25	140,4±2,99*	126,1±3,55*	108,7±3,62	83,9±2,50*	81,0±1,59*
3 – я:						
Подгруппа 3А	198,3±7,15	148,6±2,67*	135,0±5,84*	113,4±2,97	89,3±1,57*	85,6±3,94*
Подгруппа 3Б	183,5±4,22	143,5±2,65*	135,9±2,96*	114,4±2,32	92,7±2,47*	85,2±2,96*
4 – я:						
Подгруппа 4А	183,4±2,36	140,2±1,36*	129,2±2,48*	104,3±1,41	81,9±1,01*	79,2±2,48*
Подгруппа 4Б	185,6±2,70	141,3±1,32*	134,5±2,30*	106,1±1,52	81,3±0,98*	76,5±1,31*

Примечание: Здесь и в табл. 2 – 3: * - p<0,005 по сравнению с исходными показателями.

Таблица 2 - Динамика толерантности к глюкозе у больных с АГ под влиянием разных методов терапии (M±m)

Группа больных	Концентрация глюкозы в капиллярной крови, ммоль/л					
	Исходно		Через 1 мес. терапии		Через 3 мес. терапии	
	I	II	I	II	I	II
1 – я	4,2±0,09	5,1±0,16*	4,1±0,06	5,1±0,15*	4,1±0,05	5,0±0,10*
2 – я:						
Подгруппа 2А	4,4±0,38	4,9±0,38	4,6±0,25	5,1±0,04	4,6±0,34	—
Подгруппа 2Б	4,5±0,09	—	4,5±0,15	—	4,5±0,11	—
3 – я:						
Подгруппа 3А	4,5±0,14	5,09±0,15*	4,9±0,09	5,2±0,09*	4,8±0,34	—
Подгруппа 3Б	4,3±0,08	—	4,4±0,10	—	4,5±0,11	—
4 – я:						
Подгруппа 4А	7,4±0,20	9,0±0,22*	6,0±0,12	7,0±0,11*	5,1±0,10	6,9±0,21*
Подгруппа 4Б	7,3±0,12	8,4±0,20*	5,7±0,10	6,6±0,08*	5,4±0,10	6,7±0,22*

Примечание: I – гликемия натощак; II – через 2 ч после приема 75 г глюкозы или пищи.

Концентрация инсулина в плазме крови под влиянием приема престариум (13,5±0,90 мкЕД/мл в исходном состоянии и 12,9±1,07 мкЕД/мл через 3 мес терапии) и асомекса (15,0±1,27 и 12,9±1,07 мкЕД/мл соответственно) также существенно не изменилась. У больных 3-й группы лечение как препаратом престариум, так и асомексом приводило к стойкому снижению систолического и диастолического АД, оба показателя к 3-му месяцу терапии достигли нормального уровня (см. табл. 1). Нормальные величины гликемии натощак и толерантности к глюкозе, отмеченные до начала терапии, существенно не изменились на протяжении всего периода наблюдения (см. табл. 2). При этом концентрация инсулина в плазме крови, находившаяся до лечения у верхних границ нормы, существенно снизилась в процессе терапии как препаратом престариум (с 21,9±1,76 до 14,0±1,86 мкЕД/мл; p<0,001), так и асомексом (с 24,0±0,41 до 17,0±0,23 мкЕД/мл; p<0,001). Полученные данные могут косвенно свидетельствовать об уменьшении инсулиновой резистентности под влиянием антигипертензивной фармакотерапии у больных 3-й группы. Следует отметить, что под влиянием терапии у

этих больных существенно улучшался липидный метаболизм и к концу 3-го месяца постоянного приема антигипертензивных средств концентрации общего ХС и ХС ЛПНП в плазме крови достоверно уменьшались. Более того, под влиянием престариума происходили существенное снижение содержания ТГ и повышение уровня ХС ЛПВП (см. табл. 3). Следовательно, антигипертензивная терапия ингибитором АПФ и антагонистом кальция наряду с хорошим гипотензивным эффектом приводила к нормализации показателей углеводного и липидного метаболизма.

Таблица 3 - Динамика основных показателей липопротеидограммы (в ммоль/л) у больных с АГ под влиянием разных методов терапии (M±m)

Группа больных	Общий ХС			ХС ЛПВП		
	Исходно	Через 1 мес. терапии	Через 3 мес. терапии	Исходно	Через 1 мес. терапии	Через 3 мес. терапии
1 – я	6,4±0,12	6,1±0,14	5,9±0,12*	0,9±0,02	0,9±0,02	1,0±0,01*
2 – я:						
Подгруппа 2А	4,88±0,32	4,8±0,34	4,7±0,43	1,0±0,12	1,0±0,14	0,7±0,12
Подгруппа 2Б	4,6±0,11	4,4±0,18	4,5±0,20	1,0±0,06	1,0±0,11	1,0±0,08
3 – я:						
Подгруппа 3А	5,2±0,12	4,9±0,18	4,3±0,21*	1,0±0,06	1,1±0,08	1,2±0,08*
Подгруппа 3Б	5,3±0,20	4,7±0,15*	4,7±0,17*	1,2±0,05	1,0±0,04	1,2±0,06
4 – я:						
Подгруппа 4А	5,7±0,16	5,5±0,15	4,8±0,37*	1,3±0,06	1,3±0,05	1,4±0,08
Подгруппа 4Б	5,9±0,22	5,5±0,21	5,0±0,36*	1,2±0,06	1,2±0,05	1,2±0,09

Продолжение таблицы 3

Группа больных	ХС ЛПНП			ТГ		
	Исходно	Через 1 мес. терапии	Через 3 мес. терапии	Исходно	Через 1 мес. терапии	Через 3 мес. терапии
1 – я	5,5±0,13	5,2±0,15	4,9±0,12*	2,0±0,04	1,9±0,04	1,9±0,03
2 – я:						
Подгруппа 2А	3,8±0,24	3,7±0,18	4,0±0,55	1,9±0,10	2,2±0,12	2,2±0,29
Подгруппа 2Б	3,5±0,07	3,4±0,11	3,5±0,12	1,9±0,08	1,9±0,09	1,9±0,11
3 – я:						
Подгруппа 3А	4,3±0,11	3,9±0,13	3,2±0,11*	2,7±0,17	2,3±0,16	2,1±0,13*
Подгруппа 3Б	4,2±0,19	3,8±0,11*	3,6±0,13*	2,1±0,08	2,1±0,09	2,1±0,10
4 – я:						
Подгруппа 4А	4,4±0,20	4,3±0,16	3,6±0,26*	2,4±0,08	2,3±0,08	2,5±0,17
Подгруппа 4Б	4,6±0,31	4,3±0,23	3,8±0,30*	2,6±0,09	2,3±0,07*	2,4±0,11

Под влиянием терапии у больных 4-й группы наблюдалось стойкое снижение систолического и диастолического АД, величина которого к 3-му месяцу приема антигипертензивных средств достигала нормального уровня (см. табл. 1). Комплексная антигипертензивная и гипогликемическая терапия приводила к стойкому снижению гликемии натощак и хорошей компенсации углеводного обмена к 3-му месяцу наблюдения (см. табл. 2). При этом уже к 1-му месяцу терапии у всех больных исчезала глюкозурия (41,0±8,75 г/л в исходном состоянии в группе больных, принимавших престариум, и 47,5±6,11 г/л – асомекс). Более того, к

этому периоду лечения у большинства больных были снижены дозы гипогликемических средств. Под влиянием терапии существенно снижалась концентрация инсулина в плазме крови, которая в исходном состоянии превышала нормальные значения. Так, у больных, принимавших престариум, содержание инсулина, в крови уменьшилось с $37,0 \pm 2,71$ до $18,2 \pm 2,21$ мкЕД/мл ($p < 0,001$), а у лиц, лечившихся асомексом, - с $35,4 \pm 2,30$ до $19,7 \pm 2,41$ мкЕД/мл ($p < 0,001$). Это, по-видимому, было обусловлено снижением АД и улучшением перфузии тканей. Полученные результаты косвенно свидетельствовали о снижении инсулиновой резистентности под влиянием комплексной антигипертензивной и гипогликемической терапии у этой группы больных.

Указанные изменения сопровождались также существенным улучшением липидного метаболизма. Так, отмечалось достоверное снижение ($p < 0,05$) концентрации общего ХС и ХС ЛПНП (см. табл. 3). Более того, комплексная терапия приводила к существенному улучшению функционального состояния почек. Так, в подгруппе 4А микроальбуминурия, диагностированная до начала терапии у больных ($140,0 \pm 13,15$ мг/сут), исчезла уже к 1-му месяцу лечения, а протеинурия, отмеченная у остальных 23 больных (1740 ± 101 мг/сут), снизилась к 1-му и 3-му месяцам (630 ± 104 мг/сут; $p < 0,001$) и выявлялась лишь у 11 больных. В подгруппе 4Б микроальбуминурия, выявленная у 20 пациентов ($158,6 \pm 11,52$ мг/сут), исчезла к 1-му месяцу терапии, а протеинурия, отмеченная в исходном состоянии у остальных 22 больных, существенно снизилась, сохранившись у 18 больных (1130 ± 106 мг/сут). Таким образом, комплексная терапия ингибитором АПФ или антагонистом кальция в комбинации с пероральными гипогликемическими средствами у больных с АД с СД II типа давала выраженный антигипертензивный эффект, приводила к существенному улучшению углеводного и липидного метаболизма, уменьшению протеинурии.

Известно, что у больных с АД с ожирением лишь уменьшение массы тела приводит к существенному снижению АД [15]. Это объясняют повышением чувствительности тканей к инсулину [16], поскольку ожирение, преимущественно по абдоминальному типу, ассоциируется с инсулинорезистентностью. У больных 1-й группы был диагностирован абдоминальный тип ожирения (отношение окружности талии к окружности бедер – ОТ/ОБ – в исходном состоянии составляло $1,04 \pm 0,010$). В процессе происходило не только снижение ИМТ, но и существенное уменьшение ($p < 0,001$) отношения ОТ/ОБ к 1-му месяцу терапии ($0,98 \pm 0,012$) и особенно к 3-му месяцу ($0,95 \pm 0,010$). Учитывая изложенное выше, можно полагать, что пограничная АД у больных 1-й группы в основном была обусловлена инсулинорезистентностью, поскольку терапия, направленная на ее уменьшение за счет снижения массы тела, приводила к стабильному снижению АД до нормального и оптимального уровня.

У больных 2-й группы с изолированной АД и повышением АД 2–3-й степени антигипертензивная терапия как периндоприлом, так и антагонистом кальция способствовала стабильному снижению АД до нормального уровня. Как показали проведенные нами ранее исследования, это было обусловлено существенным снижением общего периферического сопротивления под влиянием обоих препаратов [11]. Важным, на мой взгляд, является метаболическая нейтральность ингибитора АПФ и антагониста кальция у больных с изолированной АД. У больных с АД с высоким и очень высоким риском развития сердечно – сосудистых осложнений (3-я и 4-я группы) антигипертензивная фармакотерапия приводила к стойкому снижению АД до нормального и оптимального уровня. Это сопровождалось и существенным улучшением показателей углеводного и липидного метаболизма, снижением инсулинорезистентности. Более того, комплексная терапия, включавшая гипогликемические препараты, у больных 4-й группы приводила к хорошей компенсации углеводного обмена, отчетливой тенденции к снижению ИМТ (до $26,2$ кг/м²) и уменьшению протеинурии.

При сравнительном анализе динамики показателей липопротеидограммы у больных 1, 3, 4-й групп установлено, что наилучший эффект терапии отмечался при использовании антигипертензивных препаратов, причем наибольшие снижение уровня общего ХС и ХС ЛПНП, увеличение содержания ХС ЛПНП наблюдались под влиянием терапии ингибиторами АПФ, а из используемых препаратов периндоприл обладал наибольшей метаболической активностью, что можно связать с его высокой липофильностью [11]. Более того, в исследованиях последних лет доказано положительное влияние ингибиторов АПФ, в частности престариум, на эндотелиальную дисфункцию [17].

Выводы. У больных с пограничной артериальной гипертензией с ожирением является достаточно эффективной терапия, направленная на снижение массы тела. Это приводит к нормализации АД, улучшению углеводного и липидного метаболизма. У больных с изолированной артериальной гипертензией высокоэффективная терапия ингибитором ангиотензинпревращающего фермента или антагонистом кальция группы дигидропиридина, которые являются у них метаболически нейтральными. У больных с артериальной гипертензией с сопутствующими нарушениями липидного и углеводного метаболизма терапия ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента или антагонистами кальция в комбинации с гипогликемическими средствами (у больных сахарным диабетом) является высокоэффективной, приводя к стойкой нормализации АД, улучшению липидного и углеводного метаболизма, снижению инсулинорезистентности и улучшению функционального состояния почек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аронов, Д.М. Реабилитация и вторичная профилактика у больных ишемической болезнью сердца: рецепт для России// Лечащий врач. -2007. -№3.- С. 2-7.
2. Аронов, Д.М. Физические тренировки в комплексной реабилитации и вторичной профилактике на амбулаторно–поликлиническом этапе у больных ишемической болезнью сердца после острых коронарных осложнений/ Д.М. Аронов // Терапевтический архив.-2006.-№ 9.-С. 33-38.
3. Аронов, Д.М. Лечение больных стабильной стенокардией / Д.М.Аронов, В.П.Лупанов // Consilium Medicum.-2005.-Т.7.-№5.- С.368-375.
4. Аронов, Д.М., Бубнова М.Г., Красницкий В.Б. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца после эндоваскулярных вмешательств на постстационарном (диспансерно-поликлиническом) этапе: учебное пособие для врачей.- М., 2010.
5. Аретинский, В.Б. Система восстановительного лечения после операций аортокоронарного шунтирования и эндоваскулярного протезирования коронарных артерий: автореф....дис. д-ра мед.наук.- М., 2008.- 46 с.
6. Беленков, Ю.Н., Оганов Р.Г. Кардиология. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.-293 с.
7. Бубнова, М.Г. Новая концепция профилактики сердечно-сосудистых заболеваний: место комбинированной терапии / М.Г. Бубнова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. -2006.-№5.- С.7.
8. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Т. 6: нац. проект «Здоровье» // Сердце .- 2007.- № 1. -С. 4-5.
9. Ишемическая болезнь сердца: рук. для врачей/ под ред. акад. РАМН Р. Г. Оганова.- М., 2011.- (Школа здоровья).
10. Ишемическая болезнь сердца / В. М. Ключев [и др.]- М., 2004. - 316 с.
11. Калинина, А.М., Чазова Л.В. Влияние многофакторной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний на прогноз жизни: 10-летнее наблюдение // Тер. Архив.- 1998.- № 1.- С.8-12.
12. Клинические рекомендации Европейского общества кардиологов 2011г.- М., 2008. -186 с.
13. Мамедов, М.Н. Приоритеты вторичной профилактики ишемической болезни сердца.- М., 2011.
14. Национальные клинические рекомендации/ Всероссийское научное общество кардиологов.- 2011.-389с.
15. Оганов, Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю. М. Профилактическая кардиология.- М., 2003.- 189 с.
16. Оганов, Р.Г. Концепция факторов риска как основа профилактики ССЗ // Врач.- 2001.- № 7.- С. 3-6.
17. Чазов, Е.И. Будущее кардиологии в свете успехов медицинской науки. Ч. 1 //Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2004.- № 3. - С. 6-7.

ТҮЙІН

Артериальді гипертензия ауруымен ауыратын науқастарды стратификациялау және антигипертензивтік терапияны таңдау
Бочоришвили Л.А
Орталық қалалық емхана, Шымкент қаласы

Артериальді гипертониямен ауыратын науқастар жүрек қан – тамыр асқинулардың даму қаупінің дәрежесі бойынша (20 – 73 жасқа дейін 78 ер адам және 113 әйел адам) іріктелді. Бірінші топқа (төмен–орташа қауіп тобы бойынша) шекаралық артериальді гипертониямен, дислипидемиямен және айқын семіздікпен 31 науқас адам қатысты, оларға дене салмағын төмендету бойынша дәрі – дәрмексіз ем тағайындалды. Оқшаулы артериальді гипертониямен (орташа қауіп тобы) 25 науқас адамдарға гипертонияға қарсы ангиотензинге айналдыратын фермент ингибиторы және дигидропиридин тобына жататын кальций антагонисті тағайындалды. Метаболикалық синдроммен (жоғары қауіп тобы) қатар үшінші топта (55 науқас) науқастар тура екінші топтағы науқастар секілді жоғарыда аталған топтармен ем қабылдады. Қантты диабет II тип, артық салмақ, дислипидемия және протеинуриямен яғни өте жоғары қауіп тобындағы 79 науқас адам 4 – ші топқа жатты. Осы топтағы науқастарға кешенді ем жиынтығы тағайындалды, оған дәрі – дәрмексіз ем, гипертензияға қарсы ем және гипогликемиялық ем кірді. Жүрек қан – тамыр асқинулардың даму қаупінің дәрежесі бойынша іріктеп барып, тағайындалған ем тиімділігі өте жоғары болып саналды, өйткені ол артериальді қан қысымды реттеп қана қоймай, көмірсу және липидті метаболизмнің жақсаруына әкеп соқтырды, сонымен қатар инсулинге резистенттілікті төмендетті, артық салмақпен күресті және бүйректің қызметін жақсартты.

Маңызды сөздер: артериальді гипертензия, стратификация, жүрек қан тамыр жүйесі, қауіпті факторлар, екінші профилактика, антигипертензивтік терапия.

SUMMARY

Stratification of patients with hypertension and Selection of antihypertensive therapy
Botchorishvili L.A

Patients with hypertension (78 men, 113 women aged 20 – 73 years) were stratified according to risk of cardiovascular complications. In Group 1 (low-medium risk) included 31 patients with borderline hypertension, dyslipidemia and obese, they received therapy, mainly non-drug, aimed at reducing excess body weight. In 25 patients with isolated hypertension (medium-risk group) was held antihypertensive therapy of angiotensin-converting enzyme inhibitor and a calcium antagonist of the dihydropyridine group. Patients third group (55 people) and metabolic syndrome (high risk) received antihypertensive treatment with the same drugs as the patients in group 2. 4th group consisted of 79 patients with very high risk, they have been diagnosed with type II diabetes, overweight, dyslipidemia, and proteinuria. Patients in this group carried out a comprehensive therapy that included non-pharmacological measures, antihypertensive and hypoglycemic agents. Therapy based on stratification of patients according to risk of cardiovascular complications was high, not only led to the normalization of blood pressure, but also to the improvement of carbohydrate and lipid metabolism, reduce insulin resistance and excess body weight, improve renal function.

Key words: hypertension, stratification, cardio – vascular system, risk factors, antihypertensive therapy.

УДК 616.24-002.51

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ РОДОВ

*А.Т. Оразалиева, Ш.Б. Омашева, Г.С. Ештаева, Ж.С. Умбетова
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, г. Шымкент
Областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент*

РЕЗЮМЕ

За 2008-2012г. по Южно-Казахстанской области отмечается рост заболеваемости туберкулезом среди женщин после родов в 4 раза. У этих женщин заболевших туберкулезом после родов, часто встречаются распространенные и генерализованные формы туберкулеза. В этой связи необходимо всех женщин при наличии грудных жалоб характерных для туберкулеза направлять в кабинет микроскопии, для своевременной диагностики туберкулеза легких.

Ключевые слова: Туберкулез у женщин после родов. За последние 5 лет в Южно-Казахстанской области по данным статистической отчетности, истории болезни и Национального регистра заболело туберкулезом в абсолютных цифрах в 2008 г. -11 женщин после родов, в 2009 г. -28, в 2010 г. -41, в 2011-34, в 2012 г. -27 соответственно.

Заболеваемость туберкулезом среди женщин после родов при расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста составило в 2008 г. -0,01, а за 2012 г. -0,04 за анализируемый период отмечается рост заболеваемости в 4 раза. Особенно необходимо отметить, что среди женщин заболевших туберкулезом после родов начали часто встречаться распространенные и генерализованные формы туберкулеза. Один из таких случаев приводим примером. Случай заболевания генерализованным туберкулезом женщин после родов. Больная Б. 30 лет находилась на стационарном лечении в реанимационном отделении Областного противотуберкулезного диспансера г. Шымкент в течении 9 дней с диагнозом при поступлении: Милиарный туберкулез легких в фазе инфильтрации. ДН I. Вторичный туберкулезный менингит. Внутрочерепная гипертензия. Сопор. Туберкулез органов брюшной полости. Асцит. МТ-. 1 категория, новый случай. Сопутствующий: Послеродовый период (30 суток). Анемия I степени. Жалобы при поступлении: на ноющую головную боль, тошноту, рвоту, резкую общую слабость, вялость, сухой кашель, одышку, потливость по ночам, отсутствие аппетита, похудание.

Анамнез заболевания и жизни: Больная родила недоношенную девочку, (роды прошли физиологическим путем) выписалась из роддома на 5 сутки, роды третьи, от третьей беременности. Беременность протекала с частой угрозой. Гемоглобин всегда был низким в пределах 60-89 г/л. Назначенные препараты для повышения гемоглобина, больная принимала нерегулярно, а также питание было неполноценным, потому что социальный статус семьи низкий (сама больная и муж не работали). Со слов больной на 2 сутки после выписки у нее поднялась температура до 38-39 градусов. На 3 сутки была госпитализирована в реанимационное отделение центральной районной больницы, где проводилось лечение в

течении 2 недель. Несмотря на проведенное лечение состояние больной ухудшилось и по санитарной авиации на консультацию была вызвана акушер- гинеколог из областного центра, которая перевела ее в областной перинатальный центр №1 г.Шымкент с диагнозом: Послеродовый период 19 сутки. Острый бронхит. ДН I степени. Анемия I ст. Хронический нефрит в стадии неполной ремиссии. Асцит.

В областном перинатальном центре при поступлении сделана обзорная рентгенография органов грудной клетки, где никаких изменений не было, через неделю сделана повторная рентгенограмма, где уже определялись симметрично расположенные однотипные мелкоочаговые тени по всем легочным полям. После консультации фтизиатра больная была переведена в областной противотуберкулезный диспансер г.Шымкент. Объективно при поступлении: общее состояние больной тяжелое, которое обусловлено за счет менингеальных признаков, внутричерепной гипертензии и туберкулезной интоксикации. Сознание больной сопорозное. Астеничного телосложения, подкожно-жировой слой развит слабо. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Тургор кожи снижен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Зрачки расширены, фотореакция вялая. Лицо симметричное. Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц положительна на три пальца, Кернига и Брудзинского положительные.

Тонус мышц – признаки гиперрефлекса. Дыхание спонтанное, ЧДД-26 в мин. В легких дыхание с обеих сторон ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. АД 90/60 мм.рт.ст., пульс- 100 ударов в мин. Живот увеличен в объеме за счет асцитической жидкости. Печень не пальпируется. Физиологические оправления самостоятельные. Стопы пастозные. Лабораторные обследования: Общий анализ крови: гемоглобин-86г/л, эритроциты-3,1, тромбоциты-193,0, лейкоциты-9,8, СОЭ-55 мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес-1024, мутная, белок-0,066 г/л, лейкоциты-8-10-12, эритроциты-2-3-2, слизь- ++, ураты- ++. Биохимический анализ крови: общий белок- 70 г/л, мочевины-4,9, АЛТ- 0,3, АСАТ- 0,4, общий белок – 13,6, тимоловая проба- 2,5. Сахар в крови: 6,9 ммоль/л. Анализ мокроты: бактериоскопически: ++, бактериологически: ++, тест на лекарст. чувствит. устойчивость на изониазид, этамбутол, стрептомицин.

В анализе ликвора: цвет ксантохромный, цитоз-109 клеток в п/з, белок- 0,66 г/л, сахар -1,5 ммоль/л, реакция Панди- +++++, реакция Нонна-Апельта- ++, выпала фибриновая пленка+. На УЗИ малого таза-органы малого таза не визуализируются, из-за большого количества жидкости. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: рентген признаки милиарного туберкулеза легких. На краниограмме признаки внутричерепной гипертензии. Консультации специалистов: Фтизиогинеколог: Послеродовый период. Анемия I степени. Окулист: Отек диска зрительного нерва. Внелегочный фтизиатр: Вторичный туберкулезный менингит. Внутричерепная гипертензия. Сопор. Терапевт: на ЭКГ ритм синусовый, ЧСС- 70 в мин., нормальное положение ЭОС. Диффузные изменения миокарда.

Проводилось лечение: антибактериальная терапия по I категории, кроме этиологического лечения еще и патогенетическая, дезинтоксикационная, дегидратационная, симптоматическая, витаминотерапия. Несмотря на проведенную интенсивную терапию к концу второй недели состояние больной ухудшилось, больная впала в кому. Сознание- кома II степени. Зрачки вяло реагируют на фотореакцию. Глотание подавлено. Менингеальные признаки нарастают, неврологические расстройства прогрессируют. В динамике наблюдается ухудшение, дыхание патологическое, аритмичное, глубокое, ЧДД-12-14 в мин. В легких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие, АД 90/60 мм.рт.ст., пульс 46 в минуту. Учитывая неэффективность дыхания больная переведена на ИВЛ аппаратом «Фаза-5». На фоне ИВЛ произошла остановка сердца. Несмотря на проведенные мероприятия легочно-сердечной реанимации больная экзотировала. Посмертный диагноз: Милиарный туберкулез легких в фазе инфильтрации. ДН II. Вторичный туберкулезный менингит. Внутричерепная гипертензия. Кома II. Туберкулез органов брюшной полости. Асцит. МТ-. I категория, новый случай. Сопутствующий: Послеродовый период(37 сутки). Анемия I степени. Причина смерти: Отек мягкой мозговой оболочки. Кома II.

На данном примере можно проследить один из путей генерализации туберкулеза у женщины в послеродовом периоде с формированием внелегочных очагов локализации при заражении МБТ. Роковую роль в развитии у больной генерализованного туберкулеза с выраженными осложнениями, неблагоприятным прогнозом для жизни сыграли: наличие анемии на протяжении всей беременности до 60-89 г/л, неполноценное питание, низкий социальный статус семьи и роды. В этой связи необходимо всех женщин при наличии грудных жалоб характерных для туберкулеза направлять в кабинет микроскопии, для своевременной диагностики туберкулеза легких. Таким образом после данного случая все акушер- гинекологи лечебно-профилактических учреждений области были обучены в областном противотуберкулезном диспансере. На основании приказа областного департамента здравоохранения проводился трехдневный семинар-тренинг на тему: «Профилактика туберкулеза среди женщин фертильного возраста».

Семинар проводила фтизиогинеколог областного противотуберкулезного диспансера. Она говорила о «группе риска» по туберкулезу среди женщин фертильного возраста, подлежащих обязательному обследованию на туберкулез, для своевременной диагностики туберкулеза половых органов у женщин. Акушер- гинекологам лечебно-профилактических учреждений области напомнили показания подлежащих проведению микроскопического исследования мокроты на МТ беременных женщин при наличии грудных жалоб характерных для своевременной диагностики туберкулеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Перельман М.И., Богдельникова И.В. Фтизиатрия/ М.И. Перельман. – ГЭОТАР-Медиа, 2010. -252-254 с. ISBN 978-5-9704-1321-0.
2. Оразалиева А.Т., Сақыбаева С.А., Ештаева Г.С. Туберкулез у женщин после родовом периоде./ А.Т. Оразалиева.- Сборник научных трудов 1 международной научно- практической конференции «Руки спасающие жизнь матери и ребенка, эффективные методы лечения и системный взгляд на оказываемую помощь». г.Шымкент 2011. 213-214 с.
3. Нышанова Э.Ж. Босанған әйелдерде кездесетін өкпе туберкулезінің клинико-эпидемиологиялық сараптамасы. / Э.Ж. Нышанова. Материалы 54 научно-практической конференции студентов и молодых ученых. г. Астана 2012. 130-131 с.

ТҮЙІН

Босанған әйелдерде жайылмалы туберкулездің ағымының ерекшеліктері.
А.Т. Оразалиева, Г.С. Ештаева, Ш.Б. Омашева, Ж.С. Умбетова
Қ.А. Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қ.
Облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ.

Осы келтірілген мысалда ТМБ жұқтырған босанған әйелде жайылмалы туберкулездің дамуының, өкпеден тыс ошақтардың түзілуімен жүргені көрсетілген. Науқастардың өміріне қауып туғызған, асқынумен жүрген жайылмалы туберкулездің дамуына себеп болған факторлар: жиі жүктіліктің түсік қауіпі, жүктілік бойы анемия болғаны, гемоглобин 60-89 г/л көтерілмегені, дұрыс тамақтанбаған, жанұясының элеуметтік жағдайы төмен болуы. Осыған байланысты жүкті әйелдерде туберкулезге тән кеуделік шағымдары болғанда қақырықты ТМБ-ға микроскопия тәсілімен тексеру қажет, өкпе туберкулезін ауқытында анықтау үшін.

SUMMARY

Features of a course of generalized tuberculosis at women after the delivery
A.T. Orazalyeva, G.S. Eshtaeva, Sh.B. Omasheva, J.S.Umbetova
H.A.Yasavi International Kazak-Turk university, Shymkent city
Regional tuberculosis dispensary, Shymkent city

On this example it is possible to track one of ways of generalization of tuberculosis at the woman in the postnatal period with formation of the extra pulmonary centers of localization at MBT infection. Fatal role in development in the patient of generalized tuberculosis with the expressed complications, the adverse forecast for life played: anemia existence throughout all pregnancy to 60-89g/l, a defective food, the low social status of a family and childbirth. In this regard it is necessary all women in the presence of chest complaints characteristic for tuberculosis to send to a microscopy office, for timely diagnostics of tuberculosis of lungs. Thus after this case all the obstetrician-gynecologists of treatment-and-prophylactic establishments of area were trained in a regional antitubercular clinic. On the basis of the order of regional department of health care the three-day seminar - training on a subject was held: "Tuberculosis prevention among women of fertile age".

УДК 616. 853-053. 3:615.3

СУДОРОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ

М.Н. Сарсенбекова
ШГССМП №1 подстанция, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

Фебрильные судороги развиваются при быстром подъеме температуры до 38-39⁰С у 3-4% детей до 6 лет (диагноз – при отсутствии признаков менингита, метаболических расстройств и афебрильных судорог в анамнезе). Эпилепсия – рецидивирующая судороги не связанные с лихорадкой или острым заболеванием ЦНС. Судороги возникают у 5-10% детей, эпилепсия у 0,5-1% населения, в 2/3 случаях они начинаются в детстве.

Ключевые слова: фебрильные судороги, эпилепсия, лихорадка, дети.

Судороги представляют собой внезапные приступы непроизвольных и кратковременных сокращений

мышц с потерей или без потери сознания. Судорожное состояние является одной из актуальных проблем современной педиатрии. Они составляют от 1 до 7% в популяции детского населения. Считается, что в детском возрасте судорожное состояние встречается в 5-10 раз чаще, чем у взрослых [1-3]. Более 60% их приходится на первые три года жизни, причем 90% их наблюдаются в первые годы жизни. Большую часть различных пароксизмов у детей, особенно раннего возраста, объясняют незрелостью головного мозга, особенно раннего возраста, особенно коры, повышенной проницаемостью сосудов, гематоэнцефалического барьера, неуравновешенностью вегетативной нервной системы, повышенной гидратацией ткани мозга, недостаточной миелинизацией проводников, неустойчивостью обменных процессов, лабильностью и генерализацией возбуждения, слабостью тормозных процессов в коре и др. [1,3,5,6].

Цель данного исследования - обратить внимание педиатров на своевременную диагностику, выбор терапии судорог и тактических решений.

Материалы и методы исследования. За последние 2010-2012 гг. среди всех вызовов скорой медицинской помощи в районе обслуживания подстанции №1 ШГССМП составило около 10% детей с судорожным состоянием. Нами анализировано 50 детей по вызову с судорожным синдромом в возрасте от 1 месяца до 5 лет, из них 36 детей до 1 года, 10 детей – в возрасте от 1 до 3 лет и 4 ребенка в возрасте до 5 лет. Всем больным проводили первичный осмотр в сочетании лечебных мероприятий с последующим наблюдением в стационаре или по месту жительства.

Результаты их обсуждения. Наиболее часты причины судорог у детей: Инфекционные - фебрильные судороги; нейротоксикоз на фоне ОРВИ; менингит и менингоэнцефалит. Метаболические: гипокальциемические судороги; гипогликемические судороги. Гипоксические: аффективно-респираторные судороги; при гипоксически-ишемической энцефалопатии; при выраженной дыхательной недостаточности; при выраженной недостаточности кровообращения; при Кома III любой этиологии и другие. Эпилептические: идиопатическая эпилепсия; Структурные: на фоне различных органических изменений в ЦНС (опухоль, травмы, аномалии развития и др.)

Фебрильные судороги – судороги, возникающие при повышенной температуре тела выше 38,0С во время инфекционного заболевания (ОРЗ, грипп, отит, пневмония и др.). Наблюдаются, как правило у детей в возрасте до 5 лет, пик заболевания приходится на первый год жизни. Чаще всего при их возникновении предрасполагает перинатальные поражения ЦНС [7]. Характерные признаки фебрильных судорог: обычно судороги наблюдаются на высоте температуры и прекращаются вместе с ее падением, продолжаются не длительно от нескольких секунд до нескольких минут; характерные генерализованные тонико-клонические припадки, сопровождающихся утратой сознания, реже развиваются односторонние и парциальные, отсутствуют очаговые неврологические нарушения; противосудорожные препараты требуются редко, хорошим эффектом оказывают антипиретики.

Дифференциальный диагноз фебрильных судорог у детей проводится, в первую очередь с судорожным синдромом при менингите и менингоэнцефалите, для которого характерны анамнез, типичный для ОРВИ или другого инфекционного заболевания, и следующие клинические проявления: менингеальные симптомы - Кернига, Брудзинского, Гийена, Лессажа, симптом треножника, ригидность затылочных мышц; гиперестезия – повышенная чувствительность к громкой речи, свету, прикосновениям, особенно к инъекциям; выявление в ранние сроки очаговые симптоматики, симптомы поражения черепно-мозговых нервов (может отсутствовать при менингитах); эпилепсия – хроническая прогрессирующая заболевание, проявляющееся повторными пароксизмальными расстройствами сознания и судорогами, а также нарастающими эмоционально – психическими изменениями [8-10]. Неотложная помощь: уложить больного, голову повернуть набок, обеспечить доступ к свежему воздуху, восстановить дыхание, очистить ротовую полость и глотку от слизи. Для купирования судорог последовательно используют: диазепам 0,5% раствор внутримышечно, или в/в 0,2-0,4 мг/кг 1 доза (не быстрее 2 мг в мин.), или ректально – 0,5 мг/кг (макс. 10 мг); или Мидазолам в полость рта или в нос 0,2 мг/кг (макс 0,5 мг/кг) или лоразепам в/в 0,05 мг/кг, макс 0-1г- 1 мг, 2- 6 лет-2 мг, >6 лет – 4 мг. Детям до 2 лет рекомендуется ввести затем 100 мг пиридоксина. В случае продолжения судорог, через 5 мин вводят повторную дозу диазепама (макс 0,6 мг/кг за 8 час); или надежнее фенитоин в/в (в физрастворе т.к. он преципитирует в р/р глюкозы) в дозе насыщения 20 мг/кг не быстрее чем 25 мг в минуту. При отсутствии эффекта возможно ввести: вальпроат натрия (депакин) в/в (2мг/кг сразу, затем капельно по 6 мг/кг час, 400 мг в 500 мл физраствора или 5-30 р-ра глюкозы) или клоназепам в/в (0,25-0,5мг, эту дозу можно повторить до 4 раз). При неэффективности этих мер вводят в/в натрия оксибутират (ГОМК) 20% р/р (на 5% р/р глюкозы) 100 мг/кг или дают наркоз. Фебрильные судороги. АБ не показаны, при сохранении температуры – парацетамол внутрь, литическую смесь или анальгин в/м.

При некупирующихся судорог мидазолам (дормикум) в нос или буккально 0,2 мг/кг. Лечение эпилепсии зависит от его формы. Госпитализация после оказания неотложной помощи в стационар инфекционного отделения с фебрильными судорогами развившимися на фоне инфекционных заболеваний, а в неврологическое отделение - с эпилепсией. В дальнейшем необходим подбор или коррекция базисной терапии эпилепсии. Таким образом, судороги у детей могут возникать при различных состояниях, не имеющих эпилептической природы и отражающих лишь реакцию детского мозга, на провоцирующий фактор.

Принципиально важно, особенно для детей раннего возраста является выяснение причин развития припадков и лишь после этого можно приступить к подбору антиконвульсивным препаратам (АКП) Эффективность лечения не эпилептических так и эпилептических приступов зависит от правильного назначения АКП и подбору его дозы. Своевременно назначенная адекватная терапия помогает не только купированию припадков, но и способствует улучшению психомоторного развития детей раннего возраста, нервная система которых развивается особенно интенсивно, именно в первые 5 лет жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Неонатология; Национальное руководство. Под ред. Н.Н. Володин. М.: ГЭОТАР. Медиа, 2007:848с.
2. Трошин В.М., Кравцов Ю.И., Радаева Т.М. Эпилептические припадки у детей и подростков. – Н.Новгород, 1995. - 105с.
3. Экстренная помощь на догоспитальный этап (основы реанимации и врачебной помощи на дому) Практическое руководство: Пер. с нем – Минск, 1998.-271 с.
4. Бондаренко Е.С., Фрейтков В.И., Мальшев Ю.А., и др. Судорожный синдром. В кн. Диагностика и лечение неотложных состояний у детей. – М.: Медицина. 1977с.307-315
5. Неотложные состояния у детей / А.Д. Петрушина, Л.А. Мальченко, Л.Н. Кретинина и др.; МИА, Москва 2010
6. Неотложная педиатрия (под редакцией Б.М. Блохина) – М.: ИД Медпрактика –М, 2005, 600с.
7. Э.К. Цыбулькин. Угрожающие состояния в педиатрии. – М.: ГЭОТАР – Медиа 2007
8. Шабалов Н.П. Неонатология. – 4-е издание, в т.1, М.: Медпресс – информ, 2006
9. М.И. Медведев. Проблемы диагностики и терапии судорожных состояний в раннем детском возрасте и пути их решения. Педиатрия /2012/№3
10. В.К. Таточенко. Педиатру на каждый день. – 2012. Справочник по диагностике и лечению, Москва 2012.

ТҮЙІН

Балалардағы құрысу жағдайлары
М.Н. Сарсенбекова
ШҚЖЖС №1, Шымкент қаласы

Фебрильді құрысу 6 жасқа дейін тез дене ыстығы көтерілгенде 3-4% балаларда кездеседі (диагноз – мененгит бергелері, анамнезде метаболикалық, ыспасыз фебрилды құрысу болмаса). Эпелепсия – қайталамалы, ұстамалы құрысу, ыстап көтерілу немесе ОНЖ ауруларына байланысты емес. 5-10% балаларда құрысу кездеседі, ал эпелепсия – 0,5-1 %, оның 2/3 жағдайда балалар жасынан басталады.

Түйін сөздер: фебрильді құрысу, эпилепсия, ыстап, балалар

SUMMARY

Convulsions among children
M.N. Sarsenbekov
Shymkent city ambulance station №1, Shymkent city

Febrile seizures are developing at a rapid temperature rise to 38-39C at 3-4% of children under 6 years (diagnosis - with no signs of meningitis, metabolic disorders, and afebrile seizures in history). Epilepsy - recurrent seizures are not associated with fever or acute diseases of the central nervous system. Seizures occur in 5-10% of children with epilepsy in 0.5-1% of the population, 2/3 of cases, they begin in childhood.

Keywords: febrile convulsions, epilepsy, fever, and children.

УДК 616-002.77-07(574)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

А.Д. Каркабаева, Н.Н. Теляева, М.З. Кислицина, М.К. Шоланова, А.Е. Туртаева
АО «Медицинский Университет Астана», г. Астана
Акмолинская областная больница №2, г. Астана
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

В 16-ти регионах Казахстана было проведено обследование населения в возрасте от 15 лет и старше методом формирования репрезентативной выборки из населения городов, достоверно не различавшейся по

полу и возрасту. Для обследования населения применялась унифицированная анкета, содержащая паспортные данные, социальный статус, вопросы о наличии болей и припухлости в суставах в течение жизни, наличия временной нетрудоспособности по поводу боли в суставах, прием лекарственных препаратов по поводу боли в суставах. Всего на первом этапе программы проанкетировано 96863 человека, ответившие респонденты – 92020 (95%), не ответили 4843 человека (5%). Средний возраст $47,5 \pm 17,8$ года (от 16 до 90 лет).

Ключевые слова: ревматические заболевания, профосмотр, инвалидность, летальность, анкета.

Усиление внимания к болезням костно-мышечной системы за последние годы связано со значительным распространением ревматических болезней, высокой временной и стойкой нетрудоспособностью, смертностью и больничной летальностью, как в нашей стране, так и за рубежом. Общее количество больных с суставной патологией в России за последние 3 года увеличилась на 11%, из них с первичным диагнозом более чем на 7%. [1,2]. Недавнее популяционное исследование, выполненное с помощью опросника среди жителей Нидерландов старше 25 лет, выявило, что распространенность болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС) составила 40,8% среди мужского и 48% – женского населения страны [3]. Сходная работа, проведенная на популяции испанцев старше 20 лет, определила суммарную распространенность только пяти РЗ (ревматоидного артрита, болей в нижней части спины, гонартроза, артроза суставов кистей и фибромиалгии), превышающую 34%. Хронические прогрессирующие РЗ являются причиной инвалидизации 2,8% населения США и 8% – Великобритании [4]. Отсутствие в настоящее время данных об истинной распространенности ревматических заболеваний в Казахстане послужило основанием для проведения данного исследования.

Материалы и методы. Для изучения распространенности суставных жалоб нами было проведено обследование населения 16 регионов РК в возрасте от 15 лет и старше методом формирования репрезентативной выборки из населения города, достоверно не различавшейся по полу и возрасту. Для обследования населения применялась унифицированная анкета, содержащая паспортные данные, социальный статус, вопросы о наличии болей и припухлости в суставах в течение жизни, наличия временной нетрудоспособности по поводу боли в суставах, прием лекарственных препаратов по поводу боли в суставах. Всего на первом этапе программы проанкетировано 96863 человека, ответившие респонденты – 92020 (95%), не ответили 4843 человека (5%). Средний возраст $47,5 \pm 17,8$ года (от 16 до 90 лет).

После формирования случайной выборки с жалобами проводился клинический осмотр врачами-ревматологами и заполнение анкеты. Для статистической обработки использованы программы «Exell» и «Acsess», дающие возможность провести описательную статистику сведений, полученных при сопоставлении всех пунктов анкет. Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета прикладных статистических программ STATISTICA 6.0. Использовались методы описательной статистики, включающие оценку среднестатистического значения (M), стандартного отклонения (σ).

Результаты представлены в виде $M \pm \sigma$. Для оценки достоверности средних величин по группам использовался t-критерий Стьюдента, критерии и Пирсона. Статистическая обработка результатов исследования включала проведение корреляционного анализа. Для исследования силы взаимосвязей показателей вычислялся коэффициент ранговой корреляции по Спирмену. Для всех видов анализа статистически достоверным считали значения $p < 0,05$. После завершения диагностического этапа программы и проведенной статистической обработки полученных результатов, получена информация о структуре ревматических заболеваний в РК.

Результаты. При анализе ответов на основные вопросы анкеты, направленные на выявление лиц с жалобами на боли в суставах оказалось, что болевой синдром отмечен у 47,9% опрошенных (рисунок 1).

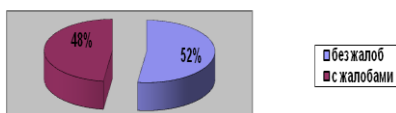


Рисунок 1- Распространенность жалоб на боли в суставах по данным анкетирования

Анализ распределения опрошенных жителей РК в зависимости от возраста и пола показал, что до 39 летнего возраста преобладали лица мужского пола, однако, начиная с 40 лет их количество значительно уменьшалось. Именно поэтому оказалось, что средний возраст опрошенных мужчин достоверно моложе, чем исследуемых женщины ($45,7 \pm 16,7$ и $49,8 \pm 17,9$ соответственно) (рисунок 2).

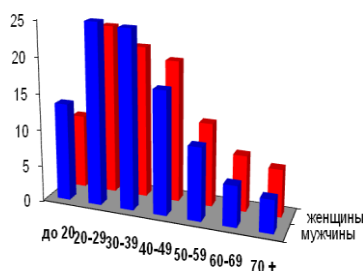


Рисунок 2 Распределение опрошенных жителей по возрастным группам в зависимости от пола

Условно нами Республика Казахстан была разделена на 6 географических регионов, которые были представлены следующим образом: 1- город Алматы, 2 - Южный регион - Тараз, Шымкент, Кызылорда, 3- Северный регион - Костанай, Кокшетау, Петропавловск, 4-Западный регион - Атырау, Актау, Актобе, 5- Восточный регион - Семей, Усть-Каменогорск, Павлодар, 6-Центральный регион. - Астана, Караганда (рисунок 3) При анализе жалоб в зависимости от географического положения, самая высокая распространенность частоты жалоб отмечена в Северном регионе, а самая низкая в Западном регионе.

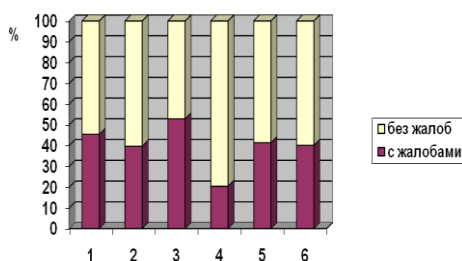


Рисунок 3 Сравнительная характеристика распространенности жалоб по данным

Скринирующего анкетирования населения РК (распределение по регионам). 1-город Алматы, 2-Южный регион, 3- Северный регион, 4-Западный регион, 5-Восточный регион, 6-Центральный регион. При анализе локализации болей больше половины (54%) приходится на коленные суставы, в то время как жалобы на суставы стоп отмечены у наименьшего количества опрошенных (1,2%) (таблица 1).

Таблица 1 - Частота болей в суставах в зависимости от локализации

Суставы	Всего с болями	
	Абс.	%
Суставы кистей	3128	7,1
Лучезапястные суставы	1718	3,9
Локтевые суставы	4450	10,1
Плечевые суставы	4582	10,4
Коленные суставы	23793	54,0
Голеностопные суставы	4582	10,4
Суставы стоп	528	1,2
Тазобедренные суставы	1304	2,96
Итого:	44062	100

Дальнейший анализ показал, что среди лиц с болями в суставах, только половина имели или имеют припухание суставов (таблица 2).

Таблица 2 - Частота припухания суставов

Частота припухания	Абс.	%
1. Не предъявили	70058	76,1
2. Были, но последний год не беспокоят	4768	5,2
3. Были раньше и беспокоят последний год	13816	15,0
4. Возникли в последний год	3378	3,7
Итого:	92020	100

При этом у большинства больных (74,6%) отмечен стойкий характер болей (таблица 3).

Таблица 3 - Частота жалоб на боли в суставах в зависимости от характера

Характер болей	Количество выявленных лиц	
	Абс.	%
Стойкие в одних и тех же случаях	32870	74,6
2. Летучие, мигрирующие по разным суставам	11192	25,4
Итого:	44062	100

В настоящее время среди взрослого населения Казахстана, как и в России, преобладают женщины. Это связано не с низкой рождаемостью жителей мужского пола, а с тем, что после 40 летнего возраста процент мужчин уменьшается. Наибольший процент жалоб на боли в суставах составляют жители старших возрастных групп. Это делает проблему патологии суставов особенно актуальной, поскольку общеизвестно нарастание распространенности артралгий с возрастом, приводящее к стойкой утрате трудоспособности и снижению качества жизни больных. Следует с осторожностью отнестись к полученным нами предварительным данным о распространенности жалоб на припухание суставов, поскольку их процент оказался неожиданно высоким. Возможно, это связано с тем, что опрашиваемые не совсем четко дифференцировали «припухание в области мелких суставов» и их деформацию при узелковой форме остеоартроза или отеки кистей и стоп.

Более точная информация в структуре ревматических заболеваний в РК будет получена после завершения диагностического этапа программы, во время которого врачами ревматологами будут осмотрены все лица группы риска, выделенные из первого этапа исследования.

Выводы. Предварительные результаты I этапа исследования показывают, что масштаб проблемы патологии суставов для страны велик, боли в области суставов являются часто встречающимся симптомом в практике врача. Полученные нами первые данные показывают, что на боли в суставах жаловались 47,9% опрошенных, из них у 7,9% этот симптом с течением времени проходит, а у 40% он приобретает хронический характер. По результатам I этапа исследования сформирована группа больных ревматическими заболеваниями для углубленного клинико-инструментального исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонова В.А., Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические болезни в России в начале XXI века. Научно-практическая ревматология. – 2003. - №1. С.6-10.
2. Фоломеева О.М., Амирджанова В.К., Якушева Е.О. Заболеваемость населения России ревматическими болезнями (анализ за 10 лет) // Терапевт. арх. – 2002. - № 5. - С. 5-11.
3. Veasy L.H., Tani L.Y., Hill H/R/ Persistence of acute rheumatic fever in the intermountain area of the United States // J. Pediatr/ - 2000/ - №124. – P. 9 – 16.
4. Schwarts B. et all. Changing epidemiology of group A streptococcal infection in the USA // Lancet. – 2001. – № 336. - P.1167 – 1171.

ТҮЙІН

Қазақстан Республикасы ревматикалық аурулардың таралуы
 А.Д. Қарқабаяева, Н.Н. Теляева, М.З. Кислицина, М.К. Шоланова, А.Е. Туртаева
 АО «Астана медициналық университет», Астана қ.
 №2 Ақмола облыстық аурухана, Астана қ.
 ОҚМФА, Шымкент қ.

Қазақстан Республикасы аймағында 16 және одан жоғарғы жастағы тұрғындар арасында тексеру жүргізілді. 96863 адамнан анкета арқылы сұрақтарға жауап алынды. Орташа жас шамасы 47,5±17,8 (16 дан 86 жасқа дейін). Сұрақ бойынша буындағы ауырсыну 47,9 жастағыларда анықталды. Шағымдарды талдау арқылы, географиялық орнына байланысты буындардың ауырсынуы Солтүстік аймақта ең жоғары таралған, ал Батыс аймақта төмен кездеседі. I-тексеру кезеңінің қорытындысы бойынша ревматологиялық науқастарға, тереңірек клиникалық-аспаптық зерттеулер жүргізу үшін топтар құрастырылды.

SUMMARY

Morbidity rate of rheumatic diseases in kazakhstan
 A.D. Karkabayeva, N.N. Telyayeva, M.Z. Kislicina, M.K. Sholanova, A.E. Turtayeva
 JSC “Astana Medical University”, Astana.
 № 2 Akmola region hospital, Astana.
 SKSPPhA, Shymkent.

In 16 regions of RK examination of the population from 16 and older had been carried out. Totally 96 863 persons were questioned. Average age is 47.5+/-17.8 (from 16 to 85 years). Joint pain was revealed at 47,9 of questioned. During the analysis of complaints according to the geographic location the highest dispersion of joint pain complaints was indicated in Northern region, and

low – in Western. According to the results of the 1st stage of the research the group of patients with rheumatic diseases was formed for in-depth clinical-instrumental research.

УДК 616

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНСУЛИНА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Ж.Б. Накипов, К.К. Баймуратова

Клинико-диагностический центр МКТУ имени Х.А. Ясави, г. Туркестан

РЕЗЮМЕ

В данной статье даются статистические данные лабораторных исследований пациентов посетивших амбулаторию прикрепленного контингента поликлиники сотрудников Международного казахско-турецкого университета имени Х.А.Ясави. Настоящее исследование произведено за период с 2012 по 2013 гг. Было обследовано 462 пациента в возрасте от 25 до 65 лет.

Ключевые слова: инсулин, гипергликемия, гиперинсулинемия, метаболический синдром, гормональный статус, биохимия углеводов.

По данным произведенного Шалхаровой Ж.С. популяционного исследования верхние границы инсулина для нашего региона составляют 8,87 мкед/л, нижние границы инсулина для нашего региона составляют 2,87 мкед/л [1]. Среди обследованных пациентов 41,9 % имели значения выше указанных границ, 3,5 % имели значения нижеуказанных границ, и потому эта группа пациентов нуждается в дальнейшем обследовании для выявления причин гиперинсулинемии и гипоинсулинемии. Также для этого контингента пациентов необходим контроль концентрации глюкозы в крови не реже 1-2 раз в год и самоконтроль глюкозы для лиц в возрасте от 45 лет не реже одного раза в год.

Инсулин - полипептидный гормон, продуцирующийся бета-клетками поджелудочной железы, главный регулятор углеводного обмена. В норме его секреция стимулируется увеличением уровня глюкозы в крови. Повышение концентрации инсулина вызывает усиленное поглощение глюкозы тканями, приводящее к снижению уровня глюкозы в крови, что в свою очередь обуславливает снижение уровня инсулина. При некоторых патологических состояниях (диабет, инсулинома) это связь нарушается. В случае инсулин-секретирующих опухолей поджелудочной железы (инсулином) в крови пациентов обычно выявляется неадекватно высокая концентрация инсулина, что проявляется гипогликемией. Определение инсулина натощак является важным диагностическим тестом, используемым для установления патогенеза гипогликемических состояний и диагностики инсулином. Содержание инсулина у пациентов больных сахарным диабетом колеблется в широких пределах в зависимости от типа диабета, фазы заболевания . [2]

При недостаточной секреции инсулина или его неадекватном действии на мишени развивается сахарный диабет. В 1981 г. Комитет экспертов ВОЗ определил сахарный диабет как синдром хронической гипергликемии, развивающийся вследствие абсолютного или относительного дефицита инсулина и проявляющийся глюкозурией, полиурией, полидипсией нарушением липидного, белкового и минерального обмена и развитием характерных осложнений (острых и хронических). Традиционно выделяют два типа сахарного диабета: инсулинзависимый (тип I) и инсулиннезависимый (тип II), различаемых по патогенетическим механизмам [3].

В случае аутоиммунного разрушения бета-клеток, продуцирующих инсулин наблюдается абсолютный дефицит инсулина (инсулинозависимый диабет I типа). Продукция инсулина постепенно снижается с развитием патологии еще до изменения уровня глюкозы в крови. При диабете II типа (инсулиннезависимом) наблюдается резистентность тканей к действию инсулина, и его уровень обычно повышен. Тем не менее, определение уровня инсулина в большинстве случаев не является

необходимым для определения типа диабета или решение вопроса о ведении больного диабетом, и определение инсулина не включено в диагностические критерии сахарного диабета. В некоторых случаях потребность в измерении инсулина может возникнуть, когда решается вопрос об абсолютной потребности в инсулине и при переходе на оральные препараты. Определение инсулина в крови осуществляется радиоиммунологическими и или иммунометрическими методами. Свободный инсулин определяется после осаждения антител и связанного с ним инсулина.

Определение инсулина не включено в число диагностических критериев диабета, однако, в рамках глюкозотолерантного теста может способствовать диагностике раннего, догипергликемического сахарного диабета [4]. Исследование инсулина в данном случае определяли в комплексном обследовании пациентов с метаболическим синдромом. Определение концентрации инсулина в крови необходимо для дифференциации различных форм сахарного диабета, выбора лечебного препарата, подбора оптимальной терапии. Определение инсулина имеет смысл только у пациентов не получавших препаратов инсулина, поскольку происходит образование антител к экзогенному гормону. Повышенное содержание инсулина в присутствии низких концентрации глюкозы может быть показателем патологической гиперинсулинемии. Повышенный уровень инсулина во время голодания в присутствии как нормальных так и повышенных концентрации глюкозы, а также повышении инсулина и глюкозы в ответ на введении глюкозы являются показателем инсулин-резистентных форм непереносимости глюкозы и сахарного диабета, а также других инсулин-резистентных состояний. Высокие концентрации циркулирующего инсулина могут быть связаны с патогенезом гипертензии и сердечно-сосудистых заболеваний.

Определение инсулина применяется для подтверждения диагноза у пациентов с нарушениями углеводного обмена. Гиперинсулинемия (избыточная продукция и секреция в кровь инсулина бета-клетками поджелудочной железы), в самом деле, приводит к тому, что излишний инсулин в крови не выпускает запасы глюкозы из гликогеновых резервов печени и эти резервы, накапливаясь, перерабатывается в жировые запасы. В это же время организм вынужден переходить на жировой путь обеспечения энергией при наличии запасов гликогена в печени. Гиперинсулинемия - болезнь, характеризующаяся частыми энергетически не обоснованными гипогликемическими состояниями при отсутствии дефицита инсулина в крови.

Целью нашего исследования является диагностическое значение определения инсулина пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы исследования: Определение гормонального статуса показателя инсулина у пациентов проводилась в клиничко-биохимической лаборатории Клиничко-диагностического центра МКТУ им.Х.А.Ясави. Забор крови на гормоны производилась из локтевой вены строго натощак после 12-часового голодания. Определение инсулина в сыворотке крови проводилась на хемилюминисцент-ном автоматическом анализаторе Elecsys-2010 производства Hitachi-Япония.

Результаты: При определении инсулина у 462 пациентов было выявлено у 194 пациентов повышенная концентрация инсулина в сыворотке крови, также у 16 пациентов концентрация инсулина ниже указанного интервала

Выводы. В связи с этим это группа пациентов нуждается в дальнейшем обследовании для выявления причин гиперинсулинемии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шалхарова Ж.С. Метаболический синдром: эпидемиология, диагностика, клиника и лечение. - 2006 - Алматы 74-75 с .
2. Камышников В.С. Клиника-биохимическая лабораторная диагностика.-Минск.- 2003.- 401 с.
3. Ткачук В.А .Клиническая биохимия 2008 - Москва- 307 с .
4. Комаров Ф .И .Меньшиков В .В .Биохимические исследования в клинике.М.:Медицина.-1999 - 191 с .
5. Бейсембаева Ш.А. Новая концепция реформирования лабораторной службы здравоохранения РК. Материалы международной конференции по актуальным вопросам медицинской и лабораторной диагностики. – Астана – 2012.
6. Мошкин А.В., Долгов В.В. Обеспечение качества в клинической лабораторной диагностике. Руководство для специалистов клинической лабораторной диагностики. М.:Медиздат, 2004. –

191 с.

7. Меньшиков В.В., Лукичева Т.И., Кадашева О.Г. Обеспечение и контроль качества лабораторных исследований в первичном звене медицинской помощи // Клиническая лабораторная диагностика. 2007. - №3. - С.9-14.
8. Баймуратова М.А., Абдусаламова З.С., Касенова Г.Т. Структура и алгоритм бактериологических исследований. - Метод. пособие. - Алматы, 2012. - 88 с.
9. Шевченко Ю.Л., Шабалин В.Н., М.Ф. Заривчацкий, Селиванов Е.А. Руководство по общей клинической трансфузиологии. – Санкт-Петербург: Изд-во «Фолиант», 2003. - 598 с.

ТҮЙІН

Амбулаторлық-емдеу жағдайында инсулинді тағайындаудың диагностикалық ерекшелігін анықтау
Ж.Б. Накипов, Қ.Қ. Баймұратова
Қ.А. Ясауи атындағы клиника-диагностикалық орталық, Түркістан қ.

Бұл мақалада клиника-диагностикалық орталық емханасына қаралған Х.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің қызметкерлерінің лабораториялық нәтижелерінің статистикалық деректері қолданылған. Бұл зерттеулер 2012 мен 2013 жыл аралығында, жасы 25 пен 65 аралығындағы 462 науқаста жүргізілді.

SUMMARY

Diagnostic value of insulin determination in out-patient polyclinic conditions
ZH. B. Nakipov, K.K. Baimuratova
Clinical diagnostic Center by named A. Yasavi, Turkestan

This article provides statistics laboratory study of patients attending the outpatient clinic attached clinic staff contingent of the International Kazakh-Turkish University named X. A. Yasawi . Present study made for the period from 2012 to 2013 . Were examined 462 patients aged 25 to 65 years .

ОБЗОР

УДК613.6:616.5-05673-084:6157014

ОСНОВНЫЕ ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ (ОБЗОР)

*З.И. Бейсембаева, Г.С. Алимбаева, У. Усипбаева**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*

РЕЗЮМЕ

В научном обзоре рассмотрены эколого-гигиенические факторы риска, которые являются основными развития аллергических и атопических дерматитов. В ряду этих факторов тяжелым металлом принадлежит основная роль в развитии аллергических дерматозов. Полученные научные сведения стали основой исследовательской программы по изучению дерматологической заболеваемости в экологически неблагоприятном городе Казахстана.

Ключевые слова: дерматозы, дерматиты, экология, тяжелые металлы, профилактика.

Для принятия конкретных управленческих решений необходимо, применительно к биогеохимической провинции, периодически проводить углубленный анализ состояния здоровья населения на основе единых методологических приемов с использованием инновационных технологий, которые позволят своевременно корректировать как объем необходимых лечебно-профилактических мероприятий, так и структурные изменения в системе здравоохранения региона(1). Следует отметить, что в последнее время интерес к изучению экологических и медицинских аспектов влияния на возникновение и течение ряда заболеваний кожи и подкожной клетчатки значительно возрос. Основная роль в этиологии дерматозов принадлежит воздействию биологически активных химических соединений. Среди них вещества оказывающие преимущественно раздражающее действие; вещества обладающие фотостимулирующими и фотосенсибилизирующими свойствами и вещества-сенсибилизаторы наиболее часто встречаются в составе антропогенных загрязнителей(2).

Профессиональные аллергические дерматозы наиболее часто регистрируются в асбестоцементном и нефтеперерабатывающем производствах, а также в производстве цветных металлов. Зачастую они вызываются соединениями цветных металлов (свинца, цинка, кадмия, кобальта и др.), которые являются сенсибилизаторами, а также углеводородными соединениями нефтепереработки. Положительные результаты кожных тестов с растворами солей металлов у заболевших и здоровых рабочих плавильных и рафинадных цехов свинцового производства, а также с углеводородами у больных и здоровых основных цехов нефтеперерабатывающего производства показали, что они относятся к группе повышенного риска по развитию дерматологических заболеваний (3). Аллергенное действия биологически активных веществ усиливается при нарушении барьерной функции кожи, наличии генетической предрасположенности и других предрасполагающих факторов.

Эризипеллоид, профессиональные поражения фолликулярного аппарата кожи и слизистых оболочек, меланодермии, кератозы и поражения кожи, вызванные воздействием высокой температуры, профессиональные лучевые поражения, солнечный дерматит, фотодерматит, профессиональные инфекционные и грибковые заболевания кожи, токсическая меланодермия, ограниченные гиперкератозы от контакта с нефтью, профессиональные опухоли, угри от хлорированных углеводородов, масляные угри в медицинской практике встречаются крайне редко. В Южном Казахстане высокий уровень загрязнения производственной среды существовал при производстве лекарственных препаратов на химико-фармацевтическом заводе, цветных металлов на свинцовом производстве, строительных материалов на цементном заводе, минеральных удобрении на фосфорном заводе, где в 90-ые годы проведены комплексные медико-социальные и гигиенические исследования(4).

Но наиболее подробные исследования состояния здоровья рабочих химико-фармацевтического завода проведены только 2000-2010годы и были выявлены специфические заболевания кожи. Кожные проявления обнаруживались у аппаратчиков, слесарей, лаборантов, т.е. у лиц, имевших наиболее частый контакт с продуктами производства. Клинически заболевания

проявлялся возникновением однотипных изменений кожи у большинства рабочих с одной и той же профессией. Соотношение же отдельных заболеваний кожи колеблется в широких пределах в зависимости от специфики химических факторов промышленного производства, а также эколого-гигиенических условий территории проживания, образа жизни и др. По многочисленным данным отечественных ученых установлено, что неблагоприятные факторы окружающей среды района проживания также могут оказывать существенное влияние на состояние здоровья населения и способствовать развитию заболеваний кожи и подкожной клетчатки. В работе отдельных отечественных ученых (5) показано, что степень риска дерматологической заболеваемости населения, проживающего на неблагополучных по гигиеническим параметрам территориях, расценивается как очень высокая и, в первую очередь, по контактному и атопическому дерматитам. О существенном вкладе факторов окружающей среды в формирование территориальной патологии кожи свидетельствуют выявленные связи между уровнями нагрузки и показателями риска заболеваний кожи и подкожной клетчатки на популяционном уровне: для атмосферного воздуха ($r=0,531-0,661$), качества питьевой воды ($r=0,456-0,592$).

Исследования по изучению экологически обусловленных заболеваний населения крупного промышленного центра (города Шымкента) с напряженной экологической обстановкой, обусловленной большой концентрацией промышленных предприятий и магистралей, выявили неуклонный рост обращаемости детей и подростков за медицинской помощью по причине проявления данной нозологической формы (6,7). Как известно, воздействие неблагоприятных факторов среды обитания территорий проживания населения - загрязнения атмосферного воздуха, питьевой воды и почвы, как правило, косвенно сказывается на возникновении болезней кожи через снижение неспецифической резистентности организма. Так, по данным отдельных авторов увеличивается из года в год количество подростков 13-18 лет с аллергической патологией: за период с 1992 по 2002 гг. — с 9 до 29% среди общей соматической патологии. Причем, особенностью данной возрастной группы является наличие у подростков сочетанной аллергической патологии, разнообразия клинических проявлений и полиорганности поражения. К примеру, у 22% подростков отмечается сочетание атопического дерматита с вазомоторно-аллергическим ринитом.

Как показали наши исследования работ по изучению причин дерматологической заболеваемости, связанной влиянием антропогенных факторов риска территории проживания не достаточно. Помимо рассмотренных факторов, источниками патологических воздействий на кожу являются жилищно-бытовые и медицинские факторы. Аллергены жилых помещений изучены достаточно много. Считается, что ими обусловлено более половины всех аллергий. Наглядными примерами таких аллергенов являются клещи домашней пыли, плесени, тараканы, комнатные животные, особенно кошки. На появление биологических аллергенов в жилищах, как и на развитие аллергических заболеваний, влияет температура воздуха, его влажность, частота уборки и степень вентилируемости помещения (8,9).

Не исключается возможность неблагоприятного воздействия на кожу косметических средств. Как известно, многие кремы в своем составе содержат раздражающий консервант формальдегид. Отечественные и импортные косметические средства содержат в значительной концентрации аллерген катон. В красителях для волос обнаружены сильный аллерген парафенилдиамин, а также контактные аллергены резорцин и пирогаллол.

Следует обратить внимание на то, что здоровая кожа человека проницаема для растворителей липидов, молекул веществ, обладающих слабыми кислотными свойствами. Кожа всасывает витамины А, К, Е, D, половые и стероидные гормоны, медиаторы: гистамин, ацетилхолин, адреналин, норадреналин. Воздействие органических растворителей вызывает увеличение проницаемости эпидермального барьера. При изучении биологии кожи в последнее время больше внимания уделяется защитным биохимическим свойствам кожи. Биохимические процессы и буферные системы кожи обуславливают защитные свойства и способность эпидермиса нейтрализовать кислоты, щелочи и другие химические вещества, а также противодействовать микроорганизмам и восстанавливать исходную величину рН, которая является важнейшим защитным механизмом кожного покрова.

Возникающие под воздействием факторов риска функциональные и биохимические сдвиги является показателем нормального протекания биохимических процессов и обеспечения защитно-барьерных функций кожи. Они не только сказываются на морфологических изменениях кожи, но и влияют на весь организм и могут выявляться как предшествующие клинически видимым изменениям

кожи при различных дерматозах (10). Многочисленные исследования показали, что возникновению болезней кожи и подкожной клетчатки может быть связано воздействием неблагоприятных факторов производственного процесса окружающей среды, аллергенов жилых помещений, а также с использованием косметических средств, содержащих аллергены. Применение иммунологических методов исследования помогает осуществить раннюю диагностику профессиональных аллергодерматозов химической этиологии.

Установление закономерности формирования Т- и В- систем иммунитета позволяет определить степень нарушений иммунного статуса и клиническую картину профессиональных аллергических дерматозов. Применение методов Келлера и Милштейна по получению моноклональных антител к поверхностным антигенам лейкоцитов позволило оценить иммунный статус организма при атопическом дерматите, псориазе; выявить особенности неблагоприятных изменений показателей клеточного и гуморального иммунитета у больных атопическим дерматитом, профессиональным аллергодерматозом, другими заболеваниями кожи (11).

Особая популяция Т- лимфоцитов циркулируя из периферической крови в кожу и обратно, получая информацию о действующих на кожу антигенах и о собственных антигенах кожи играет роль аффинитета и обеспечивает реакцию повышенной чувствительности замедленного действия (12,13).

Иммунорегуляторные субпопуляции Т-лимфоцитов - Т-супрессоры и Т-хелперы участвуют также в формировании аллергической реакции. При экземе скопления Т-хелперов выявляются преимущественно глубоко в дерме вокруг мелких кровеносных сосудов, тогда как цитотоксические Т-супрессоры обнаруживаются в верхних слоях дермы и даже в эпидермисе аллергии. Предполагается, что при обострении патологического процесса преобладают Т-хелперы, а при хроническом течении преобладают Т-супрессоры. В научных работах отдельных авторов показано, что лимфоцит участвует в регуляции эритро и лейкопоэза. Неблагоприятные факторы среды обитания оказывают влияние на микробную обсемененность кожи и слизистых оболочек, фагоцитарную активность, концентрацию в биологических жидкостях лизоцима и комплемент. Это обстоятельство в свою очередь ведет к развитию дисбактериоза, что является косвенным показателем сниженной антиинфекционной устойчивости организма.

Установление дисбактериоз кожи и слюны позволяют выявлять нарушения здоровья на продромальном доклиническом уровне и рекомендовать эти тесты для внедрения их в системы биомониторинга. Вместе с тем, такие исследования требуют больших трудозатрат и являются выборочными. Использование системы социально-гигиенического мониторинга позволило накопить и проанализировать большой объем информации о неблагоприятных факторах окружающей среды и заболеваемости кожно-аллергическими патологиями населения. Риск фактор как угроза здоровью человека отражает вероятность возникновения неблагоприятных эффектов, обусловленных состоянием среды обитания. Анализ и управление риском является основой принятия эффективных решений и целевых программ по обеспечению гигиенической безопасности населения и устойчивому экономическому развитию крупных промышленных городов (14).

Исследованиями, проведенными в г. Шымкенте, установлено, что приоритетными факторами среды обитания, создающими высокий уровень антропогенной нагрузки и риск здоровью населения на отдельных внутригородских территориях эколого-гигиенического неблагополучия, являются загрязнение атмосферного воздуха; загрязнение почвы тяжелыми металлами, неудовлетворительное качество питьевой воды (15). Для решения задачи выявления взаимосвязей в системе «факторы среды территории проживания - дерматологическая заболеваемость», с нашей точки зрения, более приемлемы именно методы корреляционно-регрессионного анализа и оценки достоверности различий показателей заболеваемости населения, проживающего на территориях с контрастным уровнем техногенной нагрузки.

Заключение. Обзор литературы по избранной проблеме позволила установить, что факторами риска возникновения болезней кожи и подкожной клетчатки, являются контакт с аллергенами при производственном процессе, загрязнение окружающей среды, воздействие аллергенов жилых помещений, использование косметических средств и другие. Вместе с тем, во многом остается не ясным место эколого-гигиенических условий и высокой антропогенной нагрузки на окружающую среду в формировании патологии кожи на популяционном уровне.

Применение современных методов оценки риска здоровью, гигиенического ранжирования и социально-гигиенического мониторинга, позволило количественно оценить вклад факторов среды

обитания в формирование заболеваемости населения. Вместе с тем, эти подходы используют данные о заболеваемости населения в целом по классам болезней и практически отсутствуют исследования, ориентированные на детальное изучение эколого-гигиенических причин отдельной патологии на популяционном уровне, в частности болезней кожи и подкожной клетчатки. Обозначенный перечень вопросов послужил основанием для проведения работы, определил ее цели и задачи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булешов М.А., Ережепов Б.Н., Абдухалыков А.М. Оценка распространенности хронических неспецифических заболеваний у населения промышленного города. // Охрана окружающей среды и рациональное использование природных ресурсов. Медицина и здравоохранение. Шымкент, 2004. - С. 153-155.
2. Оспанова А.М., Булешов М.А. Структура профессиональных дерматозов в различных производствах и особенности их профилактики// Здоровье и болезнь. – Алматы, 2008, -№9 (75). – С.13-15.
3. Булешов М.А., Ережепов Б.Н., Абдухалыков А.М. Эффективность профилактики основных хронических неинфекционных заболеваний в промышленном городе. //Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік медицина академиясының хабаршысы. -2004.-№3 (38).-153-155 б.
4. Айтмухамбетов Н.А., Слажнева Т.И., Корчевский А.А., Яковлева Н.А. Оценка и моделирование комплексного характера влияния внешних общества: Сборник тезисов научных докладов Восьмой Международной конференции. –Санкт-Петербург, 2003.-С.58-60.
5. Булешов М., Ережепов Б., Абдухалыков А. Эффективность профилактики основных хронических неинфекционных заболеваний в промышленном городе // Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии. Шымкент, 2004, № 18-19, С. 182-184.
6. А.О. Рахымжанова, И.М. Мирзоян, Ю.П.Акимочкин. Кәсіби аллергиялық дерматоздардың клиникасы және емдеу ерекшеліктері. //Қазіргі экономика жағдайындағы еңбек гигиенасының өзекті мәселелері атты Республикалық ғылыми конференцияның материалдары – Қарағанды, 29-30 қараша 2001 жыл.280 -281 бет
7. Жетибаев Б.К. Современные медико-гигиенические подходы к решению проблем охраны окружающей среды и здоровья населения// Теория и практика оздоровления населения России. –Сб.
8. Buleshov M.A., Zhetybaev V.K. Medicai-hydienic approaches to the decision of f problem of preservation of the environment and health of population in Karatau-Zhambul biogeochemical province// Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік медицина академиясының хабаршысы.-2006.-№ 6 (32).-Б.181-184.
9. Сәдуақас К. Ш., Мирзоян И.М. Синтетикалық жуғыш заттардың әсер етуі кезіндегі терінің барьерлі-қорғаныш қызметінің даму тарихы. Қазіргі экономика жағдайындағы еңбек гигиенасының өзекті мәселелері. //Республикалық ғылыми конференциясының материалдары – Қарағанды, 29-30 қараша 2001 жыл.81-84 бет.
10. Аскарова Г.К., Байдусенова А.О. Аллергиялық дерматоздардың таралуы // Республикалық ғылыми конференцияның материалдары .– Карағанды ,29-30 қараша 2001 жыл , 132-137 бет.
11. Алиакпаров М.Т., Снопков В.Н. экологические причины в этиопатогенезе основных (главных) болезней на современном этапе// Экология и медицина.- 1997. – т1. – С№4-8.
12. Кулқыбаев Г.А. Экология промышленного региона и здоровье населения. Научная программа. Карағанды, 1995.- 22с.
13. Проблема медицинской экологии. (Сборник статей). Институт физиологии и гигиены труда НАН РК. /Под ред. Г.А.Кулқыбаева.- Том 2. Карағанды, 1995. – 228 с.
14. Кулқыбаев Г.А. Медицинские аспекты экологии. (Монография). – Алматы-Карағанды, «Гылым», 1995.-181 с.
15. Авалиани С.Л., Ревич Б.А., Захаров В.М. Региональная экологическая политика. Мониторинг здоровья человека и здоровья среды. - М.: ЦЭПР, 2001. - 76с

ТҮЙІН

Дерматологиялық патологиялардың негізгі кәтерлі экологиялық-гигиеналық себептері (шолу)

З.И. Бейсембаева, Г.С. Алимбаева, У. Усипбаева
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қаласы

Ғылыми шолуда дерматологиялық аурулардың экологиялық- гигиеналық себептері туралы деректер келтірілген. Зерттеу барысында бұл себептер аллергиялық және атопиялық дерматиттердің дамуына тікелей алып келетіндігі анықталды. Ал антропогендік ауыр металлдар аллергиялық дерматоздарды туындататын негізгі себептерге жататын болып шықты. Алынған деректер экологиясы нашар қаладағы дерматологиялық аурулардың даму заңдылықтарын анықтауға бағытталған бағдарламаның негізі болып алынды.

Кілітті сөздер: дерматоздар, дерматиттер, экология, ауыр металлдар, профилактика.

SUMMARY

The main ecological and hygienic risk factors for the development of dermatological pathologies (review).

Z.I. Beysembaeva, G.S. Alimbaeva, U. Usipbaeva
South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent city

In scientific review considered ecological and sanitary factors of risk, which are main causes of development of allergic and atopic dermatitis. Also among these factors there are heavy metals, which main role in allergic dermatitis development. Received scientific data became basis for dermatological incidence research program in ecological unfavorable cities of Kazakhstan.

Key words: dermatosis, dermatitis, ecology, heavy metals, prevention.

ПЕДАГОГИКА

УДК 811.111:378.147

PHRASEOLOGICAL UNITS OF BIBLICAL ORIGIN IN MODERN ASPECTS OF LANGUAGE ANALYSIS

Y.V. Svichkar

SKSPhA, Shymkent, Republic of Kazakhstan

SUMMARY

This article reflects key moments of using phraseological units in the complex of linguistic system; phraseology, being the salt of the language and the quintessence of the folk wisdom, presents in itself a reliable source of knowledge for thinking teacher, especially it concerns those of biblical origin, due to their moral and ethical value.

Key words: phraseology, language analysis, biblicisms, phraseological unit, types of variability.

INTRODUCTION

Phraseology as a complex area of the linguistic system is a developing field of research and has attracted interest from many sides. The linguistic attention has been paid to the semantic, syntactic and textual properties of phraseological units, to different approaches of their synchronic and diachronic description, and to cultural specificity.

The term “phraseology” originated in Russian studies which developed from the late 1940’s to the 1960’s (Cowie 1998, 4). In linguistics, the term “phraseology” describes the context in which a word is used. This often includes idioms, phrasal verbs, and proverbs. These words reflect the essence of my theme: “Phraseology is a fuzzy part of language. Although most of us would agree that it embraces the conventional rather than the productive or rule-governed side of language, involving various kinds of composite units and “pre-patterned” expression such as idioms, fixed phrases, and collocations, we find it difficult to delimit the area and classify the different types involved” (Altenberg 1998, 101). Linguists have provided various definitions of phraseological units and various criteria to classify them.

One of the main goals of modern education here both general and linguistic consists in cultivating their cultural and intellectual dialogue on the basis of mutual understanding and tolerance. The study of the Holy Bible and linguistic analysis of its phraseology both in Russian and in English will contribute to it. Every thinking teacher seeks to determine the ways and techniques of teaching that will not only provide her or his students with profound knowledge but will also contribute to the development of their thought. Thus, charting and implementing a programme of a special course in English Phraseology for university students I came to the conclusion that phraseology, being the salt of the language and the quintessence of the folk wisdom, presents in itself a reliable source for students’ education, especially those of biblical origin, due to their moral and ethical value.

It should be also pointed out that biblicisms as the object of study arouse great interest not only with linguists but also with philosophers, historians, pedagogues and other specialists due to their inexhaustible philosophical, ethical, aesthetical, pedagogical and moral potentiality. From the ethical point of view phraseological units of biblical origin may be classified into two unequal groups, the greatest one of which is directed to censuring human vices and the smallest one to lauding their virtues. Linguistic approach to biblicisms: types of variability. The language of the Holy Bible has greatly influenced English as well as Russian, but in this article I want to reveal the wealth of modern “biblical” English as the rigid framework of the article doesn’t permit me to touch base and note Russian phraseological units completely. Back on topic I want to mention that the Bible enriched different languages with numerous phraseological units, proverbs and sayings. The object of this article is phraseological units (PhUs) of Modern English having biblical origin.

According to prof. A.V.Kunin’s definition “the phraseological unit is a set combination of words with a complete or partial transference of meaning, and idioms are those phraseological units that have a complete transference of meaning”/КуНИН, р. 210/. The study of biblical phraseology brings me to the

conclusion that it is not rigid, not completely unchangeable. On the contrary due to the mobility of syntactic ties between the components of PhUs, occasional changes take place in the component structure of biblicisms which in the course of time acquire stability in speech and as a result become fixed in dictionary entries as phraseological variants. The research of the problem of variability of PhUs-biblicisms enables me to classify them according to the types of their variability: a) grammatical variants (morphological variants, morphologo-syntactical variants), b) lexical variants (verbal variants, substantival variants, adjectival variants, prepositional variants), c) quantitative variants (reduced-quantitative variants, extended-quantitative variants), d) mixed variants.

Morphological variants. Morphological variants among PhUs-biblicisms are rare and they consist in changing the category of number of the substantival component, e.g.: the idiom of biblical origin “be in deep waters” and its later morphological variant “be in deep water” /Psalms 69, 2/ have the identical meaning “in difficulty, in distress, in a situation with obscure and menacing possibilities” /Webster’s, p. 589/ and differ only in the morphological form of the substantival component “water(s)”, cf.: e.g.1: “I sink in deep mire, where there is no standing: I am come into deep waters, where the floods overflow me.” /Psalms 69, 2/ e.g.2: “Morris had heard that Frisco himself was in deep water. He had been involved in a duel between two rival groups of company promotes, and come a cropper.” /K.S.Prichard, “The Roaring Nineties”/

In Modern English the biblical variant with the substantival component in the plural “waters” is hardly ever used. The idiom “make broad one’s phylactery” having the meaning ‘to show off one’s piety’ also originated from the Bible with the noun component in the plural ‘phylacteries’ but at present it is mostly found in the singular: e.g.3: “But all their works they do for to be seen of men: they make broad their phylacteries, and enlarge the borders of their garments.” /Matthew 23, 5/. As to morphological variability of verbal components in biblical phrases it is not frequent and comes to the change of the ending in the third person singular from ‘eth’ to ‘es’ as in ‘pride goeth (goes) before a fall’ /Proverbs 16, 18/ with the meaning ‘a person who behaves in a proud and impatient manner is likely to suffer an early misfortune’ /Courtney, p. 244/, cf: e.g.4: “Pride goeth before destruction and a haughty spirit before a fall.” /Proverbs 16, 18/. e.g.5: “Last week Jimmy was boasting about his large salary. This week he is without a job. Pride goes before a fall.” /Cowie I, p. 133/.

The biblicism under study also develops a lexical variant in which the verbal component ‘goes’ changes for ‘comes’: e.g.6: “Remember, John, pride comes before a fall. Don’t go round talking about your success in business all the time.” /Warren, p. 216/. Coming back to morphological variability in substantival idioms it should be pointed out that some biblicisms developed variants by means of acquiring (but not losing) plurality of the noun component as in: ‘out of the mouth (mouths) of babes and sucklings’ /Psalms 8, 2/ with the meaning ‘babies are unable of telling lies’ or ‘the power (powers) of darkness’ /Colossians I, 13/ with the meaning ‘some dangerous, menacing force’.

This type of morphological variability can also be illustrated by the biblicisms ‘strengthen somebody’s hand’ /I Samuel 23, 16/ and ‘strengthen somebody’s hands’ having the identical meaning ‘increase somebody’s power to do something in the face of opposition or competition’ /Cowie, p. 524/, cf.: e.g.7: “And Jonathan Saul’s son arose and went to David into the wood, and strengthened his hand in God.” /I Samuel 23, 16/ e.g.8: “The power stations, which have so far coped remarkably well with the problems thrown up by the miners’ strike, will be disturbed by an overtime ban and work-to-rule. This will both strengthen the miners’ hand and produce a drastic worsening of the problems of keeping the country adequately supplied with fuel.” /Cowie, p.524/ e.g.9: “Their hands would be immeasurably strengthened if they could get him back here. He’s really their only impartial witness, you know.” /F.Knebel, Ch.Bailey, “Friday Morning”/

Morphologo-syntactical variants. The phraseological unit under analysis develops the following morphologo-syntactical variants ‘strengthen the hand of smb’ and ‘strengthen the hands of smb’ and that is confirmed not only by the context but also by the data fixed in the entries of defining dictionaries: e.g.10: “This gave the Prime Minister the realisation that although Britain may have been satisfied with what the Government was doing, Scotland was not. That strengthened the hand of the Secretary of State (for Scotland) in dealing with his cabinet colleagues.” /Cowie, p, 524/ The essence of the morphologo-syntactic variability lies in the following: the prepositional attribute expressed by the noun in the Genitive case or by the possessive pronoun is changed for the postpositional nominal or participial attribute or vice versa, e.g.: the biblicism ‘the land of promise’ /Hebrews 11, 9/ acquires its morphologo-syntactical variant ‘the promised land’ that retains the meaning of the original phrase: ‘heaven or an earthly place, situation or condition where people are promised, and hope to get, happiness and security...’ /Cowie, p. 466/, cf.: e.g.11:

“By faith he sojourned in the land of promise, as in a strange country, dwelling in tabernacles with Isaac and Jacob, the heirs with him of the same promise.”/Hebrews 11, 9/ e.g.12: “Hornby (with a little smile). Well, are you enjoying the land of promise as much as you said I should? Nora. We’ve both made our bed and we must lie on it.” /W.S. Maugham, “The land of Promise” / e.g.13: “There is not half enough of this type of propaganda today. We have all become so hard and practical that we are ashamed of painting the vision splendid - of showing glimpses of the promised land.” /H.Pollitt, “Serving My Time”/

Lexical variants. Lexical variants are most widely spread among biblicisms with variable verbal components, e.g.: ‘ask for bread and be given a stone’ /Matthew 7, 9/ and ‘ask for bread and receive a stone’; ‘tread under foot’ /Isaiah 25, 10/ and ‘trample under foot’. The biblicism ‘cast (in) one’s lot with somebody’ /Proverbs 1, 14/ acquired its lexical variant ‘throw in one’s lot with somebody’ having the identical meaning ‘to associate oneself with for good or ill, share the fortune of, take the side of, align oneself with’ /Webster’s, p. 348/, ‘to join as an associate, share the fate’ /Webster’s, p. 2385/, cf.: e.g.14: “Cast in thy lot among us; let us all have one purse.” /Proverbs 1, 14/ e.g.15: “She felt thoroughly bound to him as a wife, and that her lot was cast with his, whatever it might be... /Th.Dreiser, “Sister Carrie”/ e.g.16: “I have a friend - a very good friend. He has suggested more than once that I should throw in my lot with his. On that afternoon I accepted his proposal.” /A.Christie, “Appointment with Death”/

Some biblicisms acquire four or even more verbal variants, e.g.: the phraseological unit ‘stop one’s ears’ /Psalms 58, 4/ and its synonym ‘turn a deaf ear to something’ were borrowed from the Bible with the meaning ‘not to take notice of, to refuse to listen to’ /Seidl, p. 193/ but in the course of time they developed their lexical and lexico-quantitative variants: ‘close one’s ears to something’, ‘shut one’s ears to something’, ‘seal one’s ears to something’, cf.: e.g.17: “Their poison is like the poison of a serpent: they are like the deaf adder that stoppeth her ear.” /Psalms 58, 4/ e.g.18: “This was an appeal to which Eleanor was incapable of turning a deaf ear.” /W.S.Maugham, “The Lion Skin”/ e.g.19: “The government has shut its ears to our protests.” /Warren, p. 254/ The biblicism ‘proclaim upon the housetops’ /Luke 12, 3/ gave rise to three more lexical variants ‘cry from the housetops’, ‘declare from the rooftops’, ‘shout from the housetops’ with the identical meaning ‘to let everybody know (a piece of information)’ /Longman, p. 172/, cf.: e.g.20: “Therefore whatsoever we have spoken in darkness shall be heard in the light; and that which we have spoken in the ear in closets shall be proclaimed upon the housetops.” /Luke 12, 3/ e.g.21: “I tell you I’m proud of them, so proud that I could shout it from the housetops.” /N.Coward, “I’ll Leave It to You”)

Substantive components undergo variability much more seldom and that testifies to a greater stability of the biblical idioms they belong to, e.g.: the idiom ‘a drop in the bucket’ that was derived from the biblicism ‘a drop of a bucket’ /Isaiah 40, 15/ develops the variant ‘a drop in the ocean’ having the identical meaning ‘something of inconsiderable value, importance, esp. as compared with something larger in total or in kind’ /Cowie, p. 159/, cf.: e.g. 22: “The House is aware that experiments in this direction have already been made with conspicuous success, but such experiments are but a drop in the bucket.” /J.Galsworthy, “The Silver Spoon”/ e.g.23: “According to Karl, the diamond which Kutze had lost on Belt Bridge was a mere drop in the ocean.” /Cowie, p. 159/

The idiom ‘a lion in the way’ /Proverbs 25, 13/ was borrowed from the Bible with the meaning ‘a difficulty or obstacle (real or supposed) given as a reason/ excuse for not doing something’ /Cowie, p. 358/ and in the course of time it developed the substantival variant ‘a lion in the path’ having the identical meaning, cf.: e.g.24: “The slothful man saith, there is a lion in the way; a lion is in the streets.” /Proverbs 25, 13/ e.g.25: “Would it be so easy to ask? But if lions in the path thought they would have an easy job with Harold they were mistaken.

Once his mind accepted its new orientation it would go on boldly.” /Cowie, p. 359/ Adjectival components are subjected to variability occasionally, e.g.: the biblicism ‘shining light’ /John 5, 35/ obtains its variant ‘leading light’ having the identical meaning in both contexts ‘outstandingly good in any field of activity’ /Cowie, p. 497/, cf.: e.g.26: “He was a burning and a shining light: and we were willing for a season to rejoice in his light.” /John 5, 35/ e.g.:27: “Entries would be accepted only from writers ‘sponsored’ by others already recognised in dramatic circles. Well, of course, anyone would do, really. Say a leading light in the local amateur dramatic society.” /Cowie, p. 344/

Prepositional variants and mixed variants. Prepositional components of biblicisms are also variable, e.g.: ‘shake the dust from/ off one’s feet’ /Matthew 10, 14/. But the prepositional variability is often combined with some other kind of variability, e.g.: in the idioms ‘a brand plucked out of the fire’ /Zechariah 3, 2/ and ‘a brand from the fire’ it is combined with the reduced quantitative variability and in ‘a brand from the burning’ it is combined with the reduced quantitative-lexical variability. The extended quantitative variability is also characteristic of biblicisms. It consists in increasing the number of components of the given phraseological unit and retaining the invariant of meaning, e.g.: the biblicism ‘clean hands’ /Psalms 23, 4/

acquires the extended variant 'one's hands are clean', cf:

e.g. 28: "...some of those who have condemned him most vigorously haven't done so with entirely clean hands." /E.O. Connor, "The Last Hurrah"/ e.g. 29: "Sartorius. ...And now. Dr. Trench, may I ask what your income is derived from? - Trench (defiantly). From interest, not from houses. My hands are clean as far as that goes. Interest on a mortgage." /B. Shaw, "Widowers' Houses"/

The mixed type of variability may be also represented by the following phraseological units of biblical origin: 'blind leaders of the blind' /Matthew 15, 14/ : 'the blind leading the blind'; 'labourers in somebody's vineyard' /Matthew 20, 1/ : 'labourers in the vineyard'; 'bone of one's bones and flesh of one's flesh' /Genesis 2, 23/ : 'bone of the bone and flesh of the flesh'; 'lift up one's heart' /II Chronicles 17, 6/ : 'take heart' and 'take heart of grace', etc.

Conclusion. Summing up the above discussion I would like to emphasize the following: in this paper I have tried to summarize the most important information about phraseological units of biblical origin in modern English. On the whole my approach to the problem of language phraseological units may be regarded as one of the attempts at solving one of the most important and complex problems of comparative phraseological analysis in the field of semasiology and phraseology. Since biblicisms have been borrowed and assimilated in different degrees by many European languages, there seems to be a fruitful perspective of their comparative study. Besides, for all EFL learners the information seems to be interesting.

REFERENCES:

1. The Holy Bible. 1989. Authorized King James Version. Iowa: World Bible Publishers. Web – site source.
2. Collins Cobuild Dictionary of Idioms. 1995. London: Harper Collins Publishers.
3. Collins Cobuild Student's Dictionary. 1990. London: Harper Collins Publishers.
4. Courtney R. 1983. Longman Dictionary of Phrasal Verbs. Harlow: Longman Group Limited.
5. Cowie A.P., Mackin R., McCaig I.R. 1984. Oxford Dictionary of Current Idiomatic English. In 2 vol. Oxford: Oxford University Press.
6. Harrap's Pocket English Dictionary. 1984. London: Harrap Ltd.
7. Hornby A.S., Gatenby E.V., Wakefield H. 1970. The Advanced Learner's Dictionary of Current English. London: Oxford University Press.
8. Longman Dictionary of English Idioms. 1996. Prepared by Laurence Urdang Associates Ltd for Longman Group Ltd, Harlow, London.
9. Seidl J., McMordie W. 1983. English Idioms and How to Use Them. Oxford: Oxford University Press.
10. Webster's Third New International Dictionary: The Definitive Merriam-Webster Unabridged Dictionary of the English Language. 1986. Springfield: Merriam-Webster INC., Publishers.
11. Кунин А.В. 1970. Английская фразеология: Теоретический курс. Москва: Высшая школа.
12. Федулёнок Т.Н. 1977. Проблемы вариантности фразеологических единиц библейской этимологии // Язык и культура: Материалы международной научной конференции. Барнаул. 161-163. Web – site source.
13. Федулёнок Т.Н., Гирич О.В. 1996. Вариантность фразеологизмов библейского происхождения // Проблемы прикладной лингвистики: Сб. материалов семинара. Пенза. 94 - 99. Web – site source.
14. Fedulenkova T.N. 1997. Biblical Phraseology: Types of Variability // Россия и Восток: Филология и философия. Омск. 115-118.

РЕЗЮМЕ

Фразеологические единицы библейского происхождения в современных аспектах языкового анализа

Свичкарь Е.В

ЮКГФА, г. Шымкент

В статье отражены ключевые моменты использования фразеологизмов в совокупности лингвистической системы; для думающего педагога, фразеология, являясь «солью» языка и квинтэссенцией народной мудрости, представляет собой надежный источник знаний, особенно это касается фразеологизмов библейского происхождения, воспитывающих моральные и этические качества студенческого коллектива.

ТҮЙІН

Тілдік сараптаманың замануи аспектілеріндегі библиядан тараған фразеологиялық бірліктер

Свичкарь Е.В

ОҚМФА, Шымкент қаласы

Мақалада фразеологизмдер мен лингвистикалық жүйенің бірлесіп пайдаланудың негізгі кезеңдері көрсетілген; ойлы педагог үшін, фразеология, халық даналығы мен тіл «нәрі» болғандықтан, сенімді білім көзі болып табылады, әсіресе бұл студенттік ұжымды моральды және этикалық тұрғыдан тәрбиелеуге бағытталған библиядан тараған фразеологизмдерге қатысты

СОДЕРЖАНИЕ	
МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «НЕ ЗАБУДЕТСЯ ИМЯ УЧИТЕЛЯ», ПОСВЯЩЕННЫЕ 80-ЛЕТИЮ ОСНОВАТЕЛЯ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОГО ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ Т.О. ОРЫНБАЕВА	
ҰСТАЗ ЖӘНЕ БАРООРТАЛЫҚ <i>И. Төлеев</i>	3
ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ: «МАТЬ – ПЛАЦЕНТА - ПЛОД» ПОД ЗАЩИТОЙ ГБО И ПЛАНИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЕМ В ПРАКТИКУ КАК КРИТЕРИИ ПРОГРАММЫ «БЛАГОПОЛУЧНОЕ МАТЕРИНСТВО» ВОЗ <i>Мусаев Ю.М., Даниярова Ш.Б., Наурызбаева Б.А., Даниярова А.Ж.</i>	6
ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ОТ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ В УСЛОВИЯХ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ <i>Мусаев Ю.М. Гавриков В.И. Жумабеков Ж.К. Тулеев И.Т. Бектенова Г.Е. Мусаев У.Ю. Даниярова Ш.Б.</i>	9
ГИПЕРБАРИЯЛЫҚ ОКСИГЕНАЦИЯ КӨРСЕТПЕСІНҮЛҒАЙТУ ҚАЖЕТ <i>И.Тулеев, Х.Махаметова</i>	13
СІРКЕ ҚЫШҚЫЛЫ ЖӘНЕ ӨЛІМ <i>И.Тулеев, Н.Нахыпбеков</i>	15
ПРИМЕНЕНИЕ ГБО В АКУШЕРСТВЕ <i>Х.А. Махаметова, Д.А. Бабажанова</i>	17
РОЛЬ ГБО ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ <i>Петрова Т.Н., Мусаев Ю.М., Эмм С.А., Тулеев И.Т.</i>	20
ГИПЕРБАРИЯЛЫҚ ОКСИГЕНАЦИЯНЫҢ АЛКОГОЛ ЖӘНЕ ОНЫҢ СУРРОГАТТАРЫМЕН ЖЕДЕЛ УЛАНУЛАРЫНДА ҚОЛДАНЫЛУЫ <i>И.Тулеев, Е.Мусабеков, Н.Нахыпбеков, Б.Айтымбетов</i>	23
ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЖГОВОЙ ТОКСЕМИИ И СЕПТИКОТОКСЕМИИ <i>М.Б.Досыбаев, О.Т.Мун, Х.Б.Бабажанов Б.С. Каратаев, М.Ж.Кожамкулова.</i>	24
2008-2012 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДАҒЫ ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ БОЙЫНША СТАЦИОНАРЛЫҚ ТОКСИКОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕ ШОЛУ ЗЕРТТЕУІ <i>И.Тулеев</i>	27
«ПОВИДОН ЙОД» В ЛЕЧЕНИЕ ОЖГОВ <i>М.Б. Досыбаев, О.Т. Мун, Х.Б.Бабажанов, Б.С. Каратаев, М.Д. Кожамкулова.</i>	30
ОТРАВЛЕНИЯ ЯДОМ КАРАКУРТА ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Минбосынов А.Е., Блялова Г.П. Какенов М.С.</i>	32
АЛКОГОЛЬ. УЛАНУЛАР.СТАТИСТИКАЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕР НЕНІ МЕНЗЕЙДІ? <i>И.Тулеев, Е.Мусабеков</i>	33
НИЗКОПОТОЧНАЯ ИНГАЛЯЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ <i>Ж.Б. Накипов, Е.Ж.Табынбаев, Е.А.Мустафаев, У.М.Рысбеков</i>	36
НЕЙРОЛЕПТИК ДӘРІЛЕРІМЕН УЛАНУ <i>Р.К. Жуманов, Т.Н.Петрова, Т.Б. Нурманов, С.А.Эмм.</i>	38
ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЙ С ОБЗОРОМ БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЕМ ЭТАНОЛОМ ПО ОЦГБО ИМ. Т.О. ОРЫНБАЕВА <i>Т.Б. Нурманов, Т.Н.Петрова, С.А.Эмм, Р.К.Жуманов.</i>	41

ОБЗОР БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЕМ ФОС ПО ОЦГБО <i>С.А.Эмм, Т.Н.Петрова, Т.Б. Нурманов, Р.К. Жуманов.</i>	45
ОБЗОР БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЕМ КУКОЛЬНИКОМ (ЧЕМЕРИЦЕЙ) ПО ОЦГБО <i>Т.Н. Петрова, С.А. Эмм, Т.Б. Нурманов, Р.К. Жуманов.</i>	48
СТАЦИОНАРҒА ДЕЙІНГІ КҮЙГЕНДЕРГЕ АЛҒАШҚЫ ШҰҒЫЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ <i>Катбаев С.А. Досыбаев М.Б. Мун О.Т. Қаратаев Б.С. Бабажанов Х.Б.</i>	51
ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ	54
АВТОМАТИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА «РАСТВОРЕНИЕ» <i>Г.В. Раменская, Ханс-Юрген Книттер, Н.С. Береза, Т.А. Ярушок, И.Е. Шохин, Л.А.Павлова</i>	
КАРБОМЕРЫ И МЯГКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ НА ИХ ОСНОВЕ <i>ІАюпова Р.Б., 2 Мастейкова Р., ІСақипова З.Б., ІДильбарханов Р.Д.</i>	57
MODERN FUNCTIONAL JOB DESCRIPTION OF PHARMACIST <i>Uturzhahova G.Zh., Sapakbay M.M., Sabitov T.Zh., R.A.Shaymerdenova</i>	60
КОРРЕКЦИЯ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В УТРЕННИЕ ЧАСЫ С ПОМОЩЬЮ БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II КАНДЕСАРТАНА <i>Бочоршвили Л.А.</i>	62
ПРИМЕНЕНИЕ ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ <i>М.Ж. Оразбаев</i>	67
ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА, ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	70
АНГИОГЕНЕЗ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ <i>А.Г.Волянская</i>	
ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Б.С. Смагулов</i>	74
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ENEALTH-ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ <i>К.В. Аймедов</i>	78
ЭФФЕКТИВНАЯ РАБОТА СЛУЖБЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ - КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ <i>Булешов М.А., Кожатаева А.Р., Турлыбек Д.К.</i>	81
ОЦЕНКА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ГОРОДА, ПРОЖИВАЮЩИХ В КОНТРАСТНО ОТЛИЧАЮЩИХСЯ ЖИЛЫХ ТЕРРИТОРИЯХ <i>М.А.Булешов, З.И.Бейсембаева, Г.С.Алимбаева, У. Усипбаева.</i>	85
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА <i>Л.О. Алданазарова, Ж. С.Султанова. А.М.Асылбекова. Х.А.Сайтмуратов. Е.И.Кубеев.</i>	88
ПРИМЕНЕНИЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ, КАК ПУТЬ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В КАЗАХСТАНЕ <i>А.М.Есенгельдиева., М.К.Ширинова.</i>	90
ПРОБЛЕМЫ НАРКОМАНИИ И АЛГОКОЛИЗМА, ИХ УГРОЗА ЗДОРОВЬЮ НАЦИИ <i>Б.Б. Токжулиева, Б.Т. Токжулиев, Б.К. Сихымбеков, А.К. Бегембетова.</i>	92

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	95
МЕТИЛИРОВАНИЕ ГЕНОВ GSTP1, APC И RARβ КАК КРИТЕРИЙ ИНИЦИАЦИИ И ПРОГРЕССИИ ПРЕДИНВАЗИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭПИТЕЛИЯ ПРОСТАТЫ <i>Р.В. Бахчиев, Ф.И. Костев, Л.С. Годлевский, К.В. Литовкин, М.П. Кульбида</i>	
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОСТНОГО МАТЕРИАЛА (KERAOS®) И ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ (TISSUE SUPPORT, FLEX BARRIER) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИКОСТНОГО ДЕФЕКТА В ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ <i>Т.В. Трезубова</i>	101
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ТРЕТЬИХ НИЖНИХ МОЛЯРОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОСТНОГО МАТЕРИАЛА (KERAOS®) И ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ (TISSUE SUPPORT, FLEX BARRIER) <i>Т.В. Трезубова</i>	104
СТРАТИФИКАЦИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВЫБОР АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ <i>Бочоршивили Л.А.</i>	107
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ РОДОВ <i>А.Т. Оразалиева, Ш.Б. Омашева, Г.С. Ештаева, Ж.С. Умбетова</i>	113
СУДОРОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ <i>М.Н. Сарсенбекова</i>	115
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН <i>А.Д. Каркабаева, Н.Н. Теляева, М.З. Кислицина, М.К. Шоланова, А.Е. Туртаева</i>	117
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНСУЛИНА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ <i>Ж.Б. Накипов, К.К. Баймуратова</i>	121
ОБЗОР	124
ОСНОВНЫЕ ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ (ОБЗОР) <i>З.И. Бейсембаева, Г.С. Алимбаева, У. Усипбаева</i>	
ПЕДАГОГИКА	129
PHRASEOLOGICAL UNITS OF BIBLICAL ORIGIN IN MODERN ASPECTS OF LANGUAGE ANALYSIS <i>Y.V. Svichkar</i>	

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

1. Для издания принимаются только ранее не опубликованные статьи, соответствующие тематике журнала. Статья должна набираться в редакторе MS WORD WINDOWS^{XP}.
2. Параметры, общие для всего текста: размер листа-формат-A4. Поля: верхний-3,0 см, слева, справа, нижний по 2,5 см.
3. Размеры шрифтом: текст статья – пикс, формулы –пикс, таблицы -10 пикс, список литературы -10 пикс, резюме -10 пикс. Тип шрифта: -Times New Roman (желательно). Межстрочный интервал -1.
4. На первый строке листа слева обязательно указать УДК (каз. ОӘК), через строку –в центре – ПРОПИСНЫМИ ЖИРНЫМИ буквами – название статьи; через строку – в центре – строчными буквами – инициалы и фамилии авторов (не более 3-х, если из одного вуза, не более 5, если из разных организации), на следующей строке – в центре – строчными буквами указать название ВУЗа или организации, через запятую указать город.
5. Резюме на языке статьи (7 строк). **Обязательно указать ключевые слова (5 слов).**
6. Через строку – текстовый материал.
Текстовый материал научной статьи обязательно должен иметь в своей структурной схеме следующее:
 1. Цель исследования.
 2. Материалы и методы.
 3. Результаты и обсуждение.
 4. Выводы.
7. Через строку – Литература. Библиографическая часть должна быть представлена библиографическими ссылками и библиографическими списками, оформленными согласно ГОСТ 7.1-2003. При этом автор отвечает за достоверность сведений, точность цитирования и ссылок на официальные документы и другие источники. Номера ссылок на литературу по тексту статьи должны точно соответствовать номерам в списке литературы (приложение 1).
8. Через строку – Түйін – Далее название статьи, через строку Ф.И.О., через строку место работы; через строку краткое изложения основных результатов работы (все на казахском языке). Затем идет Summary через строку название статьи, через строку Ф.И.О., через строку место работы, через строку через строку краткое изложения основных результатов работы (все на английском языке). Резюме должно быть написано лаконично (7-10 строк) и отражать основные результаты работы и вытекающие из них выводы.
Авторы обязаны обеспечить точность и правильность переводов.
9. Рисунки и графики выполняются при помощи графического редактора четко, в черно-белом цвете. Рисунки, графики, выполненные без помощи графических редакторов и фотографии выполняются на белой бумаге и необходимо оформлять с указанием места их расположения в тексте.
10. Рисунок должен обеспечивать ясность передачи всех деталей. Минимальный размер рисунка 100x170 мм. Обозначения на рисунках даются в русской и латинской транскрипциях.
11. Если в формулах и обозначениях используется буквы и символы греческого алфавита, индексы и подиндексы, необходимо на полях распечатанной статьи дать пояснения (названия букв, индекс или подиндекс и т.д.), аналогично для сокращений также дать пояснения.
12. В редакцию необходимо представлять 2 экземпляра распечатанной статьи, с указанием текстового редактора, в котором она набиралась, а также диск с записью файла статьи. Диски должны быть проверены на работоспособность и отсутствие вирусов, на диске не должно быть, кроме файла статьи, лишней информации. На диске и на распечатке необходимо карандашом написать имя файла. Второй экземпляр распечатанной статьи должен быть подписан всеми авторами.
13. Объем статьи не должен превышать 4-5 страниц, выполненных согласно требованиям к журналу.
14. Направляемый в редакцию материал должен сопровождаться сопроводительным письмом и актом экспертизы организации, где выполнялась работа.
15. Направленная в редакцию статья обязательно должна иметь сведения об авторах: инициалы и фамилии авторов, название статьи, развернутое название организации, ее почтовый адрес, телефон (факс), подразделение в котором работает автор (лаборатория или кафедра), должность автора, ученая степень в ученое звание автора, адрес электронной почты.
16. Статья, направленная авторам на доработку, должна быть возвращена в исправленном виде (в 2-х экз.) с ответом на все замечания рецензентов вместе с ее первоначальным вариантом в согласованные с редакцией сроки. Статьи, не соответствующие требованиям журнала, не принимаются.