

ХАБАРШЫСЫ

№ 2 (63), 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
Баймухамбетов Ж.Ж., 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
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор
Сисабеков К.Е., доктор мед. наук, профессор
Телеуов М.К., директор Департамента науки и человеческих ресурсов МЗ РК
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)

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА, ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

УДК: 548.71.665

ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФЕРМЕНТОВ У
АККЛИМАТИЗИРОВАННЫХ ЖИВОТНЫХ С МОДЕЛИРОВАННЫМ НЕКРОЗОМ МИОКАРДА
НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АТЕНОЛОЛА В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ*Махмудова Ж.А.**Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра фундаментальных дисциплин, Бишкек, Кыргызская Республика*

АННОТАЦИЯ

Установлено, что изменения уровней кардиоспецифических ферментов у кроликов с моделированным некрозом миокарда, акклиматизированных к условиям высокогорья, между группами животных, получавших атенолол и плацебо, достоверных отличий не имели.

Ключевые слова: кардиоспецифические ферменты, экспериментальный некроз миокарда, высокогорье, атенолол.

Проблема гор привлекает пристальное внимание исследователей в связи с тем, что в них проживает около 10% населения всего земного шара, и они занимают 1/5 поверхность суши, являясь крупнейшей экосистемой. Около 30% территории Кыргызстана расположено в горных районах, на высоте более 3000 м над уровнем моря. Интенсивное освоение горных территорий, строительство промышленных предприятий, рудников, дорог и средств коммуникаций предъявляет новые требования к использованию фармакологических средств в этих условиях, поскольку сочетанное воздействие высотной гипоксии, пониженных температур и комплекса техногенных факторов вносит чрезвычайную сложность в формировании механизмов приспособления и, естественно, в разработку действенных основ улучшения адаптационных возможностей человека.

Доказано, что приспособление к новым условиям, в том числе и к горному климату, осуществляется с включением механизма стресса [1,2,3]. При длительном и значительном воздействии экстремальных факторов развивается стрессорная реакция, и при этом происходит выброс большого количества катехоламинов, что сопровождается дефицитом энергии, увеличением содержания жирных кислот в миокарде, активацией ПОЛ, ухудшением микроциркуляции, вхождением ионов кальция в клетки, что является фактором риска патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний [4,5,6].

При чрезмерной силе и длительности действия экстремальных факторов высокогорья неадекватная адаптивная реакция организма превращается в одну из причин повреждений миокарда [7,8,9,10]. Следовательно, изучение влияния комплекса горноклиматических факторов на организм человека и животных, механизмов течения патологических процессов в горах, их профилактика и лечение продолжают оставаться одной из актуальных проблем современной медицины.

К настоящему моменту накоплена достаточная доказательная база по эффективности применения β -адреноблокаторов при инфаркте миокарда. Так, по данным клинических наблюдений у 20000 больных применение β -адреноблокаторов при инфаркте миокарда (ИМ) способствует снижению смертности на 20%, частоты внезапной смерти – на 35%, повторного ИМ – на 25% [11].

При выборе препаратов данного ряда зачастую предпочтение отдается селективным β -адреноблокатором, не обладающим внутренней симпатомиметической активностью. Именно эти препараты, сохраняя все положительные свойства β -адреноблокаторов, существенно реже вызывают побочные реакции сосудов, бронхов, почек, поджелудочной железы и имеют меньший спектр противопоказаний. Блокируя в невысоких дозах β_1 -адренорецепторы сердца, они уменьшают стимулированное катехоламинами образование цАМФ из АТФ, снижают внутриклеточный ток Ca^{2+} , урежают частоту сердечных сокращений, угнетают проводимость и возбудимость, а также снижают сократительную способность миокарда [12]. Одним из широко используемых в медицинской практике β -адреноблокаторов является атенолол.

Атенолол – кардиоселективный β_1 -адреноблокатор, ослабляет основные эффекты симпатико-адреналовой системы или полностью устраняет их. Он оказывает антиангинальное, антиишемическое, антиаритмическое действие. Это действие осуществляется за счет уменьшения несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой. Снижение частоты сердечных сокращений, сократимости миокарда, систолического артериального давления приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде.

В настоящее время методы клинической биохимии и иммунохимии позволяют диагностировать инфаркт миокарда в первые часы его возникновения, провести диагностику ишемии и степени гибели миоцитов, оценить эффективность лечения, что позволяет по-новому подойти к изучению различных аспектов этой проблемы.

В результате некроза миокарда в крови появляются различные белки, высвобождающиеся из поврежденных кардиомиоцитов: миоглобин, кардиоспецифичные тропонины Т и I (ТрТ, ТрI), креатинфосфокиназа (КФК), аспартатаминотрансфераза (АсАТ) и др. Повышение в крови большого уровня биохимических маркеров отражает повреждение миокарда, но не указывает на его механизм [13].

В настоящее время маркера, полностью отвечающего всем этим требованиям, не существует [14], поэтому для диагностики инфаркта миокарда рекомендуется параллельно использовать два маркера – «ранний» – креатинфосфокиназа - МВ и «поздний» - тропонин I. Содержание – «раннего» маркера при инфаркте миокарда диагностически значимо повышается в крови в первые часы заболевания, уровень «позднего» достигает диагностически значимого количества только через 7- 9 ч, и сохраняется до 2-х недель, причем обладает высокой специфичностью в отношении некроза миокарда [15,16]

Аспартатаминотрансфераза (АсАТ) несколько десятилетий используется для диагностики инфаркта миокарда. У больных ИМ уровень АсАТ превышает норму через 8-12 часов после начала боли, достигает максимального значения к 20-36-ти часам, при благоприятном течении его, возвращается к норме за 3-4 дней [15,16]. Из-за низкой специфичности АсАТ как для ранней, так и для и поздней диагностики ИМ, она используется в сочетании с более чувствительными и специфичными маркерами.

МВ - КФК (сердечная форма креатинфосфокиназы – КФК). Изофермент КФК-МВ специфичен для миокарда, так как, в кардиомиоцитах его активность составляет 15-42 % от общей активности КФК, а в то же время в ткани скелетных мускулатуры он не превышает 4%. Определение активности КФК-МВ остается самым популярным тестом в диагностике инфаркта миокарда [16]. МВ-КФК при инфаркте миокарда появляется в сыворотке крови через 3-4 часа после начала симптомов и достигает диагностически значимого уровня к 4-6 -и часам. Повышенный ее уровень сохраняется 48-72 ч.

Тропониновый комплекс регулирующий процесс мышечного сокращения в кардиомиоцитах, состоит из трех субъединиц: Т, I, С. [17]. Сердечные тропонины и тропонины скелетных мышц имеют различную аминокислотную последовательность, что позволяет создавать высокоспецифичную диагностику для определения концентрации сердечных тропонинов I и Т в сыворотке крови. Тропонин I появляется в сыворотке крови через 4-6 часов после развития характерного болевого приступа, его уровень достигает максимума в течение первых 16-20 часов и сохраняется в течение 10 дней [16]. Сохранение повышенного уровня сердечного тропонина I в течение 7-10 суток, делает его удобным для мониторинга инфаркта миокарда.

Аналогичных работ выполненные в условиях высокогорья, где исследовались некротические изменения при адреналиновом поражении миокарда на кроликах, и где изучались уровень содержания специфических маркеров миокарда на фоне применения атенолола в доступной нам литературе не встречали.

Целью настоящей работы явилось изучение уровней специфических маркеров повреждения миокарда в сыворотке крови у акклиматизированных к условиям высокогорья кроликов в результате комплексного воздействия катехоламинов и высокогорной гипоксии при экспериментальном некрозе миокарда на фоне применения атенолола.

Материалы и методы. Эксперименты проводились на кроликах массой 2,5-3 кг на 30-е сутки пребывания в условиях высокогорья (п. Туя-Ашу, 3200 м над у. м.). Животные были разделены на 5 групп. 1 группа – интактные животные в условиях низкогогорья. 2 группа - интактные животные на 30-е сутки пребывания в условиях высокогорья. 3 группа - кролики в условиях высокогорья с моделированным некрозом миокарда. 4 группа – животные с моделированным катехоламиновым кардионекрозом, получавшие перорально атенолол. 5 группа - животные с моделированным катехоламиновым кардионекрозом, получавшие плацебо.

Катехоламиновый некроз провоцировался однократным внутривенным введением адреналина в дозе 0,015 мг/кг массы тела в условиях высокогорья. Атенлол вводился перорально в дозе 20 мг/кг массы тела 1 раз в сутки в течение 14 дней после введения адреналина через 2 часа. После моделирования катехоламинового некроза определялись кардиоспецифические маркеры - креатинфосфокиназа – МВ фракция в сыворотке крови «Диагностическими наборами для определения КФК-МВ» на автоанализаторе «SYNCHRON –СХ 4» фирмы «БЕСКМАН COULTER» через 6 часов после введения адреналина, аспартатаминотрансферазы в сыворотке крови наборами реагентов «Аминотрансфераза АСТ 360» фирмы PLIVA–Lachema Diagnostika» на фотоэлектроколориметре и тропонин I наборами реагентов «Тропонин I – ИФА»ООО «ХЕМА» г. Москвы в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа.

Аспартатаминотрансфераза и тропонин I определялись через 20 часов после введения адреналина.

После перорального введения атенолола животным в сыворотке крови нами определялись только аспартатаминотрансфераза и тропонин I. Поскольку КФК-МВ относится к «ранним» маркерам, и при ИМ

диагностически значимо повышается в первые часы заболевания, определять ее после 2-х недельного лечения было бы нецелесообразно.

Результаты и их обсуждение. МВ-КФК (сердечная форма креатинфосфокиназы – КФК. На 30-й день пребывания животных в условиях высокогорья было выявлено, что количество КФК-МВ, по сравнению с интактной группой низкогорья, уменьшилось с $195,1 \pm 50,5$ до $134,6 \pm 17,3$ МЕ, а после введения экзогенного адреналина количество его повысилось еще больше с $134,6 \pm 17,3$ до $475,8 \pm 37,0$ МЕ ($p < 0,001$) [17].

Таблица 1 - Количество КФК-МВ (МЕ) в сыворотке крови у контрольных и подопытных кроликов при моделировании катехоламинового некроза миокарда

Интактные кролики в условиях низкогорья	Интактные кролики на 30-й день в условиях высокогорья	Высокогорья на 30-й день, после введ. адреналина
$195 \pm 5,0$	$134,6 \pm 17,3$	$475,8 \pm 37,0^*$

Примечание: * $p < 0,001$ при сравнении 2 гр. с 1 гр ; 3 гр. с 2 гр;

Аспаратаминотрансфераза- АсАТ (мкмоль/л). Как видно из таблицы 2, уровень аспаратаминотрансферазы на 30-е сутки пребывания животных в условиях высокогорья повысился с $0,07 \pm 1,25$ до $0,11 \pm 0,01$ мкмоль/л ($p < 0,001$). После введения адреналина наблюдалось достоверное увеличение уровня аспаратаминотрансферазы в сыворотке крови кроликов с $0,11 \pm 0,01$ до $0,17 \pm 0,01$ мкмоль/л ($p < 0,001$) [17].

Таблица 2 - Количество АсАТ (мкмоль/л) в сыворотке крови у контрольных и подопытных кроликов с катехоламиновым некрозом миокарда в условиях высокогорья после лечения атенололом.

Интактные, низкогорье	Интактные, высокогорье	После введения адреналина	Получавшие атенолол	Получавшие плацебо
$0,07 \pm 0,01$	$0,11 \pm 0,01^*$	$0,17 \pm 0,01^*$	$0,12 \pm 0,005^*$	$0,13 \pm 0,004^*$

Примечание: * $p < 0,001$ при сравнении 2 гр. с 1 гр; 3 гр. с 2 гр; 4 гр. с 3 гр; 5 гр. с 3 гр.

В условиях высокогорья у животных, получавших атенолол, по сравнению с группой с моделированным некрозом миокарда, отмечалось достоверное снижение уровня аспаратаминотрансферазы с $0,17 \pm 0,01$ до $0,12 \pm 0,005$ мкмоль/л ($p < 0,001$). Обследование кроликов, получавших плацебо, также показало уменьшение АсАТ с $0,12 \pm 0,005$ до $0,13 \pm 0,004$ мкмоль/л, что соответствует верхнему пределу физиологической нормы для данного вида животных. В то же время при сравнении уровней аспаратаминотрансферазы у подопытных кроликов, получавших атенолол и плацебо достоверных изменений не отмечалось.

Тропонин I. Определение тропонина I в сыворотке крови у акклиматизированных кроликов в условиях высокогорья по сравнению с интактными животными низкогорья, показало, что количество тропонина I увеличилось с $0,47 \pm 0,13$ до $0,83 \pm 0,09$ нг/мл [17]. После введения в высокогорье адреналина у животных наблюдалось увеличение тропонина I с $0,83 \pm 0,09$ до $2,31 \pm 0,15$ нг/мл ($p < 0,001$).

После введения атенолола у животных наблюдалось уменьшение количества тропонина I с $2,31 \pm 0,15$ до $0,81 \pm 0,02$ нг/мл ($p < 0,001$), у животных, получавших плацебо, также отмечалось снижение уровня тропонина I в сыворотке крови с $2,31 \pm 0,15$ до $0,91 \pm 0,01$ нг/мл, ($p < 0,001$).

При сравнении уровней тропонина I у подопытных животных с экспериментальным некрозом миокарда, получавших атенолол и плацебо, достоверных изменений не выявлялось ($p > 0,05$).

Таблица 3 - Количество тропонина I (нг/мл) в сыворотке крови у контрольных и подопытных кроликов при моделировании катехоламинового некроза миокарда в условиях высокогорья на 30-сутки после лечения атенололом

Интактные, низкогорье	Интактные, высокогорья	После введения адреналина	Получавшие атенолол	Получавшие плацебо
$0,47 \pm 0,01$	$0,83 \pm 0,09^*$	$2,31 \pm 0,15^*$	$0,81 \pm 0,02^*$	$0,91 \pm 0,01^*$

Примечание: * $p < 0,001$ при сравнении 2 гр. с 1 гр; 3 гр. с 2 гр; 4 гр. с 3 гр; 5 гр. с 3 гр.

Таким образом, после введения адреналина на 30-е сутки пребывания животных в условиях высокогорья наблюдалось повышение уровней кардиоспецифических маркеров в сыворотке крови, которое свидетельствовало о повреждении миокарда с дальнейшим развитием некроза сердечной мышцы.

После лечения атенололом у животных с моделированным некрозом миокарда при длительном пребывании в условиях высокогорья показатели кардиоспецифических ферментов приблизились к показателям маркерных ферментов миокарда акклиматизированных кроликов, что указывает на повышение адаптивных возможностей организма в условиях горного климата. Это явление многими исследователями трактуется как основа саногенного и лечебного действия акклиматизации [7,9].

Анализ полученных данных позволяет заключить, что изменения уровней кардиоспецифических ферментов у акклиматизированных кроликов с моделированным некрозом миокарда, между группами получавших атенолол и плацебо достоверных отличий не имели.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алиев М.А., Лемешенко В.А., Костюченко Л.С., Бекболотова А.К. Стресспротективный эффект горной адаптации. - Фрунзе: Илим, 1989. - 215 с.
2. Черноок Т. Б. Стресс в условиях среднегорной адаптации: Автореф. дис.канд. биол. наук. Ашхабад, 1981. - 23 с.
3. Бекболотова А.К. Роль системных и метаболических компонентов адаптации в развитии и течении стрессорных состояний в горах / А.К. Бекболотова: Дис. ... д-ра мед. наук. – Бишкек, 2002. – 334 с.
4. Горохова Г.И. Течение катехоламинового кардионекроза у собак-«аборигенов» среднегорья: Автореф. дисс.канд. биол. наук. Бишкек, 1993.-20 с.
5. Горохова Г.И. Особенности изменения агрегации эритроцитов при катехоламиновом кардионекрозе у постоянных обитателей среднегорья Актуальные проблемы кардиологии: Тез. докл. XI конференции. Тюмень, 2004.-№ 059.
6. Убашева Ч.А. Влияние высокогорья на процессы перекисного окисления липидов и гемокоагуляцию при катехоламиновом кардионекрозе: Автореф. дисс. . канд. мед. наук. - Бишкек, 2004. - 20 с.
7. Меерсон Ф.З., Шнейдер А.Б., Устинова Е.Е. Сравнительная оценка защитного эффекта адаптации к периодической гипоксии и стрессорным воздействиям при инфаркте миокарда // Кардиология. - 1990. - № 9. - С.67-69.
8. Зурдинов А.З. Фармакологическая коррекция функционального состояния военнослужащих в условиях высокогорья. – Бишкек, 2001. - С.3.
9. Миррахимов М.М., Мейманалиев Т.С. Высокогорная кардиология. –Фрунзе, 1980 - С. 63-65.
10. Горохова Г.И., Захаров Г.А. Мищенко Г.О. и др. Влияние высокогорья на течение катехоламинового кардионекроза // Материалы II съезда физиологов Сибири и Дальнего Востока. - Новосибирск. -1995. – С.105.
11. Терещенко С.Н., Косицина И.В., Голубев А.В. Терапия внутривенными β -адреноблокаторами при остром коронарном синдроме // Кардиология. - 2009. -№ 3. - С.73.
12. Гиляревский С.Р. Практические подходы к выбору β -адреноблокатора для лечения сердечно-сосудистых заболеваний: новые данные, основанные на доказательствах // Кардиология. – 2006. - №11. - С.79-81.
13. Jaffe A.S., Ravkilde J., Roberts R. et al. It's time for a change to a troponin standard. // Circulation . – 2000. - 102: 11. – P. 1216-1220.
14. Сапрыгин Д.Б. Современные возможности применения тропонинов при остром коронарном синдроме: итоги 15-летнего изучения. //Лаб. мед. – 2003. - №6. – С.43-45.
15. Трифонов И.Р. Биохимические маркеры некроза миокарда. Часть 1. Общая характеристика биомаркеров. Их применение для диагностики инфаркта миокарда: обзор современных рекомендаций. // Кардиология – 2001. - №11. – С.93-95.
16. Шевченко О.П., Слесарева Ю.С., Шевченко А.О. Сравнительный анализ уровня протеина плазмы А и других маркеров воспаления в крови у больных с острым коронарным синдромом // Росс. кардиол. журн. – 2008. - №6. – С.14-19.
17. Махмудова Ж.А., Алдашев А.А., Зурдинов А.З. Особенности изменения уровней кардиоспецифических маркеров в сыворотке крови кроликов при моделировании катехоламинового некроза миокарда в условиях высокогорья // Известия Национальной академии наук Кыргызской Республики. - Бишкек. - 2010. - № 4. - С. 84-88.

ТҮЙІН

Биік таулар жағдайына бейімделген жануарлардың миокардтың моделденген некрозды түрлерінде

кардиоспецификалық ферменттерінің деңгейін өзгерту

Махмудова Ж.А.

И.К. Ахунбаева атындағы Қырғыз мемлекеттік медицина академиясы, фундаментальді пәндер кафедрасы,
Қырғыз Республикасы, Бішкек қ.

Биік таулар жағдайына бейімделген қояндардың миокардтың моделденген некрозды түрлерінде кардиоспецификалық ферменттерінің деңгейін өзгерту - атенолол және плацебо алып жүрген қояндар арасында ешқандай өзгеріске алып келмегендігі анықталды.

SUMMARY

Cardiospecific enzymes level changes in acclimatized animals with modeling of myocardial necrosis at atenolol use in high altitude conditions

Makhmudova Zh.A.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Fundamental Disciplines Department, Bishkek, Kyrgyz Republic

It was established that cardiospecific enzymes level changes in acclimatized rabbits with modeling of myocardial necrosis in high altitude conditions are insufficiently differed in groups with atenolol and “placebo” use. Keywords: cardiospecific enzymes, experimental necrosis of a myocardium, highlands.

УДК: 548.71.665

МОДЕЛИРОВАНИЕ КАТЕХОЛАМИНОВОГО НЕКРОЗА МИОКАРДА У КРОЛИКОВ В УСЛОВИЯХ НИЗКОГОРЬЯ

Махмудова Ж.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра фундаментальных дисциплин, Бишкек, Кыргызская Республика.

АННОТАЦИЯ

Установлено, что оптимальной дозой адреналина гидрохлорида для получения результативной и информативной биомодели катехоламинового повреждения миокарда у кроликов в условиях низкогорья (г. Бишкек, 760 м над ур. моря) является доза 0,025 мг/кг массы тела животного.

Ключевые слова: экспериментальный некроз миокарда, адреналина гидрохлорид, высокогорье.

Исторически сложилось так, что в решении многих проблем, возникших перед человечеством в области биологии и медицины, решающую роль играют экспериментальные исследования на животных. Адекватно воспроизведенная модель необходимого патологического состояния позволяет изучить динамику патологического процесса, метаболические сдвиги в организме, вызванные данной патологией, и наконец, изучить конкретные особенности фармакодинамики и фармакокинетики лекарственных средств, применяемых при данной модели патологического состояния.

Понятие «животные модели» вошло в научную терминологию исследователей в 30-х годах XX столетия, когда Boldessarins R.J. и Fisher J.E. дали определение модели как «экспериментального компромисса, где простая экспериментальная система используется для понимания гораздо более сложной» [1].

Экспериментальная биомодель – создаваемая модель того или иного состояния, в том числе патологического, характерного или частично воспроизводящего функционирование прототипа (человека или другого животного) с помощью физических, химических или биологических факторов. Подобные модели и в настоящее время остаются незаменимыми для расшифровки механизмов развития патологических процессов и оценке эффективности применения лекарственных средств.

Вопросы метаболизма миокарда и его нарушений настолько актуальны, что вызывали и вызывают повышенный интерес исследователей во всем мире. В механизме патогенетических изменений, возникающих в поврежденной сердечной мышце и ведущих к угнетению функциональной активности миокарда, ключевая роль отводится нарушениям углеводного и липидного обменов, последовательно вызывающих в сердце появление ишемических и некротических очагов [2,3,4]. Индуцированные различными повреждающими факторами, очаги некроза значительно изменяют функциональное состояние

миокарда.

Экспериментальные и клинические наблюдения [5] позволили выявить ряд нейрогуморальных механизмов, нарушение которых может приводить к возникновению некротических поражений сердечной мышцы. Основными положениями этой теории являются следующие. При эмоциональном возбуждении (а также и при некоторых других состояниях) в кровь выделяется большое количество катехоламинов. Сердечная мышца обладает способностью активно адсорбировать катехоламины из циркулирующей крови. Вследствие этого они начинают накапливаться в миокарде. Если в малых концентрациях катехоламины стимулируют энергетический обмен, оказывают положительное инотропное влияние на сердечную мышцу, то есть являются необходимыми ингредиентами для нормального функционирования миокарда, то при их больших концентрациях начинает превалировать гистотоксический эффект. Происходит исчезновение запасов гликогена из сердечной мышцы; распад макроэргических фосфорных соединений начинает преобладать над их синтезом. Кроме того, катехоламины резко повышают потребность миокарда в кислороде и, несмотря на расширение венечных сосудов, доставка кислорода с кровью начинает отставать от потребности в нем кардиальных структур. При прохождении крови по венечным артериям весь кислород утилизируется раньше, чем кровь достигнет мельчайших разветвлений коронарных сосудов. Вследствие этого участки миокарда, снабжаемые кровью через концевые капилляры, не получают кислорода; в них возникает гипоксия, и развиваются некрозы.

Несмотря на то, что работы по воспроизведению некрозов миокарда разными методами в эксперименте на животных приобрели широкое распространение, при изучении функции миокарда и его нарушений выбор экспериментальной модели кардионекроза является достаточно сложным. Широкое распространение приобрели работы по воспроизведению морфологически сходных по характеру и локализации индуцированных микронекрозов в эксперименте и некрозов, возникающих в миокарде человека.

Известно, что при введении катехоламинов экспериментальным животным развиваются некротические изменения в миокарде, размер которых находится в прямой зависимости от дозы и продолжительности действия фармакологического агента, что четко воспроизводится в эксперименте. Для моделирования катехоламинового некроза в качестве повреждающего агента чаще всего используются адреналин и изопреналин (изадрин).

Модель катехоламинового («метаболического») инфаркта миокарда воспроизводится путем однократной или двукратной (через 24 часа) инъекции 0,1% раствора адреналина гидрохлорида внутривенно или подкожно из расчета 0,05 мг/кг, 1 мг/кг или 2 мг/кг массы тела животного [6,7,8,9].

Надо отметить, что в работах исследователей начала XX века повреждения миокарда после введения адреналина изучались в поздние сроки опытов, что затрудняло выявление адреналинового повреждения и его динамику в мышечных клетках. Поэтому основное внимание уделялось реактивным изменениям и весь процесс в целом получил наименование адреналинового миокардита. Прогресс биохимии позволил по-новому осмыслить возникающие изменения в миокарде, эти знания и легли в основу выдвинутого понятия «метаболические» нарушения миокарда, хотя вопрос о происхождении таких расстройств до сих пор окончательно не решен [10, 11,12].

Повреждающий эффект катехоламинов был известен еще в начале XX столетия [13,14], и в настоящее время качестве экспериментальной биологической модели «метаболического» инфаркта миокарда чаще других используется адреналиновая модель, основанная на кардиотоксическом эффекте экзогенно вводимого адреналина [6,7,15, 16, 17].

Ишемия миокарда приводит не только к изменениям сердечно-сосудистой системы и обмена веществ, но и к изменению гомеостаза электролитов, нейрогормонов и ультраструктуры миокарда. Эти изменения являются обратимыми и их можно увидеть в течение первых нескольких минут ишемии. Однако когда ишемия сохраняется, происходит постепенный переход от обратимых изменений к необратимым, и развивается инфаркт миокарда. Различие между ишемией и инфарктом миокарда, таким образом, заключается в обратимости изменений.

Существует определенная проблема и при выборе экспериментального животного, которое будет служить в качестве биомодели. У человека, ишемия миокарда чаще всего носит региональный характер, и это состояние широко изучается у интактных животных. В исследованиях *in vivo* собака считается традиционно наиболее часто используемым видом животных. Для изучения региональной ишемии миокарда были также использованы кролики и крысы [18], но применение аппаратуры для измерения регионального обмена веществ и функции миокарда в этом случае более ограничены из-за малых размеров сердца и коронарных сосудов.

Как показал анализ существующей литературы, выбор подопытных животных в данном случае определяющего значения, по-видимому, не имеет, т.к. положительные результаты были получены в каждом из исследованных видов, в которых инфаркт миокарда был выбран в качестве конечной точки. Эти виды в настоящее время включают собак [19], свиней [20], овец, кроликов [21], крыс [22], сурков и хорьков [23]. Однако следует признать, что большинство исследований такого рода были выполнены на крысах.

Ранний ответ на ишемию зависит в большой степени от наличия коллатерального кровообращения [24]. Было установлено, что коллатеральное кровообращение у крыс недостаточно развито, в то время как у кроликов имеются внутривидовые различия. Так, например, морские свинки имеют настолько разветвленную сеть коллатералей, что после окклюзии коронарной артерии инфаркт не развивается [25, 26].

Таким образом, обобщая вышеизложенное можно заключить, что повреждения миокарда достаточно высокими дозами адреномиметических средств является широко применяемой экспериментальной биомоделью, при воспроизведении которой в миокарде животных образуются многочисленные диффузные микронекрозы с воспалительной реакцией вокруг них. Катехоламиновые некрозы миокарда – одна из широко применяемых биомоделей для изучения кардиопротекторных свойств лекарственных средств.

Однако, в доступной нам литературе мы не нашли работ выполненных в условиях высокогорья, где исследовались некротические изменения при адреналиновом поражении миокарда у кроликов, эксперименты подобного рода проводились исследователями в основном на лабораторных крысах и собаках. В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение морфологических изменений миокарда у экспериментальных кроликов при моделировании катехоламинового кардионекроза в условиях высокогорья в зависимости от дозы введенного экзогенного адреналина.

Материалы и методы исследований. В эксперименте были использованы 18 кроликов породы «шиншилла» обоего пола с массой тела 2,5-3,0 кг. 6 кроликов составляли контрольную группу животных. Катехоламиновый кардионекроз провоцировали однократным внутривенным введением адреналина гидрохлорида в дозах 0,025 мг/кг (2-я группа, 6 кроликов) и 0,05 мг/кг (3-я группа, 6 кроликов) массы тела. Для анализа результативности и информативности воспроизведения биомодели адреналинового повреждения миокарда использовали макроскопические, гистологические и морфометрические методы исследования. Для выявления площади кардионекроза и контрактурных повреждений парафиновые срезы окрашивали гематоксилин-эозином по Эрлиху, исследование проводилось методом точечного счета с помощью окулярной морфометрической сетки [27,28]. Степень поражения выражалась в процентах по отношению площади повреждения кардиомиоцитов к общей площади среза. Отдельно определяли площадь поражения субэндокардиального, интрамурального и субэндокардиального отделов левого и правого желудочков сердца.

Результаты исследований. Как показали наши исследования, после введения адреналина гидрохлорида в дозе 0,025 мг/кг массы тела у кроликов наблюдались малоподвижность, вялость, животные не принимали пищу, у них появлялась выраженная одышка, поза «лежания пластом». При гистологическом исследовании миокарда у кроликов, умерщвленных через 3 суток после введения адреналина, в субэпикардиальных и интрамуральных отделах обоих желудочков сердца выявляются рассеянные очаги некроза кардиомиоцитов (рис. 1) с лейкоцитарной инфильтрацией.

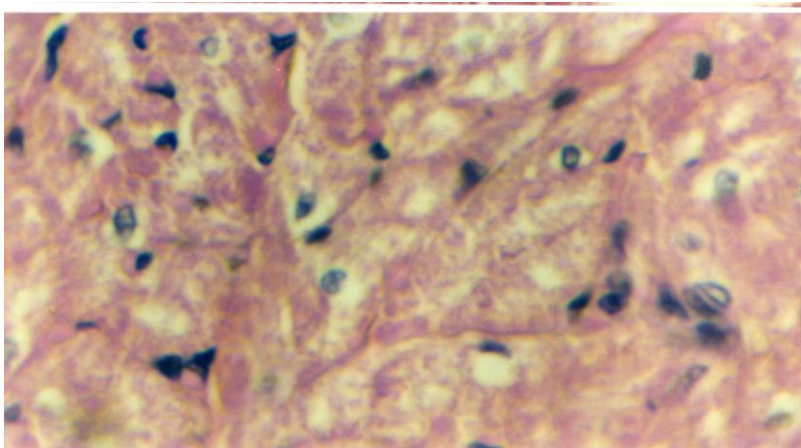


Рисунок 1 - Миокард кролика 2 группы, получавшего адреналина гидрохлорид в дозе 0,025мг/кг массы тела. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. x 480.

При морфометрическом исследовании площадь некроза миокарда левого желудочка сердца составила $17 \pm 0,2\%$ от общей площади среза, в правом желудочке - $4 \pm 0,6\%$ от общей площади среза. В перифокальных участках некроза при малом увеличении (ув. x 70) отмечается фрагментация кардиомиоцитов с мелко- крупноглыбчатым их распадом. При большом увеличении (ув. x 240, ув. x 480) выявляются признаки острой дистрофии кардиомиоцитов с явлениями вакуолизации отдельных из них.

У кроликов третьей группы, которым адреналина гидрохлорид вводили в дозе 0,05мг/кг массы, после введения препарата отмечались резкая одышка, беспокойство, выделение пенистой жидкости из ноздрей. В течение 10-30 минут после введения препарата животные погибали.

При гистологическом исследовании миокарда у животных этой группы выявлены рассеянные участки некроза от мелких до крупных с выраженной лейкоцитарной инфильтрацией. В зоне некроза присутствуют гистологические признаки субсегментарных и сегментарных контрактур, кариоцитолита, острой дистрофии, очаговой фрагментации кардиомиоцитов с глыбчатым распадом (рис.2).

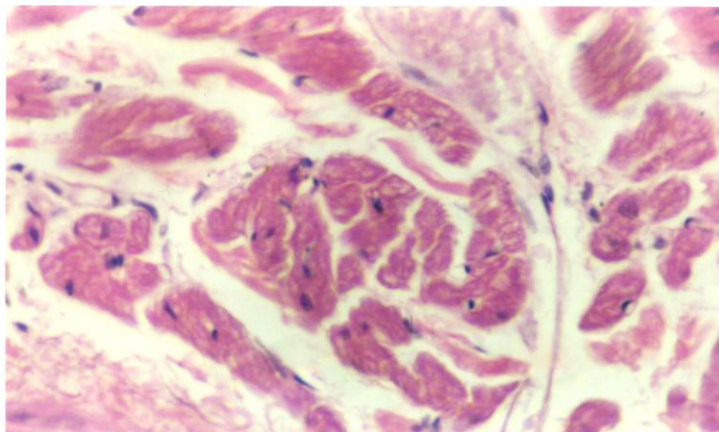


Рисунок 2 - Миокард кролика 3 группы, получавшего адреналина гидрохлорид в дозе 0,05мг/кг массы тела. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. x 480

При морфометрическом исследовании площадь некроза составила в левом желудочке $30 \pm 0,6\%$, в правом желудочке $7 \pm 0,3\%$ от общей площади среза.

Проведенные эксперименты позволили сделать следующие выводы:

моделирование катехоламинового некроза миокарда у кроликов в условиях низкогогорья сопровождается нарушением микроциркуляции, ишемией и некрозом кардиомиоцитов очагового характера; выявленные морфофункциональные изменения в миокарде кроликов при экспериментальном моделировании кардионекроза находятся в прямой зависимости от дозы введенного адреналина; введение адреналина кроликам в дозе 0,05мг/кг массы тела приводит к развитию адреналинового повреждения миокарда, несовместимого с жизнью животного. Летальность в этой группе животных составила 100%;

оптимальной дозой адреналина гидрохлорида для получения результативной и информативной биомодели катехоламинового повреждения миокарда у кроликов в условиях низкогогорья (г. Бишкек, 760 м над ур. моря) является доза 0,025мг/кг массы тела животного.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Boldessarins R.J., Boldessarins R.J., Fisher J.E. Model systems in Biological Psychiatry. Cambridge 5MFT Press, 1975. – p.251.
2. Меерсон Ф.З. Патогенез и предупреждение стрессорных и ишемических повреждений сердца. М.: Медицина, 1984. - 268 с.
3. Захаров Г.А. Гормонально индуцированный стресс и инфаркт миокарда у собак. - Бишкек: Илим, 1991. - 250 с.
4. Гацура В.В. Фармакологическая коррекция энергетического обмена ишемизированного миокарда. - М.,1993. - 254 с.
5. Raab W. Myocardial electrolyte derangement: Crucial feature of pluricausal, so-cold coronary, heart disease. Ann. N. Y. Acad. Sci. - 1969. - p,627-686.
6. Маатов Т.О. Особенности течения экспериментального миокардита у крыс различного возраста под влиянием кардиотонических средств. Автореф. Дисс канд.мед. наук. – Фрунзе, 1884. – 25с.
7. Захаров Г.А. Влияние среднегорья на механизмы развития и течения экспериментального инфаркта миокарда: Автореф. дисс. докт. мед. наук. -Бишкек,1996-.40с.
8. Епинетов М.А. Способ оценки эффективности фармакологической кардиопротекции в условиях гипоксии-ишемии. Патент РФ. Дата публикации: 2004.12.27 (21) Регистрационный номер заявки: 2002132077/14 .
9. Антонов А.Р., Ефремов А.В., Новоселов Я.Б., Летягина В.В., Волкогорова А.А. Влияние общей

- управляемой гипертермии на активность тканевой РААС после экспериментального инфаркта миокарда // Успехи современного естествознания. – 2006. – № 5 – С. 76-77.
10. Данилова К.М. О сущности экспериментального адреналинового миокардита. - Архив патологии. - 1961. - № 11.-С 11-17.
 11. Мясников А.Л., Чазов Е.И., Шхвацабая И.К., Кипшидзе Н.Н. Экспериментальные некрозы миокарда. – м., 1963.
 12. Целлариус Ю.Г. Гистопатология адреналиновых повреждений миокарда. Автореф. докт дне. - Новосибирск. -1969. -35с.
 13. Ziegler K. Beitr. Path. Anat., 1905. – Bd.38. – S. 222-254
 14. Gellhorn E. Methoden zum Nachweis des Adrenalins. - Abderhaldens Handbuch d. Biologischen Arbeitsmethoden. – Berlin – Wien, 1926. – 251s.
 15. Непомнящих, Л. М. Альтернативная недостаточность мышечных клеток сердца при метаболических и ишемических повреждениях / Л.М. Непомнящих. – М., 1998. – С. 56
 16. Гофман Б. Катехоламины и средства, влияющие на адренэргическую передачу / Б. Гофман // Клиническая фармакология по Гудману и Гилману. Книга 1. – М., 2006. – С. 185.
 17. Чуваев, И.В. Оптимизация адреналиновой модели инфаркта миокарда на крысах / И. В. Чуваев, С. В. Глотова // Материалы Всероссийского съезда ветеринарных фармакологов и токсикологов «Эффективные и безопасные лекарственные средства в ветеринарии», СПб., 2009. – С. 28–31
 18. Selye H., Bajusz E., Grasso S., Mendel P. Simple techniques for the surgical occlusion of coronary vessels in the rats. *Angiology*. – 1960. - №11. – P. 398–407
 19. Murry C.E, Jennings R.B, Reimer K.A. Preconditioning with ischemia: a delay of lethal cell injury in ischemic myocardium. *Circulation*. - 1986,75:1124–1136
 20. Obata T., Hosokawa H., Yamanaka Y. In vivo monitoring of norepinephrine and OH generation on myocardial ischemic injury by dialysis technique. *Am J Physiol* . – 1994. - № 266. – P. 903 – 908
 21. Cohen M.V., Liu G.S., Downey J.M. Preconditioning causes improved wall motion as well as smaller infarcts after transient coronary occlusion in rabbits. *Circulation*. – 1991. - №84. – P. 341–349
 22. Liu Y., Downey J.M Ischemic preconditioning protects against infarction in rat heart. *Am J Physiol*. – 1992. - №263. P.1107–111
 23. Mc Kean T., Mendenhall W. Comparison of the responses to hypoxia, ischaemia and ischaemic preconditioning in wild marmot and laboratory rabbit hearts. - *J Exp Biol*. -1996. - № 99. – P.693-697
 24. Harken A.H., Simson M.B., Hasilgrove J., Wetstein L., Harden W.R. 3rd, Barlow C.H. Early ischemia after complete coronary ligation in the rabbit, dog, pig, and monkey. *Am J Physiol*.- 1981. - №241. - P.202-210
 25. Schaper W, Bernotat-Danielowski S, Nienaber C, Schaper J. Collateral Circulation. In: Fozzard HA, Haber E, Jennings, RB, Katz AM, editors. *The Heart and Cardiovascular System*. New York: Raven Press, 1992. – P. 1427–1464.
 26. Автандилов Г.Г. Введение в количественную патологическую морфологию. – М.: Медицина, 1980. – С.213.
 27. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. - М-: Медицина. - 1990. - 384с.

ТҮЙІН

Аласа таулар жағдайында қояндардағы миокардтың катехоламинді некрозын моделдеу
И.К. Ахунбаева атындағы Қырғыз мемлекеттік медицина академиясы, фундаментальді пәндер кафедрасы,
Қырғыз Республикасы, Бішкек қ.

Аласа таулар жағдайындағы (Бішкек қаласы, теңіз деңгейінен 760 м. биіктікте) қояндардағы миокардтың катехоламинді бұзылуларын нәтижелі және ақпаратты биокалығын алу үшін гидрохлорид адреналинінің ең үйлесімді дозасы – 0,025 мг/кг жануар денесінің массасы екендігі анықталды.

SUMMARY

Catecholamine myocardial necrosis modeling in rabbits at low altitude conditions

Makhmudova Zh.A.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Fundamental Disciplines Department, Bishkek, Kyrgyz Republic

It was established that optimal dose of epinephrine hydrochloride is 0.025 mg/kg to obtain resultant and informative biological model of catecholamine myocardial injury in rabbits at low altitude conditions (Bishkek, 760 above sea). Keywords: experimental necrosis of a myocardium, adrenaline hydrochloride, highlands.

УДК 614.2

ИНФОРМАЦИОННОЕ НАПОЛНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ*Горшков Е.В., Скороход А.В.**Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина***АННОТАЦИЯ**

Предоставление медицинских услуг на основе бюджетно-страховой модели организации системы здравоохранения предполагает осуществление единых форматов информационного обеспечения страхового случая, а также систему взаимосвязи между участниками представления услуги, его финансового обеспечения. Показана возможность эффективной организации информационной системы на основе первоочередного соблюдения международных медицинских информационных стандартов.

Ключевые слова: медицинская информационная система, медицинское страхование, международные информационные стандарты.

Введение. Информатизация системы здравоохранения всегда остается острой проблемой для этой отрасли. Это связано, прежде всего, с уровнем финансирования, масштабами информатизации, пониманием руководства отрасли важности этой проблемы. Кроме того, путем информатизации решается одна из главных проблем – удовлетворение информационных потребностей медицинских работников, пациентов, руководителей здравоохранения.

При введении бюджетно-страховой модели значение информатизации отрасли возрастает из-за необходимости постоянного мониторинга оказания медицинской помощи, своевременного перечисления денежных средств поставщикам медицинских услуг, контроля качества оказания медицинской помощи. Требования к функциональности информационной системы. Вот почему целью информатизации является удовлетворение информационных потребностей медицинских работников, страховых компаний и населения региона обслуживания путем создания единого медицинского информационного пространства и широкого использования информационных технологий в практике здравоохранения.

Исходя из этого, ключевыми задачами, от решения которых зависит реальный вклад информатизации в достижение этой цели, являются:

- повышение качества оказания медицинской помощи на основе повышения уровня информационной поддержки специалистов с помощью информационных систем, включая дистанционные консультативные системы, клинические рекомендации, электронные медицинские документы, программно-аппаратные диагностические комплексы, системы контроля качества;
- сокращение расходов на управление отраслью за счет снижения трудоемкости сбора, передачи и обработки информации на всех уровнях управления, оптимизации процессов управления, совместного использования (интеграции) общих информационных ресурсов заинтересованными сторонами, прежде всего на основе реализованного реестра пациентов;
- повышение уровня квалификации медицинских работников на основе внедрения новых информационных технологий поддержки учебного процесса;
- повышение уровня информационно-справочного обслуживания населения по вопросам здравоохранения.

Сформулированная таким образом главная цель определяет основные подходы к информатизации здравоохранения. В состав общих направлений информатизации здравоохранения входят два основных аспекта: системный и прикладной. Первый определяет общие подходы и базовую платформу усовершенствования информационных технологий для всех уровней иерархии системы управления здравоохранения области. Прикладной аспект направлений развития информатизации отражает содержательную сторону удовлетворения информационных потребностей пользователей и технологию реализации конечных задач управления, отражая специфику задач каждого уровня иерархии системы управления здравоохранения в условиях бюджетно-страховой медицины.

Направления информатизации, реализующих системный аспект, включают:

- создание и поддержание единого медицинского информационного пространства здравоохранения области на основе создания общего регистра пациентов и информационно-коммуникационной инфраструктуры;
- оснащение органов и учреждений здравоохранения средствами компьютерной техники, которые удовлетворяют функциональным требованиям корпоративных информационных систем областного уровня, обеспечение сервисного обслуживания технических средств;
- формирование базовой платформы разработки медицинских информационных систем (сетевые

операционные системы, операционные системы рабочих станций, средства связи и обмена информацией);
- формирование базовых прикладных информационных средств, разработка медицинского регистра пациентов, использование местных информационных ресурсов, программных средств Интернет на основе современных международных стандартов медицинской информатики.

Направления информатизации, отражающие прикладной аспект, включают:

- разработку схем информационных потоков, технологий сбора, контроля и обработки информации для каждого уровня системы здравоохранения (областного, городского, районного, ЛПУ), технологий информационного взаимодействия различных уровней;

- разработку информационных систем, комплексов программ, программ и задач, ориентированных на конечных пользователей всех уровней системы управления, внедрение современных методов анализа информации, средств поддержки принятия решений;

- формирование и поддержку локальных и интегрированных баз данных в актуальном состоянии;

- формирование и внедрение комплекса стандартных офисных программных продуктов, внедрение типовых программ, комплексов программ, задач и систем в деятельность учреждений всех уровней системы здравоохранения;

- обучение и повышение квалификации конечных пользователей по использованию средств и методов информационных технологий.

При разработке конкретных программ информатизации и комплексов задач должны реализовываться следующие принципы:

- любая новая информационная технология и программный продукт, который внедряется в практику здравоохранения, должен обеспечивать информационную преемственность - все раньше наработанные базы данных или другие информационные системы должны быть применены в новой технологии и непосредственно обеспечены средствами преобразования;

- развитие и внедрение новых информационных технологий должно носить эволюционный характер, что означает работоспособность раньше разработанных программных систем наряду с новыми продуктами;

- все новые технологии и информационные системы должны обеспечивать перенос информации с одного уровня на другой, расширять количество и виды информационных клиентов;

- интерфейсы всех новых программных продуктов, которые внедряются, должны соответствовать единым стандартам, что позволит пользователю переключаться с одной задачи на другую с минимальными усилиями при овладении системой;

- новые технологии должны обеспечивать однократное введение и хранение информации при многократном ее использовании, а также защиту информации на всех этапах работы с ней, что соответствует Закону Украины «О защите персональных данных»;

- обеспечение информационной совместимости программных средств.

Основой реализации данных задач должно стать объединение информационных, вычислительных и телекоммуникационных ресурсов в единое информационное пространство на базе применения международных стандартов по медицинской информатике.

Структура информационного наполнения информационной системы области в условиях бюджетно-страховой медицины. Основной задачей создания информационной среды является повышение эффективности обработки информационных потоков при осуществлении оказания медицинской помощи в условиях бюджетно-страховой модели.

К учету сделок добровольного медицинского страхования входит: их регистрация и расторжение, обзор и поиск по установленным параметрам, и их изменения, а также прием данных о них из филиалов, получение отчетности по различным параметрам, за разный период времени о реализации этих соглашений.

К учету застрахованных входит: печать и регистрация выдачи страховых полисов, поиск и выборка страховых полисов по определенным параметрам, подготовка отчета о недействительных страховых полисах, подготовка реестра выданных страховых полисов, регистрация сдачи полиса.

Вся отчетность ежемесячно формируется и подается, согласно регламенту информационного обмена в областную государственную администрацию и страховую компанию, которая осуществляет страховые услуги. После проведения проверки данных, ложные данные должны повторно подаваться в страховую организацию, где они корректируются.

Оплата медицинских услуг при оказании амбулаторно-поликлинической помощи осуществляется по установленным тарифам за определенное посещение методом предельного бюджета.

Тарифом на оплату медицинских услуг при оказании стационарной помощи является стоимость лечения больного от фактического количества дней пребывания в стационаре.

Оплата медицинских услуг при оказании амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи осуществляется Страховщиком на основании сводных счетов-реестров пролеченных больных, предоставляемых медицинскими учреждениями.

Применение единой информационной среды позволит:

а) создать информационную основу для устойчивого развития системы и решения задач поддержки управленческих решений;

б) создать единый реестр пациентов всех медицинских учреждений области;

в) уменьшить время и операционные расходы на формирование отчетов по бюджетно-страховой деятельности.

г) оплачивать медицинские услуги своевременно и точно, в соответствии с принятыми тарифами.

д) усовершенствовать документооборот и движение информации в медицинской сфере области.

Данные будут поступать из филиалов, которые предоставляют доступ к своим базам данных о том, какие именно застрахованные прикреплены и прошли регистрацию.

Также данные будут поступать от медицинских учреждений в виде счетов-реестров и сопроводительных актов.

Тарифы на медицинские услуги являются едиными на всей территории области для тех страховых компаний и медицинских учреждений, которые работают по модели бюджетно-страховой медицины.

К возмещению за счет средств ДМС подлежат расходы медицинского учреждения на «Заработная плата», «Начисления на оплату труда», «Продукты питания», «Медикаменты и перевязочные средства», «Мягкий инвентарь». Структура тарифа утверждается решением согласительной комиссии страховых компаний и облгосадминистрации.

Оплата медицинских услуг медицинскими учреждениями, осуществляются на основе предоставленных счетов-реестров с учетом результатов экспертной оценки условий, сроков, объемов и качества медицинской помощи. Перечень нарушений и размеры средств, уменьшающих оплату счетов-реестров, определяются специалистами.

Сведенный счет-реестр за медицинские услуги, предоставляемые в учреждениях области и не входящих в программу ДМС, заполняются как фактическое количество посещений неприкрепленной части жителей.

Следующий блок информации касается работы поставщиков медицинских услуг. Для этого разрабатываются электронные медицинские формы учетных документов, в которых необходимо отнести Ф-025/о «Карточка амбулаторного больного» и Ф-003/о «Карта стационарного больного», а также другие учетные документы, которые касаются предоставления медицинской помощи в родильных домах или в детских учреждениях. Для получения данных будут использоваться унифицированные медицинские документы. Прежде всего, это: электронный журнал обращений застрахованных пациентов в медицинское учреждение.

Кроме стандартных преимуществ при использовании унифицированной медицинской информации можно получить и другие преимущества: быстрый поиск любой информации; возможность проверять соответствие данных на этапе внесения информации (применение шаблонов, архетипов, границ допустимых значений, математических соотношений и т.д.); удобные встроенные механизмы анализа информации (построение графиков и т.д.); формирование любых отчетов, выписок; автоматический контроль финансовых ресурсов лечебно-диагностического процесса.

Очевидно, что абсолютно все данные, получаемые при диагностическом обследовании вводить в электронный медицинский документ нецелесообразно. Поэтому в электронных медицинских документах предусмотрены специальные записи выводов, содержащих только синдромальные или диагностические заключения. Полностью данные диагностических исследований хранятся в архивах, а также в МИС, но в необработанном состоянии.

Сопутствующие заболевания, в случае их наличия, кодируются по Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10).

Понятно, что очень сложно предложить единый для всех патологических процессов перечень жалоб или анамнестических данных. Поэтому для максимального учета специфики болезней, улучшение дальнейшего анализа и выявления факторов риска предусмотрены дополнительные шаблоны типовых жалоб (например, для пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца).

Согласно действующему законодательству, в электронный медицинский документ должны быть также включены бланки информированного согласия пациента на медицинское вмешательство и согласие на прохождение теста на ВИЧ-инфекцию.

С целью реализации принципа управленческого учета, что крайне необходимо при реализации модели бюджетно-страховой медицины, необходимо иметь блок общих больничных компонентов, в которые входят: управление персоналом; контроль выполнения распоряжений; формирование протоколов (шаблонов); прайс-листы медицинских услуг; данные по лаборатории; интеграция с параклиническим оборудованием; формирование локального формуляра лекарственных средств; справочник зарегистрированных в Украине лекарственных средств; справочник запрещенных в Украине лекарственных средств и т.п..

Также в состав информационно обеспечения должны входить следующие блоки:

Блок первичного уровня оказания медицинской помощи: -модуль семейного врача; - модуль диспансерного наблюдения пациента; электронная регистратура поликлиники; формирование медицинских

записей врачей-специалистов по шаблонам; вызовы врача на дом; выписка рецептов (льготные рецепты).

Блок вторичного уровня оказания медицинской помощи: планирование госпитализации; приемное отделение; блок учета операционной активности. Блок финансово-экономических компонентов: биллинг медицинских услуг; бухгалтерия (финансовые активы, материальные активы, учет лекарственных средств, тарификация, заработная плата, государственная отчетность); экономико-статистический анализ; бюджетирование и контроль исполнения.

Блок аналитических компонентов: формирование государственной статистической отчетности аналитический статистический модуль; анализ качества медицинских услуг; управленческий учет; оценка деятельности ЛПУ, области ОС.

В зависимости от линейки доступа конкретного пользователя, в каждом подразделении ЛПУ может быть доступным любой из блоков госпитальной информационной системы.

Выводы. Сложность информационного наполнения информационной системы здравоохранения области, которая работает в условиях бюджетно-страховой медицины, обуславливает и сложность самого информационно-программного обеспечения, сложную структуру баз данных и их взаимосвязь. Построение такой системы требует применения международных медицинских информационных стандартов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горшков Е.В. Методологическая основа использования данных медицинского электронного паспорта для мониторинга факторов риска: автореф. канд.мед.наук:14.03.11.- Киев.- 2011.- 19 с.

ТҮЙІН

Бюджеттік-сақтандыру медицинасының қызметін қолдау үшін медициналық ақпараттық жүйені ақпаратпен толықтыру

Горшков Е.В., Скороход А.В.

П.Л.Шупик атындағы дипломнан кейінгі білім берудің ұлттық медицина академиясы, Киев, Украина

Денсаулық сақтау жүйесіндегі ұйымдарды бюджеттік-сақтандыру моделі негізінде медициналық қызмет көрсетуі сақтандыру жағдайын ақпаратпен қамтамасыз етудің біркелкі форматын жүзеге асыруды болжай-ды, сонымен қатар қызмет көрсетуге қатысушылардың өзара қарым-қатынас жүйесін орнатуды, оны қаржыландыруды бірыңғай форматта жүргізілуін жобалайды. Халықаралық медициналық ақпараттық стандарттарды алғашқы кезекте сақтай отыру негізінде ақпараттық жүйені тиімді ұйымдастыру мүмкіндігі көрсетілген.

SUMMARY

Informational loading of medical informational system aimed for the support of budget-insurance health-care system functioning

Gorshkov E.V., Skorohod A.V.

National Medical Academy of Postgraduate Education after P.L. Shupik, Kiev, Ukraine

Delivering of medical service which is based on the budget – insurance model of health-care system organization presumes usage of common standards of informational support of insurance case as well as creation the system for supporting interaction between participants and for financial support. The net possibility of the fine organization of informational system being based on the first-line fulfillment of international medical informational standards was shown.

Key words: medical informational system, medical insurance, international informational standards.

УДК: 616.3:502.55:620.26

ДИНАМИКА ОЧАГОВОЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НИЗКОИНТЕНСИВНЫМ КРАЙНЕ ВЫСОКОЧАСТОТНЫМ (КВЧ) ИЗЛУЧЕНИЕМ НА РАЗЛИЧНЫЕ ЗОНЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

*Полясный В.А., Кресюн Н.В., Коболев Е.В., Муратова Т.Н., Годлевский Л.С.
Одесский национальный медицинский университет, г.Одесса*

АННОТАЦИЯ

Воздействие крайне высокочастотным (КВЧ) низкоинтенсивным электромагнитным излучением (ЭМИ) при длине волны 7,1 мм и плотности потока мощности - 0,1 мВт/см² и длительности экспозиции 15,0 мин, направленном на лицевую часть черепа крысы вдоль назально-затылочного длинника в условиях острого эксперимента сопровождалось подавлением активности эпилептических очагов, созданных в лобных отделах коры головного мозга аппликацией раствора пенициллина (16.000 МЕ/мл). Противоэпилептическое действие выражалось в подавлении частоты и амплитуды разрядов в очаге, сокращении времени их существования. Аналогичное воздействие ЭМИ КВЧ на затылочно-теменную область не оказывало выраженного противоэпилептического действия.

Ключевые слова: низкоинтенсивное электромагнитное излучение миллиметрового диапазона, головной мозг, эпилептический очаг, бензилпенициллин.

Ранее было установлено, что под влиянием КВЧ излучения отмечается развитие противоэпилептических эффектов на модели очаговой эпилептической активности [1]. Влияние КВЧ продолжительностью 15 мин снижает мощность формируемых аппликацией на кору головного мозга животных очагов эпилептической активности (ЭпА), уменьшает общую продолжительность их существования.

Объяснение противоэпилептических эффектов воздействия электромагнитными волнами низкой проникающей способности может заключаться в первичном взаимодействии с молекулами мелатонина, находящихся в поверхностных слоях кожных покровов животного [3]. Возможно также, что в развитии подобных эффектов принимают участие нейрональные структуры наиболее чувствительных к применяемому воздействию зон кожи – участков носа, а также ткани глазного яблока [4].

Поэтому целью настоящей работы было определение динамики активности очагов эпилептогенеза при влиянии ЭМИ КВЧ на лицевую часть, а также на теменно-затылочные отделы черепа животного.

Материал и методы исследования. Эксперименты выполнены на крысах-самцах линии Вистар массой тела 180-320 г, которые находились в стандартных условиях содержания в виварии ОНМедУ. Опыты проводили в соответствии с требованиями GLP и комиссии биоэтики ОНМедУ (протокол № 84 от 10 октября 2008 г.).

В условиях острого эксперимента крысам-самцам линии Вистар, под нембуталовым наркозом (50,0 мг/кг, в/бр) осуществляли трепанацию черепа, рассекали твердую мозговую оболочку и на лобные отделы коры головного мозга апплицировали фильтровальную бумажку (2x2 мм), смоченную в свежеприготовленном растворе натриевой соли бензилпенициллина (16.000 МЕ/мл). Края операционных ран инфильтрировали 0,5% раствором новокаина. Местное обезболивание повторялось каждые 1,5-2,0 часа.

Электрическую активность регистрировали монополярно, для чего индифферентный электрод крепили в носовых костях черепа. Запись ЭКОГ проводили на компьютерном электроэнцефалографе («DX-технология», Харьков). Для характеристики активности очагов исследовали динамику частоты и амплитуды спайковых разрядов, а также общую продолжительность их существования [2].

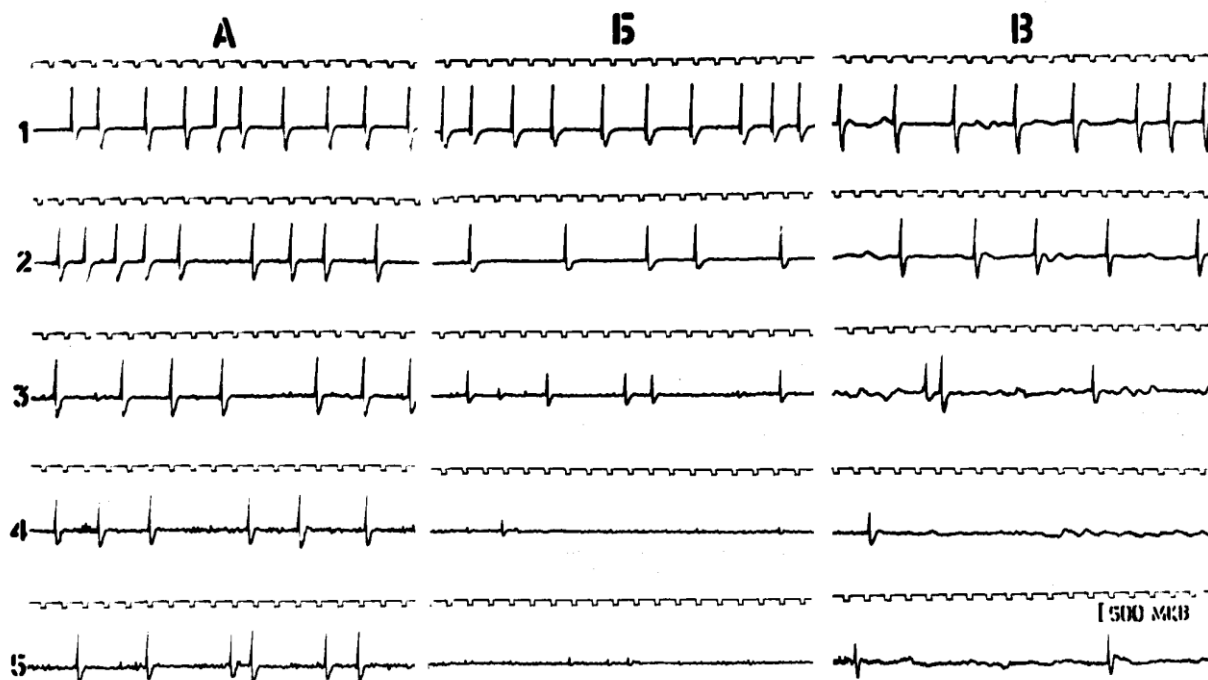
Воздействие КВЧ осуществляли с помощью аппарата «Явь-1» (Фрязино, РФ), а также «Рамед-эксперт» (Днепропетровск) при рабочей длине волны 7,1 мм, частоте излучения – 42,3 ГГц; плотность потока мощности - 0,1 мВт/см²; частоте модуляции 10±0,1 Гц. Воздействия КВЧ осуществляли на протяжении 15 мин [1] в двух группах: в первой группе (7 крыс) применяли фронтальную проекцию – перпендикулярно на лицевую часть черепа вдоль назально-затылочного длинника. Во второй группе (8 животных) воздействие осуществляли на депилированную кожу затылочно-теменной области – под углом в 45° по отношению к назально-затылочному ялиннику. В группе контроля (6 животных) осуществляли ложные воздействия (без включения излучения) в течение 15,0 мин.

Результаты исследований обрабатывали статистически с применением принятых в медико-биологических исследованиях критериев.

Результаты исследования и их обсуждение. Нанесение раствора пенициллина (16.000 МЕ/мл) на фронтальные отделы коры головного мозга животного сопровождалось возникновением первых спайковых потенциалов через 3,0- 5,5 мин с момента аппликации эпилептогена. При этом амплитуда разрядов в течение последующих 3,0- 8,5 мин возрастала до 1,0- 2,0 мВ, а частота генерирования разрядов составляла

от 25 до 40 в мин (Рис. 1, А, 1). Подобная устойчивая по своим параметрам ЭпА регистрировалась на протяжении от 15,0 до 35,0 мин, после чего на протяжении от 20,0 до 45,0 мин происходило постепенное снижение амплитуды и частоты эпилептических потенциалов и их полное исчезновение. Таким образом, общая длительность существования очагов ЭпА составляла от 65,0 до 95 мин (в среднем – 74,8+ 6,8 мин).

Применение ЭМИ КВЧ, которое осуществляли на лицевую часть черепа животного на фоне генерирования в очаге устойчивой по частоте и амплитуде спайковой активности через 5,0- 9,0 мин, в течение продолжающегося воздействия наблюдалось снижение амплитуды разрядов в очаге до 1,0- 1,5 мВ и частоты их генерирования до 12- 20 в мин (Рис. 1, Б и В, фрагмент 2). Эффект угнетения активности очагов ЭпА сохранялся после прекращения облучения и через 18,0- 23,0 мин с момента завершения 15- минутной экспозиции КВЧ в очаге регистрировались разряды амплитудой от 0,6 до 0,8 мВ, возникавшие с частотой до 10 до 20 в мин (Рис.1,В,3). На протяжении последующих 20 мин имело место полное подавление активности очаговой ЭпА (Рис.1,Б,4), которая не восстанавливалась самопроизвольно в течение последующих 30,0 мин непрерывного наблюдения (Рис. 1, Б, 5).



О б о з н а ч е н и я: Фрагмент «А»: контроль, «Б»- воздействие вдоль назально-затылочного длинника на лицевую поверхность черепа и «В»- воздействие на затылочно-теменные отделы черепа.

1- через 12,5 мин с момента аппликации на кору головного мозга раствора эпилептогена; 2- через 8,0 мин после «1» и 5,0 мин с момента начала воздействия КВЧ (для фрагментов «Б» и «В»); 3-, 4-, и 5- соответственно через 20, 40 и 55 мин после «2».

Калибровка: 500 мкВ, отметка времени – 1 с.

Рисунок 1 - Влияние воздействия ЭМИ КВЧ на активность очагов эпилептической активности, индуцированных в коре головного мозга аппликацией раствора натриевой соли бензилпенициллина (16.000 МЕ/мл).

Таким образом, в условиях 15-мин воздействия ЭМИ КВЧ на лицевую часть черепа животного длительность существования очаговой ЭпА составила от 33,0 до 57,0 мин (в среднем 40,0+ 5,7 мин), что было достоверно меньше в сравнении с соответствующим показателем в группе контроля ($P < 0,05$).

Под влиянием ЭМИ КВЧ длительностью экспозиции 15,0 мин, осуществляемого на затылочные и теменные отделы черепа, через 25,0- 30,0 мин от начала облучения в очагах регистрировались спайковые потенциалы, имевшие амплитуду от 0,7 до 1,1 мВ и частоту генерирования- от 8 до 16 в мин (Рис.1, В, 3). Подобная устойчивая по амплитудно-частотным характеристикам ЭпА сохранялся на протяжении 15,0- 25,0 мин с момента прекращения облучения (Рис. 1, В, 4), после чего в 5 из 7 наблюдений регистрировалось спонтанное восстановление спайковых потенциалов, амплитуда которых составляла от 0,5 до 1,2 мВ, а частота генерирования- от 6 до 13 в мин (Рис. 1, В, 5). Подобная спайковая активность регистрировалась еще на протяжении от 12,0 до 28,0 мин, после чего отмечалось ее подавление. Таким образом, в условиях воздействия ЭМИ КВЧ на теменно-затылочные отделы черепа продолжительностью экспозиции 15 мин

общая длительность существования очагов ЭпА составила от 68,0 до 110,0 мин (83,2+ 9,5 мин), что не отличалось от соответствующего показателя в группе контроля ($P>0,05$).

Таким образом, представленные результаты показали, что воздействие ЭМИ КВЧ на очаговую форму ЭпА, индуцированную во фронтальных отделах коры головного мозга интактных крыс аппликацией раствора натриевой соли бензилпенициллина характеризуется развитием противоэпилептического эффекта. При этом избранная экспозиция воздействия – 15 мин была ранее определена как эффективная при воспроизведении противоэпилептического действия КВЧ на очаговых формах эпилептогенеза [1]. Однако, воспроизведение противоэпилептического действия при облучении ЭМИ КВЧ отмечалось во фронтальной по отношению к лицевой части черепа животного плоскости и значительно в меньшей степени – при воздействии на затылочно-теменную область черепа. Подобные отличия позволяют полагать роль структур лицевой части, а именно, участков кожи богатых нейрональными окончаниями (кожа носа), а также тканей глазных яблок животного в формировании эффекта подавления фокальной ЭпА.

Рассматривая возможные механизмы реализации противосудорожного действия ЭМИ КВЧ, следует подчеркнуть, что мелатонин, как молекула-мишень первичного действия миллиметровых волн, в значительном количестве содержится в сетчатке глазного яблока [5]. Подобная особенность может обеспечивать своеобразную роль тканей глаза в реализации эффектов ЭМИ КВЧ. С другой стороны, данная особенность является весьма важной предпосылкой в обеспечении положительных лечебных эффектов ЭМИ КВЧ в офтальмологии.

С другой стороны, воздействие на теменно-затылочные отделы черепа связано с возможностью активирования прилегающих к окципитальным отделам черепа структур коры мозжечка, который принадлежит к антиэпилептической системе мозга и обеспечивает эффект угнетения очаговых форм эпилептогенеза [2, 6]. Однако, в наших исследованиях не было обнаружено эффекта подавления ЭпА, что возможно объяснить как низкой проникающей способностью излучения, так и тем, что в условиях нембуталового наркоза отмечается фармакологическое «выключение» функциональной активности коры мозжечка [2]. Таким образом, перспективным направлением исследований является изучение роли структур глазного яблока в качестве канала восприятия и реализации эффектов низкоинтенсивного миллиметрового излучения как при заболеваниях глаза, так и при нейропатологических синдромах.

Выводы: 1. Воздействие ЭМИ КВЧ низкой интенсивности на фронтальные отделы лицевой части черепа крысы сопровождается развитием противоэпилептического эффекта, выражающегося в подавлении амплитудно- частотных характеристик пенициллин- индуцированных очагов в коре головного мозга.

2. Воздействие ЭМИ КВЧ на затылочно-теменные отделы черепа не сопровождаются эффектом подавления фокальной эпилептической активности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Годлевский Л.С., Цевелев С.Л. Вплив низькоінтенсивного електромагнітного випромінювання надвисокої частоти на експериментальний осередковий епілептичний синдром// Інтегративна антропологія.- 2011.- №2(18).- С. 55-69.
2. Моделирование и механизмы подавления экспериментального эпилептического синдрома/ Л.С.Годлевский, Е.В.Коболев, В.Ф.Мустьяца, Г.А.Дроздова //Одесса.-2010.-350 с.
3. Фармакологический анализ противовоспалительного действия низкоинтенсивного электромагнитного излучения крайне высоких частот/ А.Б.Гапеев, К.В.Лушников, Ю.В.Шумилина, Н.К.Чемерис // Биофизика, 2006, 51, вып.6, с.1055-1068
4. Чуян Е.Н. Антиноцицептивное действие низкоинтенсивного электромагнитного излучения крайне высокой частоты / Е.Н.Чуян, Э.Р.Джелдубаева // Нейрофизиология / Neurophysiology. – 2006. – № 4. – С. 331-341
5. Guyton A.C., Hall J.E. Textbook of medical physiology/ A.C.Guyton, J.E.Hall // Elsevier Saunders, 2006. - 1116 p.
6. Polyasny V.A. Antiepileptic effects of short-wave radiation in hypogeomagnetic conditions/L.S.Godlevsky, S.L.Tsevelev, V.A.Polyasny, I.A.Samchenko, T.N.Muratova// Central European Journal of Medicine. DOI: 10.2478/s11536-012-0147-0.

ТҮЙІН

Мидың әр түрлі аумақтарына төменгі интенсивті барынша жоғары жиіліктегі сәулелермен әрекет ету барысында ошақты қояншық белсенділігінің динамикасы
Полясный В.А., Кресюн Н.В., Коболев Е.В., Муратова Т.Н., Годлевский Л.С.
Одесса ұлттық медицина университеті, Одесса қ., Украина

Барынша жоғары жиіліктегі (БЖЖ) төменгі интенсивті электромагнитті сауле қуатының тығыздығы

- 0,1 мВт/см² және экспозиция ұзақтығы 15,0 мин, 7,1 мм ұзындықтағы толқын ағымында егеуқұйрық бас сүйегінің бет жағына назальді-қаракүс беткейіне дейін бағытталған жедел эксперимент жағдайындағы қояншық ошағына ошақтың белсенділігін ми қыртысының маңдай бөлігінде жасалған пенициллин ертіндісінің (16,000 МЕ/мл) басумен қоса істелінді. Қояншыққа қарсы әрекеттер ошақтағы жиіліктер мен разряд ауытқу шегін басумен, олардың өмір сүру уақытын қысқартумен көрініс тапты. ЭМС БЖЖ қаракүс-төбе аумағындағы осы тәрізді әсері қояншыққа қарсы әрекетті көрсете алмады.

SUMMARY

Dynamics of focal epileptic activity under conditions of low-intensity electromagnetic radiation of extremely high frequency exposing to different zones of brain

Polyasny V.A., Kresyun N.V., Kobolev E.V., Muratova T.N., Godlevsky L.S.
Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

The influence of low-intensity extremely high frequency (EHF) electromagnetic irradiation with wave length of 7,1 mm, density of power with 0,1 mVt/cm² and 15 min duration of exposition directed to facial part of skull along the nasal-occipital line was followed by the suppression of focal epileptic activity induced with benzylpenicillin solution (16.000 IU/ml) application upon frontal brain cortex under acute experimental conditions. The antiepileptic effects have been pronounced in the form of suppression of amplitude and frequency of spikes along with the shortening of their life-span. The analogous influence with EHF upon occipital-parietal skull zones was not followed with antiepileptic action. Key words: low intensity electromagnetic irradiation of millimeter bandwidth, brain, epileptic foci, benzylpenicillin.

УДК-614.2:618

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И ПРОФИЛАКТИКИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

*М.А. Булешов, Б.Б. Тоққулиева, Б. Байжуматова, М.М. Мирзанова, А. Ерманова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент.*

АННОТАЦИЯ

В статье рассматриваются медико-социальные проблемы планирования семьи. В Казахстане основным методом планирования семьи остаются аборт. Вместе с тем они опасны своими последствиями, прежде всего материнской смертностью. Вышеизложенные определяют необходимость участия в процессе планирования семьи не только акушеров-гинекологов, но и широкой общественности.

Ключевые слова: аспекты планирования семьи, материнская смертность, профилактика материнской смертности, аборт, репродуктивное здоровье.

В настоящее время планирование семьи рассматривается как один из важнейших элементов охраны здоровья женщины, матери, ребенка. Служба планирования семьи позволяет сохранить здоровье подростков, осуществить профилактику нежелательной беременности, бесплодия, СПИД-а, заболеваний, передающихся половым путем, и обеспечить оптимальный интервал между родами с учетом возраста женщины, количества детей в семье и других факторов, т. е. предупредить слишком ранние и поздние роды. Планирование семьи дает право на сохранение своего здоровья, сохранение сексуального благополучия в семье, продолжение рода в наиболее благополучный период.

Для чего нужно планирование семьи? Планирование семьи помогает женщине регулировать наступление беременности в оптимальные сроки для сохранения своего здоровья и здоровья своих детей, гарантирует рождение здорового ребенка, позволяет мужьям и отцам обеспечить свою семью материально. Основные принципы планирования семьи: · предупреждение нежелательной беременности у женщин до 19 лет; · предупреждение беременности у женщин после 35 лет; · соблюдение интервалов между родами не менее 2 лет; · предупреждение абортов у женщин с экстрагенитальной патологией; · профилактика абортов у первородящих.

Медико-социальная значимость планирования семьи определяется в Республике Казахстан значительной распространенностью аборта, высокой материнской и младенческой смертностью, а также

резким в последние годы снижением рождаемости. Во всем мире аборт рассматривается как одна из важнейших проблем репродуктивного здоровья. Хорошо известно, что прерывание беременности оказывает неблагоприятное воздействие на состояние здоровья женщины, являясь одной из причин гинекологической заболеваемости, последующего нарушения репродуктивной функции, воспалительных заболеваний половых органов. Неблагоприятно сказывается аборт и на течение последующей беременности: аборт может явиться причиной не вынашивания беременности, слабости родовой деятельности, кровотечения. Следствие аборта может быть вторичное бесплодие.

Искусственный аборт в нашем государстве является основным методом регулирования рождаемости. Здесь следует обратиться к данным статистики. Число абортов, произведенных в учреждениях Министерства здравоохранения Республики Казахстан, составило в 2011 году 53 случая на 1000 женщин репродуктивного возраста, а в Южно-Казахстанской области распространенность этого явления доходит до 57,6% или 12464 аборта в году. Показатель частоты абортов в нашей стране превышает аналогичный в европейских странах почти в 3 раза. Ежегодно в мире погибает от абортов около 200 тыс. женщин и почти 150 тыс. из них приходится на развивающиеся страны, где аборты запрещены законом.

Изменение сложившейся ситуации требует объединения усилий социальных и медицинских служб, расширение и совершенствование работ по планированию семьи должны вестись в двух направлениях: медицинском и социальном. Очень важно, чтобы граждане детородного возраста относились сознательно и ответственно к рождению детей, чтобы беременность перестала быть случайностью и неожиданностью в жизни женщины, чтобы каждый ребенок был запланированным и желанным в своей семье.

Чтобы это произошло, нужна огромная работа по изменению общественного сознания. Семья должна получать не только медицинскую помощь, но и информацию о контрацепции, знания о половом развитии человека и методах планирования семьи.

В нашей стране руководство работой по планированию семьи осуществляет Министерство здравоохранения РК. Территориальные центры планирования семьи и репродукции призваны обеспечить виды помощи: по контрацепции, мужскому и женскому бесплодию, сексуальным нарушениям. В 1997 г. разработана Республиканская программа «Планирование семьи», которая ставит своей целью изменить отношение к данной проблеме общества, каждой семьи, каждой личности с тем, чтобы сформировать потребность у населения в реализации права на планирование семьи, рождение только желанных детей. В области охраны репродуктивного здоровья программа предусматривает комплекс мер, основанных на принципе права супругов и отдельных лиц свободно и ответственно решать вопрос о числе своих детей и на получение необходимых для этого информации, образования и средств. При этом репродуктивное здоровье понимается в широком смысле и охватывает физическое, умственное и социальное благополучие, а не просто отсутствие болезней или недугов, касающихся репродуктивной системы, ее функций, предупреждение бесплодия, абортов.

В настоящее время в большинстве регионов в структуре социальных служб для молодежи отсутствуют консультации по планированию семьи, что при некомпетентности в этих вопросах педагогов и неподготовленности родителей, широком доступе к порнографии, низкой обеспеченности контрацептивами делает проблемы репродуктивного здоровья и сексуального воспитания первоочередными.

В заключение хотелось бы отметить, что проблема прав человека относится к числу таких, которые касаются жизни каждого из нас. Поэтому очень важно сделать так, чтобы каждый знал свои права, поскольку люди, знающие их, могут добиваться от своих правительств осуществления мер, необходимых для их реализации.

Важно признать, что зачастую существуют расхождения между тем, как представлены права человека в декларациях и международных документах, и тем, как они соблюдаются в жизни. Правительства, медицинские и социальные работники, отдельные граждане – должны испытывать ответственность за то, чтобы люди реально могли пользоваться этими правами. Говоря о репродуктивных правах, следует иметь в виду, что:

- хорошее сексуальное образование предполагает наличие не только хорошей учебной программы, но и соответственно обученного персонала, способного разговаривать с молодежью о сексе и сексуальности;
- широкий выбор контрацептивов по доступным ценам означает, что они должны быть доступными для каждого;
- службы по проведению аборта должны обеспечивать безопасный аборт;
- службы по охране сексуального здоровья включает консультирование по вопросам сексуальности, обслуживание по профилактике и лечению болезней, передаваемых половым путем, диагностике и лечению. Женщины и мужчины, которые знают свои репродуктивные права, могут потребовать высокого уровня обслуживания. Правительства, международные организации, медицинские и социальные работники должны стремиться к устранению разрыва между правами человека в теории и возможностями их предоставления. И только тогда каждый человек сможет реально воспользоваться своими репродуктивными правами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Смагилов В.Н. Способ планирования семьи производством безопасного аборта в результате повреждения зародыша на стадии имплантации / В.Н. Смагилов. Здравоохранения Российской Федерации / Москва, 2009. -С.29-31.
2. Каюпова Н.А. Здоровая семья–залог успешного развития / Н.А. Каюпова Репродуктивная медицина. / Алматы, 2011. № 3-4. –С.48-49.

ТҮЙІН

Ана өлімінің алдын алу және отбасын жоспарлаудың медициналық-әлеуметтік аспектілері
М.А. Булешов, Б.Б. Токкулиева, Б. Байжуматова, М.М. Мирзанова, А. Ерманова
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, ОҚО, Шымкент қ.

Бұл мақалада отбасын жоспарлаудың медициналық және әлеуметтік мәселелері қарастырылған. Осы міндетті шешуде түсік тастау ерекше роль атқарады. Себебі ол аналар өлімін туындататын ең қауыпты себептердің бірі болып табылады. Сондықтан отбасын жоспарлауда тек акушер-гинекологтар ғана белсенді жұмыс істеуі тиіс деген ұғым дұрыс емес. Бұл маңызды шараға қоғамның өзі де ат салысуы тиіс.

SUMMARY

The medico-social aspects of family planning and the prevention of maternal mortality
Buleshov M.A., B.B. Tokkulieva, Baijumatova B., Mirzanova M.M., Ermanova A.
South Kazakhstan State pharmaceutical Academy, SKR, Shymkent city.

The paper analyzes the medical and social aspects of family planning. In the Republic of the primary method of family planning is abortion. However, its consequences are dangerous, especially maternal mortality. The above defines the need for participation in family planning not only obstetricians but also the general public.

УДК 614.2:615

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ И СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Булешов М.А., Кенжеханова Р.Н., Исаева А.Е., Жамалова М.С. Булешов Д.М., Перменов Б., Кауысбекова Р.Ж.
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Областной кардиологический
центр, Городская детская больница №1, г. Шымкент*

АННОТАЦИЯ

В статье анализируются данные о распространенности, заболеваемости, смертности от основных патологии сердечно-сосудистой системы и врожденных пороков сердца и сосудов у детей (от 0 до 17 лет) за последние 5 лет.

Ключевые слова: дети, система кровообращения, врожденные пороки развития, смертность, профилактика.

В структуре заболеваемости населения Республики Казахстан болезни сердечнососудистой системы занимают одно из ведущих мест, в значительной мере определяя уровни временной и стойкой утраты трудоспособности и смертности населения. Смертность от болезней системы кровообращения в нашей стране на протяжении двух последних десятилетий остается одной из самых высоких в мире(1,2,3). Неблагоприятные тенденции усугубляются еще и тем, что для Казахстана последних лет характерно резкое увеличение смертности лиц молодого, трудоспособного возраста (4).

В структуре заболеваемости детского населения болезни сосудистой системы, включая пороки развития сердца, занимают 13-е место. В то же время сердечно-сосудистая патология детей привлекает все более пристальное внимание в связи с тем, что возраст начала многих заболеваний значительно снизился, изменились их клиническая картина и прогноз. Такие заболевания, как артериальная гипертензия, кардиодистрофии, атеросклероз, считавшиеся ранее болезнями почти исключительно взрослых, все чаще регистрируются в детском возрасте(5,6,7). Комплексные медицинские осмотры детей и подростков повлекло

за собой дополнительное выявление заболеваний, протекающих в этом возрасте с минимальной клинической симптоматикой и манифестирующих, как правило, на более поздних стадиях. Последнее десятилетие характеризуется также интенсивным развитием и совершенствованием технологий диагностики сердечнососудистой патологии, что не могло не сказаться на росте ее выявляемости в детском возрасте.

Данные медицинской статистики о заболеваниях сердца и сосудов у детей не являются исчерпывающими из-за несовершенства методов учета и регистрации, неполного списка регистрируемых диагнозов. В то же время выявляются определенные закономерности, отражающие особенности сердечнососудистой патологии детского возраста и ее значение для состояния здоровья детского населения.

Анализируя показатели государственной медицинской статистики, характеризующие болезни системы кровообращения, мы считали целесообразным рассматривать раздел "сердечнососудистые заболевания" совместно с "врожденными аномалиями сердца и сосудов" из раздела "врожденные аномалии развития", учитывая тот факт, что врожденные пороки сердца являются патологией сердечнососудистой системы и играют существенную роль в заболеваемости и смертности в детском возрасте.

На протяжении последних 5 лет отмечается стабильный рост числа больных с патологией сердечнососудистой системы. В расчете на 100 000 детского населения распространенность сердечнососудистых заболеваний у детей неуклонно растет (р и у детей до 14 лет в 2011 г. достигла 2457 на 100 000 детского населения).

Распространенность сердечнососудистых заболеваний у подростков 15-17 лет выше, чем у детей 0-14 лет, что обусловлено рядом причин. Более яркая клиническая симптоматика, сопровождающая ряд сердечнососудистых заболеваний (аритмии, кардиомиопатии) в старшем возрасте, способствует лучшей выявляемости этих заболеваний. Некоторые виды патологии, например артериальная гипертензия, часто манифестируют в подростковом возрасте. Кроме того, многие заболевания сердечнососудистой системы, начинающиеся в детском возрасте, имеют тенденцию к хронизации, что приводит накоплению патологии в более старших возрастных группах.

Распространенность сердечнососудистых заболеваний у подростков 15-17 лет в 2011г. составила 3688 случаев на 100 000, что в 1,8 раза выше, чем у детей 0-14 лет. В целом распространенность сердечнососудистой патологии как в детском, так и в подростковом возрасте за последние 10 лет в Казахстане увеличилась более чем в 2 раза (в 1,8 раза у детей до 14 лет и 2,3 раза у подростков 15-17 лет). Число детей с впервые установленной сердечно-сосудистой патологией (заболеваемость), включая врожденные пороки сердца, также неуклонно возрастает. В 2011 г. уровень заболеваемости у детей до 14 лет составил 800 случаев на 100 000 детского населения, а у детей 15-17 лет - 1105 случаев на 100 000 детей данного возрастного состава.

Рост заболеваемости в 2001-2011 гг. в значительной степени обусловлен повышением уровня и качества диагностики, внедрением новых медицинских технологий, начиная с 90-х годов, когда в педиатрической практике стали широко использоваться такие современные методы исследования, как эхокардиография, лекарственные и нагрузочные пробы, холтеровское ЭКГ-мониторирование. В ряде регионов с более высоким уровнем организации детской кардиологической службы, в том числе при большей доступности лечебно-профилактических учреждений здравоохранения, отмечается более интенсивный рост числа больных с впервые установленной сердечно-сосудистой патологией, включая врожденные пороки сердца, по сравнению с данными по Казахстану в целом, что отражает эффективность системы выявления больных. Так, заболеваемость детей 0-14 лет сердечно-сосудистыми заболеваниями в городе Шымкенте в 2011 г. составила 962 случая на 100 000 детей этого возраста, что превышает среднереспубликанский показатель на 17,8%. По выявляемости детей с врожденными пороками сердца город Шымкент является одним из неблагоприятных, где частота обнаружения этой патологии у детей первого года жизни составляет 12,4 случая на 1000 родившихся живыми.

Вместе с тем, имеет место и поздняя диагностика, например врожденных пороков сердца, часть которых впервые регистрируется лишь в подростковом возрасте. Например, лишь 70-75% врожденных пороков диагностируются на первом году жизни. И ежегодно на протяжении многих лет стабильно регистрируются впервые выявленные больные с врожденными пороками сердца и сосудов в подростковом возрасте.

Рост числа впервые выявленных детей с врожденными пороками сердца в возрасте до 14 лет и снижение в возрасте 15-17 лет в территориях может свидетельствовать об улучшении диагностики пороков сердца в родильных домах и поликлиниках (в том числе на педиатрических приемах). Рождаемость детей с врожденными пороками является достаточно стабильной, и ее регистрация может служить объективным показателем, на основании которого можно судить о качестве работы кардиологической детской службы на местах и о подготовке неонатологов в вопросах диагностики пороков сердца.

Число детей (0-17 лет) с впервые установленным заболеванием сердечно-сосудистой системы, включая врожденные пороки, в 2012 г. составило 851,2 случая на 100 000 детского населения. Распространенность больных детей хроническими заболеваниями сердца (состоящих на диспансерном учете) за 5 лет возросла в 1,2 раза и составила в 2011 г. 1247 на 100 000 детского населения в возрасте 0-14

лет и 15863 на 100 000 подростков.

Среди патологических состояний, наиболее часто сопровождающихся длительным нарушением функции и требующих периодического наблюдения, длительного лечения и обязательной реабилитации, следует отметить врожденные пороки сердца, миокардиты, кардиомиопатии, тяжелые формы сердечных аритмий, эндокардиты, ревматические заболевания, стойкую артериальную гипертензию и ряд других. Кроме того, в длительном наблюдении нуждаются дети, перенесшие обширные хирургические вмешательства на сердце, дети с кардиостимуляторами. Число больных, состоящих на диспансерном учете, зависит от общей численности детей с этими видами патологии, эффективности их выявления, лечения, реабилитации. Своевременно не выявленная тяжелая патология обуславливает снижение эффективности реабилитации и последующее увеличение числа хронических больных и инвалидов в старших возрастных группах, а также повышение смертности в молодом возрасте.

Уменьшения численности диспансерных больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями следует рассматривать как положительный факт, свидетельствующий о стабилизации показателя в условиях достаточно адекватного выявления больных, нуждающихся в диспансерном наблюдении. В городе Шымкенте по сравнению с данными по Республике Казахстан в целом на 100 000 детского населения на фоне высокой заболеваемости детей, состоящих на диспансерном учете, в 2 раза ниже.

На диспансерном учете в Республике состоят около 70% детей из числа зарегистрированных больных 0-14 лет с сердечно-сосудистой патологией и примерно половина подростков с этими заболеваниями. Структура сердечно-сосудистой патологии в детском возрасте (до 17 лет) за последнее десятилетие, по данным официальной статистики, претерпела незначительные изменения. Однако по вышеуказанным данным можно оценить только представленность врожденных пороков сердца, артериальной гипертензии и ревматизма. Все остальные состояния попадают в раздел прочие, а это на сегодняшний день составляет 80-83% зарегистрированных детей с сердечно-сосудистой патологией. В связи с этим многие клинически значимые патологические состояния не могут быть оценены количественно.

В структуре официально зарегистрированной заболеваемости в 2011 г. по сравнению с 2010 годом у детей 0-14 лет несколько уменьшилась частота ревматизма (с 4 до 2%) и врожденных аномалий сердца и сосудов (с 18 до 16%), увеличились частота "прочих заболеваний" (с 77 до 80%) и незначительно - гипертонической болезни (с 1 до 2%). У подростков 15-17 лет отмечаются практически те же тенденции.

Основные изменения структуры сердечно-сосудистой заболеваемости у детей произошли за период с середины 80-х до начала 90-х годов. На этот процесс оказали влияние широкое внедрение эффективных методов лечения воспалительных поражений сердца и проведение целенаправленных профилактических программ, а также улучшение диагностики так называемой функциональной патологии сердечно-сосудистой системы, аритмий и врожденных пороков сердца.

По полученным нами данным, в результате анкетирования детских кардиохирургов в структуре сердечно-сосудистой патологии у детей на долю врожденных пороков приходится 16-23%, нарушения ритма сердца по частоте встречаемости занимают второе место и составляют в среднем 15%, нейроциркуляторная дистония – 12-15%, пролапс митрального клапана – 10 -14%, функциональные кардиопатии – 20-24%, ревматические болезни – 2 -4%, кардиты и кардиомиопатии - 2-3%.

Характерно, что наряду со снижением смертности от всех причин у детей до 14 лет смертность от болезней и пороков развития системы кровообращения за последние 5 лет остается практически на прежнем уровне. Большинство случаев смерти детей от болезней системы кровообращения приходится на органические поражения и врожденные пороки сердца и сосудов. Ситуация с сердечно-сосудистыми заболеваниями неординарна, так как на фоне совершенствования службы и снижения младенческой смертности смертность от болезней сердца и сосудов остается на прежнем уровне, т. е. все чаще сердечно-сосудистая патология становится причиной смерти детей на первом году жизни. Смертность от болезней органов кровообращения и врожденных аномалий сердца у детей 0-14 лет в Южно-Казахстанской области составляла в 2001 году 13,9, в 2011г. 14,4 на 100 000 детского населения. В городе Шымкенте этот показатель за последние 5 лет снизился и регистрируется на уровне ниже Республиканского: 15,2 на 100 000 детского населения в 2001 году. и 11,8 в 2011 гаду.

Анализ данных медицинской статистики выявил определенные устойчивые тенденции: смертность детей с сердечно-сосудистой патологией ниже в регионах с более высокой регистрируемой заболеваемостью и распространенностью этих состояний. Можно уверенно предположить, что на снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний существенное влияние оказывает качество работы специализированной службы, обеспечивающей своевременность и раннее выявление, лечение и реабилитацию детей с этой патологией.

Таким образом, профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний в детском и юношеском возрасте имеют первостепенное значение для улучшения здоровья и ожидаемой продолжительности жизни. Данные медицинской статистики, характеризующие заболеваемость и смертность от болезней сердечно-сосудистой системы у детей, не являются угрожающими. Однако, стремительный, более чем в 2 раза, рост заболеваемости и общего числа детей с этой патологией, отмеченный с начала 90-х годов и напрямую

связанный с улучшением диагностики, показывает, что реальное число больных детей значительно выше, чем регистрируется на сегодняшний день. Настораживает рост числа больных с хроническими заболеваниями сердца. Такие дети представляют собой группу высокого риска по развитию угрожающих жизни осложнений, инвалидности и преждевременной, в том числе скоропостижной сердечной смерти в молодом возрасте. В то же время, как показывает анализ, диагностика сердечно-сосудистых заболеваний во многих случаях все еще остается несвоевременной.

Учитывая достоверное влияние качества работы специализированной детской кардиологической службы на снижение смертности от сердечно-сосудистой патологии в детском возрасте, необходимо совершенствовать систему оказания специализированной медицинской помощи детям с заболеваниями сердца в регионах на основе положительного опыта Южно-Казахстанской области. Система ранней диагностики сердечно-сосудистой патологии в первую очередь предполагает активное ее выявление. Целе-направленная диспансеризация в группах риска - вот основной этап, позволяющий активно выявить больных с сердечнососудистой патологией.

С целью обеспечения динамического наблюдения за характером изменений в состоянии здоровья детей с сердечно-сосудистой патологией, определения потребности в специализированной помощи, контроля эффективности терапевтического и хирургического лечения, анализа распространенности патологии необходимо внедрить в общественное здравоохранение регистры больных с наиболее тяжелой жизне-угрожающей патологией: врожденными пороками сердца, нарушениями ритма сердца, кардиомиопатиями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоконь Н. А., Осокина Г. Г., Зелинская Д. И., Сипягина А. Е. *Вопр. охр. матери и ребенка.* - 1989. - № 8. - С. 3-5.
2. *Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения: Статистические материалы.* - М., 1992-2001 гг.

Түйін

Оңтүстік Қазақстан облысындағы балалардың арасында кездесетін жүрек қан-тамыр жүйесінің патологиясымен аурушылдық, өлім-жітім және құрылымы

Булешов М.А., Кенжеханова Р.Н., Исаева А.Е., Жамалова М.С. Булешов Д.М., Перменов Б., Кауысбекова Р.Ж. Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Облыстық кардиология орталығы, №1 Қалылық балалар ауруханасы, Шымкент қаласы

Бұл ғылыми мақалада балалар мен жасөспірімдер (0-17 жас) арасындағы жүрек-қан айналу жүйесі ауруларының және туа біткен кемістіктерінің таралуы, аурушандық және өлім оқиғаларының қалыптасу ерекшеліктері туралы соңғы 5 жылдық деректері келтірілген. Кілітті сөздер: балалар, жүрек-қан айналу жүйесі, туа біткен кемістіктер, өлім, профилактика.

Summary

Incidence mortality and structure of cardiovascular pathology of children in the South Kazakhstan Region. Buleshov M., Kenzhekhanova R., Issayeva A., Zhamalova M., Buleshov D., Permenov B., Kauysbekova R. Zh. South Kazakhstan State pharmaceutical academy, Regional cardiological center, Shymkent.

In article data on prevalence, incidence, mortality from the main pathology of cardiovascular system and congenital heart diseases and vessels at children (from 0 to 17 years) for the last 5 лет are analyzed. Keywords: children, blood circulation system, congenital developmental anomalies, mortality, prevention.

УДК 613.6:616.5

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОЖНО-АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ НАСЕЛЕНИЯ АНТРОПОТЕХНОГЕННО ЗАГРЯЗНЕННОЙ ЖИЛОЙ ЗОНЫ г. Шымкента

Булешов М.А., Омар А.У., Шорина С.Н., Оспанова А.М., Калдыбекова Б.М., Исламов А.И. Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, УГСЭН по Абайскому району Южно-Казахстанской области, г.Шымкент

АННОТАЦИЯ

В научной статье описывается состояние окружающей среды с кожно-аллергической нагрузкой. На внутригородских загрязненных территориях отмечается высокий уровень дерматологической

заболеваемости по атопическому и контактному дерматиту, уровень которых наиболее высока у детского населения.

Ключевые слова: антропогенное загрязнение, кожно-аллергические болезни, профилактика, окружающая среда.

Актуальность проблемы. Кожно-аллергические заболевания, описанные в 19 и 20 веках, являются не менее актуальными и в наше время. Поэтому изучению аллергических заболеваний, связанных с загрязнением окружающей производственной среды, за рубежом и в нашей стране уделяется большое внимание вследствие их значительного распространения и продолжающегося роста. Сообщается, что число аллергических заболеваний, в том числе аллергодерматозов, за последний 30 лет увеличилось во всем мире (1,2,3,4,5).

Методы исследования. Для характеристики санитарно-гигиенической ситуации на загрязненной территории использовались данные лабораторного контроля областной санитарно-эпидемиологической станции уровня загрязнения атмосферного воздуха, качества питьевой воды, уровня загрязнения почвы. Информация о заболеваемости населения анализировалась по данным обращаемости за медицинской помощью в территориальные лечебно-профилактические учреждения за 10 летний период (2001-2011 гг.)

Результаты исследования. Анализ объема выбросов от стационарных источников и уровня загрязнения атмосферного воздуха по лабораторно контролируемым загрязняющим веществам в разрезе административных районов города показал, что наиболее неблагоприятная ситуация по техногенной нагрузке на атмосферный воздух сложилась в юго-западном, центральном, северо-западном жилых районах города. Для этих территорий характерны превышения ПДК по свинцу – до 17,8 раза, диоксиду азота - до 1,5-5 раз, фенолу - до 1,6 - 2,5 раз, формальдегиду - до 3,7-5,1 раз, взвешенным веществам - до 1,5 - 2,5 раз, оксиду углерода - в 1,1 - 2,1 раза.

Анализ дерматологической заболеваемости на территории с высоким уровнем техногенной нагрузки за 2001-2011 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 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 (Таб.1,2).

Таблица 1- Заболеваемость детей до 14 лет на территории с высоким уровнем антропогенной нагрузки химических поллютантов (на 1000 населения соответствующего возраста).

Класс болезни или нозология	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Сред. значение
Болезни кожи и подкожной клетчатки (всего), в т.ч.	92,7	89,0	95,5	83,2	100,6	98,5	95,8	114,6	118,0	124,8	101,28
Атоп. дерм и родственные состояния	11,7	12,9	13,5	12,4	15,0	13,0	14,2	18,0	17,5	18,6	14,67
Контакт. дерматит	5,5	5,3	6,4	5,3	9,1	7,2	8,7	12,7	11,7	12,9	8,48

Анализируя среднескользящие уровни заболеваемости на территории с высоким уровнем техногенной нагрузки, следует отметить, что достоверные различия получены для детского населения как по уровню болезней кожи и подкожной клетчатки (Трасч. = 7,93 > Ттабл. = 2,262 при p<0.05), так и по отдельным нозологическим формам - атопическому дерматиту и родственным состояниям (Трасч = 5,79 > Ттабл = 2,262 при p<0.05), контактному дерматиту (Трасч. = 3,16 > Ттабл. = 2,262 при p<0.05), что косвенно свидетельствует об имеющемся неблагоприятном вкладе в их формировании повышенного уровня эколого- гигиенических факторов среды района проживания.

Таблица 2 - Заболеваемость взрослого населения (18 лет и старше) на территории с высоким уровнем антропогенной нагрузки химических поллютантов (на 1000 населения).

Класс болезней или нозология	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Сред. знач.
Болезни кожи и подкожной клетчатки (всего), в т.ч.	32,6	32,7	33,6	30,6	35,3	32,2	33,7	38,8	37,5	39,7	34,66
Атопический дерматит и родственные состояния	1,5	1,7	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	2,0	1,9	2,1	1,80
Контактный дерматит	3,3	5,0	4,7	5,9	6,7	6,1	6,4	7,4	7,1	7,5	6,02

Для взрослого населения достоверные различия получены только в целом по классу болезни кожи и подкожной клетчатки» Трасч. = 2,54 > Т табл. = 2,262 при p<0.05).

Следует отметить, что использованные нами комплексные характеристики антропогенной нагрузки (Катм, Кводы, Кпочвы) не показывают вклад конкретного фактора среды обитания в формирование заболеваемости населения, но в совокупности с анализом достоверности различий многолетних уровней заболеваемости, особенно детей, с достаточной степенью достоверности показывают значимость неблагоприятной эколого-гигиенической ситуации в формировании дерматологической заболеваемости.

Түйін

Антропогендік тұрғыда жоғары дәрежеде ластанған Шымкент қаласының тұрғын аумақтары тұрғындарының тері-аллергологиялық патологиялармен науқастану деңгейі.

Булешов М.А., Омар А.У., Шорина С.Н., Оспанова А.М., Калдыбекова Б.М., Исламов А.И.
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Оңтүстік Қазақстан Абай ауданы бойынша МСЭҚБ

Ғылыми еңбекте Шымкент қаласының антропогендік тұрғыда жоғары деңгейде ластанған тұрғын аумақтарында тері-аллергологиялық аурулардың қалыптасу ерекшеліктері көрсетілген. Осы аумақтарда атопиялық және жанама дерматиттердің деңгейі аса жоғары екендігі анықталған. Әсіресе балалардың арасында осы патологиялардың кеңінен таралуы байқалады. Кілтті сөздер: антропогендік ластану, тері-аллергиялық аурулар, профилактика, қоршаған орта.

Summary

Morbidity of population dermic-allergic illnesses on anthropogenic muddy dwelling area of city Shymkenta. Buleshov M.A., Shorina S.N., Ospanova A.M., Kaldybecova B.M., Islamov A.I.

South-Kazakhstan state pharmaceutical academy, Managements of gosudarstvenogo sanitary-epidemiology supervision

In the naunoy article the state of environment is described and dermic-allergic loading. On intercity zagreznennykh territoriyakh is marked high level of dermatological morbidity on atopicheskomu and contact dermatitis, level of which most high at child's population. Keywords: antropotekhnogennoe contaminations, dermic-allergic illnesses, prophylaxis, environment.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Скрипкин, Ю. К. Кожные и венерические болезни : учебник / Ю. К. Скрипкин. - М. : "Триадафарм", 2005. - 656 с. - ISBN 5-94699-001-2
2. Leung D.Y., Hanifin J.M., Charlesworth E.N. et al. Disease management of atopic dermatitis: a practice parameter // An Allergy Asthma Immunol. - 1997 -ol. -. 197-211.
3. Lucky A.W., Leach A.D., Laskarzewski P. et al. Use of an emollient as a steroid-sparing agent in the treatment of mild to moderate atopic dermatitis in children // Pediat. Dermatol.-1997.- Vol. 14.P. 321-324.
4. Косарев В.В. Экологические проблемы и методы анализа // Материалы конференции 13-17 февраля 1995 г. - Уфа, 1995.-С. 47-78.
5. Куролап С.А., Мамчик Н.П., Клепиков О.В. Оценка риска для здоровья населения при техногенном загрязнении городской среды.- Воронеж: Воронежский гос. ун-т, 2006. - 220 с.

УДК 616-082-036.82-07.

СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ, СТРАДАЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Б.Д.Сексенбаев, М.А.Булешов, Е.Н.Шеримбетов, Н.Ш.Бектибаева, К.О.Ильясова, Л.Р.Кашкинбаева
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Областной эндокринологический диспансер, г.Шымкент

АННОТАЦИЯ

В настоящей статье представлены результаты изучения организации и качества медицинской помощи больным сахарным диабетом, динамическое наблюдение за которыми в поликлиниках осуществляется эндокринологами. Одной из задач исследования являлось изучение преемственности и взаимосвязи в деятельности эндокринологов и участковых терапевтов.

Ключевые слова: сахарный диабет, участковые поликлиники, диспансерный учет, карта экспертной оценки, острый инфаркт миокарда, инсульт.

Актуальность исследования. В настоящее время, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире насчитывается более 175 млн. больных с сахарным диабетом. Экспертная оценка ВОЗ распространенности сахарного диабета показала, что к 2025 году число больных сахарным диабетом увеличится до 300 млн., причем, у 80-90% пациентов будет иметь место сахарный диабет типа 2. Актуальность изучения проблем, связанных с сахарным диабетом, также обусловлена растущим уровнем распространенности этого заболевания среди детей и подростков, а также его многочисленными осложнениями.

Хроническое течение заболевания, частота осложнений и инвалидизаций требует постоянного диспансерного наблюдения за больными диабетом, включающего не только контроль обмена веществ, но и состояния сосудистой системы, в том числе микроциркуляции в тканях органа зрения и почек. Если учесть необходимость проведения постоянной терапии для сохранения компенсации сахарного диабета и профилактических мероприятий, требующих больших экономических затрат, то актуальность проблемы сахарного диабета становится очевидной.

Материалы и методы исследования. Изучение проводилось в 3 поликлиниках города Шымкента в отношении всех больных сахарным диабетом, находившихся не менее 3 лет под диспансерным наблюдением. Была проведена выкопировка данных из контрольных карт диспансерного наблюдения (ф/030/у), а также из медицинских карт амбулаторных больных (ф/025/у). В общей сложности изучению подверглось около 1300 медицинских документов, из числа которых было отобрано 300 медицинских карт амбулаторных больных, страдающих сахарным диабетом. Выкопировка данных велась на специально разработанные карты.

Карта больного сахарным диабетом состояла из 2 частей. 1-я часть, кроме паспортных данных и сведений о длительности и характере течения сахарного диабета, содержала данные об организации медицинской помощи как по основному, так и по поводу других имевшихся хронических заболеваний терапевтического профиля. 2-я часть карты содержала информацию для экспертной оценки качества поликлинической терапевтической помощи, оказываемой больным сахарным диабетом в поликлинике. В этот документ вносились сведения об объеме за все годы наблюдения лечебно-диагностической и консультативной помощи, оказываемой участковыми терапевтами и эндокринологами, сведения о госпитализации (плановой и экспертной) и др.

Карта экспертной оценки качества медицинской помощи содержала вопросы о полноте лечебно-профилактических мероприятий, осуществляемых эндокринологом, участковым терапевтом; о соответствии проводимых мероприятий состоянию больного; характере и влиянии лечения хронических заболеваний терапевтического профиля. Оценке подверглись диагностические и лечебные процедуры и мероприятия, которые осуществлялись каждым из врачей в плане их взаимодополняемости друг другом, нуждаемость в плановой и экстренной госпитализации, в санаторно-курортном лечении, а также динамика течения болезни. Полнота обследования, лечения, а также динамика течения («положительная», «без изменений», «отрицательная») каждого заболевания оценивалась на основе разработанных совместно с клиницистами критериев. Под положительной динамикой понималось улучшение показателей лабораторных и инструментальных исследований, отсутствие обострений или снижение их числа в текущем году в сравнении с предыдущим. Без изменений — стабильные по сравнению с предыдущим годом показатели лабораторных и инструментальных исследований, отсутствие увеличения числа обострений. Отрицательная динамика - ухудшение показателей лабораторных и инструментальных исследований в текущем году, увеличение числа обострений по сравнению с предыдущим годом.

Основные результаты исследования. Поскольку характер медицинской помощи в условиях поликлиники во многом определяется составом больных, нами проведен анализ поло-возрастного состава и социально-гигиеническую характеристику больных, взятых на диспансерный учет участковым врачом общей практики и эндокринологом. Свыше 80 % больных сахарным диабетом принадлежали лицам в возрасте от 50 лет и старше. Так, в возрастной группе 50-59 лет их было лишь 19,4 %, в группе лиц 60-69 лет - 22,3%, а одной трети (37,8%) из числа всех больных была в возрасте 70 лет и старше. Незначительно число больных (14,4 %) имело длительность заболевания до 5 лет, с длительностью заболевания 5 -10 лет их было 43,9%, а свыше 10 лет - 41,7%.

Среди мужчин до 60 лет, больных диабетом, число инвалидов 4,6 %. Все женщины трудоспособного возраста, больные сахарным диабетом работали. Среди общего числа больных мужчин пенсионного возраста работали почти половина, а среди женщин — 30,2 %.

Наибольший процент среди учреждений, поставивших впервые диагноз сахарного диабета, составляют городские поликлиники (80,3%); в стационарах этот диагноз был поставлен в 13,7 % случаев, в основном при госпитализации по поводу других хронических заболеваний терапевтического профиля. Значение других медицинских учреждений в первичной диагностике данного заболевания невелико. Так, консультативно-диагностическими поликлиниками, центрами, НИИ диагноз сахарный диабет был впервые установлен в 3,7 % случаев. Таким образом, городские поликлиники являются в отношении в этих больных не только основными лечебными, но и диагностическими учреждениями.

Число больных сахарным диабетом, имеющих другие хронические заболевания терапевтического профиля, довольно значительно, причем с возрастом оно увеличивается и составляет в среднем 92,3 %. Если в возрастной группе 30-49 лет на каждого больного сахарным диабетом в среднем приходится еще одно хроническое заболевание терапевтического профиля, то в возрастной группе 70 лет и более их уже около трех.

Имеются сведения о частом сочетании сахарного диабета и ИБС. По нашим данным, при сахарном диабете заболевании ИБС встречается почти у половины больных, т. е. существуют определенная связь между этими заболеваниями. Именно в этой группе в течение исследованного периода 6 % больных перенесли острый инфаркт миокарда или мозговой инсульт.

Больные сахарным диабетом по поводу основного заболевания наблюдаются только эндокринологом поликлиники, а по поводу других хронических заболеваний терапевтического профиля — участковым врачом общей врачебной практики. Среднее число посещений на 1 больного к эндокринологу за 3 года составило 15,0 раза, а к участковому терапевту по поводу других хронических заболеваний — 5,6 раз. В течение 3 лет участковые врачи общей практики при обращении к ним больных сахарным диабетом по поводу других хронических заболеваний и при длительном перерыве в посещениях эндокринологов практически не направляли к ним больных на консультацию. В свою очередь эндокринологи направляли больных сахарным диабетом к участковому врачу также весьма редко (в 14 % случаев); всего за 3 года только 42,7 % больных посетили участкового врача. Между участковыми терапевтами и эндокринологами поликлиник осуществляется наиболее слабая преемственность и взаимосвязь, хотя характер патологии больных сахарным диабетом, имеющих значительное число других хронических заболеваний терапевтического профиля, требует постоянных контактов между ними.

В течение исследуемого трехлетнего периода госпитализация была рекомендована в среднем 32 % больных, однако только 2/3 из них были госпитализированы. По нашим данным средний показатель плановой госпитализации диспансерных больных при сахарном диабете составляет 66,7 на 100 больных в год. Частота обострений сахарного диабета при диспансерном наблюдении, осуществляемом регулярно, во всех случаях достоверно ниже ($p < 0,001$), чем при диспансерном наблюдении, осуществляемом с нарушением его периодичности (9,5 и 85,4 % соответственно).

По нашим данным, только 6,1% больных сахарным диабетом регулярного проведения диспансерного наблюдения является большое число обострений. Так, частота обострений основного заболевания за 3 года составила 220,0 случаев на 100 больных, а других хронических заболеваний - 60.

Таким образом, регулярное диспансерное наблюдение способствует предупреждению обострений заболевания и, следовательно, может рассматриваться как важный фактор третичной профилактики. Естественно, важен не только сам факт регулярных диспансерных осмотров или обращений, а качество оказываемой при этом лечебно-профилактической помощи, объем и характер которой должны полностью соответствовать состоянию больного и поддерживаться на определенном уровне как в период обострений, так и в период ремиссий.

По нашим данным, 74 % больных сахарным диабетом имели болезни системы кровообращения, причем почти 1/3 из них страдали гипертонической болезнью и ИБС в сочетании, однако при каждом обращении АД измерялось им на протяжении 3 лет только в 24,1 % случаев. Нерегулярно в течение года АД измерялось эндокринологом более чем половине больных сахарным диабетом, имевших сердечно-сосудистые заболевания. При этом почти каждому 4-му больному оно в течение года не было измерено ни разу.

Электрокардиографические исследования в различные годы проводились у 33,8-44,6 % больных

сахарным диабетом, причем число больных, которым это исследование ежегодно проводилось не менее 1 раза, составило 23,3 %. Количество больных, которым содержание сахара в крови и моче определялось регулярно, не превышает $71,0 \pm 2,6$ %, а с учетом среднего числа посещений эндокринолога в течение 1 года - 5 вместо 12 рекомендованных; регулярность измерения уровней сахара в крови и моче является еще более низкой. Менее чем половине больных ежегодно проводилось по 1 клиническому исследованию крови, а за 3 года оно проводилось 10 % больных.

За трехлетний период, по данным медицинской документации, эндокринологи выдали рекомендации по соблюдению диеты в среднем 70 % больных сахарным диабетом, однако их рекомендаций придерживалось не более половины лиц. Рекомендации по режиму труда и отдыха даются эндокринологом крайне редко, еще реже они выполняются. Обращает на себя внимание незначительное число назначенных и выполненных рекомендаций по рациональному трудоустройству этих больных.

Изложенное выше свидетельствует о наличии ряда проблем, решение которых связано как с улучшением медицинской помощи, так и с изменением отношения больных к выполнению данных им рекомендаций и не только в период обострений.

Регулярность и объем проводимых обследований находятся в тесной зависимости от динамики течения заболевания: с ее ухудшением нарастал объем обследований. В группе больных сахарным диабетом с достаточным, по мнению экспертов, объемом обследования (см. таблицу) положительная динамика отмечается у 10,0 % лиц, без изменения - у 50,0 % и отрицательная - у 40,0 %. В группе больных с недостаточным объемом обследования отмечается большой процент лиц со стабильной динамикой, а процент больных с положительной и отрицательной менее значителен, чем при достаточном объеме обследования. В группе с крайне недостаточным объемом обследования у 80,8 % больных отмечается стабильная динамика; положительная и отрицательная динамика отмечается у 5,8 и 13,4 % больных соответственно.

Таким образом, группы больных недостаточным и крайне недостаточным объемом обследования состоят в основном из лиц, имеющих положительную динамику заболевания, а в группе больных с достаточным объемом обследования по сравнению с другими группами больше лиц с отрицательной динамикой. Очевидно, что по мере сокращения числа больных с отрицательной и положительной динамикой и увеличения числа лиц со стабильной динамикой сокращается и объем обследования. При этом лечащие врачи при отсутствии у больного обострений и стабильной динамики течения заболевания сокращают объем обследования не до уровня, предусмотренного требованиями диспансерного наблюдения, и практически до нуля, хотя потребность в обследовании, по данным экспертов, у них остается, так как без обследования невозможно назначить адекватное противоречивое лечение.

В свою очередь при отрицательной динамике течения сахарного диабета 30,9 % случаев признали обследование достаточным, хотя этот показатель сам по себе весьма низкий, так как около 70 % больных с отрицательной динамикой течения сахарного диабета обследуются недостаточно, в числе около 1/4 — крайне недостаточно. При положительной же динамике течения сахарного диабета этот показатель всего 14,5 %. Тот факт, что наиболее часто признают объем обследования достаточным при отрицательной динамике течения болезни, свидетельствует о том, что основное внимание врачей поликлиник сосредоточено прежде всего на больных с обострением заболевания. Следует также отметить, что наиболее низкие показатели достаточного обследования имеют место при отсутствии изменений в динамике течения болезни, т. е. при стабильной динамике ослабевают внимание к больному.

Наличие значительного числа случаев, при которых полнота обследования больных является недостаточной, дает основание полагать, что в отношении этих больных не будет адекватной тактика лечения. На основе заключений экспертов была определена зависимость между степенью соответствия медикаментозного лечения и динамикой течения заболевания. При этом обнаружены следующие тенденции. Частота положительной динамики течения сахарного диабета достоверно выше отрицательной (60,3 % против 34,5 %; $p < 0,001$) в случаях, когда медикаментозное лечение полностью соответствовало состоянию больного. При частичном соответствии медикаментозного лечения частота отрицательной динамики выше положительной (47,5 % против 37,9 %).

Стабильное течение сахарного диабета (без изменений) наиболее часто (в 44,5 %) отмечается также при полном соответствии медикаментозного лечения состоянию больного. Анализ, направленный на установление зависимости полноты соответствия медикаментозного лечения от объема диагностических исследований, показал, что при достаточном объеме обследования медикаментозное лечение наиболее часто (69,2%) соответствует состоянию больного; в группе больных, которым обследование проводилось в недостаточном объеме, адекватное медикаментозное лечение назначалось реже — 52,7 % ($p < 0,01$).

Нуждаемость больных сахарным диабетом в госпитализации, по мнению экспертов, оказалась в 2 раза выше рекомендованной эндокринологами. Число рекомендаций по санаторно-курортному лечению больных сахарным диабетом по поводу основного заболевания, согласно мнению экспертов, было в 7 раз ниже необходимого. Потребность в санаторно-курортном лечении по поводу других хронических заболеваний терапевтического профиля, определенная экспертами, более чем в 10 раз превышала

фактическую. Таким образом, несмотря на наличие у больных множественной патологии, их лечат в основном от одного, наиболее тяжелого заболевания, уделяя значительно меньше внимания другим.

Анализ структуры совокупности больных сахарным диабетом и характер оказываемой им лечебно-профилактической помощи в условиях поликлиники позволяет сделать следующие основные выводы:

1. В группе больных сахарным диабетом преобладают лица старших возрастов, имеющие более чем в 90 % случаев, кроме основного, и другие хронические заболевания терапевтического профиля, среди которых основное место занимают болезни системы кровообращения.

2. Несмотря на наличие у больных сахарным диабетом сочетанной хронической патологии, врачи на фоне основного заболевания уделяют ей явно недостаточное внимание. Значительное число больных сахарным диабетом (57,3%), имевших и другие хронические заболевания терапевтического профиля, по поводу которых они должны были наблюдаться участковым терапевтом, не посещали его в течение 2 лет и более.

3. При сахарном диабете эндокринологи поликлиник направляли больных к участковым врачам общей практики лишь в 14 % случаев (консультации и другие причины), в свою очередь участковые врачи при обращении к ним больных сахарным диабетом по поводу других хронических заболеваний и при длительном перерыве в посещениях эндокринологов практически не направляли к ним больных на консультацию (6 % больных из данной группы перенесли в течение трехлетнего периода инфаркт миокарда или мозговой инсульт).

4. Все больные сахарным диабетом состоят под диспансерным наблюдением у эндокринологов, однако только 6 % из них посещало данного врача регулярно. Большинство больных сахарным диабетом посещают эндокринолога значительно (более чем в 2 раза) реже, чем это требуется условиями диспансерного наблюдения.

5. Объем обследования, уровень медикаментозного лечения и динамика течения болезни взаимообусловлены и взаимозависимы: наиболее часто достаточный объем обследования проводится при отрицательной динамике, что свидетельствует об основном внимании эндокринологов к больным в период обострений, при стабильной динамике внимание к ним ослабевает; адекватность медикаментозного лечения в свою очередь в значительной мере зависит от объема обследования: число больных, лечение которых признано экспертами полностью адекватным, снижается на фоне сокращения объема обследования; на динамику течения заболевания существенное влияние оказывает полноценность медикаментозного лечения; частота положительной динамики чаще отмечается у лиц, получивших адекватное их состоянию медикаментозное лечение.

ТҮЙІН

Қант диабетімен ауырғандарға амбулаторлық көмекті ұйымдастыру жағдайы.

Б. Д. Сексенбаев, М.Ә.Бөлешов, Е.Н. Шерімбетов, Н.Ш. Бектібаева, К.О. Ильясова, Л.Р. Қашқынбаева.
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Облыстық эндокринологиялық диспансер

Бұл мақалада қант диабетімен ауырғандарға көрсетілетін амбулаторлық көмектің сапасы, оның ішіндеушаскелік эндокринолог пен жалпы тәжірибелік дәрігердің бірлесе атқаратын диспансерлік жұмыстарын талқылап, сапасына кешенді баға берілді.

SUMMARY

The State of outpatient care to patients suffering from diabetes.

M. A. Buleshov, E. Sherimbetov, Bektibaeva N.Sh., C.O. Ilyasova, L.R. Kashkinbaeva
South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Regional endokrinologisneski Center, Shymkent

This article presents the results of a study of the Organization and the quality of care to patients with diabetes mellitus, dynamic monitoring which is carried out in the framework of poliklini endocrinologists. One of the tasks of the research was to study the continuity and vzaimosva Zi in the precinct of endocrinologists and internists.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аметов, А. С. Сахарный диабет и его осложнения / А. С. Аметов // Вестник эндокринологии. - 2012. - №4. - С. 3-13.
2. Уоткинс, П. Дж. Сахарный диабет: пер. с англ. / П. Дж. Уоткинс ; под ред. Л. Я. Рожинской. - М. : ЗАО Изд - во " БИНОМ "; СПб. : "Невский Диалект", 2000.
3. Балаболкин, М. И. Лечение сахарного диабета и его осложнений: рук. для врачей: учебное пособие для системы послевузовского проф. образования врачей / М. И. Балаболкин, Е. М. Клебанова, В. М. Кремнинская. - М. : Медицина, 2005. - 512 с. - (Учебная литература для слушателей системы после-дипломного образования). - ISBN 5-225-04247-3

УДК 614.1:314.336

КОНЦЕПЦИЯ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ

М.С. Жамалова, С.А.Намазбекова, А.Е. Исаева, Р.Н. Кенжесханова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
Шымкентская городская больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

Широкое внедрение в практику здравоохранения современных методов планирования семьи будет способствовать охране здоровья матери и ребенка и увеличивать рождаемость. Особенно велика роль планирования семьи в снижении детской смертности, благодаря увеличению интервалов между родами, профилактике невынашивания беременности, улучшению условий жизни беременных женщин.

Ключевые слова: планирование семьи, демографическая ситуация, показатели рождаемости, бесплодия, охрана репродуктивного здоровья населения.

К уникальным особенностям последних десятилетий XX века относится то, что рождение человека, зачатие, бесплодие, материнство, отцовство стали не только объектом экспериментальных исследований биологии и медицины, но и целью технологических производств и даже предметом репродуктивного бизнеса. Вследствие этого в обществе появились новые понятия и виды практической деятельности: терапия бесплодия, технология зачатия, искусственное оплодотворение, суррогатное материнство, анонимное донорство половых клеток. Международная конференция по народонаселению и развитию (МКНР), состоявшаяся в Каире в 1994 году, приняла Программу действий, в которой даны концепции репродуктивного здоровья, планирования семьи и репродуктивных прав (1,2,3).

Эта Программа действий была принята правительственными делегациями 180 стран – участниц конференции. В соответствии с Программой МКНР, репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов репродуктивной системы, ее функций и процессов, а охрана репродуктивного здоровья – это сочетание методов и услуг, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, позволяющих людям свободно и ответственно принимать решение, когда и сколько иметь детей.

Для Казахстана, имеющей низкие показатели рождаемости и высокую распространенность бесплодия, охрана репродуктивного здоровья населения, в первую очередь молодежи - это также сохранение репродуктивного и демографического потенциала страны (4,5).

Политика и программы по охране репродуктивного здоровья должны включать:

- Консультирование, просвещение и услуги по планированию семьи и ответственному родительству.
- Просвещение и услуги по медицинскому обслуживанию беременных и женщин в послеродовом периоде.
- Обеспечение грудного вскармливания и ухода за новорожденным.
- Профилактику и лечение бесплодия.
- Профилактику абортов, услуги по легальному, безопасному аборту и лечению последствий абортов.
- Профилактику и лечение инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ/СПИДа, гинекологических и онкологических заболеваний репродуктивной системы.

Репродуктивная система - это совокупность органов и систем организма, обеспечивающих функцию воспроизводства (деторождения). Состояние репродуктивного здоровья во многом определяется образом жизни человека, а также ответственным отношением к половой жизни. В свою очередь, все это влияет на стабильность семейных отношений, общее самочувствие человека.

Основы репродуктивного здоровья закладываются в детском и юношеском возрасте. Бытует мнение: все, что связано с зарождением будущей жизни, целиком и полностью зависит только от здоровья будущей матери. На самом деле это не так. Доказано, что из 100 бездетных пар 40-60% не имеют детей по причине мужского бесплодия, что связано с инфекциями, передаваемыми половым путем, влиянием на репродуктивное здоровье мужчины вредных факторов окружающей среды, условий работы и вредных привычек. Перечисленные факты убедительно доказывают важность бережного отношения к репродуктивному здоровью не только будущей женщины, но и мужчины.

Одним из факторов, влияющих на состояние репродуктивной функции, является предупреждение нежелательной беременности. Нередко женщина стоит перед непростым выбором - родить ребенка или сделать аборт? Особенно сложно решается этот вопрос при наступлении нежелательной беременности у девушки-подростка. Аборт, особенно при первой беременности, может нанести серьезную психологическую травму и даже привести к нарушениям в репродуктивной сфере. В то же время решение родить означает для нее отрыв от сверстников, уход из школы (как правило), ставит под угрозу дальнейшую учебу и

приобретение профессии. Каждая такая ситуация должна рассматриваться индивидуально, бережно и с большим пониманием проблемы.

Некоторые родители, учителя, общественные и религиозные лидеры выражают опасение, что приобщение молодежи к планированию семьи, половому образованию и контрацепции поощрит безответственное поведение и увеличит сексуальную активность молодых людей вне брака. Опыт многих стран свидетельствует об обратном. Там, где были разработаны программы в области полового просвещения, сексуальная активность молодежи не увеличилась. Наоборот, программы формируют у подростков ответственное отношение к сексуальности, в связи с этим происходит повышение возраста начала половой жизни, что помогает юношам и девушкам полностью реализовать жизненный потенциал, сохранить физическое и нравственное здоровье, уберечься от ошибок, иметь здоровье потомство.

Однако и для взрослых людей проблема нежелательной беременности не менее важна. Именно поэтому в деятельности служб планирования семьи большое место отводится профилактике нежелательной беременности и аборта, а также проблемам медико-социального консультирования, чтобы женщина не принимала решения об аборте под влиянием временных эмоциональных переживаний или жизненных неудач.

Особенно велика роль планирования семьи в снижении детской смертности благодаря увеличению интервалов между родами, профилактике невынашивания беременности, улучшению условий жизни беременных женщин.

Важное значение имеет работа по планированию семьи в сохранении здоровья подростков. Она включает в себя предоставление информации о вреде раннего начала половой жизни, риска наступления беременности, особенностях исходов родов и абортов, обеспечение контрацептивами, анонимность услуг. Опыт показывает, что хорошо поставленная работа по планированию семьи с подростками приводит к снижению показателей материнской заболеваемости и смертности, профилактике искусственных абортов, предупреждению заболеваний, связанных с ранним началом половой жизни, профилактике СПИДа и венерических заболеваний.

Таким образом, создание в стране условий для оптимального планирования семьи является первоочередной задачей, решение которой должно способствовать улучшению показателей материнской и младенческой смертности. В нашей стране в настоящее время имеются государственные программы ("Планирование семьи"), осуществление которых является частью государственной политики по планированию семьи, направленной на сохранение здоровья народов Казахстана. Созданы и уже функционируют центры, клиники планирования семьи, аналогичные кабинеты в женских консультациях. Широкое внедрение в практику здравоохранения современных методов планирования семьи будет способствовать охране здоровья матери и ребенка и увеличивать рождаемость.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Комаров Ю.М. Окружающая среда и здоровье населения. Научный обзор. - М. 1980. – 120 с.
2. Лисицин Ю. П. Концепция факторов риска и образа жизни // Здравоохранение РФ. – 1998. - №3. – С. 49-52.
3. Максимов Т. М. Особенности заболеваемости в разных группах населения // Сов. здравоохранение. – 1991. - С. 26-29.
4. Шарманов Т.Ш., Аманкулова Ж.С., Катарбаева А.К., Сарбаев Б.Т., Бекмуратова А.Я. Тенденции планирования семьи // Вестник КазГМУ. 2001. -№11. –С. 11-15.
5. Тулебаев К.А., Турдалиева Б.С., Шоланова Г.Е., Кулушева Г.Е., Абдрахманова Ш.З. Популяционные исследование качества жизни в Акмолинской области. // Политика формирования здорового образа жизни в Казахстане. Материалы международного форума (2 съезд) специалистов здорового образа жизни Республики Казахстан. – Алматы. 2007. - С.198-201.

ТҮЙІН

Отбасының концепсиясын жоспарлау және туылу құқығын қорғау
М.С. Жамалова, С.А.Намазбекова, А.Е. Исаева, Р.Н. Кенжеханова
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қ
Шымкент қалалық жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы, Шымкент қ.

Денсаулық сақтау саласындағы қазіргі заманауи әдістерінің қолданылуы нәтижесінде, отбасын дұрыс жоспарлау арқылы ана мен баланың денсаулығын қорғау және туылу көрсеткішін жоғарылату.

SUMMARY

The concept of family planning and the protection of reproductive rights
M. Zhamalova., C. Namazbekova., A.Issaeva.,R.Kenzhekhanova
South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Chymkent city
Emergency Hospital, Chymkent city

Large implementation of the modern methods of family planning into Health Care will contribute the protection of maternal and child also increase the fertility.

УДК 616-082:618.2:615.099.036.8

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ РОЖЕНИЦ И МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

С.А. Намазбекова

Шымкентская городская больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

В научной статье обсуждены клиничко-организационные аспекты качества помощи беременным и роженицам, имеющим критическое состояние. В этих целях проведен клинический анализ первичной медицинской документации 127 умерших матерей в городе Шымкенте за период с 2005 по 2011 год. Анализ показал, что у умерших женщин трансфузионные средства были получены значительно меньше, чем положенный объем.

Ключевые слова: критические состояния в акушерской практике, материнская смертность, структура причин, массивные кровотечения.

К критическим состояниям в акушерстве относят кровотечения, эклампсию и преэклампсию, послеродовые гнойно-септические заболевания, разрыв матки, шоковые состояния различного генеза и акушерские эмболии, а также тяжелые ятрогении, которые формируют группу высокого риска развития терминальных состояний с нарушением жизненно важных функций [1,2,3]. Результатом развития критического состояния принципиально могут быть два исхода: женщина, имеющая опасное для жизни осложнение, или выживает, или погибает, составляя материнские потери. Соотношение критических ситуаций и материнской смерти в развитых странах составляет 117 на 1 летальный исход, в развивающихся странах соответственно – 5-6 на 1 случай материнской смерти [4,5].

Материнская смертность является показателем эффективности службы родовспоможения и критерием качества акушерской помощи. Республика Казахстан по уровню этого показателя находится между развитыми и развивающимися странами. Данные изучения организационно-клинических аспектов проблемы материнской смертности, опубликованные в новейшей истории Казахстана, характеризуют ее уровень и основные причины в Южно Казахстанской области.

В городе Шымкенте, население которого составляет 760 000 человек, проводится около 6,1% от общего числа родов в республике, что обусловлено особенностью репродуктивного поведения женщин крупного промышленного города – более низкой рождаемостью в сравнении с сельским населением республики. Однако, число умерших женщин в г. Шымкенте равно 6,5% от всех материнских потерь в республике. Традиционно более высокий показатель материнской смертности в городе Шымкенте в сравнении со средне-областным обусловлен концентрацией родовспомогательных стационарах более тяжелого контингента женщин.

Особое внимание было уделено показателям, характеризующим качество наблюдения в семейной поликлинике: срок беременности, при котором женщина взята на учет, регулярность наблюдения, своевременность и объем обследования, своевременность и достаточность лечения при выявлении патологии, наличие индивидуального плана наблюдения за беременной с учетом экстрагенитального заболевания или патологии беременности, а также правильность выбранного стационара для родоразрешения данной пациентки. В последнее десятилетие кривая материнской смертности в городе Шымкенте имеет волнообразный характер с колебаниями показателя от 64,3 на 100 тыс. живорожденных в 1999 г. до 14,1 в 2008 г. при соответствующих показателях в республике Казахстан 50,5 -20,6 (табл.1)

Таблица 1 - Материнская смертность в г. Шымкенте и Республике Казахстан за период с 1999 по 2008 гг. (на 1000 новорожденных)

Годы	г. Шымкент	Республика Казахстан
2002	53,4	50,5
2003	33,6	42,1
2004	37,2	36,9
2005	56,1	40,5
2006	46,2	45,6
2007	44,9	46,5
2008	34,1	32,6
2009	32,8	33,1
2010	33,1	32,6
2011	35,3	33,3

Все изложенное определяет актуальность настоящего исследования, посвященного детальному изучению причин материнской смертности в городе Шымкенте. В представленной работе проведен клинический анализ первичной медицинской документации 127 умерших матерей в городе Шымкенте за период с 2005 по 2011 гг.

При анализе качества стационарной помощи женщине учитывалась своевременность и правильность диагностики имеющейся патологии, качество наблюдения и адекватность оказанной помощи, характеристика плана ведения родов с учетом акушерской и экстрагенитальной патологии, своевременность и полнота оказанной экстренной хирургической помощи, объема и качества инфузионно-трансфузионной терапии, уровень анестезиолого-реанимационных пособий, обеспечение консультаций специалистов смежного профиля и т.д.

Суммарная структура причин материнской смертности за 2005-2011 гг. оказалась следующей: осложнения аборта – 26,8%, экстрагенитальные заболевания – 24,4%, кровотечение – 18,9%, гестоз – 9,4%, ятрогенные осложнения – 7,9%, акушерская эмболия – 6,3%, сепсис – 3,9%, разрыв матки, внематочная беременность, аспирация желудочного содержимого (вне лечебно-профилактического учреждения) - по 0,8%.

Первое место в структуре причин материнской смертности занимает аборт - 26,8% (34 женщины), хотя по данным мировой литературы данная причина составляет лишь 13,0% в структуре погибших. Почти три четверти (70,6%) умерших от осложнений аборта, по результатам нашего исследования, составили женщины, прервавшие беременность по медицинским показаниям (острая респираторно-вирусная инфекция и пневмония – 50,0%, тяжелый гестоз – 14,7%, полиорганная недостаточность – 2,9%, апластическая анемия – 2,9%, олигофрения в стадии дебильности – 2,9%), а также пациентки с самопроизвольным выкидышем (17,7%) и неразвивающейся беременностью (8,8%).

Важно отметить, что по нашим данным не выявлено случаев смерти женщин от криминального вмешательства, в то время как данные литературы свидетельствуют о том, что уровень материнской смертности от аборта определяется смертностью от аборта, начатого и начавшегося вне лечебного учреждения. Основной причиной смерти женщин, погибших при прерывании беременности, были: экстрагенитальные заболевания – 55,9%, кровотечение – 14,7%, сепсис – 11,8%, осложнения анестезии – 5,9%, гестоз – 5,9%, тромбоэмболия легочной артерии – 2,9%, ятрогенное осложнение – 2,9%.

В организационном плане необходимо отметить, что женщины этой группы погибли в основном из-за поздней госпитализации: 61,8% поступили в стационар в тяжелом, крайне тяжелом и агональном состоянии с высокой температурой, интоксикацией, в состоянии токсико-септического шока.

Второе место (24,4% - 31 женщина) в структуре причин материнской смертности занимают экстрагенитальные заболевания, оказывающие существенное влияние на формирование тяжелых акушерских осложнений. Особенностью структуры экстрагенитальных заболеваний, явившихся причиной смерти женщин в городе, явилось преобладание острой респираторно-вирусной инфекции и пневмонии (67,7% - 21 пациентка), различная частота которых в разные годы обусловила волнообразный характер динамики материнской смертности. 32,3% женщин, погибших от экстрагенитальной патологии, составили пациентки с тяжелыми формами заболеваний сердечно-сосудистой системы и крови, которые невозможно было предсказать и предупредить (инфаркт миокарда, разрыв аневризмы сосуда головного мозга, острый лейкоз, острый панкреатит и т.д.). Следует отметить, что экстрагенитальные заболевания – это, прежде всего общемедицинская проблема, требующая особой стратегии, и ее решение в минимальной степени зависит от акушерско-гинекологической службы.

На третьем месте в структуре причин МС находятся кровотечения, от которых погибли 24 женщины

(18,9%). В структуре кровотечений на первом месте стоят гипо- и атоническое кровотечение (58,6%), на втором - кровотечение в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (41,4%). По характеру родоразрешения среди этой группы преобладали пациентки, которым произведена экстренная операция кесарева сечения (17 женщин, или 70,8%); лишь 7 женщин (29,2%) родили самостоятельно через естественные родовые пути.

Всем женщинам с массивными кровотечениями (родильницам и умершим при прерывании беременности) проводилась инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ), а также оказана хирургическая помощь для осуществления гемостаза: в 79,3% произведена экстирпация матки, в 20,7% - надвлагалищная ампутация матки, в 55,2% - перевязка внутренних подвздошных артерий (ПВПА). Во всех случаях ПВПА производилась сосудистыми хирургами.

С целью выяснения факторов, повлиявших на исход родов при наличии массивного акушерского кровотечения, мы применили сравнительный анализ двух групп пациенток – выживших и умерших от данной акушерской патологии. Был произведен направленный отбор историй родов 97 выживших женщин с массивными кровотечениями из тех же родовспомогательных учреждений, где 29 женщин погибли от массивной акушерской кровопотери. Таким образом, нам удалось изучить группу женщин “чуть не умерших”, “едва выживших”, “оставшихся на волоске”, near-miss и т.д. Анализ этой группы считается важным показателем для оценки качества акушерской помощи и совершенствования работы службы охраны здоровья матери.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что в группе выживших женщин хирургическая помощь по остановке кровотечения оказана 86,6% женщин, из них радикальные вмешательства выполнены у 84,5% женщин: экстирпация матки – у 25,8%, надвлагалищная ампутация матки – у 58,8%, у 5,3% - перевязка внутренних подвздошных артерий. Консервативная тактика параллельно с проведением инфузионно-трансфузионной терапии позволила достичь остановки кровотечения у 15,4% выживших родильниц с массивными акушерскими кровотечениями.

Для сопоставления качества проведенной инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ) этим женщинам мы распределили случаи (умерших и выживших) по объему кровопотери «до 30% объема циркулирующей крови» (ОЦК), кровопотери в объеме «40% ОЦК и более» с одним чревосечением и «40% ОЦК и более» с двумя-тремя чревосечениями. Статистическая обработка данных проводилась на компьютере с использованием пакета прикладных программ для статистической обработки “SAS 6,0”. Для оценки достоверности различий ИТТ в двух неравномерных группах изучения (умершие и выжившие при массивном кровотечении) применяли непараметрический метод – критерий Вилкоксона, используемый для сравнения связанных совокупностей количественных признаков (средних величин объема составляющих ИТТ в группе умерших и выживших в зависимости от кровопотери).

Сопоставление данных ИТТ в этих группах позволило сделать следующие выводы: у женщин с кровопотерей: «меньше 30% ОЦК» значимую роль в выживании сыграл объем и состав ИТТ: выжившим пациенткам было перелито больше плазмы и кристаллоидов; «40% ОЦК и одним чревосечением» значимую роль в выживании сыграл не столько объем ИТТ, сколько ее состав: выжившим было перелито больше коллоидов и криопреципитата; «40% и двумя-тремя чревосечениями» значимую роль в выживании сыграл и объем, и состав ИТТ. Выжившим было перелито больше гидроксиэтилкрахмала.

Таким образом, в группе умерших от массивных кровотечений скорость и объем восполнения кровеносного русла значительно отставал от скорости и объема кровотечения, а в группе выживших объем ИТТ двукратно превышал объем кровопотери ($P < 0,05$, тест Вилкоксона).

Кроме того, ИТТ различалась по качественному составу и параметрам ее проведения: среди умерших ИТТ была меньше по объему и характеризовалась более медленным темпом введения трансфузионных сред, в то время как среди выживших были введены сразу большие объемы коллоидов (в т.ч. гидроксиэтилкрахмала), кристаллоидов, свежзамороженной плазмы, криопреципитата. Изучение первичной медицинской документации 12 женщин (9,4%), умерших от преэклампсии и эклампсии, показало, что у этих пациенток не были реализованы традиционные методы ведения беременных в семейной поликлинике. Эта группа беременных, как известно, нуждается в систематическом наблюдении и активном лечении как у акушера-гинеколога, так и терапевта. В то же время треть из умерших от этой причины не состояли под наблюдением врача семейной поликлиники. Последние 1-2 недели большинство беременных не посещали врача семейной поликлиники и в акушерские комплексы поступали в тяжелом и коматозном состоянии. Всем женщинам этой группы в стационаре проводилась терапия с применением сульфата магния по классической схеме. 80,8% беременных этой группы были родоразрешены путем операции кесарева сечения, 20,0% - родили самостоятельно через естественные родовые пути.

Половину умерших от ятрогенных осложнений (всего 10 случаев, или 7,9%) составили погибшие от анафилактического шока на введенные препараты (метронидазол, раствор глюкозы, панкурониум, кетамин, плазма, комплекс лекарственных средств), а также от осложнений анестезии, от хирургических и анестезиологических травматических повреждений. Отягчающими моментами было то, что хирургическое вмешательство производилось в экстренном порядке, наличие у больных тяжелой преэклампсии, ожирения,

аллергологического анамнеза при крайне тяжелом исходном состоянии при поступлении.

Анализ умерших от акушерской эмболии (8 случаев, или 6,3%) - эмболии околоплодными водами, тромбоэмболии легочной артерии - показал, что женщины погибли в течение первых 4 часов после родоразрешения, что свидетельствует об изменении системы гемостаза под влиянием патологии беременности, родового акта и послеродового периода. Отягчающими моментами материнской смерти от сепсиса (5 родильниц, или 3,9%) были: производство операции кесарева сечения в экстренном порядке по дежурству в ночное время; домашние роды, длительный безводный промежуток; ручное отделение плаценты и выделение последа, а также инфекции беременной – TORCH, ОРВИ.

Полученные нами результаты корреспондируют с этими показателями: почти треть (30,7%) случаев смерти матерей была предотвратима. При повышении санитарной культуры населения, при выявлении и санации в семейной поликлинике хронических очагов инфекции у беременных, смерть 15,0% женщин была условно предотвратима. В более чем половине случаев (54,3%) смерти женщин в данной ситуации были предотвратимы.

Проведенный анализ свидетельствует о том, что большое значение в снижении материнской смертности имеет увеличение интергенетического интервала между родами, использование эффективных средств контрацепции и профилактика непланируемой беременности и т.д.

Минздравом Республики разработаны и направлены для внедрения в практику здравоохранения ряд клинических руководств, приказов по снижению материнской смертности. Однако, несмотря на проводимую Минздравом Республики работу по профилактике и снижению материнской заболеваемости и смертности, эффективность ее невысока в связи со сложившимся устойчивым национальным менталитетом, недостаточной санитарной культурой населения. Так, не все женщины Республики наблюдаются во время беременности, нерегулярно посещают врача семейной поликлиники, часть беременных не осознает опасности и риска, связанного с беременностью, при наличии патологии не сразу обращаются за медицинской помощью и лечатся дома народными средствами, в результате чего поступают в стационар в тяжелом, иногда некурабельном состоянии.

Приведенные данные являются подтверждением того, что показатель материнской смертности отражает все нерешенные проблемы в обществе. В этой связи мероприятия по снижению материнской смертности должны носить межведомственный характер.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аманкулова Ж.С. Актуальные вопросы рождаемости в Республике Казахстан // Здоровье и болезнь, 2001. - №2. -С. 8-10.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002. Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни. – Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002.– 28 с.
3. Медетбаева Г.Н. Состояние здоровья населения Южного региона Казахстана с применением метода социологического исследования //Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. –Алматы. 2004. -№3. -С. 61-62.
4. Beth Fredrick. Eliminating unsafe abortion worldwide / Oct. 13, 2007 The Lancet, Vol. 370. № 9595. - P 1295-1297.
5. Waterstone M., Bewley S., Worde C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. British Medical Journal.- 2001.-V.322.-P.1089-1093.

ТҮЙІН

Ана өлімі мен өлім алдындағы жағдайда көрсетілетін медициналық көмектің сапасы

С.А.Намазбекова

Шымкент қалалық жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы, Шымкент қ.

Мақалада жағдайы ауыр жүкті және босанған әйелдер арасында жүргізілген акушерлік көмек сапасын клиникалық-ұйымдастырушылық тұрғыда бағалау қорытындылары келтірілген. Осы мақсатта Шымкент қаласындағы 2005-2011ж.ж. өлімге ұшыраған аналардың алғашқы медициналық құжаттарына сараптаудан өткіздік. Еңбекте 2005-2011 ж.ж. аналар өлімінің барлық себептерін біріктіре қарастыра отырып, оның негізгі болу жолдарын анықтадық. Оған негізінен түсік тастағаннан кейінгі асқынулар, экстрагениталдық аурулар, қан кету оқиғалары алып келетіндігі белгілі болды. Көп көлемде қан кеткен аналарға инфузионды–трансфузиялық көмекпен қатар хирургиялық көмек те көрсетілді. Өлімге ұшыраған әйелдерге қан мен плазма, кристаллоидтер, коллоидтық сұйықтар қажетті көлемнен айтарлықтай төмен көлемде құйылғандығы нақты дәлелденді.

SUMMARY

Quality of medical care in critical conditions and maternal mortality

C.A. Namazbekova
Emergency Hospital, Chymkent city

The article presents the results of clinical and organizational analysis of the quality of obstetric care for critically ill pregnant women, childbirth and post-partum. To this end, the analysis of primary medical records of two groups of patients - all women who have died in Shimkent from 2005 to 2011. As well as survivors endured massive obstetric hemorrhage. The paper shows the total structure of causes of maternal mortality for 2005-2011. In which the leading causes of death were: complications of abortion, extragenital diseases, and bleeding. All women who died from massive bleeding, in parallel with the infusion-transfusion therapy (ITT), was provided to surgical treatment for hemostasis. Among the surviving women operational methods used to stop bleeding in 86,6%. With the nonparametric method (Wilcoxon's test) to determine the validity ITT differences in the two groups of study. Revealed that the dead women were decanted significantly lower plasma, crystalloids, colloids, including hydroxyethyl starch. Key words: the critical state in obstetric practice, maternal mortality, the structure of reasons, and massive bleeding.

ӘОЖ 616.127-002: 616.831-005.4-084

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ – ЕМХАНАЛЫҚ ЖАҒДАЙДА РЕАБИЛИТАЦИЯНЫҢ АМБУЛАТОРЛЫҚ КЕЗЕҢІНДЕ МИОКАРДТЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯСЫНАН КЕЙІН ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ЖҮРГІЗУ ЖҮЙЕСІ

Э.З. Баймуханбетова
ОҚМФА, №1 ШҚЕ, Шымкент қаласы

ТҮЙІН

Амбулаториялық–емханалық жағдайда миокардтің хирургиялық ревазуляризациясынан (КА – эндоваскулярлық әрекет және КШ) кейін жүректің ишемиялық аурумен ауыратын науқастарда физикалық жаттығу курсының ұзақтығы және тағайындау мерзімдеріне түрлендірілген тәсілмен кешенді реабилитация бағдарламаларының клиникалық тиімділігі және қауіпсіздігі көрсетілді.

Маңызды сөздер: амбулаториялық медициналық реабилитация, жүректің ишемия ауруы, миокард инфарктысы, жүрек–қантамыр жүйесі, кардиореабилитация, диспансерлік–емханалық кезең, реабилитация бағдарламалары, қауіпті факторлар, хирургиялық ревазуляризация, эндоваскулярлық әрекет, транслюминальді баллонды коронарлық ангиопластика, стенттеу, коронарлық шунттау, салдарлық профилактика, өмір сапасы.

Қазіргі медицинаның жетістігіне қарамастан, жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА) экономикалық дамыған елдерде халықтың мезгілсіз өлімінің негізгі себебі болып жалғасып келеді (Бокарев И.Н., 1997; Сыркин А.Л., 1998; Чазов Е.И., 2002). Әсіресе осы мәселе Қазақстан Республикасында байқалады, мұнда еңбекке жарамды халықтың арасында жүректің ишемиялық ауруынан (ЖИА) аурушандық және өлім – жітімділік басқа еуропалық елдерге қарағанда бірнеше жоғары. Қазіргі кардиологияда миокард инфарктысынан (МИ) кейін науқастарды тиімді реабилитация және салдарлық профилактика сұрақтары өзекті болып саналады (Латфуллин И.А., 1998; Махмуд А.М., 2006; Новикова Н.А., 2002; Сеченова Е.В., 2010; Case R.V. et al., 1992; Young M.A., 2002).

Миокард инфарктысынан кейінгі реабилитация мәселесі тек қана медициналық емес, сонымен қатар оның әлеуметтік мағынасы да бар, себебі миокард инфарктысының (МИ) дәрі – дәрмекпен және хирургиялық жолмен емдеу әдістері ілгерілік салдарынан аурудың жіті кезеңін өткізген науқастардың саны өсіп келеді (Чазов Е.И., 2002; Аронов Д.М., 2004). Ресей Федерациясында миокард инфарктысын өткізген науқастарда физиологиялық және әлеуметтік қызметтерін қалпына келтіру, сонымен қатар диагностиканы, емді жақсартуға бағытталған кардиологиялық реабилитацияның кешенді бағдарламалары өңделіп, ендірілу барысында (Оганов Р.Г., 1994; Голиков А.П. и соавт., 2000; Мареев В.Ю., 2001; Масленникова Г.Л. и др., 2002; Armstrong D.L. et al., 1995). Соңғы жылдары жүректің ишемиялық ауруымен ауыратын науқастарда ревазуляризацияның алда келе жатқан әдісі тері арқылы коронарлық араласулар болып келеді. Коронарлық шунттау операцияларына тері арқылы коронарлық араласулардың арақатынасы Еуропаның жеке елдерінде (Германия) 2:1, ал АҚШ және Жапонияда 6:1 дейін құрады [92].

Тері арқылы коронарлық араласулар стенокардия белгілерін төмендетуге немесе тоқтатуға, миокард инфарктының түрлі түрі кезінде тойтарылмас асқынудың жиілігін және өлім – жітімді төмендетуге, физикалық күштемеге толеранттылықтың көбеюіне және өмір сапасын жақсартуға мүмкіндік туғызады

(Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., 2001; Петрова М.М., 2000; Fava G.A, Sonino N., 2000).

Шетелдерде қауіпті жүріс – тұрыс факторларды түзетуге, психотерапевттік көмекті, кеңес беруді, үйретуді, ұзақ кезеңмен бақылауды қамтитын реабилитация бағдарламаларын артық санайды (Ryan T.J. et al., 1996 Taylor R.S., Brown A., Ebrahim S., et al., 2004). АҚШ мұндай көп компонентті бағдарламалар «көп факторлық немесе мультидисциплинарлық ықпал жасау» деген ұғыммен түсіндіріледі; өйткені дәрігерлермен, психологтармен, мейірбикелермен, физиологтармен және диетологтармен қамтамасыз етіледі (Young M.A., 2002). Амбулаториялық – емханалық жағдайда реабилитацияның амбулаторлық кезеңінде миокард инфарктысын өткізген науқастарды жүргізу әдістемелерді іздестіру қажеттілігі туындады.

Зерттеудің мақсаты: амбулаториялық – емханалық жағдайда реабилитацияның амбулаторлық кезеңінде миокардтың хирургиялық реваскуляризациясынан кейін жүректің ишемиялық аурумен ауыратын науқастарды жүргізу жүйесі. Зерттелген топтар және зерттеу әдістері: зерттеуге қосу немесе қоспау критерііне сәйкес келетін жынысы ер және әйел 68 емделуші қатысты, олардың жас ерекшеліктері 42 ден бастап 70 – ке дейін (орташа жасы 52,0±5,6).

1. Транслюминальді баллонды коронарлық ангиопластика (ТБКА)/стенттеу – операциялық әрекеттен бастап 3 апта өткен соң және 8 аптадан кем емес болуы тиісті – 50 емделушілер (I топ);

2. КШ – операциялық әрекеттен бастап 4 апта өткен соң және 8 аптадан кем емес болуы тиісті – 18 емделушілер (II топ).

Бастапқы клиникалық және зертханалық (лабораториялық/аспаптық) тексеруден кейін әр топтағы науқастар 2 шағын топқа рандомизацияланды: Негізгі топ «НТ» – «физикалық жаттығу» + «мектеп» бағдарламалары бойынша шұғылданды. Бақылау топ «БТ» – «мектеп» бағдарламасы бойынша шұғылданды. Зерттеуге қатысқан барлық науқастар, ЖИА емдеу үшін ұсынылатын стандарттық ем қабылдады және зерттеудің аяғына дейін жалғастырды. ЭВӨ (ТБКА/стенттеу) кейін ЖИА науқастардың сипаттамасы – I топ Негізгі топ «НТ» – (n=25 адам), орташа жас ерекшелігі 51,7±7,4 жыл, оның ішінде 23 ер адам (92%). Бақылау топ «БТ» – (n=25 адам), орташа жас ерекшелігі 52,4±7,9 жыл, оның ішінде 22 ер адам (88%). Құрылған екі топқа жіті МИ бойынша ЭВӨ орындалған ЖИА науқас адамдар (n=50) қатысты (1 – кесте).

1 кесте - Бастапқы кезеңде ЭВӨ (ТБКА/стенттеу) кейін ЖИА науқастардың сипаттамасы (I топ)

Көрсеткіштер n, (%)	Топ	
	Негізгі топ (n=25)	Бақылау топ (n=25)
Негізгі клиникалық диагноз		
Жіті МИ	15 (60%)	12 (48%)
Күштену стенокардиясы	7 (28%)	8 (32%)
Артериялық гипертония (АГ)	25 (100%)	15 (60%)
2 – типті қантты диабет	5 (20%)	3 (12%)
Коронароангиография мәліметтері		
70% аса стенозбен негізгі КА саны	1,2±0,1	0,9±0,9
Медициналық шара қолдану сипаты		
Транслюминальді баллонды коронарлық ангиопластика (ТБКА)	17 (68%)	12 (48%)
КА стенттеу	8 (32%)	13 (52%)

Науқас адамдар коронарлық артерияға ЭВӨ кейін салыстыруға болатын мерзімдерде реабилитация бағдарламаларға қосылды: негізгі топта орташа есеппен 5,9±2,1 апта (жіті МИ кейін 6,9±1,5 апта) өткен соң, ал бақылау топта 5,7±2,2 апта (жіті МИ кейін 6,5±2,2 апта) өткен соң. ЭВӨ кейін ЖИА науқастардың жүрек – қантамырлық қауіпті факторлары және қосарласқан патологиясы бойынша сипаттама 2 – кестеде көрсетілген.

Коронарлық артерияға ЭВӨ кейін ЖИА науқастарда жүрек – қантамырлық қауіпті факторлар айқын түрде көп таралғандығы назарды өзіне аудартады. Осындай 40 – науқаста (I топта) 100% – Артериялық гипертония, 72% – гиперлипидемия, 76% – артық салмақ, 44% – семіздік, 20% – 2 типті қантты диабет анықталды. Науқастардың 52% темекі тартуды әрі қарай жалғастырды, яғни бас тартпады.

2 кесте - Зерттеудің бастапқы кезеңінде ЭВӨ кейін ЖИА науқастардың жүрек – қантамырлық қауіпті факторлары, негізгі және қосарласқан патологиясы бойынша сипаттама (I топ).

Көрсеткіштер n, (%)	Топ	
	Негізгі топ (n=25)	Бақылау топ (n=25)
Ауыру анамнезінде МИ	25 (100%)	25 (100%)
ЖИА ұзақтығы > 5 жыл	4 (16%)	5 (20%)
Күштену стенокардиясы I – II ФТ	17 (68%)	14 (56%)
Артериялық гипертония (АГ)	25 (100%)	21 (84%)
2 – типті қантты диабет	5 (20%)	3 (12%)
СҚ шығарымының фракциясы <50%	9 (36%)	7 (28%)
Темекі тарту	13 (52%)	15 (60%)
Гиперлипидемия	II а тип	18 (72%)
	II б тип	5 (20%)
Артық салмақ	19 (76%)	17 (68%)
Семіздік	11 (44%)	7 (28%)

КШ кейін ЖИА науқастардың сипаттамасы (II топ). Негізгі топ «НТ» – (n=9 адам), орташа жас ерекшелігі 58,6±7,0 жыл, оның ішінде 7 ер адам (78%). Бақылау топ «БТ» – (n=9 адам), орташа жас ерекшелігі 55,9±7,0 жыл, оның ішінде 8 ер адам (89%). КШ кейін салыстырылатын мерзімде зерттеуге ЖИА науқас адамдар қатысты: онда негізгі топқа, орташа есеппен 7,6±2,2 апта өткен соң, бақылау шағын топқа 7,7±2,6 апта өткен соң. КШ кейін ЖИА науқастардың сипаттамасы 3 – кестеде көрсетілген.

3 кесте - Зерттеудің бастапқы кезеңінде КШ кейін ЖИА науқастардың сипаттамасы (II топ)

Көрсеткіштер n, (%)	Топ	
	Негізгі топ (n=9)	Бақылау топ (n=9)
Ауыру анамнезінде МИ	8 (89%)	7 (78%)
Ауыру анамнезінде күштену стенокардиясы	5 (55%)	6 (67%)
ЖИА ұзақтығы > 5 жыл	4 (44%)	5 (55%)
3 және одан көп шунттар	7 (78%)	6 (66%)
Шунттардың жалпы саны	3,1±0,9	3,1±0,6
Маммарокоронарлық анастомоз орындау	8 (89%)	6 (67%)
Артериялық гипертония (АГ)	8 (89%)	8 (89%)
2 – типті қантты диабет	3 (33%)	2 (22%)
СҚ шығарымының фракциясы <50%	6 (67%)	2 (22%)
Темекі тарту	6 (67%)	7 (78%)
Гиперлипидемия II а тип	6 (67%)	5 (55%)
	II б тип	3 (33%)
Артық салмақ	5 (55%)	6 (67%)
Семіздік	3 (33%)	3 (33%)
Барлығы	8 (89%)	9 (100%)

КШ кейін науқастарда коронарлық қауіпті факторлардың айқын түрде көп таралғандығы назар аудартады. Зерттеуге қатысқан 18– науқастарда (II топта) 89% – Артериялық гипертония, 67% – гиперлипидемия, 55% – артық салмақ, 33% – семіздік, 33% – 2 типті қантты диабет анықталды. Науқастардың 67% темекі тартуды әрі қарай жалғастырды.

Негізгі және бақылау топтардағы науқастардың барлығына клиникалық, аспаптық, зертханалық тексеру, сонымен қатар зерттеудің басында содан соң 6 және 12 ай өткен соң сұрақ – жауап алу сұраушысы, Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) – жүйелі түрде бағалау және шкала көмегімен тестеу өткізілді. Сонымен бірге, ТБКА/стенттеуден кейін науқастарда зерттеу алдында, зерттеуден 6 ай өткен соң ФБ бойынша сұраққа жауап беру қағазы және ВЭМ – сынаманың мәліметтері бағаланды.

Коронарлық артерияға ЭВӨ кейін ЖИА науқастар. Бастапқыда ТБКА/стенттеуден кейін «НТ» және

«БТ» науқастардың физикалық жұмысқа қабілеттіліктің көрсеткіштері бойынша еш айырмашылық болмады. Физикалық жаттығулардың қысқа курсы колдану «НТ» науқастардың физикалық жұмысқа қабілеттіліктің зерттелетін көптеген көрсеткіштеріне қолайлы ықпал тигізді (4 – кестеде көрсетілген).

4 кесте - Бақылау кезеңінде ТБКА/стенттеуден кейін (негізгі топ) ЖИА жаттыққан науқастардың физикалық жұмысқа қабілеттілік көрсеткіштерінің динамикасы

Көрсеткіштер M±σ	Бастапқы	6 ай өткен соң	12 ай өткен соң
	(n=25)	(n=25)	(n=25)
Физикалық белсенділіктің ұзақтығы, мин	9,5±2,5	12,5±2,6*	12,6±2,9*
ФБ бастапқы қуаттылығы, Вт	68,5±20,1	99,4±20,1*	104,1±22,0*
Атқарылған жұмыстың көлемі, кДж	32,8±12,5	43,7±15,3*	49,9±17,1*
Дене күш жүктемесіне ЖЖЖ өсімінің жылдамдығы, соғу/мин	5,7±2,1	5,2±1,4*	4,8±1,1*
Дене күш жүктемесіне САҚ өсімінің жылдамдығы, мм.сп.бб./мин	5,6±2,7	5,2±1,0*	4,9±1,7
Дене күш жүктемесіне ДАҚ өсімінің жылдамдығы, мм.сп.бб./мин	1,4±1,1	1,4 ±1,2	1,2±0,9*
Дене күш жүктемесіне ҚШ өсімінің жылдамдығы, шартты бірлік/мин	12,3±3,7	11,8±2,2*	11,7±2,5*

Ескерту: M±σ – орташа көрсеткіш және стандартты ауытқу;

*– «бастапқы» көрсеткіштермен салыстырғанда нақтылықтың өзгеруі p < 0,05.

Осылайша, «НТ» физикалық белсенділік курсы (6 ай өткен соң) аяқталуынан кейін орындалатын жаттығулардың ұзақтығы 9,5±2,5 тен 12,5±2,6 мин дейін, яғни 31,6% өсті (p<0,05). ЭВӨ кейін науқастарда физикалық белсенділік болмаған кезінде «БТ» осы көрсеткіштің көбеюі байқалды, бірақ азғана дәрежеде – 15,7% артты (p<0,05).

5 Кесте - Миокардтің хирургиялық реваскуляризациясынан кейін (ТБКА/стенттеу) ЖИА жаттыққан науқастардың ЭхоКГ көрсеткіштерінің динамикасы.

Көрсеткіштер M±σ	Бастапқы n=25)	6 ай өткен соң (n=25)	Δ %, p	12 ай өткен соң (n=25)	Δ %, p
СҚ ДСК, мл	144,3±19	147,6±21	а.е.	149,3±2,7	а.е.
СҚ ССК, мл	71,7±19	69,3±17	-3,34*	70,6±17	а.е.
СҚ ДСӨ, см	5,6±0,2	5,5±0,6	а.е.	5,5±0,4	а.е.
СҚ ССӨ, см	4,1±0,2	3,9±0,2	а.е.	4,0±0,2	а.е.
СҚ СК, мл	77,1±11	79,3±7	2,85*	79,6±3	3,25*
СҚ шығарым фракциясы, (%)	54,6±6	53,1±6	2,74*	53,3±6	а.е.
СЖ ЖКӨ, см	3,9±04	3,92±0,27	а.е.	3,90±0,26	а.е.
Е/А шыңы (шартты бірлік)	1,90±0,31	1,05±0,21	а.е.	0,99±0,11	-4,7*

Ескерту: M±σ – орташа көрсеткіш және стандартты ауытқу; а.е. – анық емес;

*– «бастапқы» көрсеткіштермен салыстырғанда нақтылықтың өзгеруі p < 0,05.

Жыл бойы бақылаудан кейін миокардтің хирургиялық реваскуляризациясынан кейін (ТБКА/стенттеу) жаттыққан науқастардың эхокардиографиялық көрсеткіштері: солжақ қарыншаның систола соңындағы көлемі бастапқыдан 3,34% (p<0,05) төмендеді, ал солжақ қарыншаның соғу көлемі бастапқыдан 2,85% және солжақ қарыншаның шығарым фракциясы бастапқыдан 2,74% (p<0,05) сәйкес артты. Солжақ қарыншаның диастолалық функциясын бағалайтын Е/А қатынасы 4,7% (p<0,05) біршама төмендеді.

Коронарлық шунттаудан кейін бақылау топтағы ЖИА науқастарда бақылаудың соңында солжақ қарыншаның соғу көлемі (СҚ СК, мл) біршама өсті (15 – кестеде көрсетілген).

Екі топта да жыл бойы бақылаудан кейін қарыншааралық далда және солжақ қарыншаның артқы қабырғасының қалыңдығы өзгермеді. Миокардтің хирургиялық реваскуляризациясынан кейін (ҚШ) физикалық реабилитация бағдарламаларына қатысқан науқастардың эхокардиографиялық кейбір көрсеткіштері жақсарды.

6 Кесте - Миокардтің хирургиялық реваскуляризациясынан кейін (коронарлық шунттау) ЖИА жаттыққан науқастардың ЭхоКГ көрсеткіштерінің динамикасы

Көрсеткіштер M±σ	Бастапқы (n=9)	6 ай өткен соң (n=9)	Δ %, p	12 ай өткен соң (n=9)	Δ %, p
СҚ ДСК, мл	132,5±17,8	133,1±19,8	a.e.	135,3±18,0	a.e.
СҚ ССК, мл	63,3±12,7	62,8±11,9	a.e.	61,9±12,6*	-2,2*
СҚ ДСӨ, см	5,2±0,1	5,2±0,1	a.e.	5,2±0,1	a.e.
СҚ ССӨ, см	3,7±0,2	3,7±0,2	a.e.	3,7±0,2	a.e.
СҚ СК, мл	69,2±11,2	70,0±10,2	a.e.	73,9±9,1	6,3**
СҚ шығарым фракциясы, (%)	53,0±6,3	53,5±6,3	1,7*	53,4±6,6	a.e.
СЖ ЖКӨ, см	3,9±0,1	3,9±0,1	a.e.	3,9±0,1	a.e.
Е/А шыңы (шартты бірлік)	1,1 ±0,4	1,1±0,3	a.e.	1,1±0,2	a.e.

Осы зерттеуге қатысқан науқастардың көпшілігі статиндерді қабылдады. Екі топта сарысудағы липидтердің және липопротеиндердің бастапқы деңгейі бойынша салыстыру жасалды. Жаттыққан науқастарда бақылау барысында Ж ХС деңгейі өзгермеді, ал бақылау топта керісінше 6 ай өткен соң 5,6% (p<0,05) және 12 ай өткен соң 6,3% (p<0,05) бастапқыдан жоғарылады. Жыл бойы бақылау барысында ТТЛ деңгейі негізгі топта өзгермеді, ал бақылау топта бұл көрсеткіш 6 ай өткен соң 9,1% (p<0,05) және 12 ай өткен соң 14,1% (p<0,05) бастапқыдан жоғарылауы байқалды. Зерттеуге қосу кезінде негізгі топтың 36,3% және бақылау топтың 34,7% науқастарында ТТЛ мақсаттық деңгейі <2,5 ммоль/л құрады.

7 Кесте - Миокардтің хирургиялық реваскуляризациясынан кейін (ТБКА/стенттеу) ЖИА науқастардың сарысудағы липидтер және липопротеиндер деңгейлерінің динамикасы.

Көрсеткіштер M±σ	Бастапқысы		6 ай өткен соң		12 ай өткен соң	
	«НТ» (n=25)	«БТ» (n=25)	«НТ» (n=25)	«БТ» (n=25)	«НТ» (n=25)	«БТ» (n=25)
Ж ХС, ммоль/л	4,88±1,2	4,80±1,1	4,7±1,1	4,8±0,8	4,7±0,9	4,9±1,0#
ТТЛ ХС, ммоль/л	3,2±0,6	3,0±0,2	2,9±0,7	3,1±0,7#	2,9±0,1	3,2±0,4#
ТЖЛ ХС, ммоль/л	1,1±0,4	1,0±0,2	1,2±0,4#	1,1±0,2	1,2±0,4#	1,0±0,3
ҮГ, ммоль/л	1,6±0,7	1,7±1,1	1,4±0,7	1,6±1,1	1,3±1,1#	1,4±1,1
Ж ХС/ТЖЛ ХС, шартты бірлік	4,6±1,4	4,7±1,2	3,9±0,7#	4,5±1,1	3,9±0,1#	4,7±1,3

Ескерту: M±σ – орташа көрсеткіш және стандартты ауытқу;

«НТ» – негізгі топ; «БТ» – бақылау топ; # - p < 0,05 топтар арасындағы нақтылықтың өзгеруі; # - p < 0,05 топтар арасындағы «бастапқы» көрсеткіштермен салыстырғанда нақтылықтың өзгеруі.

Қорытынды.

1. Миокардтің хирургиялық реваскуляризациясынан (ТБКА/стенттеу, КШ) кейін ЖИА науқастарды реабилитацияның кешенді бағдарламаларына (білім беретін «мектепке» қатысуымен ФЖ) қатысуы немесе олардың тек білім беретін «мектепке» қатысуы бір жыл бойы бақылау барысында физикалық жұмысқа қабілеттіліктің жоғарылауына (жұмыстың жалпы көлемі, физикалық белсенділіктің ұзақтығы) нақты алып келеді. Тек білім беретін «мектепке» қатысуға қарағанда реабилитацияның кешенді бағдарламаларын қолданудың үлкен тиімділігі байқалды.

2. Эндovasкулярлық әрекеттерден кейін жүректің ишемиялық ауруымен ауыратын науқастарда операциялық әрекеттердің кез – келген түрінде (ТБКА немесе стенттеу) физикалық жаттығулардың курсынан (3 ай) кейін ФЖК көрсеткіштерінің жоғарылауына және түрлі клиникалық жағдайының (жіті миокард инфарктысы, артериялық гипертония немесе солжақ қарыншаның шығарым фракциясы ≥40% төмен болғанда) жақсаруына алып келді.

3. Науқастарда миокардтің эндovasкулярлық немесе хирургиялық реваскуляризациясынан кейін физикалық жаттығулардың ықпалымен эхокардиографиялық көрсеткіштердің жақсаруы анық байқалды:

систола соңындағы көлемі төмен кезінде солжак қарыншаның шығарым фракциясы және соғу көлемі жоғарылады.

4. Миокардтің хирургиялық немесе эндоваскулярлық реваскуляризациясынан кейін амбулаториялық – емханалық кезеңде реабилитацияның кешенді бағдарламаларына (білім беретін «мектепке» қатысумен бірге физикалық жаттығулар) науқастардың қатысуы немесе олардың тек білім беретін «мектепке» қатысуының өзі тағам әдеттерін өзгертуге, күнделікті қозғалыс белсенділігін арттыруға және дене салмағы индексінің артуына жол бермеуге қолайлы әсерін тигізді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Абугов, С.А. Хронические окклюзии у пациентов с ИБС: результаты реваскуляризации / С.А. Абугов, М.В.Саакян // Вестник рентгенологии и радиологии.- 2000.-№ 3.-С. 17-22.
2. Аронов, Д.М. Реабилитация и вторичная профилактика у больных ишемической болезнью сердца: рецепт для России// Лечащий врач. -2007. -№3.- С. 2-7.
3. 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.
4. Аронов, Д.М. Лечение больных стабильной стенокардией / Д.М.Аронов, В.П.Лупанов // Consilium Medicum.-2005.-Т.7.-№5.- С.368-375.
5. 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.
6. Аронов, Д.М. Постстационарная реабилитация больных основными сердечно–сосудистыми заболеваниями на современном этапе // Кардиология.- 1998.-№ 8.- С. 69-80.
7. Аронов, Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно–сосудистыми заболеваниями // Кардиология.- 2002.- № 5.- С. 92-95.
8. Аронов, Д.М. Функциональные пробы в кардиологии / Д.М. Аронов, В.П. Лупанов.- М.: МЕДпресс-информ, 2002.-296с.
9. 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.
10. Беленков, Ю.Н., Оганов Р.Г. Кардиология. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.-293 с.
11. Боголюбов, В. М. Медицинская реабилитация. Т. 3: рук.для врачей. -М.,2007.-С. 3-146.
12. Бубнова,М.Г.Новая концепция профилактики сердечно-сосудистых заболеваний: место комбинированной терапии/М.Г.Бубнова//Кардиоваскулярная терапия и профилактика. -2006.-№5.-С.7.
13. Восстановительное лечение больных ИБС после хирургической реваскуляризации миокарда / В. Б. Аретинский [и др.].- Екатеринбург: Изд-во УГГУ, 2007.- 374 с.
14. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Т. 6: нац. проект «Здоровье» // Сердце.-2007.- № 1.-С. 4-5.
15. Ишемическая болезнь сердца: рук. для врачей/ под ред. акад. РАМН Р. Г. Оганова.- М., 2011.- (Школа здоровья).
16. Ишемическая болезнь сердца / В. М. Ключев [и др.].- М., 2004. - 316 с.
17. 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.
18. Карпов, Ю.А. Ишемическая болезнь сердца в сочетании с артериальной гипертонией: особенности течения и выбор терапии./ Ю.А. Карпов // Кардиология.-2005.- №12.- С.87-92.
19. Качество жизни больных ишемической болезнью сердца после кардиоинвазивного вмешательства / М. Л. Петрова [и др.] // Сиб. мед.журн. - 2005. - №2. - С. 168-169.
20. Клинические рекомендации Европейского общества кардиологов 2011г.- М., 2008. -186 с.
21. Клячкин, Л.М., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов: рук.для врачей. - М.: Медицина, 2000. - 328 с.
22. Лупанов, В.П. Функциональные нагрузочные пробы в диагностике ИБС / В.П. Лупанов // Сердце.- 2002.-№6.-С.294-305.
23. Макарова, И.Н. Реабилитация при заболеваниях сердечно – сосудистой системы.-М., 2010.
24. Мамедов, М.Н. Приоритеты вторичной профилактики ишемической болезни сердца.- М., 2011.
25. Махмуд, А.М. Оптимизация ранней постстационарной реабилитации больных инфарктом миокарда в условиях кардиологического диспансера: автореф....дис. канд. мед.наук.- М., 2006.- 63 с.
26. Национальные клинические рекомендации/ Всероссийское научное общество кардиологов.- 2011.- 389с.
27. Оганов, Р.Г., Масленникова Г.Я. Развитие профилактической кардиологии в России // Кардиоваску-

- лярная терапия и профилактика.- 2004.- № 3.- С. 11-14.
28. Оганов, Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю. М. Профилактическая кардиология.- М., 2003.- 189 с.
29. Оганов, Р.Г. Концепция факторов риска как основа профилактики ССЗ // Врач.- 2001.- № 7.- С. 3-6.
30. Погосова, Г.В. Школа для больных, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования / Г.В.Погосова // Кардиология.- 1998. -№11. - С.81-90.
31. Поздняков, Ю.М., Белоносова С.В. Кардиореабилитация: как сохранить и укрепить здоровье больному с ишемической болезнью сердца.- М., 2010.
32. Реабилитация больных кардиологического и кардиохирургического профиля (кардиологическая реабилитация): Национальные рек. подготовлены сотрудниками лаборатории реабилитации больных кардиологического и кардиохирургического профиля РНЦП «Кардиология» МЗ РБ/ С. Г. Суджаева [и др.]- М., 2010.
33. Сеченова, Е.В. Оценка эффективности ранней постстационарной реабилитации больных коронарной болезнью сердца после коронарного шунтирования или эндоваскулярных вмешательств на коронарных сосудах на диспансерно – поликлиническом этапе: автореф....дис. канд. мед.наук.- М., 2010.
34. Суджаева, С.Г., Суджаева О.А. Реабилитация после реваскуляризации миокарда.- М., 2009.
35. Современные методы реабилитации больных ишемической болезнью сердца на постстационарном этапе: пособие для врачей / Д. М. Аронов [и др.]- М., 2004.
36. Физическая реабилитация больных ишемической болезнью сердца, перенесших острые коронарные катастрофы / Ю. И. Гринштейн [и др.]:материалы Первого Сибирского Конгресса «Человек и лекарство». - Красноярск, 2003. - С.94.
37. Чазов, Е.И. Будущее кардиологии в свете успехов медицинской науки. Ч. 1 //Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2004.- № 3. - С. 6-7.

РЕЗЮМЕ

Система ведения больных ишемической болезнью сердца после хирургической реваскуляризации миокарда в условиях ПМСП

Баймуханбетова Э.З. – врач кардиолог, магистрант.
ЮКГФА, ШПП №1, город Шымкент

Применение у больных КБС после операций реваскуляризации миокарда комплексной ПР, состоящей из образовательной «Школы» и ранних ФТ, даже сокращенного курса, ведет к улучшению их клинического состояния, благоприятному течению КБС, позитивным изменениям инструментально-биохимических параметров — увеличению ФРС, коррекции показателей ЭхоКГ и липидного спектра крови, а также повышает КЖ и приверженность пациентов лечению после разных видов ЭВВ на КА или КШ. Это дает основание рекомендовать данную комплексную ПР в клиническую практику.

SUMMARY

The introduction of a system of patients with coronary heart disease after surgical revascularization in primary care
E.Z. Baymuhanbetova - cardiologist, graduate.
South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Chymkent city

The use of the BSC in patients after myocardial revascularization integrated PR, consisting of educational "Schools" and early CFT even a short course, leads to an improvement in their clinical condition, favorable course of CHD, positive changes instrumental and biochemical parameters - increase in the Fed, adjusting for echocardiography and lipid profile, and improves QoL and treatment compliance after different types of emulsion explosives on the spacecraft or CABG. This gives reason to recommend this comprehensive PR in clinical practice.

УДК: 616.831-005.1:614.88-005

АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА СКОРОЙ ПОМОЩЬЮ ПО ПОВОДУ ИШЕМИЧЕСКИХ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Ә.А. Алдешев, Л.О. Алданазарова
ЮКГФА г.Шымкент

АННОТАЦИЯ

У врача СМП реаниматолога, как правило, нет времени на уточняющие размышления, он должен принимать решение немедленно, т. е. в большинстве случаев обязан действовать по определенной схеме. Он не должен, например, начинать лечение критического больного с уточнения причины ОНМК и дифференцировать различные коматозные состояния. Клинический исход ишемического ОНМК (ТИА или инсульт) определяется многими факторами: локализацией и скоростью развития закупорки мозговой артерии, состоянием коллатерального кровообращения, реологическими свойствами крови и др. В зависимости от локализации ишемии мозга возникают определенные неврологические нарушения.

Ключевые слова: ишемические острые нарушения мозгового кровообращения, скорая медицинская помощь, госпитализация, количество обращаемости населения.

ОНМК-наиболее распространенные заболевания головного мозга в зрелом и пожилом возрасте. Среди ОНМКА выделяют ишемические и геморрагические ОНМК, а также острую гипертоническую энцефалопатию. К ишемическим ОНМК относят транзиторную ишемическую атаку (преходящее нарушение мозгового кровообращения) и ишемический инсульт (инфаркт мозга). Среди геморрагических ОНМК выделяют кровоизлияние в мозг (внутричерепное кровоизлияние) и субарахноидальное (подоболочечное) кровоизлияние. Частота инсультов (ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг и субарахноидальное кровоизлияние) колеблется в различных регионах Южно-Казахстанской области. Факторы риска: к основным факторам риска ишемических ОНМК относят увеличение возраста, артериальную гипертонию, сахарный диабет, гиперхолестеринемию, атеросклеротический стеноз сонных артерий, курение, сердечно-сосудистые заболевания (мерцательная аритмия, инфаркт миокарда, аневризму левого желудочка). Среди ишемических инсультов выделяют артромботический, эмболический, гемодинамический и лакунарный инсульты.

Клиническая картина: Ишемический инсульт обычно развивается в течение нескольких секунд или минут (иногда на протяжении часов или дней) и проявляется двигательными, речевыми и или другими очаговыми неврологическими нарушениями. Расстройства сознания, рвоты, интенсивной головной боли в большинстве случаев не наблюдается, за исключением инфарктов в стволе мозга, мозжечке или обширных полушарных инфарктов.

Лечение. В терапии ишемического ОНМК важное значение имеют общие мероприятия, направленные на профилактику и лечение его осложнений. Фибринолитическая терапия эффективна только в первые 3-4 ч с момента ишемического ОНМК. Перед ее проведением необходимо выполнить КТ головы (для исключения кровоизлияния в мозг). Применение прямых антикоагулянтов (гепарин по 5-10 тыс. ЕД каждые 4-6 ч подкожно или по 1 тыс. ЕД/ч внутривенно капельно либо низкомолекулярные гепарины, например фраксипарин 0,5-1,0 2 раза в сутки под контролем времени свертываемости крови – увеличение времени не более чем 2 раза) целесообразно при прогрессирующем течении инсульта (профилактика дальнейшего тромбообразования) или его кардиоэмболическом генезе (предупреждение повторных эмболий). Использование прямых антикоагулянтов предотвращает также риск тромбоза глубоких вен голени и эмболии легочной артерии, но оно противопоказано при артериальной гипертонии из-за опасности кровоизлияний в мозг и другие органы.

Антиагреганты назначают в сочетании антикоагулянтами или изолированно: ацетилсалициловая кислота по 100-500 мг/сут или тиклопидин по 250 мг 2 раза в день либо клопидогрель по 75 мг/сут. Для купирования отека мозга возможно применение дексаметазона по 16-20 мг/сут, 200-400 мл 15% маннитола или 400-800 мл 10% раствора глицерина, однако противоотечная терапия не улучшает исход инсульта. В остром периоде инсульта часто используют пентоксифиллин, реополиглюкин, нимодипин, глицин, церебролизин, пирацетам, винпоцетин, витамин Е, однако их эффективность не доказана.

Цель исследования: Провести анализ частоты и структуры обращаемости населения по поводу ОНМА по ишемическому и геморрагическому типу с 2012 г за помощью на ШГ-ССМП.

Материалы и методы: Нами проанализированы карты вызовов скорой помощи г. Шымкента по поводу ОНМК по ишемическому и геморрагическому типу за 2012 г.

Таблица 1 - Кколичество случаев ПРИ ОНМК.

Обращаемость	2012г.			2013г.			
	Всего	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	январь	февраль
Количества обращаемости населения за помощью ССМП при ОНМК.	116	20	18	15	22	24	17
Количества доставка больных (побольницам)при ОНМК.	113	20	16	15	22	23	17

Таблица 2 - Возрастная обращаемость по поводу ОНМК.

Количества обращаемости населения.	Всего	Взрослые от 65-85лет	молодые от 45-55 лет
Возрастной состав населения	116	79	37

На возрастные группы старше 65 лет приходится превалирующее число заболеваний – 92,0% , что видно из т- цы №2

Выводы: На основании результата данных вышеприведенных таблиц мы пришли к следующему. Ишемические острые нарушения мозгового кровообращения одни из наиболее трудных в диагностическом и дифференциальном плане состояний. По данным схемам мы узнали, что количество обращаемости населения с каждым днем превышает предыдущий уровень.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Годовые отчеты станции скорой медицинской помощи г. Шымкента за 2012 –2013 годы.
2. Виберс Д.О Руководство по цереброваскулярным заболеваниям / Д.О. Виберс, В.Л. Фейгин, Р.Д. Браун. Пер. с англ. М.,1999- 672с.
3. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана.- 1995, Т.1.- 256с.
4. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных/ Ч.П. Варлоу, М.С. Деннис, Ж. ван Гейн и др. Пер. с англ.- 1998.-485с.

ТҮЙІН

Жедел ишемиялық ми қан айналымның бұзылыстары себептерінен жедел медициналық көмекке жүгіну сараптамасы

*Ә.А. Алдешев., Л.О. Алданазарова
ОҚМФА Шымкент қ*

Жедел жәрдем реанимациолог дәрігерлері, ережеге сай, толығымен ойлауға уақыты жоқ, ол жедел түрде шешім қабылдау қажет т.б, көптеген жағдайда белгілі бір бағыт бойынша әрекет жасау керек. Жіті ми қан айналым бұзылысы бар науқастардың шақыртуына жиі барады. Жедел ми қан айналым бұзылысының ишемиялық және геморagiaлық түрлерін ажыратып дер кезінде медициналық көмек көрсету-ді ұйымдастырады. Клиникалық ишемия жедел ми қан айналымының бұзылуы көптеген факторлармен анықталады: локализация және ми артериясының жылдамдықпен дамуы, бір қалыпты қанның айналымы, қанның реологиялық құрылысы.

SUMMARY

The negotiability analysis behind ambulance concerning ischemic sharp violations of brain blood circulation

A.A.Aldeshev, L.O.Aldanazarova
SKGFA c.Shymkent

The doctor as a rule has no time for specifying reflections, he has to make the decision immediately, the majority of cases is obliged to word according to a certain scheme. It should not begin, for example, treatment of the critical patient with specification of the reason and differentiate various comas. The clinical outcome of the ischemic is defined by many factors: localization and speed of development of obstruction of a brain artery, condition, rheological properties of blood. In development from localization of ischemia of a brain there are defined neurologic violations. It should not begin, for example, treatment of the critical patient with specification of the reason and differentiate various comas.

УДК 616.65-002

**РАСПОЯСАВШИЙСЯ ПРОСТАТИТ, ИЛИ ЧТО ГУБИТ МУЖСКОЕ ДОСТОИНСТВО
(НЕСКОЛЬКО МАЗКОВ К ПОРТРЕТУ ЧУМЫ ХХІ ВЕКА)**

Р.А. Мусиралиев, А.А. Касымбеков
Городская поликлиника № 4 г. Шымкента

АННОТАЦИЯ

Больные с хроническим простатитом должны лечиться у врача – андролога. Лечение должно быть комплексным, многоступенчатым, с учетом этиологии и патогенеза заболевания. В лечении данного недуга необходим также междисциплинарный подход и организационные действия, направленные на выделение каждой поликлинике кабинета и должностной штатной единицы врача – андролога.

Ключевые слова: простатит, семья, демография, бесплодие у мужчин.

В печатных изданиях все чаще мелькают сообщения о росте заболеваний у мужчин, приводящих к бесплодию и сексуальным расстройствам, аденоме и раку предстательной железы. Особенно часто авторы называют загадочный хронический простатит, который по данным статистики, отравляет жизнь 50% мужского населения в возрасте от 20 до 50 лет и трудно подвергается лечению. Этим недугом все чаще и чаще начинают страдать подростки.

К прозвучавшим фактам проблемы века можно добавить - идет уже не рост, а подскок, который, если не принять соответствующих мер, приведет к катастрофе мужского населения, к резким демографическим сдвигам и Казахстан в скором времени может превратиться в страну вдов и одиноких невест. Мы уже не говорим, что на этом фоне могут развиваться паранойя, шизофрения, а то и суицидальные состояния у мужчин; дисгармония в семейных отношениях, неурядицы, психопатии и т.д.

Все большей проблемой становится мужское бесплодие: в Республике Казахстан 16 процентов семейных пар бесплодны. И процент «вины» мужчин в этом приближается к 50. Более скрытыми остаются данные по такой сугубо мужской проблеме, как эректильная дисфункция. Наука и практика дали немало методов для лечения таких нарушений, но мужчины, как правило, «стесняются», не торопятся в клиники – по данным ВОЗ, они обращаются к врачам в 7 раз реже, нежели женщины. Несмотря на это, медики и ученые во всех странах стали активнее заниматься данным направлением. Немало проводится на тему мужского здоровья конгрессов, конференций, симпозиумов.

На недавнем Всемирном конгрессе сексуального здоровья в Швеции [1] и на Октябрьском Пленуме Ассоциации урологов Казахстана [2] эта тема стала главной. На нем доктора говорили об опасной динамике проблемы. Если в шестидесятых годах XX века считали, что такие нарушения характерны для ста тысяч – миллиона человек, то в 2009 году эксперты называют цифру в 300 миллионов мужчин.

Поэтому андрологи считают, что мужское здоровье – это не только личная проблема, но и социальная, и государственная. Они надеются, что кабинеты андрологов появятся в каждой поликлинике, а обследование в них станет такой же нормой, как у женщин походы к гинекологу. Кстати, андролог в переводе с греческого – мужской гинеколог.

Более того, программа «Мужское репродуктивное здоровье», созданная в научном центре урологии, была принята на Пленуме правления Ассоциации урологов – андрологов республики, заслушана и одобрена на заседании Национальной комиссии по делам семьи и гендерной политики при Президенте Казахстана. Комиссия рекомендовала включить ее предложения в мероприятия по реализации Стратегии гендерного равенства в РК, разработанной до 2016 года. Есть надежда, что внимания к мужскому здоровью на государственном уровне станет больше.

Установлено, что в основе простатита лежит нарушение иммунной системы человека. Оно, в свою очередь, связано с ростом венерических заболеваний и других инфекций мочеполовой сферы (МПС) у мужчин, нарушением экологии, питания, здорового образа жизни, социально-экономическим неблагополучием в стране и прочими кризисами, сексуальной революцией, урбанизацией, безудержным и неадекватным применением антибиотиков и других сильнодействующих лекарственных средств, алкоголизмом и наркоманией, повальным увлечением населения самолечением и обращениям к так называемым «народным» целителям, депрессией, курением табака, избыточным весом, гиподинамией и т.д.

Простатит – отражение общего инфекционного процесса, протекающего в организме. Примерно у 83% больных мы находим хронические воспаления лор-органов, дыхательных путей: тонзиллит, гайморит, отит, бронхит, хроническую пневмонию. У половины пациентов с простатитом не в порядке желудочно-кишечный тракт: стоматит, холецистит, панкреатит, язвенная болезнь желудка и кишечника, колит, проктит, геморрой. У 40% - анальные трещины, у 80% - невралгические расстройства. У каждого третьего - сахарный диабет.

Возникает справедливый вопрос: «Почему этот коварный простатит так трудно поддается лечению?».

Причин, на наш взгляд, несколько: Во-первых, в отличие от женщин, у мужчин мочевая и половая система не изолированы, напротив, совмещены между собой. В мочеиспускательный канал (уретра), который соединен с мочевым пузырем, открываются устья семявыбрасывающего протока, идущего от яичек, а также устья, через которые выбрасывается сок простаты, далее устья Куперовых и других половых желез. В совокупности продукты секреции названных половых желез, смешиваясь между собой, образуют жидкую смесь под названием сперма.

Итак, по одному и тому же узкому мочеиспускательному каналу диаметром 0,5 – 0,7 см. вытекает в определенные моменты либо моча, либо сперма, что усложняет диагностику и лечение названной патологии.

Во-вторых, в анатомии предстательной железы, располагающейся в глубине тканей промежности, что недоступно местному воздействию лекарственных средств, инструментов и разнообразной аппаратуры. Простатит - это больной орган, уже нафаршированный гнойными полостями (макро-и микроабсцесс). Аналогия с пчелиными сотами, в ячейках (ацинусы) которых вместо сока предстательной железы - вязкий и густой, окальцинированный клейкий гной, трудно поддающийся выведению в мочеиспускательный канал. Наукой и практикой доказано: никакие лекарства не смогут проникнуть в гнойную полость, не вскрыв ее. Значит, антибиотики или другие антисептики, даже самые дорогие и эффективные не помогут. А большие их дозы лишь навредят: разовьется дисбактериоз кишечника, пострадает печень, снизится и без того низкий иммунитет организма. И получается замкнутый круг: пришли туда, откуда вышли. Итак, в простате постоянно тлеет, так будем говорить, очаг инфекции, способный в любой момент воспламенить все органы и ткани человека.

Хронический простатит - чисто условное понятие, если есть «махровый» простатит, учитывая сложность и анатомофизиологическую взаимосвязь структур мочеполовой сферы (МПС) у мужчин (у женщин мочевая и половая система изолированы друг от друга – это облегчает лечение), то обязательно будут «цвести» хронический орхит, хронический эпидимит, хронический фуникулит, хронический везикулит, хронический уретрит, хронический калликулит, хронический цистит, что несомненно усугубляет тяжесть патологии МПС и, разумеется, усложняют излечение названной патологии.

Итак, в МПС мужчин постоянно тлеет, так будем говорить, очаг инфекции, представляющий опасность для всех органов и систем человека. В проявлении всей этой «карусели», конечно, не последняя роль принадлежит отдельным врачам. И тут возникает опять проблема: поскольку медицина наука неточная, нет единой узаконенной схемы лечения хронического простатита, разнообразие «школ» и направлений в тактике лечения этой нозологии, то некоторые доктора, повинувшись догме и старым постулатам, лечат простатит по одной и той же схеме: «слоновые» дозы антибиотиков или сульфаниламидов, массаж простаты пальцем, тепло, в лучшем случае лазер или бужирование уретры, прижигание слизистых уретры препаратами серебра. И ничего, кроме вреда, это не приносит. Более того - это губит больных (на западе врачи сразу признаются: болезнь почти не излечивается, только в период обострения назначают антибиотики).

О вреде «слоновых» и «китовых» доз антибиотиков и других антимикробных средств мы упомянули выше – это дисбактериоз кишечника, выход из строя печени, падение иммунитета до нулевой отметки. А поскольку уретра насилия не терпит, то бужирование и другие изощренные способы глубокого «изнасилования» уретры ложками Фолькмана, спицами с петелькой на конце, якобы с целью взятия мазка (хотя есть много других более информативных и несаdistских способов обнаружения микробов в мочеполовом тракте у мужчин – ИФА, ПЦР, двухстаканная проба и т.д.) может привести не только к механической травме слизистой измученной уретры, но разнести инфекцию по всей ее длине и в мочевой пузырь в придачу. Кроме того этими пыточными инструментами разрушается клапанный (защитный) аппарат уретры и создаются идеальные условия для беспрепятственной агрессии восходящей инфекции в мочеполовую систему. Другими словами, «столбовая» дорога для любой внешней инфекции, пусть даже банальной, вглубь мочеполовой системы мужчины будет открыта и заболевание до конца жизни у таких мужчин приобретает уже не сугубо хроническое, а хроническое – часто рецидивирующее течение. Осложнения сих изуверских шагов предугадать не сложно – это рак предстательной железы, в лучшем случае – аденома.

Массаж простаты пальцем превращается в банальное раздавливание микроабсцессов. Последствие предсказать нетрудно: «пожар» воспаления расползется не только по всей железе, но и по другим органам и системам. Плюс ко всему проктит и анальные трещины обеспечены. Кстати, на западе в ведущих клиниках от массажа простаты пальцем давно отказались. А теплые процедуры, гипертермия требуют осторожности, дабы не обострился хронический процесс. Прижигания уретры могут вызвать рубцовые осложнения - стриктуры. Вот и выходит: чем лечить по старинке, не лучше ли вовсе не лечить – не брать грех на душу? Конечно, любой мужчина готов выложить последние деньги за лечение. Кстати, этим пользуются расплодившиеся ныне мошенники разных мастей, экстрасенсы, шаманы, так называемые «народные» целители, которые в одночасье собираются вылечить любого из этих категорий больных. И в первом, и во

втором случаях после такого «врачевания» армия бездарно залеченных, точнее загубленных бедолаг - мужчин растет.

Выводы: Такая категория больных должна проходить лечение у врача-андролога. Лечение проводится по определенной технологии. Идет обоснованное, строго целенаправленное, комплексное и многоступенчатое лечение с учетом этиологии и патогенеза заболевания. Обязательно несколько курсов лечения. Подход к лечению всегда строго индивидуален. Доказаны множественные связи простатита с состоянием других органов и систем, что подтверждается на практике наличием у больных простатитом «букета» болезней. Сей «букет» и лечится одновременно с простатитом при участии терапевта, гинеколога, ЛОР врача и других. Без этого любые попытки помочь больному обречены на провал. Необходим системный и междисциплинарный подход к лечению хронического простатита. Необходимым также организационный подход – наличие кабинета и ставки врача – андролога в поликлиниках.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Материалы Всемирного конгресса сексуального здоровья.- Стокгольм, 2010.
2. Бруно Люненфельд «Стареющий мир. Клинические последствия и превентивная стратегия в мужском здоровье». Материалы Октябрьского Пленума Ассоциации урологов Казахстана.-Астана, 2012.

ТҮЙІН

Қайырусыз кеткен простатит, немесе аталық абзалдықты ойрандаушы (XXI – ғасыр абасының бірнеше жағынды бояуының суреттемесі)
Р.А. Мусірәлиев, А.А. Қасымбеков
Шымкент қалалық № 4 емханасы

Созылмалы простатит ауруымен сырқаттанатындар арнайы мамандандырылған орталық емханаларда емделу қажет. Бұл ауруға, яғни созылмалы простатит ауруымен ауырғандарға жүйелі, біртұтас және кешенді түрде ем қолдануды қажет етеді. Ем алғышарттар бойынша, яғни бірыңғай технологияны қолдана отырып аурудың негізгі этиология мен оның қалыптасуы, және емделу барысында байқалатын өзгерістерге қарай біркелкі есепті жүйемен емдеу керек.

SUMMARY

Wanton prostatitis, or that destroys manhood (a few strokes to the portrait of the plague of the XXI st century)
R.A. Musiraliev, A.A. Kasymbekov
City clinic № 4, city Shymkent

The patients with chronic prostate must be cured in a specialized centers of polyclinics. It is necessary a systematic and interdisciplined approach to the treatment of chronic prostate the treatment must be held by the unique technology tabing into account the ethnology and pathogenics of the siven ailment.

УДК 636.087.25

ПЕРЕРАБОТКА ПИЩЕВЫХ ОТХОДОВ С ПОЛУЧЕНИЕМ КСИЛИТА

*Ташкараев Р.А., Кедельбаев Б.Ш., Диканбаева А.К.
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Казахстанский университет
Дружбы народов, г.Шымкент*

АННОТАЦИЯ

Разработана технология совместных процессов гидролиза полисахаридов и гидрирования ксилозы до ксилита. Исследовано влияние давления водорода, температуры, природы катализатора на кинетику процесса гидролитического гидрирования ксилозы.

Ключевые слова: ксилит, гидрогенолиз, полисахариды, гидролитического гидрирования, селективность.

Среди многообразных многоатомных спиртов особый интерес представляют продукты гидрирования и гидрогенолиза моносахаридов. У многих из этих соединений обнаружена высокая биологическая активность, некоторые из них нашли применение в медицинской практике (ксилит, сорбит и другие). Кроме того, данные многоатомные спирты обладают широким спектром прикладных свойств, они находят применение в производстве лаков, олиф, смол, антифризов, косметике, взрывчатых веществ, ПАВ и т.д.[1].

Химическая технология углеводов вообще обладает большими потенциальными возможностями, еще не раскрытыми полностью. Ресурсы непищевого углеводсодержащего сырья - полисахаридов, находящегося в отходах переработки растительного сырья, составляют сотни миллионов тонн и, главное, ежегодно возобновляются, в отличие от традиционного химического сырья

Следует отметить, что современное состояние производства ксилита не отвечает современным требованиям, что связано с отсутствием необходимого ассортимента промышленно важных катализаторов, исходного растительного сырья и способов проведения процесса. Результаты многочисленных исследований, проведенных нами ранее [2], показали, что ферросплавы – полупродукты металлургических заводов вполне могут быть использованы в качестве модифицирующих добавок при повышении активности сплавных никелевых катализаторов гидрогенизации ксилозы.

Данная работа является продолжением предыдущих исследований и посвящена исследованию каталитических свойств наиболее активных никелевых сплавов и катализаторов, модифицированных ферромарганцем и ферромolibденом (ФХ и ФМо). С целью разработки оптимальных каталитических систем для получения ксилита на проточной установке непрерывного гидрирования ксилозы испытаны некоторые сплавные никелевые катализаторы. Сплавы готовили в высокочастотной плавильной печи марки ОКБ - 8020 по разработанной ранее технологии. В кварцевый тигель помещали рассчитанное количество Al в виде слитков и постепенно нагревали до 1000 – 1100 0С, затем вводили рассчитанное количество никеля и добавку ферросплава в виде стружки или порошка. В результате экзотермической реакции температура расплава поднималась 1700-1800 0С, перемешивание индукционным полем длилось 3-5 мин. В графитовых изложницах сплав охлаждали на воздухе и измельчали. Активацию сплавов проводили 10%-ным раствором едкого натра непосредственно в установке проточного типа. Полученный таким образом катализатор использовали для гидрирования ксилозы. Об активности стационарных катализаторов судили по величине их контактной нагрузки, выраженной в литрах гидрируемого вещества на 1 л катализатора за 1 ч (л/л кат.ч или ч-1), соответствующей 98-100%-ному выходу целевых продуктов

Результаты экспериментов приведены в табл.1. Видно, что стационарные катализаторы проявляют абсолютную активность по ксилиту, а активность их выше, чем у промышленного никель-титанового катализатора. Выход целевого продукта колеблется в пределах 98-100%. Величины контактных нагрузок, вышечелоченных на 30% по алюминию Ni-ФМо, Ni-ФМп катализаторов при 120°С и 10 МПа достигают соответственно 0,87 ч-1 и 1,2 ч-1, что в 1,5-2,3 раза выше, чем у непромотированного и промышленного никель-титанового контактов.

Таблица 1 - Результаты непрерывного гидрирования ксилозы в проточной установке колонного типа. Условия опыта: 10%-ный водный раствор ксилозы, 10 МПа.

Катализатор	Т,°С	Состав катализата		W, ч-1	Относит.продол ж. процесса, ч
		Ксилит	ксилоза		
Ni-Al	90-100	78-85	15-22	0,12-0,21	
	110-120	81-92	8-19	0,26-0,28	210
	130-140	87-98	2-13	0,31-0,35	
Ni-Al-Mn	90-100	94-97	3-6	0,42-0,63	
	110-120	96-100	0-4	0,53-0,70	410
	130-140	98-100	0-2	0,69-0,87	
Ni-Al-Mo	90-100	96-98	4-2	0,48-0,7	400
	110-120	99-99,9	1-0,1	0,65-0,82	
	130-140	99,5-99,9	0,5-0,1	0,94-1,2	
Ni-Ti пром	90-100	84-96	10-16	0,40-0,44	
	40-120	84-95	5-16	0,47-0,50	202
	130-140	98-100	0-10	0,50-0,60	

Результаты полупромышленных испытаний показали, что Ni-Al-ФМо катализатор по производительности в 1,9 раза.по стабильности в 2,0 раза превышает промышленный никель-титановый контакт[3]. Катализатор Ni-Al-ФМо рекомендован для внедрения в производство получения ксилита из ксилозы, полученной из гуза-паи. Известно, что варьирование технологических факторов оказывает

существенное влияние на активность контактов. По мере течения процесса активность стационарных катализаторов начинает снижаться и в момент, когда выход ксилита становится ниже 98%, их подвергали повторному выщелачиванию 10% водным раствором NaOH при 100°C. Известно, что при использовании 10%-ного раствора едкого натра, число повторных выщелачиваний можно увеличить до двадцати. Однако, как показывают наши исследования, с ростом глубины алюминия активность исследуемых катализаторов увеличивается. Так активность Cu:Al=50:50 катализатора возрастает в 4,4 раза с ростом степени выщелачивания алюминия от 10 до 40%. Остальные промотированные катализаторы подвергали трехкратному выщелачиванию на 30,35,40% Al. Величина контактных нагрузок при этом увеличивается от 1,2 до 1,8 раза в зависимости от природы катализатора, что объясняется ростом активной поверхности катализаторов по мере удаления из них алюминия.

Особое значение в каталитических процессах имеют гидродинамические факторы, поэтому в лабораторной промышленной практике применяют всевозможные способы перемешивания реакционной смеси: взбалтывание, перемешивание мешалкой, барботаж, вибрацию и т.д. в связи с этим нами изучено влияние барботажа водорода на скорость гидрирования. С увеличением скорости барботажа водорода от 0,1 до 0,9 л/л.кт.час активность относительно малоактивных двух- и трехкомпонентных катализаторов возрастает в 1,3-1,6 раза, а контактные нагрузки наиболее активных Cu-50%Al-ФМо и Ni-50%Al-5%ФХ сплавов-катализаторов повышаются при этом в среднем в 1,1-1,3 раза. Таким образом, скорость циркуляции водорода оказывает наиболее благоприятное влияние на относительно менее активные катализаторы. Увеличение скорости барботажа водорода уменьшает толщину диффузионного слоя способствуя тем самым протеканию реакции вблизи кинетической области.

Одним из основных технологических параметров является давление водорода, увеличение которого повышает концентрацию водорода в растворе и на поверхности катализатора, что, в свою очередь, влияет как на адсорбцию реагентов, так и на механизм процесса. Повышение давления водорода в интервале 2-6 МПа вызывает увеличение контактных нагрузок малоактивных контактов в 4,5-4,6, а высокоактивных многокомпонентных в 1,26-1,37 раза. Линейная зависимость между этими величинами сохраняется в диапазоне 0,5-5,0 МПа, а при более высоких давлениях нарушается. При увеличении давления водорода в системе, скорость его воспроизводства на поверхности катализатора увеличивается и это способствует возрастанию скорости реакции и выходу ксилита. В изученном интервале порядок реакции по водороду изменяется до нулевого. Для Cu-Al-ФМо катализатора стопроцентное превращение достигается уже при 5 МПа, для Ni-Al-ФХ при 8МПа и для промышленного катализатора - 10 МПа.

Оптимальные катализаторы должны характеризоваться не только высокой активностью и селективностью, но также и стабильностью, которая зависит как от подвижности активного водорода (скорости воспроизводства), так и от механической прочности исходного сплава и катализатора. О стабильности катализаторов судили по промежуткам времени, в которых сохраняется 98-100% выход ксилита в условиях варьирования одного из технологических параметров. Как показывают результаты исследования, модифицирующие добавки, наряду с активностью, значительно увеличивают и стабильность катализаторов. Наибольшую стабильную активность проявляют многокомпонентные сплавы с добавками ферросплавов.

Таким образом, нами доказаны возможность и высокая эффективность использования отхода пищевой промышленности в качестве сырья для получения ксилита методами одновременного гидролиза и гидрирования. Впервые разработаны технология совместных процессов гидролиза полисахаридов и гидрирования ксилиты до ксилита. Исследовано влияние давления водорода, температуры, природы катализатора на кинетику процесса гидролитического гидрирования ксилиты. Показано, что с повышением давления водорода от 2 до 5 МПа и температуры от 20 до 800С скорость гидролитического гидрирования полисахаридов пищевых отходов растет непрерывно и не зависит от концентрации ксилиты. Разработана ресурсо и энергосберегающая технология и выявлен оптимальный режим гидролитического гидрирования полисахаридов пищевых отходов с использованием кислотостойкого, селективного катализатора Ni-Al-ФМо, стабильность которого в 10-13 раз превышает стабильность промышленного Ni - Ti катализатора, а селективность по отношению к реакции гидрирования ксилиты составляет 97-98%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шарков, В.И. Химия гемицеллюлоз/ В.И. Шарков, Н.И. Куйбина.- М. «Лесная промышленность».-1972.-440с.
2. Кедельбаев Б.Ш. Ксилит из растительного сырья/ Б.Ш. Кедельбаев и др//ХПС.- №3.- 1997.- С.458
3. Кедельбаев Б.Ш. Гидрирование ксилиты на модифицированных никелевых катализаторах// Вестник ТГТУ.- 2004.-№1.- С. 171-174.

ТҮЙІН

Тағамдық қалдықтарды қайта өңдеу арқылы ксилитті алу
Ташқараев Р.А., Кедельбаев Б.Ш., Диканбаева А.К.

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Қазақстан Халықтар Достығы университеті,
г.Шымкент

Ксилозаны ксилитке дейін гидрлеу және полисахаридтер гидролизінің бірлескен үдерісінің технологиясы жасалды. Ксилозаның гидролитикалық гидрлеудің кинетикалық үдерісіне сутек қысымының, температураның, катализатор табиғатының ықпалы зерттелді.

SUMMARY

Food backtrack recycling to obtain xylit

R.A.Tashkaraev, B.Sh.Kedelbayev, A.K.Dikanbaeva

South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, The Kazakhstan university of nation friendships, Shimkent city

Thus the technology of united processes of hydrolysis of polysaccharides and xylose hydration to xylite has been developed. The influence of hydrogen pressure, temperature, catalyst nature to the process of xylose hydration has been studied as well.

ӘОЖ 614.771:550.378 (574.5)

ОҚО ТОПЫРАҒЫНДАҒЫ ТАБИҒИ РАДИОНУКЛИДТЕРДІҢ АЛТЫ ЖЫЛДЫҚ ОРТАША ДЕҢГЕЙІ

С.Ж.Абдразакова, К.Жумагулов, Г.С.Сартаева, Г.Тортаева, А.Абишева, Г.Сыдығалиева
«ОҚО СЭСО» РМҚК, Абай аудандық СЭҚБ, Шымкент қ.

Түйін

Халықтың радиациялық қауіпсіздігін бақылау формаларының бірі – әсіресе адам өмірімен тікелей байланысы бар нысандардағы, яғни атмосфералық ауадағы, судағы, топырақтағы, азық-түліктердегі және т.б. радионуклидтердің концентрациясын анықтау. Оңтүстік Қазақстан облысы топырақтарындағы радионуклидтердің құрамын бақылау барысында радиациялық қауіпсіздік принциптерінің бірі – нормалау принципі.

Кілт сөздер: радиация, топырақ, сынама, белсенділік, спектрометрия.

Кіріспе. Халықтың радиациялық қауіпсіздігі дегеніміз - шарушылықтың, ғылымның және медицинаның әртүрлі саласында пайдалы сәулеленулерге негізсіз шектеу қоймастан, радиациялық қауіпсіздіктің нормалары мен негізгі принциптерін сақтау арқылы адамзаттың қазіргі және болашақ ұрпағының иондаушы сәулелердің зиянды әсерінен қорғалу жағдайы [1]. Ғылыми тәжірибе көрсеткендей, халықтың денсаулығының нығаюы мен оны қорғау аясындағы жетістіктер елеулі тұрғыда қоршаған ортаның жағдайына тәуелді болатыны анық.

Бүгінгі таңда радиациялық қауіпсіздікті қамтамасыз ету бірнеше негізгі принциптерге сүйенбек, атап айтқанда нормалау принципі – барлық иондаушы сәулеленуді көздерінен азаматтардың жекебасты сәулелену дозаларын рұқсат етілмеген шегтерінен асырмау; негіздеу принципі – иондаушы сәулеленудің көздерін пайдалану барысында адам мен қоғам үшін келтірілетін пайдасы табиғи радиациялық аямен қосымша зиян келтіріру қауіпі тәуекелінен асып түспей жатса, барлық оған байланысты барлық іс-әрекеттердің түрлеріне тыйым салу; оптимизация принципі – экономикалық және әлеуметтік факторларды ескере отырып, жекебасты сәулелену дозаларын және кез-келген иондаушы сәулеленудің көзін пайдалану кезіндегі сәулеленуге шалдығушы адамдар санын мүмкіндігінше төмен әрі қолжетімді деңгейде ұстау. [2].

Радиациялық қауіпсіздікті бақылау формаларының бірі – басым көпшілігінде адамның тіршілік етуіне тікелей қатысы бар қоршаған орта объектілерінде, яғни атмосфералық ауада, суда, топырақта, тағам өнімдерінде және т.б радионуклидтер концентрациясын анықтау.

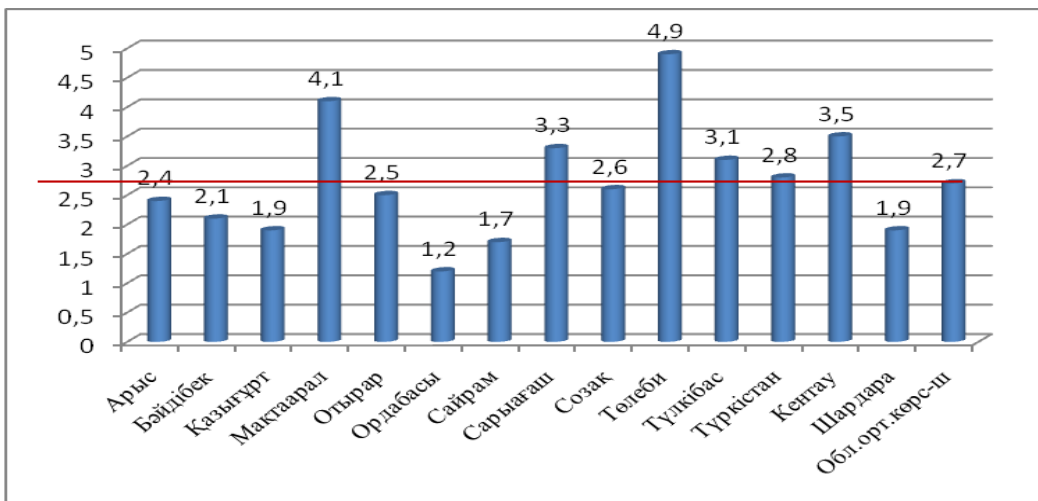
Жер шары тұрғындары сәулеленудің негізгі бөлігін радиацияның табиғи (шынайы) көздерінен алады. Адам сәулеленуге екі жағдайда шалдығады: радиоактивті заттар организмнен тысқары жерде тұрып, оны сырттан сәулелендіреді, және де бұл сыртқы сәулелену деп аталады. Немесе ол заттар адам дем алып жатқан ауада, тағамда, суда болып, адам организмнің ішіне түсуі мүмкін. Мұны ішкі сәулелену деп атайды.

Сыртқы сәулелену көздерінің бірі топырақ. Жерден туындаған радионуклидтерден сыртқы сәулеленудің негізін калий-40 және уран-238 (радий-226 топырақта уран-238-бен тендес мөлшерде болады)

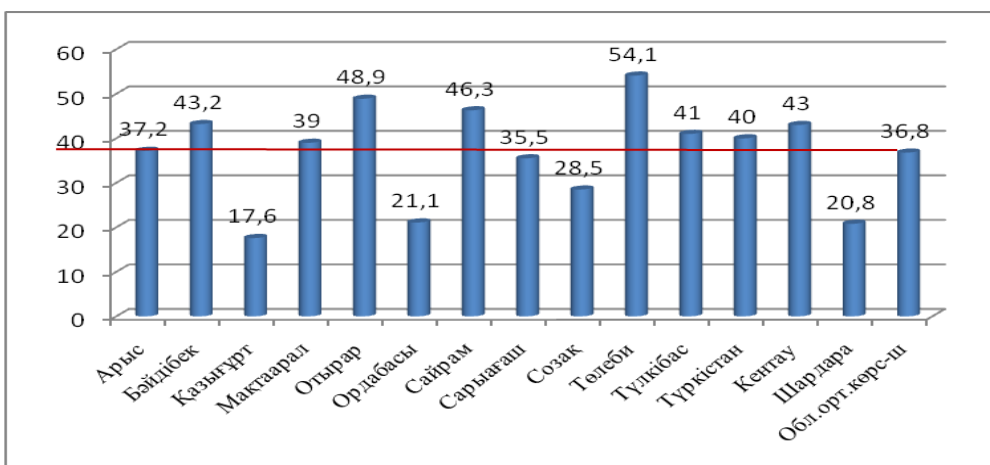
бен торий-232 әулеттерінің радионуклидтері және де олардың ыдырау өнімдері құрайды. Топырақтағы табиғи радионуклидтердің меншікті белсенділігіне өзі түзілген тау жыныстарының белсенділігі, топырақтың жер асты суларымен сілтілену процестері, радионуклидтердің топырақпен сорбциялануы және қайсібір басқа да факторлар әсер етеді. [3].

Оңтүстік Қазақстан облысының аумағында радиациялық мониторинг пен қоршаған орта объектілеріне, соның ішінде топыраққа бақылау жүргізуші мемлекеттік мекемелердің бірі Оңтүстік Қазақстан облыстық санитарлық эпидемиологиялық сараптама орталығы. Біздің жүргізен жұмысымыз осы мекеменің мемлекеттік тапсырысты орындау барысында ОҚО көлемінде топырақтың радиациялық сәулеленуіне жүргізген көпжылдық мониторингісіне талдама жасау.

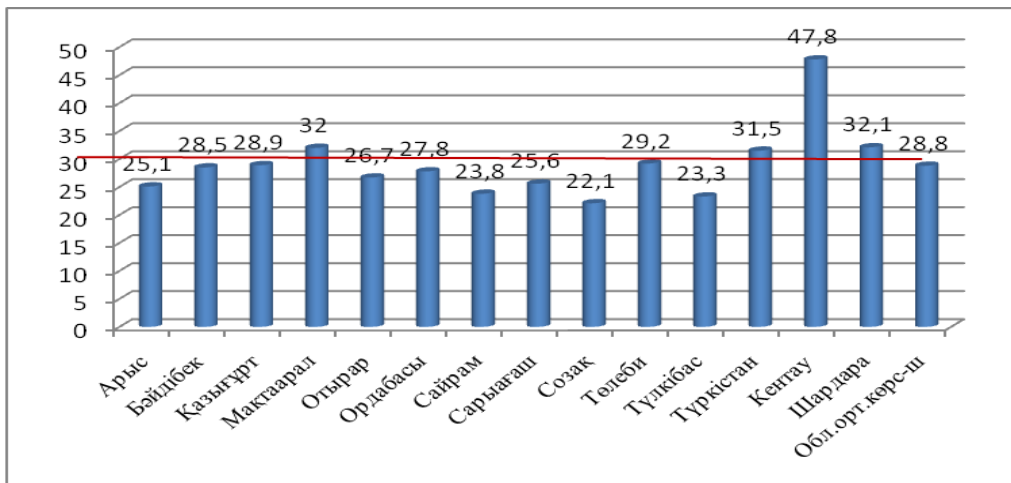
Материалдар мен әдістер. Зертханалық зерттеулер ОҚО-ындағы 14 аудандық және қалалық санитарлық-қорғаныс аймақтарынан алынған топырақ сынмалары жасалған. Зерттеу ҚР ДСМ-мен бекітілген «Жиынтық альфа, бета белсендікті және табиғи радионуклидтер (радий-226, торий-232, калий-40) спектрометриялық деңгейін анықтаудың» әдістемелік нұсқаулығы негізінде жүргізілген. Меншікті белсенділіктің калий-40 бойынша әдеттегі диапазоны 110-нан 740 бк/кг, радий-226 – 11-ден 52 бк/кг, торий-232 – 14-тен 90 бк/кг шегінде. Жиынтық альфа, бета белсенділік көрсеткіші салыстырмалы түрде топырақтың радиоактивтілік сипаттамасын береді. Анықтау гамма-спектрометр «Прогресс-гамма» құралымен жүргізілген. Барлық мәліметтер төменгі кестелерде келтірілген.



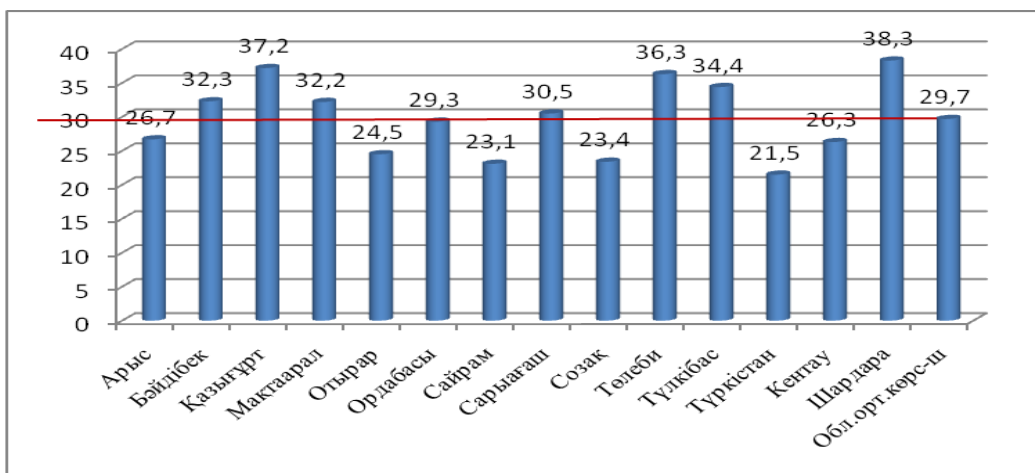
1 диаграмма - 2007-2012 жылдар аралығында ОҚО аумағындағы топырақтың жиынтық альфа белсенділігінің көрсеткіштері, бк/кг



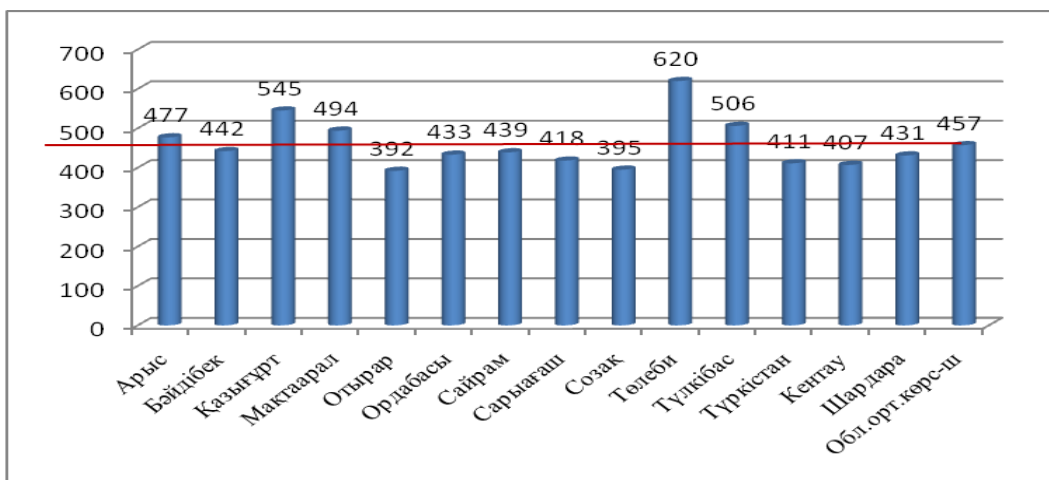
2 диаграмма - 2007-2012 жылдар аралығында ОҚО аумағындағы топырақтың жиынтық бета белсенділігінің көрсеткіштері, бк/кг



3 диаграмма - 2007-2012 жылдар аралығында ОҚО аумағындағы топырақтың радийдің меншікті белсенділігінің көрсеткіштері, бк/кг.



4 диаграмма - 2007-2012 жылдар аралығында ОҚО аумағындағы топырақтың торийдің меншікті белсенділігінің көрсеткіштері, бк/кг



5 диаграмма - 2007-2012 жылдар аралығында ОҚО аумағындағы топырақтың калийдің меншікті белсенділігінің көрсеткіштері, бк/кг

ОҚО бойынша жиынтық альфа белсенділіктің орташа көрсеткіші 2,7 бк/кг құрап, біршама жоғары

көрсеткіштер ретінде Төлеби, Мақтаарал аудандарын атап өтуге болса, жиынтық бета белсенділіктің облыс бойынша орташа көрсеткіші 36,8 бк/кг құраған, мұндағы жоғары көрсеткіштер ретінде Төлеби, Сайрам, Отырар аудандарын атап өтуге болады.

Спектрометриялық зерттеулер қорытындысы бойынша облыста радийдің меншікті орташа көрсеткіші 28,8 бк/кг, мұнда барлық аудандарда көрсеткіш біркелкі деңгейде болғанмен Кентау қаласы бойынша екі есеге жуық жоғары, жалпы торийдің меншікті орташа көрсеткіші 29,7 бк/кг, мұнда да барлық аудандарда көрсеткіш біркелкі деңгейде болғанмен Шардара, Төлеби, Қазығұрт аудандарындағы көрсеткішті өзгелерден жоғары деп атауға болады. Калийдің облыс бойынша меншікті орташа көрсеткіші 457 бк/кг, мұнда барлық аудандардан жоғары көрсеткіш Төлеби, Түлкібас, Қазығұрт аудандарына тиесілі болып отыр.

Қорытынды. Оңтүстік Қазақстан облысы аумағында топырақтың радионуклидтеріне бақылау жасау қорытындысымен радиологиялық қауіпсіздіктің негізгі принциптерінің бірі – нормалау принципі деп тұжырым жасауға болады. Яғни, барлық көрсеткіштер рұқсат етілген шектерулерден аспаған. Дегенмен, Төлеби ауданы топырағының көрсеткіштері барлық зерттелген радиологиялық көрсеткіштердің 80 пайызында облыстық деңгеймен және басқа да жергіліктермен салыстырғанда жоғары екендігін ескерген жөн.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Халықтың радиациялық қауіпсіздігі туралы = О радиационной безопасности населения: ҚР-ның 23.04.98 ж. N219-І Заңы/Қазақстан Республикасының Заңы // Қазақстан Респ. Парламент. жаршысы=Ведомости Парламента РК. - 1998. - N7-8. - С. 8.-3-15 б
2. Нажимеденов, Т. Қазақстан Республикасының ақпараттық қауіпсіздікті нормативтік- құқықтық қамтамасыз етудің қазіргі күйі мен перспективалары/ Нажимеденов, Т. // ҚазҰУ хабаршысы: Халықаралық қатынастар ж/е халықаралық құқық сериясы. - 2004. - N2. - С. 75-79 б.
3. Радиация. Дозы, эффекты, риск. -Издательство «Мир».- 1998.-256с.
4. Козлов, В.Ф. Справочник по радиационной безопасности: научное издание / Козлов В.Ф., Трошкин Ю.С. - М. : Атомиздат, 1967. - 276с. : табл.
5. Актуальные вопросы радиэкологии Казахстана/ под рук. С. Н. Лукашенко ; рец.: М. С. Панин, В. П. Солодухин. - Павлодар: Дом печати, 2010- Вып.2 : Сборник трудов Института радиационной безопасности и экологии за 2007-2009 гг. - 2010. - 527 с. : ил. - Библиогр. в конце разд. - Алф. указ.: с. 521. - ISBN 978-601-7112-32-5

РЕЗЮМЕ

Средний шестилетний уровень природных радионуклидов в почвах ЮКО
С.Ж.Абдразакова, К.Жумагулов, Г.С.Сартаева, Г.Тортаева, А.Абишева, Г.Сыдығалиева
РГКП «Южно-Казахстанский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы», Управление санитарно-эпидемиологического надзора по Абайскому району, г.Шымкент.

Одна из форм контроля радиационной безопасности населения – определение концентраций радионуклидов преимущественно в тех объектах окружающей среды, которые имеют непосредственное отношение к жизнедеятельности человека: в атмосферном воздухе, воде, почве, пищевых продуктах и т.д. Посредством контроля за радионуклидным составом в почвах Южно-Казахстанской области соблюдается один из принципов радиационной безопасности – принцип нормирования.

SUMMARY

Six-year average level natural radionuclides soil skr
S.Zh.Abdrazakova, K.Zhumagulov, G.S.Sartaeva, G.Tortaeva, A.Abisheva, G.Sydygalieva
State Enterprise "South Kazakhstan regional center epidemiological eksperizy" Management of the sanitary and epidemiological supervision on Abai district, Shymkent.

One form of control of radiation safety of the population the desinition of radionuclide concentrations mainly in the environmental objects, which have direct relevance to human life: in the air, water, soil, food, etc. Through the control of radionuclide composition in the soils of south Kazakhstan region observed one of the principles of radiation protection -the principle of normalization.

ОӘК: 613.31.543.3

**ОҚО БОЙЫНША ОРТАЛЫҚТАНДЫРЫЛҒАН АУЫЗ СУЫНЫҢ КӨПЖЫЛДЫҚ ЗЕРТХАНАЛЫҚ
ЗЕРТТЕУЛЕРІНІҢ ТАЛДАМАСЫ**

Ә.Ж.Ештай, К.Б.Жумагулов, Г.С.Сартаева, Г.К.Тортаева, К.К.Запарова, С.Самуратова
«Оңтүстік Қазақстан облыстық санитарлық эпидемиологиялық сараптама орталығы» РМҚК, Шымкент қ.

ТҮЙІН

Халықты сапалы ауыз суымен қамтамасыз ету оның денсаулығын қорғаудың маңызды бағыттарының бірі. Соңғы онжылдықта айқындалғандай қоршаған ортаның ғаламдық және аймақтық ластануы халық арасында бейспецификалық аурулардың өсуіне себеп болып отыр. ОҚО бойынша соңғы жеті жылда орталықтандырылған ауыз суының саны 1,4 есеге артып, жалпы алғанда ауыз суының санитарлық-химиялық және микробиологиялық көрсеткіштері жақсара түсуде.

Кілт сөздер: ауыз су, су құбыры, зертханалық зерттеу, РЕШ.

Кіріспе. Халықтың денсаулығын нығайту мен қорғау мемлекетіміздің әлеуметтік-экономикалық үдемелі дамуына бағытталған кезек күттірмес мақсаты. Халықтың денсаулығын сақтаудың маңызды бағыттарының бірі оның сапалы ауыз суымен қамтамасыз етілуі болып табылады. ҚР Конституциясына сәйкес халықтың денсаулығын қорғау мемлекеттік мекемелерге жүктелген міндет. Осы тұрғыда санитарлық эпидемиологиялық қызмет ұйымдарына халықтың денсаулығын қорғау аясында ғылыми-тәжірибелік жұмыстар жүргізу арқылы халықтың санитарлық эпидемиологиялық салауаттылығын қамтамасыз ету, санитарлық эпидемиологиялық мониторингті жүзеге асыру, есепке алу мен статистика жүргізу сияқты бірқатар міндеттер қоса жүктелген.

Қазіргі уақытта анықталғандай, соңғы онжылдықта бейинфекциялық аурулардың өсуі қоршаған ортаның жаһандық және аймақтық ластануымен байланысты болып отыр. Қазақстан Республикасының едәуір аймақтары тек халықтың жалпы бейспецификалық ауруларының өсуі байқалып қана отырған емес, сонымен қатар, нақты бір әсер етуші факторларға тән, халықтың денсаулығының спецификалық бұзылулары да айқындалып отырған экологиялық нәубет аймақары статусына ие.

Зерттеу мақсаты. Санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің іс-әрекеттерінің жетекші бағыты – қоршаған орта факторларының өзгеру динамикасына және халық денсаулығына әлеуметтік-гигиеналық мониторинг жүргізу болып табылады. Осы мақсатта атқарылып отырған іс-әрекеттердің бірі сумен қамсыздандыру нысандарына және ауыз су сапасына мемлекеттік санитарлық эпидемиологиялық қадағалау жүргізу. Біздеің зерттеу жұмысымыздың мақсаты да 2006-2012 жылдар аралығындағы ОҚО бойынша халықты сумен қамсыздандыру нысандарының ауыз су сапасына зертханалық зерттеулер негізінде талдама жасау.

Зерттеу барысы. Зерттеу барысына Қазақстан Республикасының «Мемлекеттік статистика туралы» Заңына сәйкес ҚР ДСМ Мемлекеттік санитарлық эпидемиологиялық қадағалау Комитетінің Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша Департаментімен ұсынылған ведомстоволық статистикалық есептілігі негізге алынды. Ауыз су сапасына зертханалық зерттеулер ҚР МСМ МСЭЖК Оңтүстік Қазақстан облыстық санитарлық эпидемиологиялық сараптама орталығы зертханаларында, бекітілген зертханалық зерттеулер номкентурасына сәйкес санитарлық-химиялық, микробиологиялық, паразитологиялық көрсеткіштері бойынша жүргізілген.

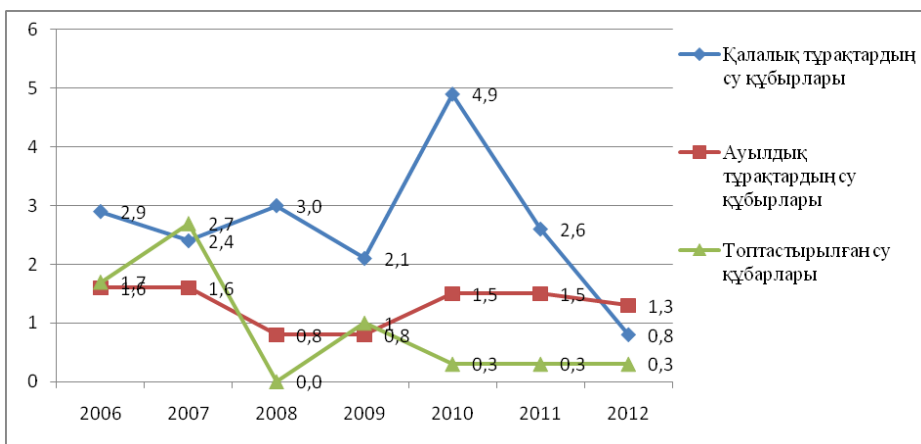
Бүгінгі таңда халықты ауыз суымен қамтамасыз ету саласында «Таза су», «Ақ бұлақ» сияқты мемлекеттің бағдарламалардың негізінде бірқатар жұмыстар атқарылып жатқандығына №1 кестедегі көрсеткіштер дәлел боларлықтай.

№1 кесте - 2006-2012 жылдар аралығында ОҚО бойынша зертханалық зерттеулер жүргізілген орталықтандырылған су құбырлары нысандарының саны (бірлік).

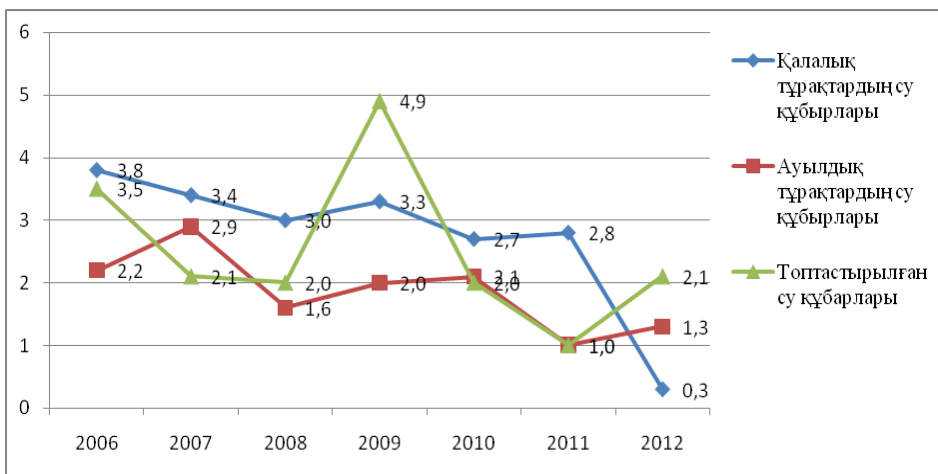
Сумен қамсыздандыру нысандары	2006ж.	2007ж.	2008ж.	2009ж.	2010ж.	2011ж.	2012ж.
Қалалық тұрақтардың су құбырлары	22	24	23	24	24	19	23
Ауылдық тұрақтардың су құбырлары	269	269	276	303	309	359	380
Топтасқан су құбырлары	4	4	5	10	16	15	16
Барлығы	295	297	304	337	349	393	419

2006 жылмен салыстырғанда 2012 жылы орталықтандырылған су құбырлары нысандарының саны 1,4 есеге артқан, оның ішінде, әсіресе, топтасқан су құбырлары нысандары 4 есеге ұлғайған.

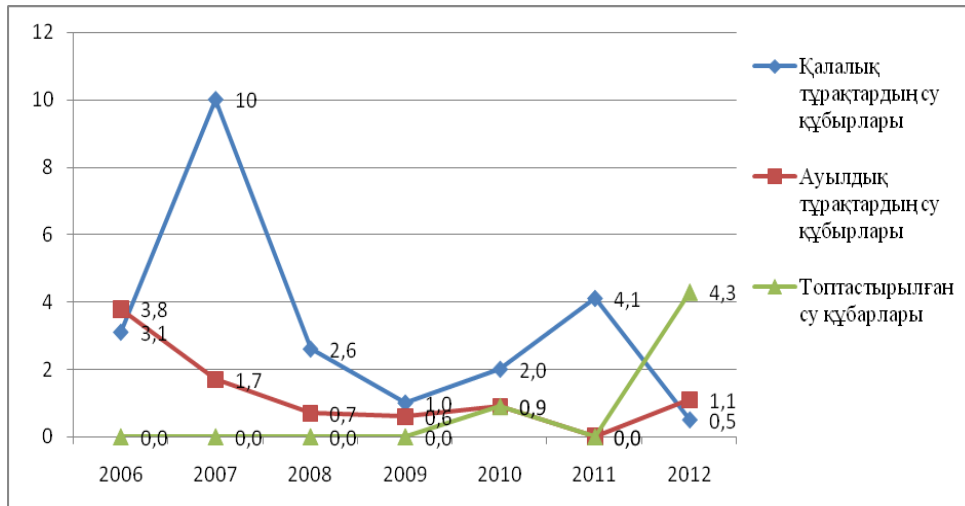
Су құбырларыны нысандарының саны артқан сайын олардың сапасының мемлекеттік стандартқа сәйкестілігіне қадағалау жүргізу жұмысының қарқыны төмендеуге тиісті емес. Осы тұрғыда атқарылған жұмыстарға тоқталсақ, №1 кестеде көрсетілген нысандардан 2006 жылы –22 600, 2007 жылы – 21 610, 2008 жылы – 24 257, 2009 жылы – 20530, 2010 жылы –19296, 2011 жылы –20 799, 2012 жылы –17 878 сынама зертханалық тексеруге алынды. Олардың ішінде санитарлық ережелер мен нормаларға сәйкес келмейтін, яғни рұқсат етілген шектеулерден асқан сынамалар №№1,2,3 сұлбаларда келтірілген. «ОҚО СЭСО» РМҚК-ында МСЭҚК-мен бекітілген зертханалық зерттеулер номенклатурасына сәйкес, ауыз судың адам және жанауарлар бөлінділерімен ластануын, яғни санитарлық-химиялық тұрғыда судың органолептикалық қасиетін, құрамындағы азоттық негіздердің концентрациясын, рН-ын анықтауға, микробиологиялық тұрғыда жалпы микробтардың, жалпы және термофильді колиформалы бактериалардың, колифагтардың мөлшерін анықтауға негізделген.



1 сұлба- 2006-2012 жылдардың санитарлық-химиялық зерттеулерінің нәтижесіне сәйкес ОҚО бойынша орталықтандырылған су сынамаларының РЕШ-ден асудағы үлес салмағының көрсеткіштері, %.



2 сұлба - 2006-2012 жылдардың микробиологиялық зерттеулерінің нәтижесіне сәйкес ОҚО бойынша орталықтандырылған су сынамаларының РЕШ-ден асудағы үлес салмағының көрсеткіштері, %.



3 сұлба - 2006-2012 жылдардың колифагтар индекcін зерттеулерінің нәтижесіне сәйкес ОҚО бойынша орталықтандырылған су сынамаларының РЕШ-ден асудағы үлес салмағының көрсеткіштері, %.

Зерттеудің нәтижесі. №1 сұлбада келтірілген мәліметтер бойынша 2006-2012 жылдар аралығында қалалық тұрақтардың орталықтандырылған су құбырынан алынған сынамалардың санитарлық-химиялық зерттеулері бойынша РЕШ-ден орташа асу көрсеткіші 2,7% көрсетсе, 2012 жылы 0,8%-ды құрап, жалпы көрсеткіш 3,4 есеге төменген, ауылдық тұрақтардың су құбырлары бойынша орташа көрсеткіш 1,3 % көрсетіп, алайда 2012 жылы да сол деңгейде (1,3%) қалып отыр. Топтастырылған су құбырларынан алынған сынамалардың РЕШ-ден асуының орташа көрсеткіші 0,9% болса, 2012 жылғы көрсеткіш 0,3%-ды құрап, РЕШ-ден асу көрсеткіші 3 есеге төменген.

№2 сұлбада келтірілген мәліметтер бойынша 2006-2012 жылдар аралығында қалалық тұрақтардың орталықтандырылған су құбырынан алынған сынамалардың микробиологиялық зерттеулері бойынша РЕШ-ден орташа асу көрсеткіші 2,7% көрсетсе, 2012 жылы 0,3%-ды құрап, жалпы көрсеткіш 9 есеге төменген, ауылдық тұрақтардың су құбырлары бойынша орташа көрсеткіш 1,9 % көрсетіп, 2012 жылы 1,3% құрап жалпы көрсеткіш 1,4 есеге төмендеген. Топтастырылған су құбырларынан алынған сынамалардың РЕШ-ден асуының орташа көрсеткіші 2,5 % болса, 2012 жылғы көрсеткіш 2,1%-ды құрап, РЕШ-ден асу көрсеткіші 1,1 есеге төменген.

№3 сұлбада келтірілген мәліметтер бойынша 2006-2012 жылдар аралығында қалалық тұрақтардың орталықтандырылған су құбырынан алынған сынамалардың коли-фагқа зерттеулері бойынша РЕШ-ден орташа асу көрсеткіші 3,3% көрсетсе, 2012 жылы 0,5%-ды құрап, жалпы көрсеткіш 6,6 есеге төменген, ауылдық тұрақтардың су құбырлары бойынша орташа көрсеткіш 1,2 % көрсетіп, 2012 жылы 1,1% құрап жалпы көрсеткіш өзгеріссіз қалып отыр деуге болады. Топтастырылған су құбырларынан алынған сынамалардың РЕШ-ден асуының орташа көрсеткіші 0,7 % болса, 2012 жылғы көрсеткіш 4,3%-ды құрап, РЕШ-ден асу көрсеткіші 6,1 есеге өскен.

Салыстырмалы түрде қарар болсақ, соңғы жеті жылдағы орталықтандырылған су құбырынан алынған сынамалардың санитарлық-химиялық зерттеулері бойынша РЕШ-ден асуының орташа көрсеткіші 1,6%, микробиологиялық зерттеулері бойынша 2,3%, коли-фагқа зерттеулері бойынша 1,7%-ды құрайды.

Қорытынды. Орталықтандырылған ауыз суын ластаушы көздердің сипатымен қарайтын болсақ, 3 көрсеткіштің бір-бірінен алшақтығы жоқ. Оны заңдылық деп қарастыруға болады, себебі біртекті ластаушы көз бар жерде бұл 3 көрсеткіш те бірқалыпты деңгейде анықталады. Дегенмен де ауылдық тұрақтағы орталықтандырылған ауыз су сапасы өзгелермен салыстырғанда төмендігі анықталып отыр. Ал санитарлық-эпидемиологиялық тұрғыдан қарар болсақ, 7 жылдағы орталықтандырылған ауыз су нысандары 1,4 есеге артып отырған шақта оның сапасының көрсеткіштерінің РЕШ-ден асу жиілігі төмендеп отырғанын ескерсек, санитарлық эпидемиологиялық қадағалау қызметінің жұмысын қанағаттанарлық деп бағалауға болады. Алайда, ауыз судың сапсын өте жоғары деп, тек оның сапалық көрсеткіштерінің РЕШ-ден асуы 0-ге теңелгенде ғана айтуға болады. Және де оған халыққа қызмет ету көрсету тұрғысындағы барлық жұмыстар мен оның нәтижелерін халықаралық стандартқа сәйкестендіру арқылы қол жеткізуге болады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Скоробогатов, Г.А. Осторожно! Водопроводная вода!: ее химические загрязнения и способы доочистки в домашних условиях / Г. А. Скоробогатов, А. И. Калинин. - СПб. : Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003. - 152 с. - ISBN 5-288-03324-2

2. Никаноров, А. М. Глобальная экология: учеб. пособие / Никаноров А.М., Хоружая Т.А. - М. : ПРИОР, 2000. - 285с. - ISBN 5799004337

РЕЗЮМЕ

Анализ многолетней лабораторной исследования централизованной питьевой воды по ЮКО
Ә.Ж.Ештай, К.Б.Жумагулов, Г.С.Сартаева, Г.К.Тортаева, К.К.Запарова, С.Самуратова.
РГКП «Южно-Казахстанский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы», г.Шымкент.

Одним из значимых направлений охраны здоровья населения является обеспечение качественной питьевой водой. Как выявлено за последнее десятилетие, рост неспецифических заболеваний связан с глобальными и региональными загрязнениями окружающей среды. За последние семь лет число объектов централизованных питьевых вод по ЮКО возросло на 1,4 раза, а санитарно-химические и микробиологические показатели качества питьевой воды в целом улучшаются с каждым годом.

SUMMARY

Analysis years of laboratory investigation of centralized drinking water SKR
A.Zh.Eshtay, K.B.Zhumagulov, G.S.Sartaeva, G.K.Tortaeva, K.K.Zaparova, C.Samuratova.
State Enterprise "South Kazakhstan regional center epidemiological eksperizy", Shymkent.

One of the most important direction of public health is to provide high-quality drinking water. As revealed in the last decade, the growth nespetsificheskikh disease associated with global and regional environmental pollution. Over the past seven years, the number of objects tsentrolizovannyh drinking water by Yuko increased by 1.4 times, and the sanitary-chemical and microbiological quality of drinking water in general is going to improve.

ОӘЖ: 613.31.543.3

ОҚО АУДАНДАРЫНДАҒЫ ОРТАЛЫҚТАНДЫРЫЛМАҒАН АУЫЗ СУЫНЫҢ САНИТАРЛЫҚ ГИГИЕНАЛЫҚ САПАСЫ

Ә.Ж.Ештай, К.Б.Жумагулов, Г.К.Тортаева, Г.А.Сыдығалиева, Г.С.Сартаева, К.К.Запарова
«Оңтүстік Қазақстан облыстық санитарлық эпидемиологиялық сараптама орталығы» РМҚК, Абай аудандық санитарлық эпидемиологиялық қадағалау басқармасы, Шымкент қ.

ТҮЙІН

ОҚО аудандарының орталықтандырылмаған ауыз суының көпжылдық зертханалық зерттеулеріне талдама жасалып, барлық аудандарда алынған сынамалардың саны мен жүргізілмеген зерттеулердің саны біркелкі емес екені, ал кейбір аудандарда жеті жыл бойы ауыз суының санитарлық гигиеналық талаптарға сай келмеуі жоғары көрсеткіштерге тұрақтап отырғаны анықталды.

Кілт сөздер: ауыз су, сынама, құдық, зертханалық зерттеу, РЕШ.

Кіріспе. Ауыз су мәселесі қашан да өзекті тақырыптардың бірі болып, күн тәртібінен түскен емес. Халықты сапалы ауыз сумен қамту мемлекеттік саясаттың негізгі басымдықтарының біріне айналды. Бұл мәселені мемлекет басшысы Нұрсұлтан Назарбаев өзінің Қазақстан халқына арнаған әр жылдардағы жолдауының қайсыбірінде болмасын тұрақты түрде басым бағыттардың бірі ретінде қарастырып жүр. 2002-2010 жылдары жүзеге асырылған «Таза су» бағдарламасының жемісті жақтары аз болған жоқ. Оңтүстік Қазақстан облысында да талайларға шапағатын тигізгенін осы маңызды бағдарламаның республика көлемінде орындалуы бойынша алғашқы үштікке кіруінің өзі бұл өңірдегі оң өзгерісті айқын аңғартып тұр. «Таза су» бағдарламасы аяқталғандықтан былтыр Үкімет арнайы қаулысымен «Ақбұлақ» атты жаңа бағдарламаны бекіткен болатын. Оны жүзеге асыру екі кезеңнен тұрады. Бірінші кезең 2011-2015 жылдар аралығын қамтыса, екінші кезең 2016-2020 жылдарға есептелген. Жаңа жобаның нақты мақсаттары айқын: халықты қажетті мөлшердегі және сапасына кепілдік берілетін ауыз сумен қамтамасыз ету.

Халықтың денсаулығын нығайту мен қорғау мемлекетіміздің әлеуметтік-экономикалық үдемелі дамуына бағытталған кезек күттірмес мақсаты. Халықтың денсаулығын сақтаудың маңызды бағытарының бірі оның сапалы ауыз суымен қамтамасыз етілуі болып табылады. ҚР Конституциясына сәйкес халықтың

денсаулығын қорғау мемлекеттік мекемелерге жүктелген міндет. Осы тұрғыда санитарлық эпидемиологиялық қызмет ұйымдары халықтың денсаулығын қорғау аясында ғылыми-тәжірибелік жұмыстар жүргізу арқылы халықтың санитарлық эпидемиологиялық салауаттылығын қамтамасыз ету, санитарлық эпидемиологиялық мониторингті жүзеге асыру, есепке алу мен статистика жүргізу сияқты міндеттер атқарып отыр.

Қазіргі уақытта анықталғандай, соңғы онжылдықта бейинфекциялық аурулардың өсуі қоршаған ортаның жаһандық және аймақтық ластануымен байланысты болып отыр. Қазақстан Республикасының едәуір аймақтары тек халықтың жалпы бейспецификалық ауруларының өсуі байқалып қана отырған емес, сонымен қатар, нақты бір әсер етуші факторларға тән, халықтың денсаулығының спецификалық бұзылулары да айқындалып отырған экологиялық нәубет аймақтары статусына ие.

Зерттеу мақсаты. Облыстық санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің іс-әрекеттерінің жетекші бағыты – қоршаған орта факторларының өзгеру динамикасына және халық денсаулығына әлеуметтік-гигиеналық мониторинг жүргізу болып табылады. Осы мақсатта атқарылып отырған іс-әрекеттердің бірі сумен қамсыздандыру нысандарына және ауыз су сапасына мемлекеттік санитарлық эпидемиологиялық қадағалау жүргізу. Біздің зерттеу жұмысымыздың мақсаты да 2006-2012 жылдар аралығындағы ОҚО бойынша халықты сумен қамсыздандыру нысандарының ауыз су сапасына, оның ішінде, көптеген елді мекендердің бүгінге дейін пайдаланып отырған орталықтандырылмаған ауыз суларымен, атап айтқанда құдық суларының, бұлақ суларының, тораптандырылмаған артизан суларының зертханалық зерттеулерінің негізінде талдама жасау.

Зерттеу барысы. Зерттеу барысына Қазақстан Республикасының «Мемлекеттік статистика туралы» Заңына сәйкес ҚР ДСМ Мемлекеттік санитарлық эпидемиологиялық қадағалау Комитетінің Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша Департаментімен ұсынылған ведомстоволоық статистикалық есептілігі (№18 форма) негізге алынды.

1 кесте - ОҚО аудандары бойынша орталықтандырылмаған ауыз су көздерінің және олардан алынған сынамалардың сандық көрсеткіштері

№	аудан аттары	сынамалар алынған нысандар саны	сан-химиялық зерттеулерден өткен сынамалар саны	Микробиол зерттеулерден өткен сынамалар саны
1	Арыс	4	31,1	40,7
2	Бәйдібек	50,9	88,1	120,9
3	Қазығұрт	28,6	93,1	92,3
4	Мақтаарал	15,6	20,1	25,1
5	Отырар	33,4	64	57
6	Ордабасы	46,7	69,9	112,9
7	Сайрам	25,3	52	56,63
8	Сарыағаш	23	77,7	90
9	Созақ	51,1	139,9	132,7
10	Төлеби	8,7	53,1	69,6
11	Түлкібас	9,9	27	37,3
12	Түркістан	35	159,3	317
13	Кентау	3	31	28,1
14	Шардара	11	37	130,3
	Барлығы	346,2	943,4	1310,5

Ауыз су сапасына зертханалық зерттеулер ҚР МСМ МСЭҚК Оңтүстік Қазақстан облыстық санитарлық эпидемиологиялық сараптама орталығы зертханаларында, бекітілген зертханалық зерттеулер номенклатурасына сәйкес санитарлық-химиялық, микробиологиялық көрсеткіштері бойынша жүргізілген. Зерттеудің нәтижесі. 2006 жылмен салыстырғанда 2012 жылы орталықтандырылған су құбырлары нысандарының саны 1,4 есеге артып, оның ішінде, әсіресе, топтасқан су құбырлары нысандары 4 есеге ұлғайса, осыған сәйкес орталықтандырылмаған ауыз су көздерінің саны 1,3 есеге азайған.

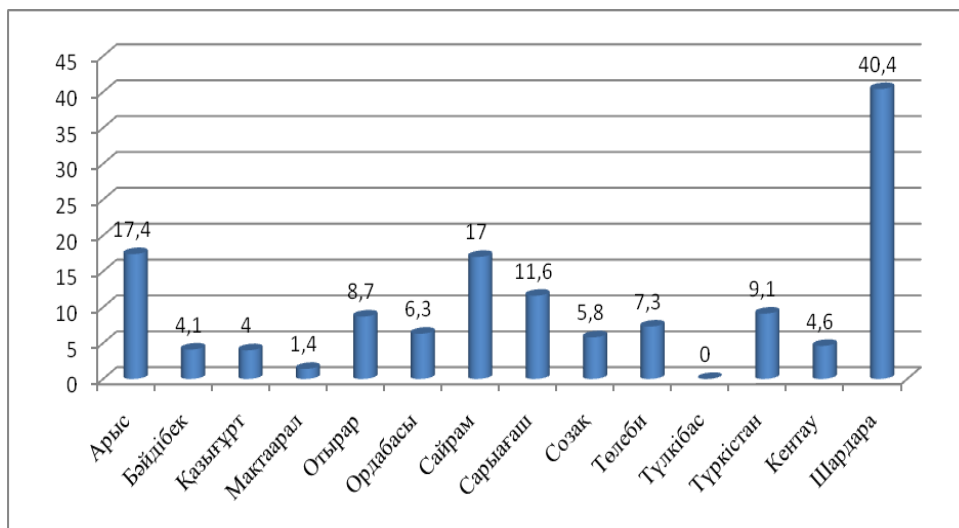
ОҚО аудандарының деңгейіндегі орталықтандырылмаған ауыз суының жеті жылдық зертханалық зерттеулерінің орташа көрсеткіштерімен алғанда бүгінгі таңда Ордабасы, Созақ, Бәйдібек аудандары мен Түркістан қаласында орталықтандырылмаған ауыз су көздерінің саны өзге өңірлермен салыстырғанда 2-5 есеге жоғары болып отыр, №1 кесте.

Орталықтандырылмаған ауыз суы көздері нысандарының саны көп болған сайын олардың сапасының мемлекеттік стандартқа сәйкестілігіне қадағалау жүргізу жұмысының қарқыны төмендеуге тиісті емес. «ОҚО СЭСО» РМҚК-ында МСЭҚК-мен бекітілген зертханалық зерттеулер номенклатурасына сәйкес,

ауыз судың адам және жанауарлар бөлінділерімен ластануын, яғни санитарлық-химиялық тұрғыда судың органолептикалық қасиетін, құрамындағы азоттық негіздердің концентрациясын, рН-ын анықтауға, микробиологиялық тұрғыда жалпы микробтардың, жалпы және термофильді колиформалы бактериялардың, колифагтардың мөлшерін анықтауға негізделген.

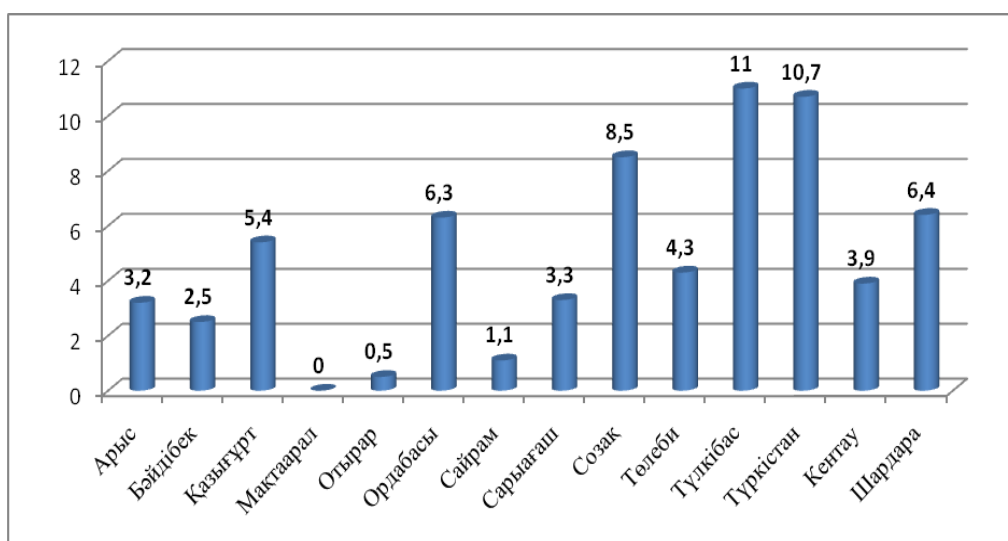
Облыс бойынша барлық аудандарда 2006-2012 жылдар аралығында жыл сайын барлық орталықтандырылмаған ауыз суы көздері орта есеппен 346 нысандарынан 943 сынама санитарлық-химиялық зертханалық, 1310 сынама микробиологиялық зерттеулерге алынып отырған, №1 кесте.

Санитарлық-химиялық зерттеулердің нәтижесінде санитарлық нормалар мен ережелерге сәйкес келмеген сынамалардың үлес салмағы Шардара ауданында 40,4% болып салыстырмалы түрде бірінші орынды иеленсе, 17-17,4%-бен Сайрам ауланы мен Арыс қаласы екінші орынға, 8,7-9,1%-бен Төлеби, Отырар аудандары мен Түркістан қаласы үшінші орынға тұрақтап отыр, №1 сұлба.



1 сұлба - 2006-2012 жылдардың санитарлық-химиялық зерттеулерінің нәтижесіне сәйкес ОҚО аудандарының орталықтандырылмаған су көздері сынамаларының РЕШ-ден асудағы үлес салмағының көрсеткіштері, %.

Микробиологиялық зерттеулердің нәтижесінде санитарлық нормалар мен ережелерге сәйкес келмеген сынамалардың үлес салмағы Түлкібас ауданы мен Түркістан қаласы салыстырмалы түрде бірінші орында, Созақ екінші, Шардара, Ордабасы, Қазығұрт үшінші орынға тұрақтап отыр, №2 сұлба.



2 сұлба - 2006-2012 жылдардың микробиологиялық зерттеулерінің нәтижесіне сәйкес ОҚО аудандарының орталықтандырылмаған су көздері сынамаларының РЕШ-ден асудағы үлес салмағының көрсеткіштері, %.

Қорытынды. Орталықтандырылған ауыз суымен салыстырғанда орталықтандырылмаған ауыз суының

антропогенді және табиғи агенттермен ластану мүмкіндігінің жоғары екендігін ескере отырып, оның сапасының стандарттарға сәйкестілігіне санитарлық-эпидемиологиялық тұрғыда қадағалау жүргізуді бір жүйеге енгізу маңызды мәселелердің бірі. Зерттеу нәтижесі көрсеткендей, барлық аудандардағы орталықтандырылмаған ауыз су көздері нысандарынан сынама алу және оны зертханалық тексерулерден өткізу біркелкі емес. Сонымен қатар, біршама аудандарда жеті жыл көлемінде су сапасының санитарлық гигиеналық талаптарға сай келмеуінің жоғары көрсеткіштерде тұрақтауы алаңдатарлық жағдай.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Корш, Л.Е. Ускоренные методы санитарно-бактериологического исследования воды: научное издание / Л. Е. Корш. - М. : Медицина, 20018. - 272 с.
2. Карагандинский гос.ун-т. Состояние и пути снижения уровня загрязнения окружающей и производственной среды: тезисы докладов регион.науч.-практ. конференции (24-26 сентября)/ Кар.гос.университет им.Е.А.Букетова. - Караганда : Б.И., 2002. - 138с.

РЕЗЮМЕ

Санитарно-гигиеническое качество децентрализованной питьевой воды районов ЮКО
Ә.Ж.Ештай, К.Б.Жумагулов, Г.К.Тортаева, Г.А.Сыдығалиева, Г.С.Сартаева, К.К.Запарова
РГКП «Южно-Казахстанский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы», Управление
санитарно-эпидемиологического надзора по Абайскому району, г.Шымкент.

Был проведен лабораторный анализ качества децентрализованной питьевой воды районов ЮКО. Выявлено, что во всех районах количество взятых проб децентрализованных вод при проведенных лабораторных исследованиях не одинаковы. А в некоторых районах даже отмечены стабильно высокие показатели несоответствия качества воды к санитарным требованиям в течение последних семи лет.

SUMMARY

Sanitary quality decentralized drinking water districts skr
A.Zh.Eshtay, K.B.Zhumagulov, G.K.Tortaeva, G.A.Sydygalieva, G.S.Sartaeva, K.K.Zaparova
State Enterprise "South Kazakhstan regional center epidemiological eksperizy" Management of the sanitary and
epidemiological supervision on Abai district, Shymkent.

There have been laboratory analysis of longitudinal study of the quality of decentralized drinking water areas SKO and found that in all areas, the number of samples taken decentralized water treatment and laboratory studies are not the same, and in some areas noted consistently high rates of non-compliance of the quality of water to the sanitary requirements for seven years.

УДК 616-006-084

РАК И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

Асарбаева Д.К. , Джумашев Е.М.
ГККП «Сарыағашская районная поликлиника», г.Сарыағаш

АННОТАЦИЯ

В современных геокосмопланетарных условиях с резким увеличением техно-, гео-, космозенергетики на фоне тотального загрязнения морей, почвы, рек, воздуха различными отходами наблюдается деформация и поломка, биосферных экологических связей. Это выражается в непредвиденных природных катастрофах (ураганы, потопаы, землетрясения, цунами, перемены климата и т.п.) и широком распространении тяжелых заболеваний, в частности, онкологических. Прогнозируется даже заболевание раком 50% населения к концу XXI века.

Ключевые слова: онкобольные, онкозаболевания, смертность, нетрадиционные и народные методы лечения, профилактика.

По данным ВОЗ на сегодня при выявленных более 9 млн. онкобольных в год, смертность среди них составляет 5 млн. в год.

Многочисленные теории по механизму озлокачествления (малигнизации) клеток продолжают оставаться на уровне гипотез. Это – механизмы о роли затаившихся зародышевых клеток в активизации колоний раковых клеток и роли гликопротеина; о связи хронических воспалительных процессов с раком; регулярное химическое раздражение, канцерогены и рак; механизм радиационного развития рака; теория вирусного происхождения рака; наличие в организме собственных онкогенов и т.д. В связи с неопределенностью механизма возникновения и развития онкозаболеваний, методы их лечения также не отличаются 100%-ой эффективностью и совершенством. Основными традиционными методами в совершенной практике лечения являются: хирургия, представляющая форму борьбы не с причинами болезни, а со следствиями и продлевающая жизнь больного в целом на 5 лет; лучевая терапия, повреждающая не только раковую опухоль, но и окружающую здоровую ткань, а так же угнетающая процессы кроветворения; химиотерапия (нитромин, азан, эндоксан и т.п.), следствием которой является угнетение иммунных реакций; лечение гормонами, что задерживает рост опухоли на 1-2%.

Нетрадиционные и народные методы призваны повысить эффективность традиционных методов лечения. Так, в нетрадиционной медицине, в частности в современной трансфузиологии для лечения злокачественных опухолей разработаны крахмальные препараты- полиглюкин (декстран), гидроксизил-крахмал, полисахариды-сорбенины и др. Используются антиоксиданты-продукты перегонки нефти (керосин, бензин, гумбрин («НРВ»)), продукты перегонки торфа, продукты сухой перегонки мясных и костных отходов убойных цехов -фракции 1,2,3 «АСД».

Определенный эффект был получен при применении высокотоксичных ядов по принципу «клин клином». Это-гидрозин и его производные препараты Орлова из продуктов аутолиза ядовитых среднеазиатских змей; «катрекс» (или «акулин») из печени акулы, полярного медведя, некоторых морских рыб (работы Баллюзена), из телячей печени (Герзон, США), ядовитый медный купорос, болиголов, чистотел, омела и препараты из нее «искадор» и даже ядовитая сулема, от которой впоследствии отказались. Ряд исследований связан с введением в организации онкобольного монобром-уксусной кислоты, как ингибитора окисления глюкозы, питающей опухоль и с применением ингибиторов инактивации РНК-азы.

Немало работ по нетрадиционной медицине посвящено вакцинотерапии рака (Эрлих, Зильбер, Розенберг др.), использованию лазера, ультразвука, магнитотерапии, гипертермии (Коули, Варбург, Арденне и др.), гирудотерапии (Исаханян, Савинов, Абуладзе и др.), уринотерапии («Махабхарата», Армстронг), лечебному голоданию (Гофман, Майер, Зеланд, Чайлд и др.), постам (Христианские: Рождественский, Успенский, Великий пост, Петров пост, мусульманский Рамадан и др.) (Грэхем, Малахов, Библия, Коран).

Возрос интерес и к нетрадиционным старинным рецептам. По древнеиндийскому медицинскому трактату «Аюрведа» развитие рака останавливают, выделенные из растений фенольные соединения группы фурукумаринов, действующие как антиоксиданты- псерален, пирокатехин, хинон, гидрохинон, производные галловой кислоты. Клинические исследования в России показали, что только неочищенные фенолы активны против рака (работы Эмануэлла, Барабой и др.). Например, так называемый «Эффект Барабой» подтвердил экспериментально лечебную активность именно комплексных соединений фенола, а не чистого фенола («Растительные фенолы и здоровье человека»).

Согласно биохимическим данным, капуста содержит ядовитое биогенное соединение-синигрин. Однако целебные свойства капусты были описаны уже в древности в трудах Плиния, Диевхеза, Пифагора, а Александр Македонский считал необходимостью кормить, воинов капустой ежедневно. В русской народной медицине против рака используют щелок из золы березовых дров, березовую губку, березовый гриб-чагу, пажу, содержащие фенольные соединения.

По старинным индийским рецептам восстановлена формула знаменитой расаяны –«амрит калаш», в переводе «сосуд бессмертия». «Амрит калаш» состоит из 20-ти гималайских трав и фруктов, выпускаемых в виде пилюль и пасты. Применение его разрешено в ряде стран, в том числе в США для лечения и профилактики рака.

К старинным методам относится рекомендация Авиценны, сочетавшего иссечение опухоли с кровопусканием, прижиганием, минеральными грязевыми аппликациями с добавками благовоний, микродоз свинца, сока трав, кориандра, толченого незрелого винограда и обязательной вегетарианской диетой из свежих овощей.

Лечение рака растительными препаратами, содержащими ядовитые вещества, связано с тем, что живая клетка организма человека обладает отличным знанием, что ей вредно в данный момент, что и сколько она может принять и использовать, а что отторгнуть. В связи с тем, что официальная медицина не изучила, не систематизировала и не классифицировала многочисленные нетрадиционные и народные методы, ни один из них нельзя считать надежным и обоснованным научно на все 100%. Каждый из этих методов в отдельности или в комплексе с другими кому-то помогает, кому-то нет. У каждого больного свой собственный неповторимый путь выхода из заболевания. Поэтому при выборе того или иного

нетрадиционного метода лечения рака необходимо прислушиваться к своему организму. Он, разумный, подает вам сигнал. Вы обязаны различать эти сигналы и правильно толковать их, советуясь с врачом. В связи с вышеизложенным, особую важность приобретает профилактика факторов риска онкозаболеваний.

В системе здравоохранения Казахстана профилактика факторов риска онкозаболеваний призвана обеспечить укрепление и развитие здоровья нации (см. «Приказ Минздрава Р.К. от 17.02.2012г.»).

К общим факторам риска социально значимых заболеваний Минздрав Р.К. относит : (см. «Алгоритмы действий медработников. 2012г.»): социальные условия; табакокурение; потребление алкоголя в дозах, свыше 140 мл в неделю для мужчин и 80 мл в неделю для женщин; переизбыток, обильный ужин и избыточную массу тела, определяемую по индексу Кетле (вес, кг/рост, м²),превышающему значение 25,0кг/м²; употребление сахара более 60г в сутки и соли более 6г в сутки; диабет; высокое артериальное давление с поражением сердца и почек; низкую физическую активность, в том числе сидячую или стоячую работу; личностные и генетические особенности пациента; стрессы и бездуховность.

Профилактика онкозаболеваний развивается в двух направлениях: защита организма от канцерогенов; стимулирование сопротивляемости организма образованию онкогенов и развитию опухоли; Первое направление связано, в основном, с активностью иммунной системы. На этом этапе важно не допустить или поймать на ранней стадии фазу предболезни (или «предрака») с помощью иммунных тестов крови по соотношению, макрофагов, моноцитов, нейтрофилов; проб на туберкулин, Ф ГА и др. антигены. Эти меры по предупреждению «предрака» входят в первичную профилактику. На практике в стадии первичной профилактики эффективные результаты у 75% пациентов дало использование гирудотерапии, которая ликвидирует микроциркуляционные расстройства в организме. Цель вторичной профилактики – распознавание предрака и прерывание патологического процесса. Цель третичной профилактики – выявление метастаз.

На всех стадиях профилактики необходимо максимальное устранение воздействия канцерогенных факторов. К ним относятся упомянутые выше – никотин (курение), алкоголь, животные жиры, пережаренная или подгоревшая пища, бензопирен (от газовой плиты), от керосиновых и каменноугольных нагревательных устройств, автовыхлопы, химические и радиоактивные отходы в воздухе, воде, стройматериалах, изготовленные из отходов (асбест, гудрон, линолиум, и т.п.). Канцерогенами являются излучения от ТВ, микроволновки, компьютера, от линий электропередач, радиолокационных станций, солнечной активности (УФ) и т.п. Важнейшими звеньями профилактики при этом являются: режим качественного питания (т.е. пищевая профилактика); физическая (воздух, вода, физическая активность); духовная (устранение факторов страха, беспокойства, тоски, обиды).

Пищевая профилактика требует, единения с природой. В природе все живое - звери, птицы, рыбы, насекомые, растения живут в единстве и гармонии с природой не перенасыщаясь. И только человек не знает меры в еде, питье и в удовольствиях. Поэтому единение с природой означает для человека натуразацию питания и исключения из рациона питания колбас, копченостей, сыров, консервов, рафинированного сахара, соли и соленостей, напитков с канцерогенными красителями и химическими консервантами. Не употреблять в пищу то, что выращено с помощью химических удобрений и дефолиантов. Натуразация питания, предполагает значительное снижение употребления мяса (белков) и животных жиров от рекомендуемых медикам - калорийными 80-100г. белков и 80-100г. жиров в день до профилактических норм 29-37 г. белков и столько же жиров, по рекомендации ВОЗ или 28 г. белков и 25 г. жиров в день по диете Шаталовой. По ее диете в весенней пище превалирует первая зелень, это – салат, редиска, ботва свеклы, петрушка, сельдерей, шпинат, капуста, ростки сосны, ели и листья одуванчика. Летом по мере вызревания - овощи, фрукты, кабачки, тыква, зеленый горошек. Ежедневно рекомендуется употреблять лук, чеснок, хрен, морковь, капусту, свеклу (бетонин свеклы препятствует образованию и росту опухоли).

Озава («Новая теория питания и ее терапевтический эффект») рекомендует начинать профилактику рака с усвоения древней науки питания и питья – макробионики. Согласно макробионике, наиболее рациональной считается пища, состоящая на 60% из бобово-злаковых и овощей: с «инь» энергией – кукуруза, рожь, ячмень, овес, пшеница, пшено, рис; с «янь» энергией – гречка.

Из овощей предпочтительно те же «инь» морковь, редиска, цветная и морская капуста, укроп, брокколи, травы. В умеренных дозах с растительной натуральной пищей («инь») он позволяет сочетать мясо («ян»), лучше птицу или морепродукты (рыба, устрицы, спрут, икра). В Казахстане издавна народ употребляет злаковые в виде «коже» с добавлением кисломолочных продуктов и «галканов» из смеси злаков. Актуальным является распространение общественного диетического питания из злаков, овощей, фруктов, зеленых салатов с проросшей пшеницей и традиционными напитками – айран, кумыс, буза, кымран.

Профилактика рака по Герзану (США) позволяет для здорового человека есть все, но в небольших количествах, а для уже больного человека исключить из рациона все токсичное. Это – перечисленные выше: сыры, колбасы, консервы, маринады, сахар, торты, яйца от кур с использованием комбикормов, соль. Соль рекомендуется заменить приправами – имбирь, тмин, корица, анис, кинза, укроп, петрушка, морская капуста, сухой болгарский перец, соевая приправа. Герзон и ряд авторов предлагают сочетать смену диет с

очистительными травами (ромашка, зверобой и др.) клизмами.

Неумывакин при профилактике рака особое внимание уделяет работе клетки в процессе усвоения питательных веществ, роли витамина «С» (ягоды, цитрусовые, квашеная капуста), набору микроэлементов, витаминов и углеводов в морской капусте, выводящих из организма радиоактивные вещества. Подчеркивает полезность сои, близкой по составу белкам мяса, молока, проросшей пшеницы с фитогормонами, тормозящими развитие рака, восстанавливающими иммунитет. Более 45000 раковых больных вылечил Бройс («Полный курс лечения от рака»), используя только смеси соков моркови, свеклы, сельдерея, редьки, картофеля, а так же отваров и настоев трав (мята, Melissa, корни бедренца, шалфей, герань, календула, полевой хвощ, крапива, спорыш, зверобой), в чередовании с лечебным голоданием. В различных руководствах приведено множество рецептов по профилактике рака (труды Шелтона, Белова, Городинской, Казанского, Залманова и др.) на основе салатов, соков, настоев, отваров, почечных чаев. Авторы уверены, что рак можно и предупредить, и вылечить, если правильно питаться. Помимо правильного питания, немаловажную роль в профилактике рака играет физическая активность и водные процедуры. Показателен эксперимент по выздоровлению группы онкобольных, выполнивших 500-километровый пеший марафон за 16 дней, питавшихся по системе Шаталовой и вылечившихся. Соревнования вегетарианцев и мясоедов в другой экспериментальной группе онкобольных, участников марафона дистанцией 112,5 км за 18 часов, показали большую выносливость и результативность вегетарианцев. В течение 6 лет Ван-Аккен наблюдал группы, занимающиеся оздоровительным бегом, в которых онкология была выявлена у 4 человек. В контрольной группе, не занимавшейся бегом, онкозаболевания были выявлены у 29 человек, из них 17- с летальным исходом впоследствии. Если не хватает времени на посещение спортзалов, бассейнов, стадионов, на беговые дорожки, то можно ходить на работу пешком, бегать по магазинам, базарам, делать 5-минутные физические упражнения на работе, кухне, перед телевизором, т.е. использовать любые возможности для физической активности.

Установлено, например, что у людей, которые много ходят пешком или бегут трусцой, в организме вырабатывается гормон «норперинефрин», интенсивный общетонизирующий (работы Карзерена, Англия). При анализе социальных причин заболевания раком, необходимо, чтобы каждый человек имел понятие о психосоматической дезадаптации (ПСД), выраженной в психосоматических заболеваниях и неврозах. Еще Конфуций отмечал как трудно жить в переходный период, при смене формации. Наше общество перешло от социалистического строительства к рыночной экономике. Адаптированный к одним социальным условиям, человек не редко испытывает в других условиях трудности, неудачи, разочарования, тревогу, страх, неудовлетворенность, проблемы и переживания в семье. Возникает агрессивно-протестная реакция. Начинаются деструктивные процессы в организме и соответствующие заболевания. В этих условиях выживают сильные духом, т.е. те, кто смело берет на себя ответственность за свое здоровье, и использует высоко-духовные технологии.

Народные целители считают, что рак скорее болезнь души, чем тела. Поэтому они предпочитают в профилактике рака работу пациента по духовно-нравственному самосовершенствованию. Такая работа издревле проводилась по восточным духовным технологиям в Индии, Египте, Персии, Китае, Японии и по религиозным канонам буддизма, христианства, мусульманства, в частности, суфизма.

Начинают профилактическую работу с изучения геопатогенных зон с подземными трещинами, пустотами и др. аномалиями. Затем следует выбор правильного участка, расположения дома, рабочего места, зоны спальни с помощью биокационных рамок, по поведению домашних животных, по своему самочувствию. Действие отрицательного геоизлучения могут нейтрализовать браслеты, колье, пояса со свойствами антенн, магниты, «оргонные» ящики, пирамиды, аппликаторы Кузнецова, вакуумные костюмы, а так же посещение бань.

Самое главное в духовной работе – вера в высшие духовные силы и возможность взаимодействия с ними для управления здоровьем и исцеления. Всем известно, что человек состоит из видимого физического тела и невидимого биополя, духа и души, т.е. человек дуален. Тело бренное, «из праха земного» и «... в землю отыдеси» (Бытие III). Оно не отличается от тел животных, прах такой же. Телу дано пять органов чувств (зрение, слух, обоняние, вкус, осязание) и два основных инстинкта – самосохранения и продолжения рода.

Но оживотворяют тело душа и дух; по религии они даны человеку Высшей всеобщей вездесущей духовной силой Вселенной – Творцом. Душа и дух – это жизненные силы человека, его духовный стержень, возвышающий человека над всеми другими живностями. Душа и дух, разум и свободная воля даны нам Творцом именно для процесса духовного самосовершенствования до уровня создателя. Бог – создатель, а человек, созданный по образу и подобию Его, способен иметь управленческое сознание ... созидать, в том числе управлять своим здоровьем, красотой земли, совершать добрые дела. Тогда жизнь человека – создателя имеет глубокий смысл. Для достижения управленческого уровня сознания, во многих брошюрах и кружках «Помоги себе сам» даются духовные технологии и молитвы. Их задача – укрепить веру в бессмертного всемогущего творца (по религии), во вселенское духовное программирующее начало – «Ничто», «Абсолют», «Вакуум» (по квантовой теории Единого поля), в управляющие энергоинфор-

мационные световые торсионные потоки ваших мыслеобразов, способных взаимодействовать с Высшими силами Вселенной и излечивать любую онкологию (по квантовой теории торсионных полей). До сих пор в обществе превалировал атеизм. Теперь заканчивается цикл коллективного ограничения Вашей божественности и сомнений в Бога. Теперь настала пора пробудиться к наивысшим божественным уровням вашего «Я», к наивысшим уровням Души и Духа, расширить сознание, обожествить его и управлять своим здоровьем до полного исцеления от онкологии. Работайте ежедневно.

Пример духовной технологии исцеления. Сядьте, расслабьтесь, отключите посторонние мысли, представьте себя на зеленой траве, у красивого озера. Сделайте три глубоких вдоха и выдоха. Произнесите мысленно нижеследующие слова и представляйте в своем воображении то, что произносите. Ваше воображение - дар божественного Разума. Слова и картины можете изменять творчески, как вам нравится. Медитация расширения и вознесения сознания до управленческого уровня.

Я посылаю луч любви и гармонии в виде яркого света в бесконечность и выстраиваю радужный световой мост взаимосвязи с Богом. По этому мосту ко мне опускается бело-золотые шары божественного света. Я полностью открыт для божественной энергии, вдыхаю ее через центр моего сердца; позволяю бело-золотым шарам света наполнить все мои энергетические чакры, тонкие энергетические тела (от эфирного до атмического) мое физическое тело и объединить их в одно Единое исцеляющее поле света внутри, насквозь и вокруг меня. Позволяю исцеляющему божественному потоку засветить железы внутренней секреции (гипофиз, шишковидную, вилочковую, щитовидную, поджелудочную, половые железы и надпочечники), все органы и каждую клеточку моего организма. Я есть единство Света! Я есть то, что я есть! Аминь. Я призываю «я есть присутствие» удалить из моего организма все негативные энергии болезни, настроить мой организм на божественную энергию любви и здоровья! Мой организм здоров и вечно молод! Я позволяю высшим уровням Духа, Души и Сознания слиться с моим физическим телом в Единое божественное совершенство, взаимодействующее синхронно с Творцом, управляющее своим здоровьем и жизнью! Я наполнен мощью божественного света! Я есть Единство Духа! Я есть воля! Я есть воплощение божественной любви! Я есть могущественное присутствие на Земле!

Гармонизирую внутреннюю и внешнюю реальность! Я есть то, что я есть! Аминь! Благодарю творца и учителей, открывших нам эти знания! Благодарю весь род свой, всех предков, свой народ, исторически вложивших в мою генетику все лучшее для здоровья и сознания!

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Семиглазов, В.Ф. Рак молочной железы: профилактика, диагностика, лечение / Семиглазов, В.Ф. - Алма-Ата : Ғылым, 2000. - 184 с. - ISBN 5628009253
 2. Левшин, В.Ф. Профилактика рака молочной железы / Левшин, Владимир Филиппович. - М. : Медицина, 1987. - 61 с. : ил
 3. Райхман, Я.Г. Рак: причины возникновения, профилактика / Райхман, Я.Г., Поляничко М.Ф. - Ростов н/Д : Приазовский край, 1993. - 48 с. - ISBN 5862360468
 4. Кругляк, Л.Г. РАК: Альтернативные методы лечения и профилактики / Кругляк, Лев Г. - СПб. : Весь, 2004. - 160 с. - (Профессионально о важном). - ISBN 5957300403
 5. Вакцины для профилактики рака шейки матки: монография / ред. Питер Л. Стерн [и др.]. - М. : МЕДпресс-информ, 2011. - 192 с. : ил. - ISBN 978-5-98322-709-5
 6. Одинцов С. В. Диагностика первично-множественного рака молочной железы / С. В. Одинцов // Российский онкологический журнал. - 2004. - № 1. - С. 33-37.
 7. Пыков М. И. Зхографическая характеристика в молочной железе у здоровых новорожденных в раннем неонатальном периоде / М. И. Пыков // УЗИ диагностика. - 2005. - № 5. - С. 78-84.
 8. Харченко В. П. Роль комплексного клинико-рентгеносонографического исследования в дооперационной диагностике заболеваний молочной железы, сопровождающихся микрокальцинатами / В. П. Харченко // Российский онкологический журнал. - 2004. - № 2. - С. 4-9.
 9. Динамика изменения белков жидкостей при злокачественных новообразованиях / Ш. Х. Ганцев [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. - 2013. - №10. - С. 26-28.
 10. Новый подход к преодолению резистентности к гормонотерапии рака молочной железы / Т. Ю. Семиглазова [и др.] // Фарматека. - 2012. - №18. - С. 50-55.
 11. Опухолевые маркеры при раке молочной железы / В. Ф. Семиглазов [и др.] // Врач. - 2011. - № 11. - С. 2-6.
 12. Протонная магнитно - резонансная спектроскопия в диагностике рака молочной железы / Н. В. Меладзе [и др.] // Вестник рентгенологии и радиологии. - 2011. - №4. - С. 31-35.
 13. Малыгин С. Е. Профилактика рака молочной железы и лечение мастопатии : новые перспективы и решения старых проблем / С. Е. Малыгин // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2006. - № 4. - С. 77-80.
- Оценка деятельности диагностического центра по выявлению предопухолевой и опухолевой

- патологии молочной железы / Л. Ф. Писарева [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. - 2009. - Т. LVIII : Вып. 2. - 43-46.
14. Полежаев А. А. Опыт использования внутривенного лазерного облучения крови для профилактики послеоперационных осложнений у больных раком молочной железы / А. А. Полежаев, В. И. Неважий, А. А. Денеж // Российский онкологический журнал. - 2008. - № 5. - С. 33-35.
15. Результаты маммографического скрининга рака молочной железы в Южном Казахстане // Наука и образование Южного Казахстана. Шымкент- 2008. - № 5-6.

ТҮЙІН

Рак және оның алдын алу
Асарбаева Д.К. , Джумашев Е.М.
«Сарыағаш аудандық емханасы» МКҚМ, Сарыағаш қаласы

Қазіргі геокосмопланетарлық шарттарда тез ұлғаюмен техно-, гео-, космоэнергетика баста ренде тоталді салтактанудың теңіздің, жердің, өзендердің, ауаның түрлі тастандылармен деформация және бұзылу, биосфера экологиялық байланыстары қаралады. Яғни табиғи апаттары (сотқыр, топандар, зілзалалар, цунами, ахуалдың өзгерістерінің және т.п.) болған жағдайда онкологиялық ауруға шалдығудың кең таралуын білдіреді. Тіпті XXI ғасырдың соңына дейін рак ауруына шалдығу халықтың 50% құрауы мүмкін деп болжанады.

SUMMARY

Cancer and prevention
Asarbaeva DK , Dzhumashev EM
GCE «Saryagashsky polyclinic», g.Saryagash

In modern conditions geokosmoplanetary a sharp increase in technological, geo-, kosmoenergetiki against the total pollution of the seas, soil, rivers, air, different waste observed deformation and breakage, biosphere ecological relationships. This results in unforeseen natural disasters (hurricanes, floods, earthquakes, tsunamis, climate change, etc.), and the widespread serious diseases, particularly cancer. Predicted even cancer by 50% of the population by the end of the XXI century.

УДК 614.2: 615 - 053.2

ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (ФСЛО) ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ (НА БАЗЕ ОДБ).

Мустафина С.С.
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

АННОТАЦИЯ

В научной статье рассмотрен вопрос перехода системы здравоохранения на новый облегченный вид медицинской деятельности, который обеспечивает оптимально комфортные условия для лечения пациента. Статья базировалась на данные материалов Областной детской больницы Южно-Казахстанской области.

Ключевые слова: формулярная система, внедрение, пациент, регистрационный документ, медикаменты, эффективность.

В условиях перехода системы здравоохранения на новые подходы к лекарственному обеспечению, наиболее уязвимой социальной группой оказалось детское население, получающие стационарную помощь в специализированных отделениях. В условиях недостаточности производства собственных лекарственных препаратов и преимущественное использования импортных для лечения больных Казахстан вынужден строго регламентировать использование лекарственных средств (далее - ЛС), выделяемых стационарным учреждениям. По этой причине в Республике введена формулярная система и создана единая

информационная база, через которую Министерство Здравоохранения РК получает информацию об объемах и ассортименте лекарственных средств в стационарных учреждениях нашей страны.

При оценке результатов исследования выводы базировались только на достоверных показателях с величиной предельно допустимой ошибки не более $\pm 5\%$, с вероятностью безошибочного прогноза, равной 95% и выше. Практика проведения выборочных исследований свидетельствует о том, что объем сформированной выборочной совокупности обеспечивает ее репрезентативность и вполне отвечает задачам проводимого нами исследования.

Целью исследования явилось совершенствование модели управления системы лекарственного обеспечения в специализированном отделении клинической детской больницы Южно-Казахстанской области. Для решения вопросов поставленной цели в качестве основного регистрационного документов мы использовали: 1. Данные медицинской карты стационарного больного. 2. Данные медицинской карты амбулаторного больного. 3. Материалы, характеризующие профиль отделения, длительность пребывания в стационаре, дату и время поступления, количество проведенных койко-дней.

Единицей наблюдения в исследовании был взят больной в возрасте от 0 до 14 лет, 11 месяцев, 29 дней, проживающий в области и городе Шымкенте. Ежегодно в больницы г.Шымкента госпитализируется около 20 тысяч больных детей (в 2011 - 19262 человека), в том числе 11200 детей было госпитализировано в больницы, являющиеся объектом данного исследования, то есть выборочная совокупность в настоящем исследовании составила 17,5% от числа больных, госпитализированных в стационары города, в течение года стационара в отношении рациональности назначений лекарственных средств (достоверное уменьшение количества специалистов, практикующих назначение большого количества лекарственных средств); повысилась активность врачей в совершенствовании формулярной системы; в результате проводимой с врачами работы снизилось число специалистов, оценивающих количество нежелательных и побочных действий лекарств у своих пациентов как малое (до 10 случаев за год) - с 72,42% до 47,93% врачей. Заслуживает внимания тот факт, что указанные позитивные сдвиги в подходах врачей к фармакотерапии не зависят от отношений врачей к принципам формулярной системы лекарственного обеспечения.

Для оценки результатов VEN-анализа увеличение затрат на ЛС выделены классы. класс V – Vital-Жизненно важные, класс E – Essential-Необходимые, класс N-Non-essential-Второстепенные.

В данной работе VEN-анализов в динамике за 2008-2012 гг., выявлено существенное (почти в 2 раза, до 62,2% общего объема финансовых затрат на ЛС) увеличение затрат на ЛС класса V. Значительно (более, чем в 5 раз, до, 4%) уменьшились затраты на ЛС класса N. Уменьшилась также, почти в 1,5 раза доля E-класса ЛС в структуре финансовых затрат, составив к 2012 году около трети объема закупок ЛС. Указанные результаты подсказывают что, скорее всего, в дальнейшем эти соотношения будут ориентирами при проведении VEN-анализа и при определении объемов закупок различных ЛС. Но, не исключены изменения этих соотношений при введении в будущем автоматизированного персонализированного учета ЛС в стационаре больницы. Однако, прогнозирование и анализ этого процесса - задача дальнейших исследований.

Результаты проведенных исследований показали что, все показатели стационара имеют стойкую тенденцию к улучшению ($p < 0,05$): а) только за последние 3 года (2008-2012) средняя длительность пребывания в стационаре сократилась с 12,9 до 9,8 койко-дня; б) увеличился оборот койки с 29,4 до 35,2; в) уменьшилась общая больничная летальность - с 0,7% до 0,5%, в том числе послеоперационная - с 0,5% до 0,3%; г) работа койки возросла на 2,3% (325,6 в 2010 г.); д) оборот койки-возросли или уменьшились - на 18,0% (28,3 в 2010 г.); е) средний срок пребывания больного на койке снизился на 13,0% (11,5 дня в 2010 г.). Наиболее ценный практический результат исследования работы заключается еще в том, что доказаны возможности широкого использования на научной основе ФСЛО в деятельности стационаров медицинских лечебно-профилактических учреждений. При введении ФСЛО можно рассчитывать как на немаловажный социальный эффект - повышение удовлетворенности пациентов качеством оказываемой им в стационаре лекарственной помощи, так и на повышение качества медицинской помощи в целом.

Таким образом, можно считать ФСЛО одним из факторов, позитивно влияющих на качество медицинской помощи в стационаре больницы.

Внедрение формулярной системы лекарственного обеспечения сопровождается методологической, социальной эффективностью работы стационара, положительным влиянием на структуру затрат по статье «лекарства» и на качество медицинской помощи пациентам стационара, подтвержденное динамикой качественных показателей его работы: уменьшением средней продолжительности стационарного лечения в среднем по больнице с 12,9 до 9,8 койко-дней (на 34,0%), ростом показателя оборота койки с 29,4 до 35,2 (в 1,4 раза); достоверным снижением общей летальности в 1,4 раз - с 0,7% до 0,5% ($p < 0,05$) при увеличении количества пролеченных пациентов.

Список сокращенных терминов: класс V – Vital-Жизненно важные; класс E – Essential-Необходимые; класс N-Non-essential-Второстепенные; VEN-анализы - директивная сегментация «необходимости» ассортимента.

Часто используют термин VED (последняя буква D - Desirable, желательно). Обычно применяется в медицине (аптеки) и производстве. В жизни применяется совместно с ABC анализом.

VEN-анализ проводится параллельно с ABC-анализом и позволяет определить приоритетные лекарственные препараты в соответствии с международной практикой их деления на жизненно важные (Vital или V), необходимые (Essential или E) и второстепенные (Non-essential или N). ФСЛО- формулярная система лекарственного обеспечения. ЛС- лекарственные средства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мажитов Т.М., Ахелова Ш.Л. Формулярная система в условиях внедрения единой национальной системы здравоохранения// Астана медициналық журналы, 2009.-№5.-С.67.
2. Ахелова Ш.Л. Актуальные вопросы лекарственного обеспечения в организациях здравоохранения//Сборник материалов 51-ой итоговой научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, 2009.-С.148-149.
3. Мажитов Т.М Формулярная система в Республике Казахстан/ Т.М. Мажитов, Ш.Л. Ахелова, Р.Ж.Карабаева // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Достижения клинической фармакологии в России», 2009.-№6.-С.92-93.
4. Касымова Г.П., Кузнецова Л.А. Совершенствование организационных форм лекарственного обеспечения населения //Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения в Республике Казахстан: Материалы II научно-практической конференции, Алматы, ВШОЗ.- 2002.- С.155-156.
5. Жужжанов, О. Т. Стратегия и тактика законодательного обеспечения развития здравоохранения Республики Казахстан / Жужжанов, О.Т., Туткушев Б.С., Бисмильдин Ф.Б. - Костанай : Б.и., 2003. - 194 с. - ISBN 9965152616

ТҮЙІН

Госпитализацияланған ауру балаларға(негізгі база Оңтүстік Қазақстан облысының клиникалық балалар ауруханасы) дәрімен камсыздандырудың формуляр жүйесін енгізудің медико-әлеуметтік тиімділігінің сараптамасы
Мустафина С.

Оңтүстік Қазақстан фармацевтикалық мемлекеттік академиясы, Шымкент қ.

Ғылыми мақалада денсаулық сақтау жүйесіндегі емделушіге шипалы жадғайды камтамасыз етуге арналған жаңа дәрілік үйлесімді медициналық шараларға өтүсуі қарастырылған. Мақала Оңтүстік Қазақстан облысының клиникалық балалар ауруханасының деректеріне негізделген.

SUMMARY

Evaluation of medical and social effectiveness of the implementation of drug formulary system to ensure patients hospitalized children (on the basis of the regional children's hospital)
Mustafina S.
South-Kazakhstan state pharmaceutical academy, Chimkent city

In the scientific article the question of transition of the system of health protection is considered on the new facilitated type of medical activity, that provides optimally comfort terms for treatment of patient. The article was based on data of Regional Child's Hospital.

УДК618.5-089.888.61(574.5)

АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНЫХ РОДОВ ПО МАТЕРИАЛАМ ОПЦ №4 Г.ШЫМКЕНТ

Э.Н.Алиева, С.У.Мамырбекова, Л.Е.Укибаева, С.В.Новик, Б.С. Дуйсенбаева
МКТУ им .Х.А.Ясави, ОПЦ№4, г.Шымкент

АННОТАЦИЯ

В данной статье затронута проблема оправданности кесарева сечения (КС). Ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке, сохранение их репродуктивного здоровья создает большие трудности и

риск как для матери, так и для плода. Это в свою очередь диктует необходимость строгого дифференцированного подхода к КС в каждом конкретном случае.

Ключевые слова: кесарево сечение, беременность, рубец на матке, роды, показания.

Кесарево сечение в развитых странах в настоящее время является наиболее распространенной родоразрешающей операцией. Этому способствует развитие и совершенствование акушерской науки, внедрение в акушерскую практику современных диагностических методов исследования состояния матери и плода, совершенствование техники операции, развитие анестезиологии и реаниматологии, службы переливания крови, совершенствование реанимационно-интенсивной помощи новорожденным, развитие фармакологии, асептики и антисептики, применение новых антибиотиков широкого спектра действия, нового шовного материала[5].

Одной из отличительных особенностей современного акушерства является либерализация показаний к кесареву сечению. Расширение показаний к оперативному родоразрешению направлено на снижение перинатальной смертности, только если она превышает 10%.

Во всех странах мира отмечается рост частоты кесарева сечения, который трудно остановить, так как при последующей беременности со стороны плода присоединяется показание, обусловленное рубцом на матке. Многие акушеры, к сожалению, придерживаются правила: одноКС-всегда КС[1].

Использование операции кесарева сечения позволило существенно снизить показатели материнской смертности, но, несмотря на это, степень риска для здоровья женщин остается в 12 раз выше, чем роды через естественные пути [2,3,4,5]. Согласно рекомендациям ВОЗ, показатель оперативных родов не должен быть более 10%, дальнейшее увеличение нецелесообразно и должно служить поводом для разьяснения причин частого абдоминального родоразрешения[6].

Цель работы – изучение структуры показаний к кесареву сечения (КС) по материалам ОПЦ №4 г. Шымкента за 2011-2012 годы.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй родов женщин, родоразрешенных оперативным путем в ОПЦ №4 ЮКО г. Шымкента за 2011 и 2012 годы.

Результаты исследования и обсуждения. По ОПЦ №4 г.Шымкента частота кесарева сечения за 2 года колеблется в пределах 18%. В 2012 году отмечено незначительное снижение частоты кесарева сечения на 1% за счет самопроизвольных родов с рубцом на матке, также на 4,3 % по отношению к экстренным увеличилось оперативное родоразрешение. Анализируя возрастной состав женщин, обращает внимание, что средний возраст всех оперированных женщин был 30±2,7 лет. По месту жительства сельских жительниц в 2012 году стало больше на 6,4% по сравнению с 2011 годом.

По паритету первородящих 20%, повторнородящих 72%, многорожавших - 8%. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (мед.аборты, выкидыши, бесплодие) отмечен в 28% случаев. Экстрагенитальная патология была диагностирована в 67% случаев, причем у каждой второй имело место сочетание 2-3 заболеваний (33%).

В настоящее время акушеры всего мира обеспокоены высокой и постоянно растущей частотой КС. Для выяснения вопроса о возможности ее снижения, прежде всего необходим анализ показаний к операции. Порядок расположения показаний к КС по частоте в ОПЦ № 4 приведен в таблице 1.

Таблица 1 - Структура кесарева сечения

№	Показания	2011 п и %	2012 п и %
1	Рубец на матке	309 (32,6%)	502 (35%)
2	Неправильное положение плода	151 (15,9%)	230 (16%)
3	Преэклампсия тяжелой степени и эклампсия	113 (11,9%)	127 (9%)
4	Другие акушерские причины (ЭКО, миопия, симфизит, рубцовые изменения шейки матки)	120 (12,7%)	160 (11%)
5	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) + предлежание плаценты (ПП)	89 (9,4%)	108 (8%)
6	Дистресс плода	52 (5,5%)	113 (8%)
7	Слабость родовой деятельности	40 (4,2%)	27 (2%)
8	Клинический узкий таз	33 (3,5%)	69 (5%)
9	Хориоамнионит в родах	14 (1,5%)	36 (3%)

Из данных таблицы следует, что на первом месте среди оснований для КС является рубец на матке 32,6% и 35%, тогда как по данным литературы колеблется от 6,3 до 68 %[2]. На втором месте неправильное положение плода 15,9% и 16%, большую часть из которых -65,7% составляют тазовые предлежания.

Согласно новым технологиям и риску родов для плода через естественные родовые пути, родоразрешение при тазовом предлежании в настоящее время изменилось в пользу кесарева сечения (60-80%). Третье место занимают преэклампсии тяжелой степени и эклампсии 11,9% и 9%. Показаниями к кесареву сечению в этих случаях явились: имеющие все клинические проявления преэклампсии и эклампсии, тревожные признаки полиорганных поражений, безуспешное проведение интенсивной терапии в течение нескольких часов и неготовность родовых путей, нарушение со стороны плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Также показаниями к абдоминальному родоразрешению явились: ПОНРП+ПП 9,4% и 8%, наблюдается увеличение частоты дисстресса плода на 2,5% за счет улучшения пренатальной диагностики, уменьшение слабости родовой деятельности за счет улучшения мониторинга в родах с внедрением партограммы.

Количество релапаротомий после кесарева сечения за 2012 год -9, из них: по поводу межмышечной гематомы 4, кровотечения 4, эвентерация сальника 1.

13 (0,9%) операции кесарева сечения закончены гистерэктомией. Причинами явились атоническое кровотечение, отслойка нормально расположенной плаценты, осложненная маткой Кювелера. Введение антибиотиков после операции применяли в 67,5 % случаях, интраоперационно применялись в 97% случаях. Показанием для продолжения антибиотикотерапии были: хориоамниониты, субинволюция матки, лейкоцитоз, инфильтрация швов на матке.

Соответственно в послеоперационном периоде осложнения составили 16%, наиболее частым из которых является субинволюция матки 9% случаев. Субинволюция чаще встречается у пациенток с хроническими очагами инфекции мочеполовой системы, с обострением при настоящей беременности, с длительным безводным промежутком и затяжным течением родов, тяжелой анемией, патологической кровопотерей.

Анализ причин смерти новорожденных свидетельствует об отсутствии их связи с методом родоразрешения. Перинатальная смертность в 2012 году снизилась на 0,5%, однако при кесарева сечении осталось неизменной 13,3%. В структуре причин перинатальной смертности наблюдается снижение тяжелой асфиксии при рождении за счет внедрения в практическое здравоохранения клинических протоколов ВОЗ по первичной реанимации новорожденных, улучшения пренатальной диагностики и мониторинга в родах. Увеличение СДР у новорожденных на прямую зависит от осложнений беременности и фоновых заболеваний матери, это вынуждает акушер-гинекологов прерывать беременность по жизненным показаниям со стороны матери независимо от срока, тем самым, увеличивая процент преждевременных родов, когда адаптационные возможности плода еще несовершенны.

Итак, расширение показаний к кесареву сечению в целях снижения перинатальной смертности оправдано до определенных пределов и не всегда зависит от метода родоразрешения. Необоснованные частые оперативные вмешательства, не имеющих выраженных факторов риска для плода, не сопровождаются дальнейшим снижением перинатальных потерь, но чреваты серьезной угрозой для здоровья и жизни женщины, особенно при недооценке противопоказаний к операции.

Увеличение частоты операций кесарева сечения обусловлено постоянным расширением показаний к этой операции. Среди которых преобладают рубец на матке, т.к. имеется опасность разрыва матки по рубцу, также прежде всего у пациенток с рубцом на матке в основном сохраняются показания, которые явились основанием для 1-й операции. Это диктует необходимость строгого подхода к осуществлению 1-ой операции. В нашем случае в связи с улучшением антенатальной диагностики, благодаря использованию таких современных методов, как ультрозвуковая фетометрия, доплерометрия, кардиотохография преобладают показания, обусловленные неправильным положением и состоянием плода.

По рекомендациям ВОЗ расширены показания к КС при гипертензивных состояниях, неудачных попытках индукции. Появились новые показания такие, как экстракорпоральное оплодотворение и искусственное инсеминация.

Таким образом, проблема кесарева сечения продолжает оставаться актуальной, показания к операции во время беременности и в родах всегда будут. Однако, высокая оперативная активность приводит к увеличению числа женщин репродуктивного возраста с рубцом на матке. Сохранение репродуктивной функции, ведение последующей беременности и родов у данного контингента женщин представляют для врачей большие трудности. Повторное кесарево сечение является не оптимальным методом родоразрешения ни для матери, ни для плода, что требует проведение непрерывного анализа собственной практики каждого акушера-гинеколога.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баскетт, Т.Ф. Оперативное акушерство Манро Керра: пер. с англ. / Т. Ф. Баскетт, Э. А. Калдер, С. Арулкумаран. - М. : Рид Элсивер, 2010. - 392 с. : ил. - ISBN 978-5-91713-062-0
2. Абрамченко, В.В. Кесарево сечение в перинатальной медицине: руководство для врачей

- /Абрамченко, Валерий Васильевич, Шамхалова И.А., Ланцев Е.А. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2005. - 226 с. - ISBN5939791093
3. Обезболивание родов / Кулаков В.И. [et al.]. - М. : Триада-Х, 2002. - 152 с. - ISBN5860210264
Шурыгин, И.А. Спинальная анестезия при кесаревом сечении/ И. А. Шурыгин. - СПб.: Диалект, 2004. - 192 с. - ISBN 5-98230-012-8
 4. Стрижаков, А.Н. Хирургическая техника операции кесарева сечения/ Стрижаков, Александр Николаевич, Баев О.Р. - М. : Миклош, 2007. - 168 с. : ил. - ISBN 9785900518590

ТҮЙІН

№ 4 ОПО Шымкент қаласы мәліметтері бойынша жасалынған кесар тілігінің талдауы
Э.Н.Алиева, С.У.Мамырбекова, Л.Е.Укибаева, С.В.Новик, Б.С. Дүйсенбаева
Қ.А.Ясауи ХҚТУ акушерлік және гинекология кафедрасы, ОПО№4, Шымкент қ.

Бұл мақалада кесар тілігінің дұрыс жасалуына байланысты жағдай қаралған. Жатырында тыртығы бар әйелдердің жүктілігін және босануын жүргізу, олардың репродуктивті денсаулығын сақтау үлкен қиындықтар туғызады және бұл жағдай ана үшін де, бала үшін де қауіпті. Бұл өз кезегінде әр нақты жағдай үшін кесар тілігіне қатаң ажыратпалы кірісуді талап етеді. Түйінді сөздер: кесар тілігі, жүктілік, жатырдың тыртығы, босану, көрсету.

SUMMARY

Analysis of operational labour on the materials RPC №4, Shymkent
E.N.Alieva, S.U.Mamirbekova, L.E.Ukibaeva, S.V.Novik, B.S.Duysenbaeva
H.A.Yasawi KTIU department of obstetrics and gynecology, RPC №4, Shymkent

This article touches upon the problem of the justification caesarean. Management of pregnancy and childbirth in women with a uterine scar, the preservation of their reproductive health creates great difficulties and risky for both the mother and the fetus. It is in its turn necessitates strict differentiated approach to the caesarean in each case. Key words: cesarean section, pregnancy, the scar on the uterus, childbirth, testimony.

УДК 314.422.26(574.5)

АНАЛИЗ ПЕРИНАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ ПО МАТЕРИАЛАМ ОПЦ №4 Г.ШЫМКЕНТА

С.У. Мамырбекова, Э.Н.Алиева, Б.С. Дүйсенбаева, К.Ю.Чернова, М.Ш.Гасанов
МКТУ им. Х.А.Ясауи, ОПЦ№4, г.Шымкент

АННОТАЦИЯ

В данной статье проведен анализ перинатальной смертности. Внедрение новых инновационных технологий в акушерскую практику позволяет снизить перинатальную смертность, но требуют разработок дальнейших мер профилактики осложнений беременности и родов, а также по неонатальному уходу за новорожденными.

Ключевые слова: перинатальные потери, перинатальная смертность, неонатальная смертность, неонатальный уход, роды.

Особенностью перинатальной патологии является обусловленность многофакторным влиянием на состояние плода и новорожденного длительности беременности, экстрагенитальной патологии, динамики развития самого плода [1,4]. Крайним проявлением негативных влияний является перинатальная смертность (ПС). По данным разных авторов, факторами риска перинатальных потерь являются самопроизвольный аборт и преждевременные роды в 30% случаев, гинекологические заболевания матери – в 46%, экстрагенитальная патология, особенно заболевания почек, - в 28% [2,3].

Многие акушеры сегодня напрямую связывают снижение перинатальной смертности с увеличением частоты кесарева сечения. Исследования и анализ структуры кесарева сечения и зависимость этих показателей за последние годы показали, что снижение ПС происходит за счет антенатальной и ранней неонатальной смертности. Благодаря внедрению клинических протоколов в практику перина-

тологов, акушеры стали пристальное внимание отводить антенатальной охране плода, а неонатологи с помощью современных реанимационных технологий - выхаживать недоношенных и больных детей.

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры и причин ПС в ОПЦ №4 г. Шымкента.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ перинатальных потерь за 2011 и 2012 годы в ОПЦ №4 г. Шымкента. Для анализа использовали истории родов и истории развития новорожденных, данные статистических отчетов.

Результаты исследования и обсуждение. В 2011 году ОПЦ №4 г. Шымкента было 5225 родов, из них срочных 4889 (93,6%), запоздалых 32(0,6%), преждевременных 304(5,8%). В 2012 году-8256 родов, из них срочных 7543 (91,4%), запоздалых 206 (2,5%), преждевременных 507(6,1%). Из данных видно увеличение количества родов в 1,7 раз, запоздалых в 6,4 раз, преждевременных 1,7 раз. Это объясняется тем, что в 2011 году был введен в эксплуатацию с марта месяца ОПЦ №4, расширилась территория обслуживания в 2012 году, согласно принципам регионализации дополнительный объем патологических родов пришелся на род.дом МКТУ. Родилось детей всего 2011 году - 5290, живых 5235, мертворожденных 55 (1,04%), в 2012 году - 8359, живых 8270, мертворожденные 89 (1,06%).

Таблица 1- Структура перинатальной смертности

Наименование	2011 год	2012 год
Перинатальная смертность	119 (22,5‰)	168(20,0‰)
500-900гр	43	69
1000-1499гр	18	43
1500-2499гр	29	36
2500 и более	29	20
Мертворожденные, из них	55(10,4‰)	89(10,6‰)
-Антанатально, из них	50	76
Доношенные	15	10
Недоношенные	35	66
-Интранатально, из них	5	13
Доношенные	1	1
Недоношенные	4	12

Из данных таблицы видно увеличение мертворожденных в 1.6 раз за счет антенатальной гибели плодов. Рост количества недоношенных мертворожденных детей в 2 раза. Это объясняется тем, что в ОПЦ №4 централизуются беременные и роженицы с группой высокого риска, с осложненным течением беременности и родов, с экстрагенитальной патологией.

Таблица 2 - Структура ранней неонатальной смертности

Наименование	2011 год	2012 год
Ранняя неонатальная смертность (РНС)	64 (12,2‰)	79(9,5‰)
Доношенные	13	9
Недоношенные	51	70
500-900гр	29	31
1000-1499гр	10	24
1500-2499гр	12	15
2500 и более	13	9
Структура РНС:	64 (12,2‰)	79(9,5‰)
Тяжелая асфиксия	30 (47%)	7(8,9%)
Синдром дыхательных расстройств (СДР)	14(22%)	46(58%)
ВПП плода	8 (12,5%)	13 (16,5)
Внутричерепное кровоизлияние	6(9,4%)	8 (10,1%)
Врожденная пневмония	5 (7,8%)	2 (2,5%)
Родовая травма	-	1 (1,3%)
Прочие	1(1,6%)	2 (2,5%)

По показателям данной таблицы отмечается тенденция к увеличению в следующих категориях: РНС увеличилась в 1,2 раза, за счет увеличения количества недоношенных в 1,4 раза. Это объяснимо выбором

активной тактики акушерами-гинекологами при осложненной беременности, прерыванием беременности независимо от сроков по жизненным показаниям со стороны матери.

В структуре причин РНС наблюдается снижение тяжелой асфиксии при рождении за счет внедрения в практическое здравоохранение клинических протоколов ВОЗ по первичной реанимации новорожденных. Увеличение СДР на прямую зависит от осложнений беременности и фоновых заболеваний матери, это вынуждает акушер-гинекологов прерывать беременность независимо от срока, тем самым увеличивая процент преждевременных родов, когда адаптационные возможности плода еще несовершенны. В структуре причин патологии беременности на первом месте стоит гестационная гипертензия 12,6%, на втором преэклампсия тяжелой степени 10,7%. Из фоновых заболеваний первое место занимает анемия 53,4%, на втором - хронический пиелонефрит 10,5%, на третьем заболевания дыхательной системы 9%.

Увеличение ВПР плода объясняется совершенствованием пренатальной диагностики и централизацией их для прерывания на данный уровень госпитализации.

Таблица 3 - Структура поздней неонатальной смертности

Наименование	2011 год	2012 год
Поздняя неонатальная смертность (ПНС)	20	18 (2,1%)
500-900гр	5	8
1000-1499гр	3	2
1500-2499гр	6	5
2500 и более	6	3
Структура РНС:		
Тяжелая асфиксия	1(5%)	-
СДР	9(45%)	10 (56%)
ВПР плода	2(10%)	2 (11%)
Внутричерепное кровоизлияние	3(15%)	2 (11%)
Врожденная пневмония	4(20%)	3 (17%)
Родовая травма	-	-
Прочие	1(5%)	1 (6%)

Учитывая, что стационар относится к третьему уровню госпитализации, где сконцентрированы женщины с патологией беременности и родов, с тяжелой экстрагенитальной патологией, с нарушением маточно-плодово-плацентарного кровотока, чаще в стадии декомпенсации наблюдается тенденция увеличения СДР в ПНС, сохраняется, несмотря на улучшение реанимационной интенсивной помощи.

Таким образом, внедрение эффективных перинатальных технологий и клинических протоколов в практику позволяет добиться снижения частоты асфиксии в структуре перинатальных исходов, но положительная динамика СДР в структуре требует дальнейшего изучения и совершенствования интенсивной неонатальной помощи новорожденным, а также дальнейшую разработку мер профилактики осложнений беременности и родов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мухамедгалиева Ш. С. Репродуктивные потери в оценке состояния общественного здоровья / Ш. С. Мухамедгалиева // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - 2012. - № 4
2. Аманжолова З. Д. Реализация программы по снижению материнской и младенческой смертности в республике Казахстан / З. Д. Аманжолова // Вестник ЮКГМА. - 2010. - № 1. - С. 114-117.
3. Вмешательства на митральном клапане: гендерные и возрастные особенности клинических показателей и летальность / Л. А. Бокерия [и др.] // Вестник ЮКГМА. - 2010. - № 3. - С. 169-173.

ТҮЙІН

№ 4 ОПО мәліметтері бойынша жасалынған перинаталдық шығындардың талдауы
С.У. Мамырбекова, Э.Н.Алиева, Б.С. Дуйсенбаева, К.Ю.Чернова, М.Ш.Гасанов
Қ.А.Ясауи ХҚТУ акушерлік және гинекология кафедрасы, ОПО№4, Шымкент қ.

Бұл мақалада акушерлік тәжірибеге жаңа инновациялық технологияларды енгізу арқылы перинаталдық өлім көрсеткішінің төмендегені көрсетілген. Бірақ әлде де жүктілік пен босанудың асқинуларының алдын алу шараларын қарастыру мен нәрестенің неонаталдық күтімін жақсар. Түйінді сөздер: перинаталдық шығындары, шарананың шетінеуі, сәбилердің шетінеуі, неонаталдық күту, босану.

SUMMARY

Analysis of perinatal losses on the materials RPC №4, Shymkent
S.U.Mamirbekova, E.N.Alieva, B.S.Duysenbaeva, K.Y.Chernova, M.SH.Gasanov
H.A.Yasawi KTIU department of obstetrics and gynecology, RPC №4, Shymkent

In this paper, an analysis of perinatal mortality, which marked one with the introduction of new innovative technologies in obstetric practice, has reduced the PM, but it requires the development of further measures to prevent complications of pregnancy and childbirth, and neonatal care of newborns. Key words: breast cancer, perinatal mortality, neonatal mortality, neonatal care, disease prognosis.

УДК616.315-007.254-009.614

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ИСПРАВЛЕНИИ РАСЩЕЛИНЫ ГУБЫ И НЕБА

Ж.Б.Накипов, Д.А.Бабаханов, Э.Латинов, Е.Ж.Табынбаев
Клинико-диагностический центр МКТУ им. А.Ясави, г.Туркестан

РЕЗЮМЕ

В этой статье упор делается на особенности анестезии у детей при операциях на врожденных аномалиях верхней челюсти как «заячья губа» и «волчья пасть».

Ключевые слова: расщелина губы, расщелина неба, дооперационные исследования, анестезия,

Расщелина губы («заячья губа») и расщелина неба («волчья пасть») - это наиболее часто встречающиеся дефекты, при реставрации которых необходима анестезия. Несмотря на развитие анестезиологии и методов применения анестезии, данная группа пациентов имеет для сферы анестезии важное значение, так как обладает требующими особого внимания особенностями, среди которых врожденные пороки, преждевременное появление на свет, проблемы с дыханием, различные хронические респираторные проблемы, желательность проведения оперативного вмешательства в раннем возрасте (в частности у детей до 2-х лет) для получения успешных функциональных и эстетических результатов.

Дооперационные исследования. Стандартные дооперационные исследования выявляют у детей, имеющих расщелину губы или неба, чаще всего сразу несколько медицинских проблем. Анестезиолог прежде всего должен установить на какой постконцептуальной неделе (сумма гестационного и календарного возраста ребенка) находится пациент и безопасно ли проводить операцию в этот период. Известно, что сила и частота эпизодов апноэ и брадикардии после операции соотносится с постконцептуальным возрастом пациента [2-4]. Чем меньше возраст, тем больше таких эпизодов. По этой причине некоторые медицинские авторитеты считают, что ранее 60 недель проводить электроанестезию небезопасно [3], другие же утверждают, что для обеспечения безопасности достаточно 44 недель [5]. Другими словами, минимальный возраст, при котором следует проводить операцию, в различных медицинских центрах устанавливается по-разному.

При расщелине губы и неба наблюдается до 150 различных синдромов [6] Как и при синдроме Пьера Робена, наличие микрогнатии и глоссопириоза затрудняет и вентиляцию посредством маски и ларингоскопию пациентов с расщелиной неба. Из-за хронической обструкции дыхательных путей в состоянии покоя такие дети имеют легкую гипоксемию и гиперкапнию. Это состояние может перейти в легочную гипертонию, более того – в легочный порок сердца, что провоцируют серьезные проблемы в периоперативный период.

У 3-7 % детей с расщелиной губы и неба наблюдается врожденный порок сердца [3]. Главный из них – атриальный или вентрикулярный септальный дефект. Так как кардиальные аномалии, порой, невозможно установить вплоть до операции, необходимо тщательно опросить мать ребенка. Если ребенок быстро устает при кормлении либо плаче, это может стать симптомом периорального цианоза. До операции дети с врожденным пороком сердца должны наблюдаться у кардиолога, кроме того необходимо оптимизировать их состояние здоровья. В самых сложных случаях детям с тяжелым пороком сердца до исправления расщелины неба необходимо провести операцию на сердце.

Преоперативное голодание: минимализирует объем желудка, чтобы в процессе анестезии

содержимое желудка не пришлось удалять из легких. Однако для того, чтобы дети не приходили на операцию беспокойными и обезвоженными, период голодания не должен быть продолжительным. Различные исследования показали, что оральное удаление прозрачных жидкостей за 2-4 часа до операции никак не влияет на объем жидкости в желудке, кроме этого обеспечивает более спокойное состояние ребенка [7]. Чаще всего детей до 6 месяцев разрешают кормить детским питанием за 6 часов и материнским молоком за 4 часа до операции, а в последние 2 часа удаляют прозрачные жидкости [3].

Лабораторные исследования: Небольшая анемия (90-110 г/л) у пациентов этой группы не является препятствием для анестезии. Поэтому в преоперативный период нет необходимости в процессе подготовки пациента делать переливание крови. Однако, необходимо учитывать, что для оптимального заживления ран желательнее, чтобы уровень гемоглобина был не ниже 100г/л и верхние дыхательные пути были здоровы.

Премедикация: Принципы фармакологической премедикации практически не отличаются от пациентов с другими заболеваниями. При разлучении ребенка в возрасте до 1 года с родителями вероятность психологической травмы не очень высока, поэтому для этой группы премедикация не обязательна. В некоторых центрах для предотвращения вагусной сверхактивности в процессе манипуляций в верхних дыхательных путях используют стандартную внутримышечную антиколлинеазию [2]. Для более взрослых детей премедикация полезна. В этой области имеется много альтернатив. На наш взгляд, самым популярным остается лекарственное средство группы бензодиазепинов, растворимый в воде и обладающий коротким периодом действия мидазолам, используется назально либо орально и легко переносится детьми [4-6].

Информирование родителей о постоперационном состоянии ребенка – перевязанные руки, шов на языке, отек лица, кровотечение из ротовой полости и т.д. – уменьшат их тревогу и замешательство.

График операции: Согласно классическому направлению - операцию по исправлению «заячьей губы» проводят в возрасте от 3 до 6 месяцев, а исправление «волчьей пасти» осуществляется на 12-18 месяце жизни ребенка. Однако, в последние годы с развитием языковой среды, возможностей питания и отношений между родителем и ребенком, операции начали проводить в более раннем возрасте. Уже проводятся успешные операции на первых неделях жизни пациента с расщелиной губы [7-8]. Однако, в неонатальный период кардиоваскулярная и респираторная система младенца еще не сформирована, поэтому следует учитывать, что ситуации, повышающие *легочную сосудистую* резистентность, могут привести обратно к эмбриональному обращению. Поэтому до проведения неонатальной операции обязательным условием является заключение специалиста и соответствующая подготовка. Даже если прогнозируются успешные функциональные и эстетические результаты, то риски от анестезии должны быть тщательно изучены и продуманы, а само проведение операции должно осуществляться опытной командой, состоящей из анестезиолога, хирурга, медсестры и вспомогательного персонала.

Анестезия. Индукция: Операционное помещение должно быть теплым (25°C) и готовым к операции, обогревающее покрывало должно быть размещено на операционном столе. Младенцы могут быть усыплены на руках одного из родителей. Более взрослым детям можно нанести местную анестезию в виде крема EMLA (эвтектическая смесь для локальной анестезии) для дальнейшего проведения внутривенной анестезии. В этом случае можно провести индукцию внутривенными анестетиками. Если внутривенная анестезия невозможна, применяется ингаляционная анестезия посредством специальной маски. В последние годы используют быстродействующий изофлюран или севофлюран. Как только ребенок отключится необходимо начать вести мониторинг пульса посредством оксиметра, насыщение крови кислородом, наблюдать за кровяным давлением, электрокардиографией и температурой. Кроме мониторинга полезно установить прекардиальный стетоскоп. До и после анестезионной индукции необходимо сохранять тепло ребенка, чаще всего для этого используют обогревающее покрывало, хорошо пропускающее воздух.

Дыхательные пути: Анестезия всем детям, включая новорожденных, проводится посредством эндотрахеальной интубации, при этом используется нейромускулярный блокиратор. Исключение составляют пациенты, у которых возможны проблемы с интубацией либо с применением маски. У детей с расщелиной неба зачастую в районе расщелины наблюдается сжатие языка и гортани, что провоцирует обструкцию дыхательных путей. Анестезиолог пальцами сильно надавливает снизу под мандибулой, что помогает правильно распределить давление языка на гортань и верхнее небо, препятствуя вентиляции пациента. По этой причине некоторым пациентам с расщелиной неба необходимо устанавливать воздуховоды. Если у пациентов с расщелиной губы ларингоскоп устанавливается без проблем, то у пациентов с расщелиной неба, особенно с левой латеральной расщелиной, установить ларингоскоп сложно из-за его попадания в расщелину и последующей блокировки. В таких случаях в расщелину устанавливают тампон либо дентальный фиксирующий бинт, что облегчает ларингоскопию. Если же у пациента имеются различные дефекты бронхиальной арки (жаберной дуги), среди которых синдромы Пьера Робена, Тричера-Коллинза или Голденхара, то в этих случаях ларингоскопию провести довольно сложно, поэтому в преоперационной палате должны находиться различные препараты для экстренного восстановления дыхания. Наличие стеклооптического бронхоскопа и ларингеальной маски может спасти жизнь пациента [5].

А при деформации Клиппеля-Фейла, когда происходит фузия шейных позвонков, нежелание

вытягивать голову опять же затрудняет интубацию. За исключением указанных синдромов, заранее определить сложность интубации ребенка вызывает некоторые затруднения. Для интубации важным показателем является цефалометрическая радиография, особенно если носоглотка открыта менее, чем на 90° [3]. Гунавардана в своей работе с группой ASA I, куда входило 800 детей с расщелиной губы и неба, но не имеющих других сопровождающих аномалий, установил, что соотношение трудностей с интубацией у детей III и IV баллами по классификации Кормака и Лихена [4] составляет 86%, тогда как у детей с более низким баллом это соотношение составило всего 2% [5]. В этой работе также указывается, что чем выше возраст, тем меньше трудностей с интубацией, а у пациентов старше 5 лет такие трудности вообще не были выявлены. Однако, не следует забывать, что при наличии синдрома Тричера-Коллинза с возрастом интубация только усложняется [2]. Особый интерес в работе Гунаварданы вызывает тот факт, что все трудности, связанные с ларингоскопией, связаны с билатеральной расщелиной губы, либо ретроградацией. Это все позволяет уже в период преоперативных исследований более точно определить пациентов с возможными трудностями с интубацией. Опять же затруднения с питанием детей тоже является признаком того, что у них имеются проблемы с верхними дыхательными путями.

Ларингоскоп и эндотрахеальные трубки: Некоторые анестезиологи предпочитают клинки Макинтоша, мотивируя это тем, что с их помощью можно легко рассмотреть голосовые связки, другие анестезиологи используют прямые клинки Миллера или Флэгга [1]. Чтобы клинок не нанес травму, зацепив небную расщелину, а также для более свободной манипуляции клинками, используются тонкопрофильные детские клинки Роберта Шоу, Сьюарда или Окфорда. Неправильно проводить интубационное вмешательство, не видя голосовых связок. Эта операция считается элективной. Поэтому нельзя осложнять состояние пациента, нанося травму дыхательным путям.

Для операции по исправлению «заячьей губы» могут использоваться обычные эндотрахеальные трубки, но предпочтительны трубки RAE (Ring-Adain-Eiwyn) из поливинилхлорида, оральная форма которых устанавливается за ранее. Эти трубки позволяют проводить анестезию за пределами участка, где проводится операция. В операциях по исправлению расщелины неба наряду с трубками RAE используются спиральные силиконовые трубки, которые не перегибаются внутри ротовой полости. Если использование трубок RAE в операции не предусматривается, то применяется метод отделения системы анестезии от участка, где проводится операция, посредством прямоугольного коннектора Макгилла и воздуходувной фитинговой трубки. Однако, при использовании этого метода образуется «мертвое пространство» размером приблизительно 7см [1]. Альтернативой может послужить связывание системы анестезии посредством прямого Y-коннектора, далеко удерживая эндотрахеальную трубку, что позволяет отдалить коннекторы от требуемого участка и уменьшить «мертвое пространство».

Чтобы предотвратить повреждения при ларинготрахеальной мукозе и предупредить реактивный отек дыхательных путей в постоперационный период, величина эндотрахеальной трубки выбирается из расчета 15-20 см, причем от давления в дыхательных путях по краям трубки происходит небольшая утечка воздуха. Далее ведется мониторинг утечки, чтобы она не стала критической, при необходимости в заднефарингеальной области устанавливается тампон, причем таким образом, чтобы не мешать операции, таким образом, предупреждается аспирация крови в ротовой полости или в желудке. Однако, до проведения экстубации следует удостовериться, что тампон удален и установить какой-нибудь знак, подтверждающий это. В трубках RAE соотношение внутреннего диаметра с длиной такого как и в обычных трубках. При использовании этих трубок следует принять меры, чтобы случайно не установили трубки эндобронхиально, если диаметр трубок не соответствует пациенту, следует использовать гибкие пролонгированные трубки (Flex-Bend).

При косметическом исправлении «заячьей губы» соблюдение симметрии является обязательным условием. По этой причине эндотрахеальная трубка должна устанавливаться строго посередине. Трубка прикрепляется либо к нижней челюсти, причем так, чтобы не вызывать лицевого искажения, либо закрепляется в фарингеальной области. Так как лейкопластырь может намокнуть и остаться под перевязкой, до его использования на кожу следует нанести специальный клей (раствор бензоина). Очень редко (в частности после тяжелой интубации) трубку пришивают к деснам нижней челюсти. В операциях по исправлению расщелины неба эндотрахеальная трубка стабилизируется открыванием рта.

Позиция: Положение пациента имеет очень важное значение для операции. При операции по исправлению расщелины неба, а в некоторых случаях и расщелины губы, следует максимально вытянуть и выпрямить голову пациента. Если эндотрахеальная трубка расположена непосредственно под голосовыми связками, то при вытягивании головы трубка может выйти за пределы голосовых связок. Поэтому в большинстве случаев эндотрахеальная трубка проталкивается до одного из бронхов, пациенту дают передохнуть и трубка оттягивается назад, располагаясь в 1-1,5 см до дна. Здесь важно правильно установить позицию, после чего прослушать оба гемиторакса и вновь проверить расположение трубки. Для максимального вытягивания головы при приведении пациента в надлежащее положение необходимо не подкладывать под его плечи что-либо, а приподнять пациента полностью посредством полностью облегающего тело пациента покрывала, что облегчит его дыхание [1]. После того как эндотрахеальная

трубка стабилизирована, с помощью перорального зонда проводят декомпрессию желудка.

Проведение анестезии: На этом этапе целью анестезии является создать: а) чистые и открытые дыхательные пути, б) достаточную глубину анестезии, в) нормальную температуру тела, г) нормокапнию (нормальное напряжение двуокиси углерода в крови), д) достаточный запас крови, е) баланс жидкости. Для этого используются различные реагенты, которые выбираются в зависимости от предпочтений анестезиолога. В этой возрастной группе проводят контролируемую вентиляцию, наиболее подходящую физиологии пациента [2]. В зависимости от длительности операции и уровня возможной послеоперационной боли могут использоваться опиаты. Раннее использование опиатов (2-3 мг/кг) способствует мягкой экстубации и максимально устраняет дискомфорт в ощущениях ребенка. Спокойная компиляция уменьшает кровотечение в дыхательных путях. Другим методом является применение опиатов после экстубации, когда врач уверен в достаточной вентиляции.

Потеря крови: В операциях по исправлению расщелины губы потери крови являются минимальными. В операциях по исправлению расщелины неба потеря крови тоже не слишком высокая, практически не требующая переливания крови [1]. С целью успокоить участка, где будет проводиться операция, а также уменьшить потерю крови, используется стандартный метод сосудосужающей местной анестезии путем прокалывания участка. И хотя известно, что дети менее восприимчивы к аритмогенному воздействию сосудосуживающих средств, следует тщательно следить за возможностью преждевременной вентрикулярной систолой. Даже аритмии, появляющиеся в процессе применения галотана, по большей части результат не сосудосужающих средств, а инъекции, то есть в случае возникновения аритмии следует избегать уменьшения уровня анестезии, а вместо этого применить к менее аритмогенному реагенту. При возникновении аритмии в голову приходит мысль, что у ребенка гиперкапния [6]. В нашей практике выяснилось, не смотря на применение изофлюрана, у пациентов не было выявлено аритмии, что связывалось с тем, что анестезия была не поверхностной, и вместо адреналина использовался эфедрин (1% лидокаина + 1/100 000 норадреналина). Локальная анестезия при исправлении расщелины губы никак не влияла на потерю крови во время операции, а при исправлении расщелины неба – сводила к минимуму.

Послеоперационное наблюдение. Экстубация проводится по окончанию процедуры, когда пациент полностью проснулся и все его рефлексы находятся в рабочем состоянии. До пробуждения пациента необходимо контролировать наличие кровотечения в ротовой полости. Хирург обеспечивает необходимое состояние гемостаза, после чего извлекает тампоны. Чтобы передать пациента с высушенным прооперированным участком анестезиологу для экстубации, хирург минимизируют вентиляцию. Чтобы не навредить прооперированному участку, следует максимально уменьшить назофарингеальную аспирацию.

Чтобы ребенок случайно не повредил прооперированную область, ему могут перевязать руки. Поэтому давление крови можно измерить на ногах. Как только анестезиолог удостоверится, что можно вести наблюдение за давлением, что внутривенные каналы и дыхательные пути чистые и открытые, он перекладывает пациента на бок и перевозит в послеоперационное помещение.

На раннем послеоперационном этапе следует избегать седативного воздействия. В процессе интенсивной терапии и восстановления пациента следует, как можно раньше создать возможность присутствия родителей, что тоже уменьшает необходимость использования обезболивающих и седативных препаратов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Интенсивная терапия в педиатрии: практическое рук / под ред. В. А. Михельсона. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2007. - 552 с. - ISBN 978-5-9704-0530-7
2. Морган-мл. Дж. Эдвард. Клиническая анестезиология. Кн.1: рук. для врачей/ Дж. Эдвард Морган-мл. Мэвид С. Михаил; пер. с англ. – М.: Бином; СПб.: «Невский Диалект», 1988. - 431 с. ISBN 5-7998-0107-6 (Изд. Бином) ISBN 5-7940-0026-0
3. Kurth CD, LeBard SE. Association of postoperative apnea, airway obstruction, and hypoxemia in former premature infants. *Anesthesiology* 1991; 75: 22-6.
4. Steward DJ. Preterm infants are more prone to complications following minor surgery than are term infants. *Anesthesiology* 1982; 56: 304-6.
5. Gregory GA, Stewart DJ. Life threatening perioperative apnea in the “ex premie”// *Anesthesiology* 1983; 59:495-8.
6. Ward CF: Pediatric head and neck syndromes. Katz J. Stewart D. ed: *Anesthesia and Uncommon Pediatric Diseases*. Philadelphia: WB Saunders, 1993, s.3
7. Screiner MS, Triebwasser A. Keon TP. Ingestion of liquids compared with preoperative fasting in pediatric outpatients. *Anesthesiology* 1990; 72: 593-7
8. Ingebo KR, Rayhorn NJ, Hecht RM, Shelton MT, Silber GH, Shub MD, Sedation in children: adequacy of two-hour fasting. *J Pediatr* 1997; 131 (1Pt 1): 155-8/

ТҮЙІН

Жырық ерін және тандайды қалпына келтіру кезіндегі ансыздандыру
Ж.Б.Накипов, Д.А.Бабаханов, Э.Латипов, Е.Ж.Табынбаев
А.Ясауи атындағы клиника-диагностикалық орталық, Түркістан қ.

Бұл мақалада сәбилердің туа біткен жоғарғы жақ ақауларында ота кезінде жүргізілетін анестезия ерекшеліктері қарастырылған.

SUMMARY

Anesthesia at correction of the crevice of the lip and the sky
ZH.B.Nakipov, D.A.Babahanov, A.Latipov, E.Tabynbayev
Clinical diagnostic Center by named A.Yasavi, Turkestan.

In this article questions of feature of anesthesia are considered at operations congenital anomalies of the top jaw as «a cleft lip and a wolf jaw».

УДК 616.728.3 /75-089

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУТОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ
РАЗРЫВАХ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ**

Ж.Б. Накипов, А.П. Ахметов

*Клинико-диагностический центр Международного казахско-турецкого университета им. А.Яссауи,
Туркестан*

АННОТАЦИЯ

Проведен анализ оперативного лечения повреждения ахиллова сухожилия у 60 больных, оперированных традиционными методами и по новой методике с использованием полипропиленового аллотрансплантата за период с 1995 по 2013 года в клинко-диагностическом центре МКТУ им. А.Яссауи и в отделение сочетанной травмы ГБ№1 г. Караганды.

Ключевые слова: ахиллово сухожилие, разрыв сухожилия, ахиллопластика, полипропиленовая сетка, сухожильный шов.

Введение. Повреждения ахиллова сухожилия являются самыми частыми среди повреждений крупных сухожилий человека. В последние десятилетия, особенно в индустриальных странах в связи с изменением характера физических нагрузок отмечается устойчивый рост заболеваемости [1, 2].

Открытое оперативное лечение широко распространено в нашей стране и по всему миру. При изучении литературы можно обнаружить более 60 вариантов операций, что говорит, однако, не столько о поиске хирургами оптимального варианта лечения, сколько о боязни возможного повторного разрыва [3, 4].

Лечение разрывов ахиллова сухожилия, особенно застарелых, представляет еще до конца нерешенную задачу. Применение малотравматичных инновационных методов лечения при повреждениях крупных сухожилий в сочетании с активным послеоперационным ведением больных, включающим ранние дозированные движения и нагрузку весом, является оптимальным методом терапии повреждений ахиллова сухожилия [4].

Материал и методы. В клинко-диагностическом центре международного казахско-турецкого университета (МКТУ) им. А.Яссауи (г.Туркестан) и в клинике хирургических болезней №1 Карагандинского государственного медицинского университета (КГМУ) проведен анализ оперативного лечения при повреждении ахиллова сухожилия, путем ретроспективного изучения 60 историй болезни больных, оперированных традиционными методами и по новой методике с использованием полипропиленового аллотрансплантата за период с 1995 по 2013 годы.

С 1996 по 2005 г.оды в клинике хирургических болезней №1 КГМУ хирургическое лечение с использованием традиционных методов пластики (контрольная группа) при повреждениях ахиллова сухожилия получили 30 пациентов (таблица 1).

Таблица 1 - Традиционные методы оперативного лечения больных контрольной группы при разрыве ахиллова сухожилия.

№	Название операции	Всего	%
1.	Сухожильный шов по Кюнео	8	26,7
2.	Пластика по Чернавскому	12	40
3.	Пластика по Краснову	6	20
4.	Пластика по Бруннмайеру	2	6,6
5.	Пластика по Двойникову	2	6,6
Всего		30	100

В контрольной группе возраст больных составил от 17 до 60 лет. Основной контингент наших больных – 26 человек (86,7%) были в возрасте от 18 до 45 лет и лишь 4 (13,3%) – старше 45 лет. Правосторонние повреждения имели место у 19 (63,3%) больных, левосторонние – у 11 (36,7%). Мужчин было 24 (80%), женщин 6 (20%).

Непосредственными причинами, приводившими к подкожным разрывам ахиллова сухожилия, остаются: прыжки вверх (баскетбол, волейбол, футбол) – у 11 больных; при ходьбе по лестнице, при выходе из автобуса – 8, в момент старта, перед бегом – 2, при поднятии тяжести, борьба – 6, прямой удар по задней поверхности ахиллова сухожилия – в 3 случаях.

При разрыве ахиллова сухожилия 16 больных (53,3%) поступили до 24 часов, после 24 часов - 7 пациентов (23,3%), в сроке от 3 недель до 7 мес. обратились 7 (23,3%) больных. Поздняя обращаемость и поздняя госпитализация обусловлены диагностическими и тактическими ошибками. У 7 больных при первичном осмотре были установлены ошибочные диагнозы: частичный разрыв ахиллова сухожилия – 3 наблюдения, ахиллобурсит – 2 наблюдения, ушиб, растяжение связок голеностопного сустава – 2 наблюдения.

За период с 2005-2013 гг. в клинко-диагностическом центре МКТУ и в клинике хирургических болезней №1 КГМУ было произведено 30 операций аутоаллопластики ахиллова сухожилия (основная группа) при его подкожном разрыве с использованием полипропиленового аллотрансплантата (патент РК № 61403 на изобретение от 01.07.2008г.)

В основной группе мужчин среди наших больных было 25 (83,3%), женщин – 5 (16,7%). Правосторонние повреждения имели место у 21 (70%) больных, левосторонние – у 9 (30%). Основной контингент наших больных – 24 человек (80%) были в возрасте от 20 до 45 лет и лишь 6 (20%) – старше 45 лет.

В основной группе непосредственными причинами, приводившими к подкожным разрывам ахиллова сухожилия были: прыжки вверх (баскетбол, волейбол, футбол) – у 12 больных; при ходьбе по лестнице – 6, в момент старта, перед бегом – 4, поднятие тяжести, борьба – 4, прямой удар по задней поверхности ахиллова сухожилия – в 4 случаях.

У 6 больных при первичном осмотре были установлены ошибочные диагнозы: частичный разрыв ахиллова сухожилия – 3 наблюдения, ахиллобурсит – 1 наблюдения, растяжение связок голеностопного сустава – 1 наблюдение, посттравматическая тендопатия – 1 наблюдение.

Всем больным с повреждением ахиллова сухожилия производили общеклинические, лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые исследования.

Результаты и их обсуждение. Ближайшие и отдаленные результаты лечения оценивались по трехбальной системе: хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно.

При разрывах ахиллова сухожилия к группе с хорошим результатом мы относили тех больных, которые не предъявляли субъективных жалоб. У больных данной группы силовая нагрузка и объем движений оперированной ноги не уступали здоровой, отмечались нормальные анатомические взаимоотношения, больные выполняли прежнюю работу, а спортсмены занимались прежним видом спорта.

К удовлетворительным результатам отнесены те случаи, когда больные предъявляли какие-либо жалобы (боль, хромота), а объективно обнаруживалось некоторое понижение силовой нагрузки переднего отдела стопы и небольшая гипотрофия мышц, невозможность занятий спортом при полном восстановлении трудоспособности.

К неудовлетворительным результатам отнесены те случаи, когда больные предъявляли постоянные жалобы, рецидив разрыва ахиллова сухожилия, выраженная атрофия мышц, резкое снижение силовой нагрузки переднего отдела стопы, снижение трудоспособности.

Изучение отдаленных результатов восстановления ахиллова сухожилия различными традиционными методами лечение показало, что хорошие результаты получены у 19 (63,3%), удовлетворительные - у 7 (23,3%), неудовлетворительные – у 4 (13,3%). У 2(50%) больных неудовлетворительные результаты связаны с застарелыми видами разрыва ахиллова сухожилия.

В контрольной группе срок иммобилизации составляет 6-7 недель. Отдаленные результаты лечения разрыва ахиллова сухожилия с применением полипропиленовой сетки изучены у всех 30 больных. Из них

анатомио-функциональные результаты оценены как хорошие у 25 человека (83,3%), удовлетворительные – у 4 (13,3%), неудовлетворительные 1 (3,3%).

В основной группе срок иммобилизации (4 недели) и начало функциональной разработки после 4 недель мы основываем, исходя из экспериментальных исследований, которые свидетельствуют о том, что в это время (30 дней) ячеистая структура полипропиленовой сетки была заполнена соединительнотканными элементами. Для дальнейшей дифференцировки последней требуется функциональная нагрузка [5].

Средняя продолжительность временной нетрудоспособности больных после аутоаллопластики ахиллова сухожилия по поводу его подкожного разрыва составляет 2-2,5 месяца и зависит от профессии больного, его возраста и давности повреждения. К спорту они приступали через 4-5 месяцев в зависимости от его вида.

Выводы. Применение разработанного способа аутоаллопластики ахиллова сухожилия позволяет сократить сроки иммобилизации в 1,5-1,7 раза, снизить сроки дней нетрудоспособности на 1-1,5 месяца, увеличить число хороших результатов в 1,3 раза, соответственно снизить удельный вес удовлетворительных (1,7 раза) и неудовлетворительных результатов (4 раз).

Таким образом, сравнительная оценка клинической эффективности аутоаллопластики с применением полипропиленовой аллотрансплантата при разрывах ахиллова сухожилия дает основания рекомендовать ее как пластический материал при восстановлении непрерывности крупных сухожилий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Houshian S. // Injury. - 1998. – Vol. 29. – P. 651-654.
2. Leppilahti J., Puranen J., Orava S. // Acta Orthop. Scand. – 1996. – Vol. 67. – P.277-279.
3. Zwipp H., Sudkamp N., Thermann H. // Unfallchirurg. – 1989. - Vol. 92. – P. 554-559.
4. Гайворонский, И. В. Анатомия мышечной системы [Текст] : мышцы, фасции и топография: учеб. пособие / И. В. Гайворонский, Г. И. Ничипорук. - 3-е изд., перераб. и доп. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2008. - 89 с. : ил. - ISBN 978-5-93979-123-6
5. Орнштейн, Э. Семиотика и диагностика в травматологии и ортопедии [Текст] / Орнштейн, Э., Войня А. - Кишинев : Штиинца, 1992. - 452 с.
6. Краснов А.Ф., Котельников Г.П., Чернов А.П. Сухожильно-мышечная пластика в травматологии и ортопедии. - Самара, 1999. - 376 с.
7. Ержанов О.Н., Баймуканов Е.А., Ахметов А.П., Ержанова А.О., Баймуканова А.Е. Экспериментальное обоснование аллопластики полипропиленовой сеткой при разрывах крупных сухожилий и боковых связок коленного сустава // Травматология және ортопедия. - 2009. - №2. - С. 439-443.

ТҮЙІН

Ахилл сіңірінің зақымдануына аутоаллопластика жасау тәсілінің салыстырмалы клиникалық нәтижелілігі
Ж.Б.Накипов, А.П.Ахметов

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ клиника-диагностикалық орталығы, Түркістан қ., Қазақстан Республикасы

Ахилл сіңірінің зақымдануына байланысты ХҚТУ-нің клиникасында, Қарағанды қ. №1ҚА мен «ОМО-ның» бірлескен жарақаттар бөлімшелерінде 1996-2013 жж. аралығында дәстүрлі әдістермен және полипропиленді тормен аутоаллопластика жасалған 60 науқасты емдеудің клиникалық нәтижелілігіне салыстырмалы бағалау жүргізілген.

SUMMARY

Comparative clinical effectiveness autoalloplastica with rupture of achilles tendon

J.B. Nakipov, A.P. Axmetov

Clinical diagnostic center of the International Kazakh-Turkish university named A. Yasau, Turkestan, Republic of Kazakhstan

In branch of combined traumas of Karaganda, city hospital №1 and RMC from to, at 60 patients are made by the comparative estimation of clinical efficiency of traditional and autoalloplasty polypropylene grid by breaks of achilles sinews.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 581.5:616.314.17-008

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРОДОНТИТА У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЛИЯНИЯ СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НИЗКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ

Ю.В. Лахтин

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

АННОТАЦИЯ

Изучено состояние тканей пародонта у больных генерализованным пародонтитом, проживающих на территориях с повышенным содержанием в окружающей среде солей тяжелых металлов. Установлено, что показатели распространенности воспаления в десне, кровоточивости десневого сосочка, глубины пародонтальных карманов и комплексного пародонтального индекса значимо выше, чем в контрольной группе. Автор делает вывод о негативном влиянии тяжелых металлов на ткани пародонта.

Ключевые слова: соли тяжелых металлов, пародонтит, пародонтальный статус, экология.

Состояние тканей и органов ротовой полости тесно связано с функционированием различных систем организма, поэтому формирование стоматологического здоровья происходит одновременно с соматическим. Естественно, что неблагоприятные факторы внешней среды могут оказывать негативное действие и на них. Это существенно влияет на уровень стоматологического здоровья детей и взрослых [1]. Среди неблагоприятных экологических факторов особое место занимают тяжелые металлы (ТМ). Они вызывают развитие врожденных пороков и аномалий, ухудшение слуха у детей, изменения в органах репродуктивной системы, нарушение состояния неспецифической реактивности организма и возникновение других патологических состояний [2, 3]. Как отражение общесоматических изменений под действием солей ТМ происходят изменения и в органах ротовой полости [4].

Большое количество публикаций посвящено изучению влияния на здоровье населения как отдельных ТМ, так и их сочетания с другими поллютантами. Но известно, что между ТМ существуют разные взаимодействия – от потенцирования их эффекта до антагонистических отношений [5]. На это косвенно указывают и результаты наших экспериментальных исследований – при введении животным смеси ТМ одни из них накапливаются в эмали зубов и альвеолярной кости в избыточных концентрациях, а со стороны других возникает дефицит их аккумуляции в тканях [6, 7]. Поэтому изучение влияния конкретной комбинации ТМ на ткани и органы ротовой полости имеет актуальное значение для практики.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей пародонтального статуса у больных хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП), которые постоянно проживают на территориях, загрязненных солями Fe, Zn, Pb, Cu, Mn, Cr.

Материалы и методы. Было обследовано 74 больных ХГП средней степени тяжести (II степени по Н.Ф. Данилевскому, 1994) в возрасте 30-44 лет, среди них женщин – 40, мужчин – 34. Для сравнительной оценки пародонтального статуса всех больных разделили на две группы. В 1 группу вошли 50 человек, которые постоянно проживали на "загрязненных" территориях – территория "А". Во 2 (контрольную) – 24 из условно "чистых" районов – территория "Б". Всем пациентам проводили комплексное клинко-лабораторное обследование. Пародонтальный статус оценивали по гигиеническому индексу (ГИ) Грина-Вермилльона, папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу (РМА) в модификации Рагма, пробе Шиллера-Писарева, йодному числу Свракова (ЙЧС), индексу кровоточивости десневого сосочка (РВИ) по Сахег и Muhlemann, глубине пародонтальных карманов (ПК), степени подвижности зубов [8]. Комплексный пародонтальный индекс (КПИ) включал все перечисленные параметры. Для уточнения степени тяжести заболевания и оценки выраженности деструкции альвеолярной кости больным делали ортопантомографию, проводили цитологическое исследование содержимого ПК, определяли бактериальную обсемененность эпителия ПК [9], эмиграцию лейкоцитов в полость рта [10], изучали реакцию абсорбции микроорганизмов (РАМ) эпителиальными клетками слизистой оболочки десны [11].

Статистическую обработку материала проводили по параметрическим критериям (среднее значение – М, ошибка среднего – m), значимость различий – по непараметрическому W-критерию Вилкоксона с помощью пакета статистической программы AtteStat 10.8.4. for MS Excel. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что у больных ХГП 1 группы ГИ равнялся $4,50 \pm 0,18$ баллам, а 2 – $4,44 \pm 1,17$ ($p=0,6$), что соответствовало неудовлетворительному уровню гигиены. Вполне понятно, что на ее уровень влияют не природные факторы, а личностные особенности человека (воспитание, привычки, мотивация, знания, навыки).

Значения индекса РМА были выше в 1 группе пациентов и соответствовали $76,50 \pm 2,08\%$, во 2 – $67,96 \pm 3,25\%$ ($p=0,029$). Детальный анализ РМА у больных с районов "А" показал, что у 26% обследованных значение этого показателя равнялось 75%, у 46% пациентов – 76-89% и у 28% больных – 90%. У больных с территории "Б" было несколько иное соотношение значений РМА. Так, величину индекса до 75% регистрировали у 8,3% обследованных, 76-89% – у 24% больных, а самый высокий показатель 90% – у 41,7%. На первый взгляд, у больных пародонтитом с условно "чистых" территорий доминирует самый высокий индекс РМА. Однако на результат его расчета влияет количество зубов, возле которых обследуется десна, а у населения с "загрязненных" территорий мы регистрировали большее число удаленных зубов, в том числе и по поводу пародонтита.

ЙЧС является количественным выражением пробы Шиллера-Писарева, показывающей локализацию и распространенность воспаления в десне. У 6% больных с условно "загрязненных" территорий воспалительный процесс ограничивался десневыми сосочками, у 50% он распространялся на свободную часть десны и у 44% – на альвеолярную часть. Среди пациентов с "чистых" районов воспаление десневых сосочков имели 20,83%, свободной части десны – 45,83%, а альвеолярной десны – 33,33%. Среднее значение ЙЧС не имело статистически значимых различий между группами больных ($p=0,1$), соответствовало $4,17 \pm 0,25$ баллам в 1 группе пациентов и $3,42 \pm 0,32$ во 2-й.

Косвенным критерием, показывающим интенсивность воспалительного процесса в десне, является индекс РВИ. У 2% больных с территории "А" отмечалась кровоточивость только отдельных сосочков, у 82% – кровоточивость была множественная, практически всех десневых сосочков и у 16% – обильное, заполняющее весь межзубной промежуток. Значительно меньше ($p=0,0003$) признаки кровоточивости отмечались у больных пародонтитом с территории "Б". Отдельные десневые сосочки кровоточили при зондировании у 25% обследованных и у 75% – кровоточивость регистрировалась в десне около всех зубов, обильного кровотечения не отмечали ни у одного пациента.

К показателю, характеризующему выраженность деструкции тканей пародонта, относится глубина ПК. Больные с территории "А" имели более глубокие карманы ($4,49 \pm 0,07$ мм), чем с "Б" ($4,08 \pm 0,09$), $p=0,001$.

Интегральным показателем состояния тканей пародонта, выраженности воспалительно-деструктивного процесса в них является КПИ. Его значения существенно выше у населения с "загрязненных" районов ($14,78 \pm 0,28$ баллов), чем с "чистых" ($12,54 \pm 0,41$), $p=8E-05$.

Изучение ортопантограмм выявило особенности скиалогической картины в альвеолярном отростке больных ХГП, проживающих в условиях избыточного содержания солей ТМ. На снимках чаще выявлялись признаки rarefакция кости в виде крупнопетлистого остеопороза, расширения периодонтальной щели в области бифуркаций корней зубов, размытых контуров костных балок и полулунной формы вершин межзубных перегородок. В результате остеопороза оптическая плотность кости была снижена.

Кроме различий по клиническим признакам, у больных ХГП с изучаемых территорий наблюдались некоторые отличия и в данных лабораторных исследований.

Цитологическая картина содержимого ПК не имела характерных особенностей. У пациентов всех групп в препаратах клеточный состав был разнообразен, они были представлены гистиоцитами и гематоцитами. Среди клеток преобладали гематоциты, в основном нейтрофильные лейкоциты. В поле зрения препаратов встречались дегенеративно-измененные лейкоциты, бесструктурные вещества, иногда – единичные эритроциты. В неразрушенных лейкоцитах – фагоцитированные бактерии. Лимфоциты, моноциты и макрофаги встречались в единичных полях зрения. Среди эпителия преобладали клетки промежуточного и камбиального слоя, в них обнаружены цитопатологические признаки: вакуолизация цитоплазмы, цитоплазматические включения, микробная контаминация. Некоторые ядра эпителия были деформированы, подвергались кариорексису и кариолизису, встречались "голаядерные" клетки. Отличие в цитологической картине между группами больных заключались в единственном – состоянии нейтрофилов. Если у больных с территории "Б" преобладали неразрушенные и дегенеративно-измененные лейкоциты, то с территории "А" – разрушенные. При бактериоскопии содержимого ПК в препаратах отмечался обильный микробный фон, микрофлора была смешанной: кокковидная, палочковидная, нитевидная и извитая. Кроме микрофлоры обнаруживалась и протофауна: десневые амёбы во всех препаратах и ротовые трихомонады – в 52%. Это была типичная цитологическая картина для всех обследуемых пациентов, однако бактериальная обсемененность эпителия ПК у больных с территории "А" имела тенденцию к увеличению ($70,20 \pm 2,05\%$ клеток), в отличие от обследованных с районов "Б" ($62,75 \pm 3,10\%$ клеток), $p=0,09$.

Эмиграция лейкоцитов в ротовую полость является объективным критерием, отражающим степень выраженности воспаления в десне. У больных ХГП из районов "А" количество лейкоцитов в 1 мкл орального смыва было выше ($409,02 \pm 7,09$), чем у больных с территории "Б" ($364,83 \pm 12,12$), $p=0,0008$.

Исследование неспецифической резистентности слизистой оболочки десны по данным РАМ показало, что у больных с территории "А" РАМ-положительных клеток было меньше ($60,40 \pm 219\%$), чем с "Б" ($75,64 \pm 2,81\%$), $p=3E-05$. Это свидетельствует о более низком уровне резистентности слизистой оболочки

пациентов с "загрязненных" местностей.

Действие ТМ на ткани пародонтального комплекса реализуется через их влияние как на воспалительный компонент патологии, так и деструктивный. Во-первых, воспаление может усиливаться и поддерживаться вследствие инициации ТМ процессов перекисного окисления липидов и угнетения активности ферментативного звена системы антиоксидантной защиты в тканях десны [12]. Во-вторых, под влиянием ТМ происходит деструкция альвеолярного отростка челюстей [13]. Альвеолярный отросток является составной частью комплекса тканей, образующих пародонт. Именно ему отводится главная роль в оценке степени деструкции тканей, определении тяжести процесса. Основным неорганическим веществом кости являются кристаллы гидроксиапатита (ГАП). Кристаллическая решетка ГАП имеет огромную площадь, на которой в большом количестве адсорбируются ионы металлов. Эти ионы могут занимать вакантные места в кристаллах или даже замещать ионы Ca^{++} в них. В результате таких ионных вставок или замен изменяются физические и химические свойства кристаллитов, что может приводить к снижению прочностных характеристик костной ткани. Вышеизложенные процессы могут инициироваться не только избытком ТМ, но и их дисбалансом. В конечном итоге, костная ткань альвеолярного отростка становится более чувствительной к действию основных факторов риска возникновения пародонтальной патологии и в ней развиваются деструктивные процессы.

Выводы. 1. Соли тяжелых металлов оказывают негативное действие на ткани пародонтального комплекса. 2. У больных ХПП, которые постоянно живут в местностях с повышенным содержанием солей тяжелых металлов в окружающей среде, пародонтальный статус имеет более высокие значения признаков, характеризующих интенсивность воспаления в пародонте и деструкцию альвеолярного отростка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Безвужко, Е. В. Комплексна оцінка стоматологічного розвитку дітей, що проживають у регіоні з комбінованим впливом забруднення довкілля та дефіциту фтору і йоду / Е. В. Безвужко // Довкілля та здоров'я. 2010. № 1. С. 45-47.
2. Heavy Metals Exposure and Hearing Loss in US Adolescents / J. Shargorodsky, S. G. Curhan, E. Henderson [et al.] // Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2011.– Vol. 137, № 12. P. 1183-1189.
3. Jackson, L. W. The association between heavy metals, endometriosis and uterine myomas among premenopausal women: National Health and Nutrition Examination Survey 1999–2002 / L. W. Jackson, M. D. Zullo, J. M. Goldberg // Human Reproduction. 2008. Vol. 23, № 3. P. 679-687.
4. Aspects of correlation between the surface analysis and heavy metal content in temporary teeth from areas with various pollution levels of Romania / M. Prodana, A. Meghea, G. Stanciu [et. al.] // International Journal of Environmental Science and Development. 2010. Vol. 1, № 1. P. 47-52.
5. Микроэлементозы человека (этиология, классификация, органопатология) / А. П. Авцын, А. А. Жаворонков, М. А. Риш, Л. С. Строчкова. - М.: Медицина, 1991.- 496 с.
6. Lakhtin, Y.V. Metabolism of heavy metals in rat's enamel during excessive inflow of heavy metals // Modern medicine and pharmaceutics: actual problems and prospects of development : Materials digest of the XXX International Scientific and Practical Conference (London, August 16–August 23, 2012). – London: IASHE, 2012. P. 73-74.
7. Lakhtin, Yu.V. Accumulation of heavy metals alveolar ridge on rats' jaws during excessive inflow of heavy metals / Yu. Lakhtin // Teoretyczne i praktyczne innowacje w nauce : materiały Międzynarodowej Naukowi-Praktycznej Konferencji (Gdańsk, 28 - 30.04 2012). – Gdańsk, 2012. S. 97-98.
8. Куцевляк, В. Ф. Индексна оцінка пародонтального статусу / В. Ф. Куцевляк, Ю. В. Лахтін. – Суми: ВВП "Мрія" ЛТД, 2002. 80 с.
9. Лахтин, Ю. В. Бактериальная обсеменённость эпителиальных клеток зубодесневого кармана / Ю. В. Лахтин // Лаб. дело. 1990. № 9. С. 70-72.
10. Лахтин, Ю. В. Определение количества лейкоцитов в оральных смывах / Ю. В. Лахтин // Лаб. дело. 1990. № 10. С. 57-59.
11. Беленчук, Т. А. Клиническая и цитологическая характеристика эпителия СОПР: автореф. дис...канд. мед. наук / Т. А. Беленчук. – К., 1985. – 24 с.
12. Лахтин, Ю. В. Развитие оксидативного стресса в десне крыс при избыточном поступлении тяжелых металлов / Ю. В. Лахтин // Московское научное обозрение. 2012. -№ 9 (25).- С. 37-40.
13. Куцевляк, В. Ф. Макроскопічні і морфометричні зміни в зубоальвеолярних блоках нижньої щелепи щурів при дії комбінації солей важких металів / В. Ф. Куцевляк, Ю. В. Лахтін//Український морфологічний альманах. 2010. Т. 8.- № 3. -С. 69-71.

ТҮЙІН

Қарқындылығы төмен болып келетін ауыр металдардың тұздарды әсер ететін жағдайда өмір сүретін

адамдардағы пародонтиттің клиникалық-зертханалық сипаттамасы

Ю.В. Лахтин

Последипломного білімнің Харьковтың медициналық академиясы, Харьков, Украина

Қоршаған ортада ауыр металл тұздарының мөлшері жоғары болып келетін аумақтарда өмір сүретін, генерализацияланған пародонтитпен ауыратын науқастарда пародонт ұлпаларының жай-күйі зерттелді. Бақылау тобымен салыстырғанда, қызылиектегі қабынудың, қызылиек бүртігінің қанауының, пародонт қалталарының тереңдігінің және кешенді пародонт индексінің көрсеткіштері едәуір жоғары. Автор - ауыр металдардың пародонт ұлпаларына тигізетін жағымсыз әсері туралы тұжырым жасайды.

Өзекті сөздер: ауыр металдардың тұздары, пародонтит, пародонттық мәртебе, экология.

SUMMARY

Clinical and laboratory characteristics of periodontitis in patient who live under the influence of heavy metal salts of low intensity

Yu.V. Lakhtin

Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkov, Ukraine

The condition of periodontitis tissues was studied in patients with generalized periodontitis, who live on the territories with high concentration of heavy metal salts in environment. It was determined that indexes of prevalence of gingival inflammation, gingival papilla bleeding, depth of gingival pocket and complex periodontal index are much higher than in the reference group. The author came to the conclusion that heavy metal salts have negative influence on periodontitis tissues.

Key words: heavy metal salts, periodontitis, periodontal status, ecology.

УДК 616.34-008.939.15

УИППЛ АУРУЫ

Омарова Х. С., Альмуханова А.Б.

С. Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, №1 Ішкі аурулар кафедрасы, Алматы қ.

ТҮЙІН

Мақалада науқасты бақылауда екі жылдық жеке тәжірибе ғылыми мағлұматтармен салыстырылған. 15жасар науқаста диарея, дене салмағының төмендеуі, мальабсорбция мен ОЖЖ зақымдануының басқа да белгілерімен көрінген Уиппл ауруының типтік түрі диагностикаланған. Мальабсорбция белгілерімен бірге буындық, жүрек-қантамырлық, бронхо-өкпелік, жүйке жүйесінің зақымдануларында Уиппл ауруына күдіктену керек. Диагноз лимфа түйіндерінен және ішектің шырышты қабатынан алынған материалдарда PAS- оң болып табылғанда дәлелденеді.

Негізгі сөздер: Уиппл ауруы, мальабсорбция синдромы, іштің лимфа түйіндерінің лимфаденопатиясы.

Көрсетілген клиникалық бақылаудың мақсаты. Уиппл ауруының клиникалық ағымының және емінің ерекшеліктерін көрсету.

Уиппл ауруы диагнозының қиындығы: айқындалу сатысында клиникалық симптомдарына қарағанда ішектен тыс симптомдары басым болуы. Пациентте гистологиялық зерттеуінде жіңішке ішектің шырышты қабығынан PAS- оң гранулалы макрофагтардың табылуы диагнозды қоюға мүмкіндік берді.

Көрсетілген жағдайда емнің қиындығы: 4 айлық бисептол 960 мг/тәу, содан кейінгі эритромицин мен цефтриаксонның кезектестіріп (әр препарат 2 аптадан) ем жүргізілгенде де, ОЖЖ анық емес симптомдардың сақталуы антибактериялды терапияны жалғастыруға негіз болды.

Ауру ең алғаш рет 1907 жылы, америкалық патологанатомы Уиппл, интестиналды липодистрофия деген атпен сипаттаған. Бұл патология сирек кездеседі, жиі ерлерде 40-50 жас аралығында пайда болады[1,3].

А.А. Парфенованың мәліметтері бойынша аурудың патогенезі шырышты қабаттың лимфа аппаратын(СО), шажырқайдың лимфа тамырларын, жіңішке ішектің лимфа түйіндерін PAS- оң макрофагтармен бітелуінен туындайды[2].

Аурудың жүйелігі жіңішке ішек жасушаларынан басқа да ағзаларда мен тіндерде шығу тегі әлі анықталмаған гликозаминогликан кешендері табылуымен түсіндіріледі. Олар кей авторлар бойынша

бактерия ретінде, кей авторлармен бактерия тектес фагоцитарлық өнім ретінде қарастырылады. 1991 жылы Уилсон басқа да авторлармен, содан кейін 1992 жылы Рилман және басқа да авторлармен науқастың инфицирленген тінінің кесіндісінен, қазіргі таңда осы аурудың қоздырғышы болып саналатын, *Tropherynia whippelii* деген бациланы бөліп алды. Уиппл ауруы әдетте ішектен тыс симптомдармен басталады: қызба, полиартралгия, терінің инсоляциялық аймақтарында гиперпигментация, перифериялық аденопатиялар. Осы кезде лимфа түйіндері пальпацияда ауырсынусыз және қозғалмалы болады.

Уиппл ауруына клиникалық үлгі ретінде 2 жылдық жеке бақылауымызды ұсынамыз. Науқас М. 15 жаста, қалалық клиникалық ауруханаға мынандай шағымдармен түсті: тәулігіне 2-3 ретке дейін болатын сұйық нәжіске, бас ауруына, бас айналуына, кезеңімен есін жоғалтуына, ұйқының бұзылуына, жалпы әлсіздікке, шөлдегіштікке, әлсіреуіне, құрғақ жөтелге шағымданады.

Ауру анамнезінен: ауру 2010 жылдың наурыз айынан шөлдегіштікпен, ұйқының бұзылуымен басталған. 2010 жылдың шілде айынан бастап жиі тәулігіне 10 ретке дейінгі сұйық нәжістің (мол, көпіршікті, ашық түсті, иісті) болуы, дене салмағының 10 кг дейін төмендегені байқалған. Қалалық клиникалық балалар ауруханасында эндокринология бөлімшесінде: Қантсыз диабет диагнозымен емделіп, аздаған жақсарулармен шыққан.

2011 жылдың қыркүйек, қазан айларында бірден пайда болатын бұлшық ет әлсіздігі эпизодтары ми қан айналымының өтпелі бұзылысы ретінде бағаланған. Неврология бөлімшесінде қайталамалы транзиторлы ми қан айналымының ишемиялық типті бұзылысы диагнозымен стационарда емделген. Вегето- тамырлық дистония (бас миының МРТ жүргізілген- патологиялық өзгерістер жоқ). Екі рет инфекциялық бөлімшеге Вирусты гепатит «С» диагнозымен түсіп, вирусқа қарсы ем қабылдаған. 2 айдан кейін Вирусты гепатит «С» диагнозы алынып тасталған. Науқас тамыз айында терапевтік бөлімшеде, созылмалы паренхиматозды панкреатит, орташа аурылықта, жиі рецидивтейтін түрі, өршу сатысы. Ұйқы безінің сыртқы секреция жетіспеушілігі синдромы. Қосымша: ГЭРА-2 сатысы, созылмалы эрозивті эзофагит, өршу сатысы. Малдигестия және мальабсорбция синдромы. Алиментарлы кахексия. Су-электролит алмасу бұзылысы, гипокальциемия синдромы. Қалқанша бездің гипоплазиясы. Созылмалы тассыз холецистит, өршу сатысы. Созылмалы атрофиясыз еюнит, өршу сатысы. Созылмалы атрофиялық колит, өршу сатысы. Митралды клапанның пролапсы, тромбоцитопениялық пурпура, ремиссия сатысы. Қантсыз диабет. Созылмалы бүйрек ауруы, біріншілік пиелонефрит, толық емес ремиссия- диагнозымен стационарда ем қабылдаған.

Қыркүйек айында ОҚКА терапевтік бөлімшесінде біріншілік вариабелді гипогаммаглобулинемия. Бәсекелес: созылмалы энцефалопатия, ауыр дәрежесі (белгісіз этиологиялы). Малдигестия және мальабсорбция синдромы. Алиментарлы кахексия. Су-электролит алмасу бұзылысы, гипокальциемия синдромы – диагнозымен емделіп, аздаған жақсарулармен шыққан. Ата- анасының айтуы бойынша барлық ұсыныстарды, барлық препараттарды тағайындау бойынша дұрыс қабылдаған. Бірақ, науқастың жағдайы жақсармаған, сұйық нәжіс жиілеп, соңғы 12 айда 13 кг салмақ жоғалтқан. 08.10.11ж. жағдайының нашарлауына байланысты реанимация бөлімшесіне госпитализацияланған.

Өмір анамнезінен: 1 жүктіліктен, 1 босанудан туылған. Өмірінің бірінші жылы жүрек қауына күдіктенген. Тексеру нәтижесінде сол қарыншада қосымша хорда анықталған. 2002 жылы қызамықты қызылшамен ауырған. Аллергоанамнез - анық белгілі емес, есекжем түріндегі белгісіз аллергиялық реакция болады. Аллергологта аралас этиологиялы созылмалы идиопатиялық есекжем диагнозымен «Д» есепте тұрады. Окулисте «Д» есепте жоғары сатылы миопия диагнозымен тұрған. 2006 жылы тромбоцитопениялық пурпурамен ауырған және глюкокортикостероидтық препараттарды дозасы төмендетілген, соңынан тоқтатумен жүретін сызба бойынша ем қабылдаған.

Зертханалық мәліметтер бойынша темір тапшылықты анемия анықталған (гемоглобин 107 г/л, түстік көрсеткіш 0,73, сарысулық темір 3,0 ммоль/л дейін, қалыптыда 10–27 ммоль/л), лейкоцитоз 22,9x10⁹, тромбоцитопения 51x10⁹, ЭТЖ -5 мм/сағ, нейт.сегм-97,6%, моноц-1,3% эоз-1%, лимф-11,1 %, -нейтрофилді солға жылжу.

Копрограммада бірен-саран қорытылған және қорытылмаған бұлшықет талшықтары бар. Жалпы зэр анализі: көлемі- 30, түсі- ашық сары, мөлдірлігі- аздап лайлы, меншікті салмағы- 1020, реакция-қышқыл, ақуыз-0,165. Лейк.-6-8, эритроциттер көп мөлшерде өзгермеген, гиалинді цилиндрлер – 0-1көр/алан., дәнді – 4-6 көр/алаң, шырыш+, оксалаттар+.

Биохимиялық анализі: ақуыз-40,9г/л, мочевина 22,7; креатинин 109ммоль/л, қант-11,4, АЛТ 41,1. АСТ 29,3; бил-54,7; тура-8,2; амилаза-498 БР; калий-1,8; натрий-122; кальций-1,10, Коагулограмма : бақылау үлгісі -16 секунд, ПТИ – 87%, фибриноген-2,4, нафтолды сынама +++, гепаринге толеранттылығы- 12 секунд.

Дифференциалды диагностика жүйелі васкулиттермен жүргізілді (қол саусақтарының R-графиясы патологиясыз, РВ, LE-жасушаға, СРБ , қызылжегілік антикоагулянт) теріс. Бүйрек тамырларының доплерографиясында тамырлар суретінің кедейленуі, қыртысты қабатта қан ағысының баяулауы байқалған. Спектрлік доплерография кезінде бүйректің үлесаралық және үлесшеаралық артериялардың iR байқалады. Саркаидоз, туберкулезбен салыстырмалы диагностикасы ретінде кеуде қуысының R-графиясы жүргізілді. Қорытындысы: Оң жақ жоғарғы бөліктік пневмония. Сол жақ төменгі бөліктің лобарлы эмфиземасы. Кеуде

қуысы лимфа түйіндері ұлғайған.

Үш рет қақырықты Кох таяқшасына тексеру нәтижесі–теріс. Фтизиатрдың кеңесі: Қорытындысы: спецификалық процесс жоқ. АИВ, ЖИТС –ті ИФАмен тексеру, нәтижесі–теріс. Нәжістің бактериологиялық себіндісі иерсиниозға, листериозға, пастерелезға теріс. Іш қуысының МРТ қорытындысы: іш астар және іш астардан тыс лимфоаденопатия. Гепатит белгілері. Спленомегалия. Созылмалы (геморрагиялық?) холецистит. ЭхоКГ- қорытынды: жүрек қуыстары кеңеймеген. Митралды қақпақшаның пролапсы 1-2 дәрежелі регургитациясымен. Миокардтың қалыпты қалыңдықта. Сол қарыншаның жиырылу қызметі шамалы төмендеген.

Қалқанша бездің УДЗ- қорытындысы: қалқанша безінің гипоплазиясы. Төменгі сол жақ қалқанша маңы безінің аденомасы. Бүйрек үсті безінің КТ- қорытындысы: бүйрек үсті безінде өзгерістер анықталмады. Қалқанша безінің гормандарын ИФА әдісімен зерттеу; ГТЗ бос-3,58; ГТ4 бос-17,26; ТТГ-0,559; Анти-ТПО-5,32, альдостерон-1,87(қалыптыда-10-160пг/мл). IgG-8,9(қалыптыда-7,0-20), IgM-1,4 (қалыптыда-0,5-2,0), IgA-2,0(қалыптыда-0,67-5,0). Антифосфолипидті антидене-,31 (10- төмен теріс). АКТГ-7,12 (қалыпты-1-2000), парадгормон-11,02 (қалыпты-15,0-65,0). Кортизол-азанда-871,1, кешке-1121. Лямблиоз, трихинеллез, эхинококкоз, токсокароз, опистархоз, аскаридоз ИФА әдісімен зерттеу; нәтижесі - теріс. ЦМВ, листериоз и бруцеллезге ИФА әдісімен зерттеу; нәтижесі – теріс. Иммунограмма – Т lymph (CD3+) Abs Cnt 629 Lo, T suppressor Lymphs (CD3+CD8) Abs Cnt 170 Lo. Иммуноглобин А 34 (қалыптыда-68-378), иммуноглобин М 74, иммуноглобин G 648,0, С3 (фракция комплемента 3) 44,0, С4 (фракция комплемента 4) 10,0, комплемент жүйесінің гемолитикалық активтілігі 22,3.

Нәжісті дисбактериозға тексеру; дисбактериоз анықталған. Құрамында әлсіз ферментативтік қасиетті ішек таяқшаларының 10% жоғары (14,3%), Candida жасушалары 10^7 дәрежесі, E coli haemoliticus 4,5%, аз мөлшерде B bifidum 10^8 дәрежесі болуымен және Лактобактеридің 10^5 дәрежесінде болмауымен сипатталады. Қанның гемокультурасы – теріс. Бас миының КТ-қорытындысы: жарты шарлар саңылауының проекциясында кальцинат. ЭЭГ -Қорытынды: фондық және активационды ЭЭГ-да альфа-диапазон D > S амплитудалық ритм басым. Гипервентиляцияға реактивтілік жоғары. Самай- шүйде аймағында, біршама сол жағында патологиялық өткір толқындар және Q-диапазон активтілігі тіркеледі. Олар гипокси-жарақаттық генезді болуы мүмкін.

ФГДС-қорытындысы: эрозивті эзофагит. Гематологтың кеңесі: диагноз: аутоиммунды тромбоцитопениялық пурпура, ремиссия. В12- тапшылықты анемия. ЭКГ қорытындысы: синусты тахикардия 100рет/мин. ЖЭО- қалыпты. Миокардта диффузды- дистрофиялық өзгерістер. ЭхоКГ- қорытындысы: жүрек қуыстары кеңеймеген. Митралды қақпақшаның пролапсы 1-2 дәрежелі регургитациясымен. Миокардтың қалыпты қалыңдықта. Сол қарыншаның жиырылу қызметі шамалы төмендеген. Окулисттің кеңесі: диагноз: туа пайда болған, хориоретинельді, жоғары дәрежелі миопия ОИ. Көру нервнің қиғаш ішке кіруі (даму аномалиясы), көру жүйкесінің бөліктік атрофиясы. Көздің барлық торлы қабығының және тамырлардың ишемиясы.

Невропатологтың кеңесі: диагноз «Бас миы қан айналымының қайталамалы транзиторлы бұзылуының нәтижесінде резидуалды энцефалопатия. Гипертензиялық синдром. Тырысу синдромы. Бас миының ісінуі».

Асқазан-ішек жолдарының R- графиясы:-қорытынды: жіңішке ішектің шырышты қабаты қалындап, қатпарлар көптеген түйіндермен жабылған. R-суретте моторлық- эвакуаторлық қызметінің бұзылуымен және динамикалық ішек өтімсіздігімен көрінетін айқын мықын ішектік энтерит. R-сурет Уиппл ауруына тән? (үдемелі ішектік липодистрофия).

Іш астар қуысының МРТ қорытындысы: іш астар және іш астардан тыс лимфоаденопатия. Гепатит белгілері. Спленомегалия. Созылмалы (геморрагиялық?) холецистит.(МРТ суретті қара.)

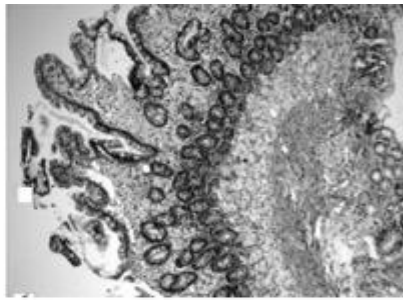
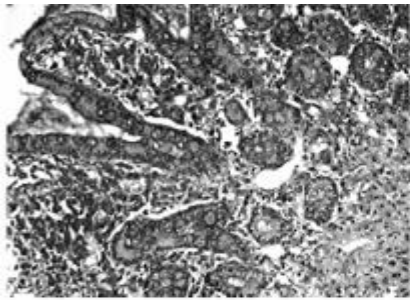


МРТ- суреті

а) іш астардың түбіріне және тамырына өскен, іш астарда жатқан және іш астардан тыс ұйқы безі артында, төмен жағына жайылған көлемді көпциклді контурлы түзілім. Ретрокуралды және іш астардан тыс лимфа түйіндері зақымданған. Зақымданған лимфа түйіндерінің және түзілімнің рентген тығыздығы төмен.

б) антибактериалды терапиядан кейін айқын динамика байқалды (көлемді түзілім байқалмайды, асқазан-іш астарлық және ретрокуралды лимфа түйіндері көлемі мен саны азайған, іш астардан тыс лимфа түйіндері анықталмайды).

в) болысты күшейтумен КТ кезінде алдындағы зерттеулерге қарағанда динамика байқалмайды (көптеген асқазан-ішастар лимфа түйіндерінің максималды көлемі 10-11 мм анықталады).



2 сурет - он екі елі ішек пиязшығының биопсиясы

а) бүрлердің стромасында PAS-оң макрофагтар көп жиналған.

б) Емнен кейін

Науқасқа он екі елі ішек пиязшығының артқы бөліктерінің шырышты қабатынан көптеген биопсия жасалған. (2-сур.). Жіңішке ішектің шырышты қабығының бүрлерінде меншікті пластинкада лимфоциттер, плазматикалық жасушалар мен қабынулық инфильтрат анықталды. Лимфостазға байланысты ішектің қатпарларының қалың-

дауынан шырышты қабаттың бедері тегіс емес болады. Ақшыл-сары түсті (табақша) көптеген көтеріңкі түзілістер көрінеді. Капиллярларға қан толы. Гистологиялық препараттарда фагоциттердің цитоплазмасындағы ерекше материалдың болуы ерекше көңіл аудартты. Көлемі жағынан біраз ұлғайған бүрлерде PAS-оң макрофагтардың жиналғандығына және клиническо- рентгенологиялық белгілеріне қарап Уиппл ауруын диагностикалау мүмкіндігін берді. Антибактериялды терапияны ципрофлоксациннің 1г/тәу. мөлшерінде жүргізу туралы шешім қабылданды. Емнің 2 күні маңызды оң динамика байқалды, нәжістің консистенциясы тұрақтанды, тәулігіне дефекация 1-2 ретке дейін азайды, әлсіздіктің азайды және апта соңында дене салмағы 3кг өсті. Келесі 6 айда науқас амбулаторлы антибактериялды терапияны бисептол 960мг/тәу 2 апта бойы және эритромицин 1г/тәу 1 апта бойы кезектестіріліп жүргізілді. Келесі 6 айда антибактериялды терапияны 4 ай бисептол 960мг/тәу мөлшерінде, содан кейін эритромицин 1 г/тәу әр 2 апта сайын кезектестіріп жүргізу туралы шешім қабылданды. Антибиотиктерді қабылдауды 2011 жылдың мамыр айынан бастап өз еркімен тоқтатты.

Орталық жүйке жүйесі жағынын симптомдар өз даму шегіне жетіп, диарея пайда болуынан толық регрессияға ұшырады.

Емі. Ұзақ антибактериялды заттарды қолдануға негізделген. Емді ПТР бақылауында жүргізу ұсынылады. Пайда болған неврологиялық дефицит мидың ошақты зақымдануымен (инфаркт, гранулема) байланысты бұзылыстар жиі емге резистентті. Бірақ адекватты емнен соң көз қозғалту, когнитивті бұзылыстар, экстрапирамидалды синдромдар аздап регреске ұшырауы мүмкін. Кортикостероидтар көрсетілмеген. Ем ерте басталса, болжамы жақсы болады. Симптоматикалық мақсатта миоритмияны азайту үшін клонезепам, вальпрой қышқылы, пирацетам қолданылады. Акинетика-регидтік синдромда левадопа препараттары және басқа да паркинсонға қарсы препараттар қолданылады, бірақ олардың әсері төмен.

Ем болмаған жағдайда бірнеше ай немесе жылдың ішінде деменция және акинетикалық мутизм дамиды. Кейінен олар өлімге алып келеді.

Қорытынды: Қазіргі таңда көптеген айлар бойы эффективті антибактериялды терапия қабылдау барысында аурудың қоздырғыштары буын құрылымдарында тіршілік етуін жоғалтпайды. Сол себепті біз таңдаған тактика - буындық синдромдардың толық жойылуына дейін емді жалғастыру керек деген шешім қабылдадық. Науқасқа жоғарыда айтылған схема бойынша ем жүргізу басталды. Динамикалық бақылау жүргізілуде.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология. – М.: МИА, 2001. – С. 435–437.
2. Парфенов А.И. Болезни кишечника: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000.– 613 с.
3. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения / Под общ. ред. В.Т. Ивашкина. М.: Литтерра, 2003. – С. 474–477.
4. Lange U., Teichman J. Whipple arthritis diagnosis by molecular analysis of synovial fluid – current status of diagnosis and therapy // Rheumatology. – 2003. – Vol. 42. – P. 473–480.
5. Ratnaike R.N. Whipple's disease // Postgrad. Med. J. – 2000. –Vol. 76. – P. 760–766.
6. Yamada T. Textbook of gastroenterology. – Philadelphia, 1999. – 2680 p.

РЕЗЮМЕ

Болезнь Уиппла

Омарова Х.С., Альмуханова А.Б.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, кафедра внутренних болезней №1, г. Алматы

В статье изложены клинические проявления болезни Уиппла и показаны особенности лечения заболевания. Данные двухлетнего наблюдения пациента сопоставлены с данными научных исследований. Описан клинический случай пациента 15 лет, у которого была диагностирована типичная клиника болезни Уиппла, протекающая с диареей, снижением массы тела, мальабсорбцией и поражением других органов. Трудность диагностики заключается в том, что преобладают внекишечные клинические симптомы. Определение PAS гранул макрофагов при гистологическом исследовании тонкого кишечника позволяет верифицировать диагноз. Несмотря на назначение бисептола 960 мг/сут в течение 4 недель, затем эритромицина, чередуя с цефтриаксоном в течение 2 недель не приводит к полному исчезновению внекишечных проявлений. Это является показанием к продолжению назначения антибактериальной терапии.

SUMMARY

Whipple's disease

Omarova H.S., Almukhanova A.B.

KazNMU named S.D. Asphendiyarov, department of internal disease №1, Almaty c.

In the article the clinical displays of illness of Whipple are expounded and the features of treatment of disease are shown. Data of two-year supervision of patient compare with data of scientific researches. The clinical case of patient is described 15, at that the typical clinic of illness of Whipple, aleak with diarrhoea, decline of body weight, malabsorbtiа and defeat of other organs, was diagnosed. Difficulty of diagnostics consists in that outside of intestinal clinical symptoms predominate. Determination of PAS of granules of macrophags at histological research of thin bowels allows to verify a diagnosis. In spite of setting of бисептола 960 mgs/of Sothos are during 4 weeks, after erythromysin alternating with ceftriaxon during 2 weeks does not result in complete disappearance outside of intestinal displays. It is a testimony to continuation of setting of antibacterial therapy.

УДК 616-002.5-08(574,5)

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

С.А.Сақыбаева

Областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент.

АННОТАЦИЯ

Представлены результаты лечения 468 больных резистентным туберкулезом легких, зарегистрированных в 2010 году. Длительность курса химиотерапии составляла не менее 18 месяцев, 6 месяцев из них на интенсивной фазе. Возникновение резистентных форм туберкулеза напрямую связано с получением предшествующего курса химиотерапии. Несмотря на плохую переносимость, наличие сопутствующих заболеваний, при прилежном и своевременном употреблении препаратов второго ряда можно добиться высоких результатов лечения.

Ключевые слова: туберкулез, лекарственная устойчивость, химиотерапия, резистентность, лечение, эффективность.

Несмотря на некоторую стабилизацию эпидемиологической ситуации по туберкулезу и в регионах, и в целом по республике, проблемой остается рост лекарственно-устойчивых форм. Развитию и увеличению роста устойчивых форм туберкулеза способствовало множество факторов, а именно: перерывы в лечении, недостаточный контроль применения препаратов на протяжении всего курса, особенно на амбулаторном этапе, низкое качество препаратов, наличие стойких побочных эффектов, из-за которых приходится прерывать лечение. Немалую роль в увеличении роста устойчивых форм туберкулеза поспособствовал жесткий отбор на лечение препаратами резервного ряда из-за их недостаточности с момента учета таких больных практически до 2010 года.

Так, за последние 2 года с 2010 - 2011гг. число зарегистрированных больных этой формой в ЮКО составляет 468 и 542, что соответствует 18,3 и 25,1% соответственно от общего количества (2559 и 2161)

больных туберкулезом I группы диспансерного учета. Все больные интенсивную фазу лечения принимали в стационаре. До начала терапии обследуется мочевина бактериоскопически и культурально. Среди больных, взятых на лечение в 2010 году, мужчин было 292 (62,3%), женщин 176 (37,7%), в возрасте от 7 до 75 лет. Большинство больных в возрасте 20-49 лет – 355 (75,9%). Из общего количества больных не работали – 337 (72,0%), находились в местах лишения свободы – 16 (3,4%), ранее леченные – 359 (76,7%).

По клиническим формам у 65 больных (13,9%) выявлен фиброзно-кавернозный туберкулез, у 366 (78,2%) инфильтративный туберкулез, у 14 (3,0%) – диссеминированный туберкулез, у 2 (0,4%) казеозная пневмония (таблица 1).

Таблица 1. Клинические формы туберкулеза у больных.

Клинические формы	абс. ч.	%
Инфильтративный туберкулез легких	366	78,2
Диссеминированный туберкулез легких	14	3,0
Фиброзно-кавернозный туберкулез легких	65	13,9
Казеозная пневмония	2	0,4
Первичный тубкомплекс	1	0,2
Туберкулез костей и суставов	4	0,9
Туберкулезный плеврит	9	1,9
Милиарный туберкулез легких	2	0,4
Очаговый туберкулез легких	1	0,2

Сопутствующими заболеваниями страдали 76 (16,2%) больных: - сахарный диабет – 12 (2,6%); - ВИЧ/СПИД – 11 (2,4%);- хронический бронхит – 35 (7,5%);- хронический гастрит – 8 (1,7%);- хронический гепатит – 2 (0,4%);- язвенная болезнь желудка и 12п.к. – 2 (0,4%);- артериальная гипертензия – 6 (1,3%). При госпитализации в стационар у всех больных были обнаружены МТ в мокроте методом микроскопии. Мультирезистентная устойчивость обнаружена у 117 больных (25,0%), полирезистентность – у 59 (12,6%), монорезистентность – у 42 больных (9,0%).

Побочные явления препаратов у больных, находящихся на интенсивной фазе лечения, наблюдались у 198 (42,3%) больных. Из них в виде диспепсических реакций (тошнота, рвота, боли в эпигастральной области, отрыжка, снижение аппетита) - у 96 больных (20,5%), токсический гепатит – у 27 (5,8%), аллергические реакции (кожный зуд, сыпь, покраснение) - у 29 больных (6,2%), психические нарушения (галлюцинации, психомоторное возбуждение, бессонница) – у 35 (7,5%), тугоухость у 1 больного (0,2%). Симптомы плохой переносимости препаратов появлялись у больных уже на первой неделе от начала лечения. Следует отметить тот факт, что чаще всего побочные явления возникали при употреблении препаратов отечественного производства (Ромат,SANTO). Препараты временно отменялись лишь в случаях некупирования от назначаемой терапии, но имеются случаи и полной отмены препарата в связи с непереносимостью. Дополнительно назначались витамины группы В., глютаминовая кислота, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия.

По исходам лечения больных можно сделать следующее заключение. Положительные исходы лечения (вылечен и лечение завершено) имели 306 больных (229 и 77соответственно), что составляло 65,4%. Неблагоприятный исход наблюдался у 32 больных (6,8%), нарушили режим 22 больных (4,7%), умерло 45 больных, что составляло 9,6%, переведено 25 больных (5,3%), продолжают лечение 38 больных (8,1%).

Таблица 3 - Исходы лечения больных

Всего больных	Вылечен, лечение завершено		Неудачи при лечении		Нарушен режим		Скончались		Переведены	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
468	306	65,4	32	6,8	22	4,7	45	9,6	25	5,3

Несмотря на проводимые мероприятия как с самими больными, так и с их родственниками, о необходимости непрерывного лечения для успешного завершения (с этой целью в последние годы организованы Школы пациента во всех противотуберкулезных учреждениях области) и лечащим врачом, и обслуживающим средним медперсоналом, из 468 больных нарушили режим 22 больных. 10 из этих больных в дальнейшем продолжили лечение, 10 оторвались от диспансеризации, 2 скончались. Один из 22 нарушителей имел судимость, один не имеет определенного места жительства.

Из 32 неудач лечения 14 больных умерли, 5 из них от других причин, у 4 – при дальнейшем продолжении лечения вновь был неудачный исход, 11 продолжают лечение и по настоящее время, 3 – вылечены. Один из больных не имеет определенного места жительства.

Выводы: Обобщая анализ больных, взятых на лечение в 2010 году, следует заметить, что основной процент устойчивого туберкулеза составляют лица работоспособного возраста (71,1%), не имеющие работы (72,0%). 76,7% резистентных форм туберкулеза возникают у ранее лечившихся пациентов.

Чаще болеют мужчины (62,3%). По клинической структуре преобладает инфильтративный туберкулез (78,2%).

Если сохранять настойчивость и прилежность в лечении можно добиться успеха, т.к. 65,4% больных были излечены, в дальнейшем лечении из когорты неудачного исхода было вылечено 9,4% больных.

Необходимо повысить качество и количество проводимых с больными и их родственниками работ о необходимости непрерывного лечения и об опасности нелечения для окружающих, т.к. процент отрицательных исходов остается высоким (21,0%).

Необходимо закупать препараты высокого качества, т.к. часто возникают побочные эффекты (42,2%) от препаратов низкого качества, вследствие чего приходится часто отменять препараты, что является причиной неудач в лечении и развития устойчивости к ним.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Руководство по менеджменту случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Казахстан: методические рекомендации/ НЦПТ, Алматы, 2009.
2. РК Министерство здравоохранения. О некоторых вопросах по борьбе с туберкулезом: приказ от 25 апреля 2011 г № 218. Инструкция по выявлению, регистрации, лечению и диспансерному наблюдению туберкулеза в организациях первичной медико-санитарной помощи и противотуберкулезных организациях: Приложение № 1. /Министерство здравоохранения/
3. Национальный регистр больных туберкулезом: (Электронный ресурс)/ База Южно-Казахстанской области. Режим доступа: optd_yuko@mail.ru.

ТҮЙІН

Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша көптеген дәрілерге төзімді туберкулезбен ауыратын науқастардың ем нәтижелері

С.А.Сақыбаева

Облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ.

Бұл мақалада 2010 жылы тіркелген өкпе туберкулезінің резистентті түрімен ауырған 468 науқастың емдеу нәтижесі көрсетілген. Химиотерапия емінің ұзақтығы 18 айдан кем болмаған, оның 6 айы – қарқынды фазасында. Өкпе туберкулезінің резистентті түрлерінің пайда болуы алдыңғы ем қабылдауына байланысты. Екінші қатардағы препараттарының ауырлығына, қосымша аурудың барына қарамастан, үзбей ем қабылдағанда бұл аурудан жазылып кетуге әбден мүмкіндік бар.

SUMMARY

The results of treatment in patients with multi-drug resistance tuberculosis on the South Kazakhstan region

S.A.Sakybaeva

Regional antitubercular clinic, Shymkent

The results of treatment are presented 468 patients by a resistance with of registered plague in 2010 year. Duration of course of chemotherapy of not less than 18 months, from them on an intensive phase. The origin of resistant forms of tuberculosis is straight related to the receipt of preceding course of chemotherapy. But in spite of bad bearableness presence of concomitant diseases at the diligent and timely use of preparations of the second row it is possible to obtain the high results of treatment.

УДК 616.211-089.85

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ТАМПОНАДЫ ПОЛОСТИ НОСА ПОСЛЕ СЕПТОПЛАСТИКИ

*Н.Е. Ибраков, Г.Н. Мукашев, И.С. Курманкулов, К.Б. Момбаев
Областная клиническая больница, г. Шымкент*

В данной статье на основании обследования и хирургического лечения 32 пациентов с сочетанной патологией полости носа: искривление перегородки носа и вазомоторного ринита, авторы приводят собственный опыт применения традиционной тампонады. Альтернатива традиционной передней тампонаде полости носа- тампоны Merocel.

Ключевые слова: искривление перегородки носа, септопластика, вазотомия нижних носовых раковин, тампонада полости носа, тампон Merocel.

Искривление перегородки носа, как правило, сочетается с нарушением носового дыхания и является одним из часто встречающихся заболеваний в оториноларингологии до 68% взрослого населения. Чаще данная патология наблюдается у мужчин, преимущественно у лиц молодого возраста. Деформация носовой перегородки могут вызывать и поддерживать воспалительные процессы в околоносовых пазухах, препятствуя аэрации и дренажной функции полости носа, дисфункции слуховой трубы и воспалительных заболеваний среднего уха. Кроме того, из-за постоянного ротового дыхания становятся постоянными фарингиты и тонзиллиты. Нарушение носового дыхания является одним из главных составляющих патогенетической цепи различных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей, а также ринита и сонного апноэ [1,2,3]. Основным методом лечения больных с данной патологией является хирургический, а именно подслизистая резекция носовой перегородки. Операция по коррекции носовой перегородки и носовых раковин выполняются практически в каждом ЛОР - отделении. Показания к операции расширились после того, как из общей оториноларингологии выделились хирурги – ринологи, внесшие большой вклад в развитие учения о физиологии носа, пропагандирующие микрохирургические и эндоскопические вмешательства, подтвердившие огромную роль свободного носового дыхания для нормальной жизнедеятельности организма [4].

После завершения операции производится тампонада полости носа с целью остановки и предупреждения послеоперационного кровотечения, а также для устойчивого сохранения срединного положения оперированной перегородки носа.

Цель исследования: Установление преимуществ различных видов тампонады полости носа после операции на носовой перегородке при использовании марлево-петлевой тампонады, пальчиковой и тампонады тампонами Merocel (фирмы Medtronic).

Материалы и методы: В ЛОР – отделении Областной клинической больницы Южно-Казахстанской области произведены 32 операции по поводу искривления перегородки носа с нарушением носового дыхания и вазомоторным ринитом. Пациенты были в возрасте от 16 до 50 лет. Из них женщин 11, мужчин 21. При поступлении в клинику пациентов беспокоили затрудненное дыхание через нос, усиливающееся при физической нагрузке и в ночное время, попеременное закладывание носа, частые насморки и др. При эндоскопии полости носа регистрировали искривление перегородки носа S – образно, в виде гребня, в виде шипа в хрящевом и костном отделах и др. Нижние носовые раковины увеличены в объеме с цианотичным оттенком, сужены общие носовые ходы.

Под местной инфильтрационной анестезией всем пациентам произведена септопластика и вазотомия нижних носовых раковин по общепринятой методике. После операции носовое дыхание восстановлено, в носовую полость введены силиконовые сплинты для фиксации срединного положения носовой перегородки и профилактики образования синехий. Как известно, передняя тампонада полости носа является завершающим этапом эндоназальных операций и направлена на предупреждение образования гематом, кровотечений из раны и фиксации носовой перегородки и внутриносочных структур в правильном положении после их коррекции. 20 пациентам произведена марлево-петлевая тампонада полости носа, 7 пациентам выполнена «пальчиковая» (перчаточной резине заполненная поролоном) тампонада полости носа и 5 пациентам тампонада произведена тампонами Merocel.

Результаты и их обсуждение. Достоинством марлево-петлевой тампонады полости носа является ее сетчатая структура, которая служит своеобразной искусственной матрицей сгустка, заполняющего полость носа. Недостатком является болезненность при введении и удалении тампонов, травмировании слизистой оболочки полости носа с образованием в этих участках грануляционной ткани, кроме того марлевые тампоны прилипают к слизистой оболочке и раневой поверхности, быстро пропитываются раневым отделяемым и слизью, что создает условия для роста микроорганизмов. С учетом выше сказанного марлево-петлевая тампонада создает угрозу развития гнойно-воспалительных процессов в околоносовых

пазухах, слуховой трубе, барабанной полости и др. Поэтому для преодоления недостатков марлево-петлевой тампонады применяют системные антибактериальные препараты широкого спектра действия, пропитывание тампонов антисептиками, антибиотиками и гемостатическими средствами.

Стремление избежать этих недостатков заставляет искать новые модификации щадящей тампонады с помощью «пальчиковых» тампонов. Они легко вводятся в полость носа, не прилипают к слизистой оболочке полости носа, легко удаляются. Недостатками пальчиковой тампонады является выраженный отек слизистой полости носа, образование фибринозного налета и реактивных изменений после удаления тампона. В последние годы появилась альтернатива традиционной тампонаде – это тампоны Merocel фирмы Medtronic. Эти тампоны стандартизованы, т.е. одинаковы по размеру и прошиты, способствует сохранению формы полости носа, снижают отечность слизистой, препятствуют росту бактерий, способствуют гемостазу. Нитки от тампонов фиксировались к крылу носа пластырной повязкой. Идеальный материал способствует сохранению формы полости, снижает отечность слизистой, препятствуют росту бактерий, способствуют гемостазу, предотвращают образованию рубца.

Тампон для носовой полости Merocel производится из уникального биоматериала, этерифицированной гиалуроновой кислоты, способной выполнить эти задачи. В сухом состоянии тампон Merocel, приложенный к обнаженному участку слизистой оболочки или кости, поглощает жидкость в объеме 10 раз больше собственного веса и помогает контролировать незначительное кровотечение. Тампоны легко удалялись из полости носа при потягивании за нитки, которыми они были прошиты.

Выводы. Тампоны Merocel являются идеальным послеоперационным тампонирующим материалом при хирургии носовой полости, что подтверждается субъективными ощущениями пациента, данными эндоскопии. Примененная нами тампонада полости носа тампоном Merocel может быть эффективно использована в практической оториноларингологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болознева Е.В. Динамика носовой проходимости при различных видах тампонады носа после септумоперации// Журн. Росс. оторинолар.- 2012.- №1 (56).- С. 32- 34.
2. Мишкорез М.В. Асимметрия верхнечелюстных пазух у пациентов с латеральной девиацией носа врожденного и посттравматического генеза// Журн. Росс. оторинолар.- 2012.- №1 (56).- С. 122- 129.
3. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология.- М., 2001.
4. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология.- М., 2006.- 560 с.

ТҮЙІН

Біздің тәжірибеміздегі септопластикадан кейінгі мұрын қуысының тампонадасының әр түрлі тәсілдерін қолдану

Н.Е. Ибраков, Г.Н. Мукашев, И.С. Курманкулов, К.В. Момбаев
Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент

Осы мақалада мұрын қуысының аралас патологиясымен 32 емделушілері тексеру негізінде және хирургиялық жолмен емделуінде: мұрын пердесінің қисаюы және вазомоторлық ринит, авторлар дәстүрлі тампонаданың қолдануын меншікті тәжірибесінде алып келеді. Мұрын қуысының дәстүрлі алдыңғы тампонадасына альтернатива - Merocel тампондар.

SUMMARY

Our experience with different tamponade of nasal cavity after septoplasty
N.E. Ibrakov, G.N. Mukashev, I.S. Kurmankulov, K.V. Mombaev
Regional Hospital, Shymkent

In this paper, on the basis of examination and surgical treatment of 32 patients with combined pathology of the nasal cavity: the deviation of the nasal septum and vasomotor rhinitis, the authors present their own experience with traditional tamponade. Alternative to traditional front-tamponade are nasal swabs Merocel.

УДК 616.327-089(574.5)

РАДИОВОЛНОВАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ТОНЗИЛЛИТА*Н.Е. Ибраков**Областная клиническая больница, г. Шымкент*

В статье представлена возможность применения радиоволновой хирургии для проведения двусторонней тонзилэктомии. Метод является неинвазивным, безопасным и позволяет существенно уменьшить количество хирургических манипуляций, а также спланировать детали операции и облегчить ее выполнение. Операция проводится в сухом операционном поле за счет высокотехнологичного способа разреза и радиокоагуляции.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, ангины, радиоволновая хирургия, тонзилэктомия, послеоперационный период.

Ангина и хронический тонзиллит занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости взрослых и детей, ими страдают от 4- 10% населения страны [2]. Ангины и хронический тонзиллит могут приводить к таким серьезным осложнениям как ревматические болезни, заболевания почек, системные васкулиты. Радикальным способом лечения хронического тонзиллита является тонзилэктомия. Несмотря на многолетнюю историю тонзилэктомии, техника ее выполнения не лишена недостатков. Возможность кровотечения в раннем и позднем послеоперационном периодах, свидетельствует о необходимости совершенствования хирургического лечения [3].

В последние годы появилась новая технология- радиоволновое воздействие на ткани. Радиохирургия основана на использовании энергии высокочастотной волны длиной 3,8 МГц [1]. При использовании этой частоты не происходит коагуляции тканей. К достоинствам радиоволновой хирургии относится минимальная травматичность и возможность быстро выполнять манипуляции, бескровное операционное поле, уменьшение послеоперационной боли, ускоренное заживление раны без грубого рубцевания. Воздействие на ткань тока высокой частоты происходит без традиционного давления и разрушения клеток. Рассечение происходит за счет тепла, образуемого в результате сопротивления клеток проходящему через них току высокой частоты. Интрацеллюлярная жидкость «закипает» и происходит своеобразный «взрыв клетки» (феномен выпаривания). Принимая во внимание достоинства метода радиохирургии, его широкое применение в общей хирургии и других специальностях, следует признать целесообразным изучение данного вмешательства при тонзилэктомии.

Цель работы: Повысить эффективность хирургического лечения хронического тонзиллита путем использования радиоволновой хирургии.

Материалы и методы: В лор-отделении Областной клинической больницы Южно-Казахстанской области произведена двусторонняя тонзилэктомия 12 пациентам в возрасте от 16 до 30 лет. В анамнезе они отмечали частые ангины до 5 - 6 раз в год, паратонзиллярные абсцессы и метатонзиллярную патологию. При фарингоскопии небные миндалины рыхлые, спаяны с небными дужками, в лакунах казеозные пробки, положительные симптомы Гизе, Зака, Преображенского, увеличенные подчелюстные лимфоузлы.

Используемая аппаратура: Радиохирургический хирургический аппарат «Сургитрон» (производство Ellman international, USA) представляет собой генератор высокочастотных электрических волн, излучаемых с переменной мощностью и постоянной частотой в 3,8 МГц (частота радиоволны в диапазоне FM). Прибор является модернизированной моделью применявшихся ранее высокочастотных излучателей и состоит из собственного генератора, панели управления, пассивного электрода – антенны, набора активных электродов, монтирующихся в различные ручки - держатели, передвижной стойки, приспособленной для работы в операционной.

Работа прибора возможна в четырех режимах в зависимости от целей, с которыми используется «Сургитрон»: разрез, коагуляция, разрез плюс коагуляция, фульгурация.



На снимке: Радиохирургический хирургический аппарат «Сургитрон» (производство Ellman international, USA).

Результаты исследования и их обсуждение. Методика проведения двусторонней тонзилэктомии с помощью хирургической радиоволны. Для снятия глоточного рефлекса в начале операции производили орошение (с помощью пульверизатора) слизистой оболочки задней стенки глотки, миндалин и корня языка 10% раствором лидокаина. Затем производили инфильтрационную местную анестезию 1% раствором новокаина как и при традиционной тонзилэктомии.

1. Этап. Надрез слизистой оболочки вдоль края верхней трети передней небной дужки проводили активным электродом в виде тонкой иглы в режиме «разрез плюс коагуляция», применяемая мощность 2,5 – 3,0 Ед. Это позволяло сделать практически бескровный разрез заданной глубины и улучшить обзор операционного поля.
2. Этап. Миндалины брались на зажим и оттягивались к средней линии.

Через разрез на капсулу миндалин вводился специальный распатор-аспиратор, подсоединенный одновременно к аппарату «Сургитрон» и электроотсосу, что позволяло одновременно выделить миндалину, коагулировать мелкие сосуды, рассекать рубцы без использования ножниц и убирать остатки крови и слюны из полости рта и глотки. Тупым путем передняя небная дужка отделялась от миндалин до треугольной складки, прикрывающей нижний полюс миндалин и задняя небная дужка. Миндалины вместе с капсулой выделялись до нижнего полюса распатором. Край треугольной складки надрезался также с помощью распатора. При этом активный электрод работает в режиме «разрез плюс коагуляция», применяемая мощность 5 - 5,5 Ед.

3. Этап. Полностью выделенная до нижнего полюса миндалина отсекалась специальной радиоволновой петлей с изолированным корпусом, что позволяло осуществить одновременную коагуляцию раневой поверхности и бескровно отсечь нижний полюс. Активный электрод работает в режиме «разрез плюс коагуляция», применяемая мощность 4 – 4,5 Ед. Аналогично операция производилась с другой стороны. При возникновении кровотечения применяли электроды коагуляторы различной формы для остановки кровотечения в труднодоступных местах. При этом использовали режим «коагуляция», применяемая мощность 3 Ед.

В раннем послеоперационном периоде все пациенты чувствовали себя удовлетворительно, их беспокоили боли при глотании, обусловленные воспалительным отеком мягких тканей в области операционных ран. На вторые и третьи сутки резко уменьшалась интенсивность боли в горле, что позволило принимать пищу и уменьшение приема обезболивающих препаратов. При фарингоскопии отмечалась небольшая отечность передних и задних небных дужек и язычка мягкого неба, свободное открывание рта. Ранних и поздних кровотечений ни у кого не отмечено. Пациенты были выписаны из стационара на 3 или 4 сутки для дальнейшего наблюдения по месту жительства.

Выводы.

Таким образом, использование радиоволнового аппарата при тонзилэктомии позволяет больному легче перенести хирургическое вмешательство, а хирургу - в хорошо обозримом операционном поле коагулировать кровоточащие сосуды, избежать послеоперационных кровотечений. Радиоволновая тонзилэктомия является технологией с более быстрым периодом выздоровления, требующим меньшего

применения обезболивающих препаратов и более быстрым возвратом к обычной жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лейзерман М.Г., Старосветский А.Б. Радиоволновая хирургия в оториноларингологии.- М., 2003.
2. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология.- М., 2001.
3. Пелишенко Т.Г., Белякова А.А., Вишняков В.В. Результаты объективной и субъективной оценки больных, подвергшихся холодноплазменной тонзилэктомии// Мат. 1-го Петербургского Форума оториноларингологов России, СПб. 17-18 апреля 2012.- Т.2.-С.336-338.

ТҮЙІН

Созылмалы декомпенсацияланған тонзиллиттің емінде радио толқынды хирургия

Н.Е. Ибраков

Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент

Мақалада екі жақты тонзилэктомия жүргізу үшін радио толқынды хирургияның қолдануын таныстырылған мүмкіндіктері көрсетілген. Әдіс инвазивтық емес, қауіпсіз болып келеді және оташылық әрекеттерді санды кішірейтіп, сонымен бірге операцияның бөлшегін жоспарлауға айтарлықтай рұқсат береді және оны орындауды жеңілдетеді. Жоғары технологиялы тәсілмен операция тілу және радиокоагуляция «құрғақ» кансыз операция жасауға мүмкіндік береді.

SUMMARY

Radiofrequency surgery for chronic decompensated tonsillitis

N.E. Ibrakov

Regional Hospital, Shymkent

The paper presents the possibility of using radio wave surgery for bilateral tonsillectomy. The method is non - invasive, safe, and can significantly reduce the number of surgical procedures, and planning details of the operation and to facilitate its implementation. The operation is performed in a dry surgical field by way of high - tech cutting and radiokoagulation.

УДК 616-056.232-053.1-07

ОБЗОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ РАССЕЛА-СИЛЬВЕРА

Аргинбекова А.У.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии

АННОТАЦИЯ

В работе подробно описан клинический случай больного в возрасте 1года 4 месяцев с синдромом Рассела-Сильвера. На основе фенотипического осмотра, результатов лабораторного исследования и инструментального обследования установлен правильный клинический диагноз.

Ключевые слова: синдром Сильвера–Рассела, фенотип, цитогенетическое исследование.

Синдром Рассела-Сильвера (СРС)(MIM180860) – представляет собой клинически гетерогенный синдром[1]. Характеризуется с рожденияотставанием в росте, асимметрией скелета, значительным отставанием массы тела, поздним закрытием родничков, псевдогидроцефалией, нарушением полового развития, крипторхиз-ма[2], гипогликемией,повышением уровня ЛГ и ФСГ[3].В препубертатном периоде в крови и моче повышен уровень гонадотропинов. Дефицит гормона роста не является основной причиной задержки роста и выявляется в небольшом проценте случаев. А такжеклинодактилия V пальцев за счёт девиации дистальной фаланги, узкая грудная клетка, короткие руки, поясничный лордоз[4]. Дети рождаются небольшой длины (до 45 см) и с малой массой тела (1,5-2,5 кг) при доношенной беременности.Причем

дефицит массы тела преобладает над дефицитом роста. С годами отставание в росте сохраняется, в связи, с чем окончательный рост у женщин менее 150 см, у мужчин немногим выше 150 см. Масса тела у взрослых нормальная или даже избыточная. Интеллект обычно нормальный [5].

Встречается в большинстве случаев спорадически, однако описаны единичные родословные с данной патологией. Тип наследования не установлен [2]. Предполагают аутосомно-доминантным или аутосомно-рецессивный типы наследования. По оценкам, число людей, у которых развивается это состояние, значительно варьируется. По некоторым источникам говорится, что от состояния страдает 1 из 3000 человек. Другие сообщения говорят, что страдает 1 из 100.000 человек. Встречается в равной степени, как у мужчин, так и у женщин [6].

СРС впервые описан Сильвером (1953) как внутриутробная задержка развития в сочетании с краниофациальным дизостозом и диспропорциональной короткоконецностной низкорослостью и Расселом (1954) как врожденная гемигиперплазия, сопровождающаяся низкорослостью и повышением уровня гонадотропинов в моче. [7]

Причиной заболевания считаются генетические нарушения, приводящие к подобным порокам развития. Результаты молекулярно-генетического исследования пациентов с СРС свидетельствуют о его генетической гетерогенности. Причиной СРС в 10% случаев является однородительская дисомия хромосомы 7 (ОРД7) материнского происхождения [8,9]. В этой хромосоме располагаются кластеры импринтированных генов GRB10 (белок, связывающий гормон роста 10), IGFBP1 (белок, связывающий инсулиноподобный фактор роста 1), IGFR (рецептор инсулиноподобного фактора роста) в сегменте 7p11.2 и PEG1/MEST (ген отцовского происхождения - 1/мезодермоспецифичный транскрипт) в сегменте 7q31, которые рассматриваются в качестве генов-кандидатов СРС. В последнее время определен еще один район расположения импринтированных генов 11p15, патология которого может приводить к развитию СРС, однако, молекулярно-генетические повреждения этого локуса связаны также с развитием синдрома Беквита-Видемана: в нем расположены гены IGF2 (инсулиноподобный фактор роста 2) и H19 (ген скелетной мускулатуры взрослых) [10].

Клинический случай. Пациент Х., возраст 1 год, 4 месяца, поступил в медико-генетическую консультацию с жалобами на плохую прибавку в росте и весе, которую отмечают с рождения. Ребенок от 3 нормальной беременности, 2 родов. Течение беременности без осложнений. Вес при рождении: 2950,0 гр. Рост: 51 см. При рождении - без особенностей, выписан на 5 сутки. В 1 месяц - отмечалось укорочение левой конечности. Выставлен диагноз: Врожденный вывих и дисплазия тазобедренного сустава – пролечена, однако асимметрия левой нижней конечности сохранялась. Также присоединились асимметрия верхней конечности и лица слева. Отмечалась плохая прибавка в весе, снижение тонуса и аппетита. Ребенок наблюдался у невропатолога, с диагнозом: умеренная гипоксия, гидроцефалия, ангиопатия сосудов сетчатки. Несмотря на проводимое лечение, динамика роста и массы тела была неудовлетворительной.

На момент осмотра: Вес: 10 кг. Рост: 76 см. Окружность головы-44 см. Окружность груди.- 38 см. Телосложение диспропорциональное за счет асимметрии лица, живота, верхних и нижних конечностей слева. Пониженного питания. Тургор кожи и мышечный тонус значительно снижены.

Голова гидроцефальной формы (мозговая часть черепа непропорционально велика и преобладает над лицевым, что создает впечатление «псевдогидроцефалии»), широкий лоб, выступающий сосудистый рисунок на голове. Гипоплазия скул, верхней и нижней челюсти, выступающие ушные раковины, рот маленький, губы узкие с опущенными углами.

Треугольная форма лица. Асимметрия живота. Верхняя конечность: длина правой руки-30 см., длина левой руки- 28 см. (укорочение левой руки на 2 см.). Ширина правого плеча- 12см., левого плеча-10см., правого предплечья-9 см., левого предплечья-7 см. (уменьшение ширины левого плеча и предплечья на 2 см.). Нижняя конечность: длина правой ноги-34 см., длина левой ноги- 33 см. (укорочение левой ноги на 1 см.). Ширина правого бедра-16 см., левого бедра-15 см. (уменьшение левого бедра на 1 см.). Психомоторное развитие нормальное, соответствует данному возрасту.

Данные лабораторно-инструментальных методов исследования. Результат цитогенетического анализа: 46, хх (хромосомной патологии не обнаружено). НСГ: Умеренная вентрикуломегалия.

Рентген левой кисти: На рентгенограмме левой кисти и области запястья ребенка соответствует ее возрасту. Консультация невропатолога: Перинатальная энцефалопатия, гидроцефальный синдром. ОАК: без особенностей, в норме. УЗИ внутренних органов: без очаговой патологии.

Таким образом, пациенту установлен заключительный клинический диагноз: Синдром Рассела-Сильвера. Пробанду было рекомендовано:

Консультация эндокринолога и невропатолога для подбора лечения.

Осмотр генетика в динамике.

Медико-генетическая консультация матери пробанда при планировании следующей беременности.

Выводы. Следует отметить, что при сборе данных анамнеза необходимо учитывать не только несоответствие длины тела данному гестационному возрасту, но и факт недоношенности ребенка или его рождения с параметрами, относительно близкими к нижней границе нормы.

Относительная неспецифичность большинства симптомов, обнаруживаемых при СРС, требует более детальной оценки каждого признака с возможностью выделения их в качестве показаний для направления пациентов на медико-генетическую консультацию.

Описание этого клинического случая указывает на то, что нужно тщательно обследовать пациентов с подозрением на СРС, знать проблему диагностики и дифференцированного лечения, а также совершенствовать систему предоставления медицинской помощи этой категории больных.

Выявление таких специфических признаков говорят о необходимости разработки и привлечения новых подходов к обследованию пациентов, с которыми можно было бы объяснить механизмы патогенеза СРС, и рассмотрению показаний патогенетической терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Online Mendelian Inheritance in Man (OMIM): <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/omim/>
2. Е.В. Большова, О.А. Вишневецкая // Применение препаратов рекомбинантного гормона роста при генетически детерминированных синдромах // М., Мед. Журнал Лютий 2012. - С. 38-41.
3. Симптомы и синдромы в эндокринологии / Под ред. Ю. И. Караченцева. - 1-е изд. - Х.: ООО «С.А.М.», Харьков, 2006. - С. 137-138, 150. - 227 с. - (Справочное пособие). - ISBN 978-966-8591-14-3
4. Малая энциклопедия врача-эндокринолога / Под ред. А. С. Ефимова. - 1-е изд. - К.: Медкнига, ДСГ Лтд, Киев, 2007. - С. 335-336. - 360 с. - («Библиотечка практикующего врача»). - ISBN 966-7013-23-5
5. Эндокринология / Под ред. Н. Лавина. - 2-е изд. Пер. с англ. - М.: Практика, 1999. - С. 72, 140. - 1128 с. - ISBN 5-89816-018-3
6. Lahiri A, Lester R. // Hand anomalies in Russell Silver syndrome. // J Plast Reconstr Aesthet Surg. Apr 2009;62(4):462-5.
7. H. K. Silver, W. Kiyasy, J. George, W. C. Deamer. // Syndrome of congenital hemihypertrophy, shortness of stature, and elevated urinary gonadotropins. // Pediatrics, Evanston, Illinois, 1953; 12: P. 368-375.
8. Joyce CA, Sharp A, Walker JM, et al. // Duplication of 7p12.1-p13, including GRB10 and IGFBP1, in a mother and daughter with features of Silver-Russell syndrome. // Hum. Genet. 1999; 105: P. 273-280.
9. Monk D, Bentley L, Hitchins M, et al. // Chromosome 7p disruptions in Silver-Russell syndrome: delineating an imprinted candidate gene region. // Hum. Genet. 2002; 111: P. 376-387.
10. Blik J, Terhal P, van den Bogaard M-J, et al. // Hypomethylation of the h19 gene causes not only Silver-Russell syndrome (SRS) but also isolated asymmetry or an SRS-like phenotype. // Am. J. Hum. Genet. 2006; 78: P. 604-614.

ТҮЙІН

Рассела-Сильвера синдромымен емделушінің емханалық уақиғасының шолуы
Аргинбекова А.У.

Акушерлік гинекология және перинатология ғылыми орталығы

Бұл мақалада Рассела-Сильвера синдромымен ауыратын 1 жас 4 айлық науқастың емханалық уақиғасы жан-жақты қарастырылған. Бас негіз фенотипиялық қараудың негізінде, зертханалық зерттеулерде және аспаптық тексерудің нәтижесінде дұрыс емханалық диагноз қойылған.

SUMMARY

Review of the medical case of patient with russell – silver syndrome
Arginbekova A. U.

Scientific center of obstetrics, gynaecology and perinatalogi

There is a definite medical case of patient of 1 year old and 4 months with Russell – Silver syndrome that is described in this article. Correct clinical exclusion is made according to phenotypic examination, laboratory test results and medical instrument examination. Key – words: Russell – Silver syndrome, phenotype, cytogenetic analysis.

УДК 614.2:618.3-06-036.8

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Аргинбекова А.У.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии

АННОТАЦИЯ

По данным ВОЗ в структуре материнской смертности преэклампсия занимает одно из первых мест, являясь причиной наступления преждевременных родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, развития фетоплацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития плода, рождения детей с малой массой тела. Данное заболевание возникает во второй половине беременности примерно у 5% женщин, и представляет собой одно из проявлений позднего токсикоза беременных.

Ключевые слова: преэклампсия, эклампсия, материнская смертность, преждевременная отслойка плаценты, преждевременные роды.

Преэклампсия (ПЭ) – это осложнение беременности, возникающее во второй ее половине и характеризующееся появлением отеков, протеинурии и артериальной гипертензии. Преэклампсия развивается у 6 – 12% здоровых беременных и у 20 – 40% беременных, имеющих экстрагенитальную патологию [Куликов А. В., 2001, Argrimsson R., 2002].

К критическим формам преэклампсии относятся: эклампсия (острый отек мозга, высокая внутричерепная гипертензия, нарушение мозгового кровообращения, ишемические и геморрагические повреждения структур мозга) и постэкламптическая кома; тяжелые повреждения печени (HELLP – синдром, острый жировой гепатоз, острая почечно-печеночная недостаточность, разрыв капсулы печени); преждевременная отслойка плаценты, развившаяся на фоне преэклампсии; осложнения тяжелой гипертензии со стороны глаз (кровоизлияние, отслойка сетчатки).

В настоящее время частота преэклампсии согласно статистическим данным составляет от 7 до 16%. Мировая практика показывает, от 10 до 15 процентов материнской смертности связаны с преэклампсией/эклампсией [Duley Л., 2009]. В Соединенных Штатах преэклампсия/эклампсия является одним из четырех ведущих причин материнской смертности, наряду с кровотечением, сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также тромбозом [Chang J., Элам-Эванс Л. Д., Берг С.Л., 2003 года]. Летальность составляет 6,4 смертей на 10000 случаев [Маккей А.П., Берг С.Л., Лю Х, и др., 1999-2005 г.г./ObstetGynecol 2011]. В Нидерландах в период между 1993 и 2005, преэклампсия является наиболее распространенной причиной материнской смертности, с 3,5 случаев смерти матерей на 100000 родившихся живыми детей [SchutteJM, Steegers E.A., SchuitmakerNW, и др., BJOG 2010;]. В Великобритании гипертония затрагивает 10% всех беременностей, а преэклампсия примерно 2% - 8% [Helewa ME, Берроуз Р.Ф., J Smith и соавт. 1997 год]. В России ПЭ встречается примерно у 11-16% беременных и занимает 3-место среди причин материнской смертности. [Баранов В.С. 2009 г.]

В Республике Казахстан в 2010 году в разных регионах ситуация по развитию преэклампсии относительно различается. Всего в Казахстане зарегистрировано в 2010 году ПЭ-11031 случаев. Из них 12 женщин погибли непосредственно от ПЭ и ее осложнений. В Казахстане на сегодняшний день ПЭ, как и в России занимает 3 место среди причин материнской смертности. Самое большое количество ПЭ в РК было зарегистрировано в Южно-Казахстанской области-2265 случаев, в г. Алматы – 1700, Алматинской области-1445, г. Астана-312, Северо-Казахстанской области- 357, меньше всего зарегистрировано в Петропавловской области-198. Эти показатели во многом зависят от количества рождаемости, так как самая большая рождаемость отмечена в Южно-Казахстанской области. Соотношение ПЭ в структуре материнской смертности с 2000 по 2010 г.г., имело относительные небольшие колебания. В 2000 году соотношение составило-8,2%, 2001 году -9,9%, с 2002 года по 2005 годы показатели были на одном уровне в среднем-6,1%. В 2006 году уровень ПЭ уменьшился до 4,6%. Однако, в 2007 году снова увеличение случаев ПЭ, до уровня 8,6%. В 2009 году показатели резко снижаются – 3,0%. В 2010 году уровень ПЭ составил-3,3%. [Кудайбергенов Т.К. 2011, Бикташева Х.М. 2011 год].

По данным российских исследователей [Айламазян Э. К., 2002, Мурашко Л. Е., 2003, Шифман Е. М., 2003], преэклампсия как причина перинатальной смертности, занимает 1 – 2 места. Перинатальные потери при преэклампсии в 4 раза превышают в группе здоровых женщин. Среди детей, родившихся живыми от матерей, страдавших преэклампсией, каждый четвертый ребенок отстает в физическом развитии [Кулаков В. И., 1998, Савельева Г. М., 1996, Мурашко Л. Е., 1999].

В Казахстане материнская смертность на 100 тыс. живорожденных в 2011 году- 1,6, в 2010 году- 3,3. Абсолютное число летальных исходов составило в 2011 году- 6 случаев, в 2010 году 12 случаев. Что в итоге показатель летальности от эклампсии составляет в 2011 году- 0,02, в 2010 году- 0,04. [Кудайбергенов

Т.К. 2011, Бикташева Х.М. 2012 год].

Данное заболевание возникает во второй половине беременности примерно у 5% женщин, и представляет собой одно из проявлений позднего токсикоза беременных

Данное состояние было известно в течение длительного времени, ПЭ по-прежнему является одним из основных нарушений беременности и одной из ведущих причин материнской и фетальной заболеваемости и смертности. Единственным эффективным методом лечения данного заболевания оказывается стимуляция преждевременных родов.

Точная этиология преэклампсии до сих пор остается невыясненной. Ученые выдвинули множество гипотез возникновения этого осложнения беременности, но ни одна из них не может обосновать всех патологических процессов, происходящих в организме. Несмотря на то, что пусковой механизм еще не установлен, течение самого заболевания достаточно хорошо изучено. [С.Т. Tsai, D. Fallin, F.T. Chiang, 2003]. Преэклампсия всегда сопровождается повреждением эндотелия – внутренней выстилки кровеносных сосудов. Эндотелий выполняет множество важных функций, в том числе и регуляцию обмена между кровью и тканями. При его повреждении увеличивается количество жидкости и белка, которые из сосудистого русла переходят в ткани. Кроме того, нарушается функция почек, которые также начинают «пропускать» в мочу большое количество белка. [V.C. Sandrim, A.C. Palei, J.T. Sertorio, 2010]. Из-за уменьшения концентрации белка в плазме крови, снижается ее онкотическое давление и большое количество жидкости устремляется в ткани, провоцируя отеки. Одновременно из-за уменьшения объема жидкости, происходит «сгущение» крови и уменьшение общего ее объема. А это влечет за собой повышенное тромбообразование и повышение артериального давления, так как организм вынужден реагировать на гиповолемию сосудистым спазмом. Все эти процессы опасны как для здоровья матери, так и для ребенка. [Nakayama T., Yamamoto T., 2009].

Само заболевание ПЭ инициируется уже на ранних стадиях эмбриогенеза и является следствием нарушений процессов плацентации. Прежде всего, это относится к нарушениям формирования фетоплацентарной сети в результате задержки трансформации цитотрофобласта в эндотелий-подобные клетки, обладающие инвазивными свойствами (процесс «псевдоваскулогенеза»), и задержки преобразования спиральных маточных артерий в расширенные лакуны, в просвет которых должны вращаться ворсинки хориона (формирование маточно-плацентарного кровотока), что, в конечном счете, ведет к ишемии плаценты. [Баранов В.С., 2009].

В реализации преэклампсии участвует множество генетических и средовых факторов [Заварин В.В., Калинин М.Н., 2011 год]. Генетическая предрасположенность к преэклампсии отмечалась многими исследователями. Наследственную теорию преэклампсии впервые опубликовал L. Chesley в 1961 г. Его исследования показали, что у сестер и дочерей женщин, беременность которых осложнялась преэклампсией, частота развития преэклампсии была в 2,5 раза выше по сравнению с ее частотой в популяции.

Тот факт, что генетические факторы имеют основную функцию в развитии преэклампсии, способствовало несколько исследовательских групп для поиска материнской преэклампсии генов восприимчивости.

Необходимо отметить, что преэклампсия является мультифакториальным заболеванием с высоким коэффициентом наследуемости, для которого характерно отсутствие воспроизводимости результатов исследования монолокусных ассоциаций в различных популяциях. Объяснение данного феномена находят в явлении межгенных взаимодействий. Мультилокусный анализ полиморфизмов генов, влияющих на функцию эндотелия, может выделить патогенетически значимые комбинации локусов, ассоциированных с преэклампсией, для прогнозирования этого осложнения беременности. [Заварин В.В., Калинин М.Н., 2011 год].

Из возможных причин возникновения преэклампсии рассматривалась беременность мужским плодом, генетический дефект метаболизма ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, предрасположенность, обусловленная полиморфизмом генов PLAT (тканевой активатор плазминогена), PAI-1 (ген ингибитора активатора плазминогена), eNOS (полиморфизмов T786C и 4/5-кратного повтора 27 н.п. в интроне 4 (4b,4a) в гене эндотелиальной синтазы азота), ACE (ген ангиотензин превращающего фермента), GSTP1 (гене системы детоксикации глутатион-S-трансферазы P1) [Репина М. А., 2000].

Ведущим фактором патогенеза ПЭ является эндотелиальная дисфункция [J.H. Moore, J.C. Gilbert, S.T. Tsai, 2006], однако, роль оксида азота (NO) в ее реализации при гестационном повышении артериального давления (АД) дискуссионна. Вместе с тем при ПЭ уровень этого вазодилатора снижается, что может быть ассоциировано с генетическим полиморфизмом эндотелиальной синтазы NO, кодируемой геном NOS3 [M.W. Jansen, R.M. Bertina, H.L. Vos, 2004]. Гуанин связывающие белки (G-белки) экспрессируются во всех клетках организма и играют главную роль в передаче сигналов от множества рецепторов с поверхности клетки. Минорный аллель 825T гена субъединицы бета-3 G-белка (GNB3) связан с образованием варианта протеина, обладающего повышенной биологической активностью, приводящей к усиленной сигнальной трансдукции [Nakayama T., Yamamoto T., 2009]. Полиморфизм C825T гена GNB3 ассоциируется с эндотелиальной дисфункцией [С.Т. Tsai, D. Fallin, F.T. Chiang, 2003], однако его связь с преэклампсией остается предметом дискуссий.

Так, вариантный аллель 825T гена GNB3 ассоциирован с преэклампсией, т. к. его носительство

увеличивает в 1,6 раза риск этого осложнения беременности. Напротив, аллель С изучаемого полиморфного маркера является «протективным» в отношении преэклампсии. Было показано, что вариант 825Т является аллелем риска преэклампсии независимо от состава исследуемой популяции [Nakayama T., Yamamoto T., 2009]. Вместе с тем связь этого генетического маркера с эндотелиальной дисфункцией при чистом варианте преэклампсии не подтверждена, однако присутствует в случае присоединения HELLP синдрома [C.T.Tsai, D. Fallin, F.T. Chiang, 2003]. Фенотипическими особенностями носителей аллеля 825Т гена GNB3 в отличие от гомозигот СС могут быть более высокие показатели АД, избыточная масса тела, эндотелиальная дисфункция [Moore J.H., Williams S.W., 2008].

При обследовании более 300 беременных женщин в Нидерландах ученым удалось обнаружить, что у женщин, страдающих преэклампсией, в два раза чаще, чем у остальных женщин (29% против 16%) ген ЕРНХ (Эпоксидгидролаза микросом) обладает высокой экспрессией. Этот ген отвечает за синтез фермента, который играет ключевую роль при выведении токсинов из организма. Несмотря на то, что синтез такого белка позволяет очистить организм от токсинов, его повышенный синтез может, видимо приводить к накоплению в организме опасных соединений. [Journal of Medical Genetics 2001;38:234- 237.]

Напротив, ученые из бостонского Beth Israel Deaconess Medical Center выяснили, что в основе преэклампсии может лежать дефект гена *COMT*, кодирующего фермент катехол-О-метилтрансферазу. Этот фермент необходим для выработки белка 2-метоксиэстрадиола (2-ME), регулирующего процесс новообразования сосудов плаценты. В норме в последние три месяца беременности концентрация этого белка увеличивается, однако у пациенток с преэклампсией его уровень остается низким.

По словам руководителя команды ученых Рагу Каллури (Raghu Kalluri), при генетически обусловленном дефиците белка 2-ME у беременных мышей возникали классические признаки преэклампсии: подъем артериального давления, появление белка в моче и гипоксия плода, вызванная нарушением формирования сосудов плаценты. Введение недостающего белка приводило к исчезновению большинства симптомов.

В дальнейшем ученым предстоит подтвердить роль гена *COMT* в развитии преэклампсии с помощью клинических исследований. В случае положительного результата может быть начата разработка эффективных лекарственных препаратов, а также теста для раннего выявления женщин, предрасположенных к заболеванию.

Новое исследование в Университете Аделаиды показало генетическую связь у беременных мам (и их партнеров-мужчин) с преэклампсией, опасным для жизни осложнением во время беременности.

В докладе, в журнале *Placenta*, исследователи говорят, что они нашли генетический вариант с участием гена *AGT2R* (ген рецептора ангиотензина II второго типа), который может предрасполагать женщин к преэклампсии.

Тем не менее, генетический вариант связан с преэклампсией, только когда беременная мать имеет избыточный вес или страдает ожирением. Генетический вариант имеет только малый эффект у женщин с нормальным весом, но у женщин с избыточной массой тела и ожирением, это, оказывает, дополнительный вклад в риск преэклампсии.

Исследователи из института Robinson изучили данные с участием более 2000 женщин и их партнеров в Аделаиде (Австралия) и Окленде (Новая Зеландия).

Женщины, у которых развилась преэклампсия, и которые также страдали избыточным весом или ожирением, в два раза чаще имели особый вариант гена *AGT2R*, чем распространенную форму гена. Партнеры-мужчины женщин с преэклампсией также в два раза чаще несут вариант гена. Их дети имели в три раза большую вероятность нести этот вариант гена.

Генетический вариант *AGT2R* связан с ограничением притока крови к плаценте. Ген *AGT2R*, как, оказалось, присутствует примерно в 60% случаев развития преэклампсии, в связи, с чем можно с уверенностью говорить, что именно он является ответственным за большую часть случаев развития данного состояния. Нарушение кровотока в артерии матки характеризуется «эффектом насечки», который заметен во время ультразвуковой доплеровской диагностики на 20 неделе беременности. Насечка (notching) маточных артерий ранее была связана учеными с преэклампсией, и она ограничивает поток крови в связи с нарушениями развития плаценты.

Три независимых и различных исследований, проведенных в Исландии, Австралии, Новой Зеландии и Финляндии, показали связь со 2-й хромосомой, хотя и на разных позициях. По всему геномному сканированию в Исландии, Австралии, Новой Зеландии и финской родословной были получены данные материнских локусов по восприимчивости к преэклампсии на 2 хромосоме (Исландия: 2p13 и 2q23, Австралии/Новой Зеландии: 2p11-12 и 2q22, Финляндия: 2p25). Население с различными предками (Исландия/Норвегия-Австралия/Новая Зеландия) демонстрируют общую восприимчивость локуса на хромосоме 2q22-23. В настоящее время на основе большого позиционного исследования ассоциации генов-кандидатов, была проверено существование материнского локуса восприимчивости для преэклампсии на 2 хромосоме у норвежских женщин.

Команда доктора Kagumanchi обнаружила, что у беременных женщин с преэклампсией увеличен

sFlt-1 (растворимый ФМС-подобной тирозинкиназы-1) - антагониста PIGF, циркулирующего в крови, и слишком мало PIGF (плацентарного фактора роста). Этот белок является частью семейства VEGF, куда входят большая группа белков, которые вызывает рост кровеносных сосудов. sFlt-1 связывается с PIGF и подавляет рост кровеносных сосудов.

В результате плацента плохо снабжается кровью, и плод не получает достаточного количества питательных веществ. Кроме того, отсутствие PIGF сужает кровеносные сосуды, и давление в крови будущей мамы повышается, что является основным симптомом преэклампсии. Почки также страдают. У пациента развивается протеинурия, что характеризуется большим количеством белка в моче. Уровни этих двух белков в крови беременных женщин должны быть сбалансированы, чтобы мать и будущий ребенок, оставались здоровыми [Helmholtz Association of German Research Centres 2012, ScienceDaily]

Геномный импринтинг также возможно может влиять на возникновение преэклампсии. Геномный импринтинг занимает особое место среди специфических механизмов регуляции активности генов на ранних стадиях развития, приводя к различиям в экспрессии гомологичных материнских и отцовских аллелей. В последние годы во всем мире интенсивно изучается эффект геномного импринтинга в связи с различной патологией у человека. Примеров заболеваний, в основе этиологии которых лежит нарушение функции импринтированных участков генома, довольно много, поэтому можно говорить об особом классе заболеваний человека – «болезнях импринтинга», среди которых встречается ПЭ. Однако, значению геномного импринтинга в развитии ПЭ посвящены немногочисленные исследования [Lesam.D 2002, Arngrimsson R. 2002, Bernard N. 2003]. Тем не менее, в работах последних лет, все чаще предполагается наличие материнской дисомии определенных генов в качестве причины возникновения ПЭ [MarievanDijk 2005, JoyceMulders 2005].

Предполагается, что возникновение ПЭ является следствием материнской дисомии гена STOX1, что обуславливает «неправильное» развитие и функционирование плаценты и в дальнейшем является триггером в развитии патологических процессов, лежащих в основе преэклампсии [MarievanDijk, JoyceMulders 2005].

На данный момент ведутся исследования по количественному определению веществ-плацентарного фактора роста (PIGF) и растворимые ФМС-подобной тирозинкиназы-1 (sFLT-1), которые появляются в конце первого или второго триместра беременности, для того, чтобы предсказать раннее начало преэклампсии с высокой чувствительностью и специфичностью [Andraweera, PH, Dekker, GA; Робертс, СТ (2012)]. Фактор роста эндотелия (VEGF), белка семьи не имеют достаточной статистической мощности, чтобы точно предсказать преэклампсию с поздним началом, но могут быть полезны в выявлении раннего начала преэклампсии. [Andraweera, PH, Dekker, GA; Робертс, СТ (2012)].

В ноябре 2011 года новое испытание было проведено с включением в себя проверку мочи пациента для конкретной клетки (называемые подоциты). Из 300 женщин, прошедших тестирование, все женщины, у которых есть заболевание ПЭ, было установлено наличие подоцитов в моче, в то время как ни одна из женщин, у которой беременность протекала нормально или кто пострадал от вызванной беременностью гипертонии, дали положительный результат на подоциты [Andraweera, PH, Dekker, GA; Робертс, СТ(2012)].

Если в ходе этих исследований удастся получить положительные результаты, то в этом случае можно рассчитывать как на успешную разработку эффективных лекарственных препаратов для лечения данного заболевания, так и на разработку достоверного теста, предназначенного для выявления предрасположенных к преэклампсии женщин еще на ранней стадии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гребенник Т. К. Возможности прогнозирования преэклампсии / Т. К. Гребенник, С. В. Павлович // Акушерство и гинекология. - 2011. - №6. - С. 17-20.
2. Клиническое значение нарушений суточного профиля артериального давления у беременных, возможности медикаментозной профилактики гестационных гипертензивных осложнений / Н. К. Рунихина // Акушерство и гинекология. - 2011. - №8. - С. 54-59.
3. Патсаев Т. А. Противовоспалительные цитокины и их роль в патогенезе преэклампсии / Т. А. Патсаев // Медицина. - 2006. - № 9. - С. 33-34.
4. Роль плода в развитии преэклампсии / И. С. Сидорова [и др.] // Акушерство и гинекология. - 2012. - №5. - С. 23-30.
5. Эклампсия в современном акушерстве / Г. М. Савельева [и др.] // Акушерство и гинекология. - 2010. - № 6. - С. 4-9.

ТҮЙІН

Преэклампсияның даму жағдайының генетикалық рөлі
Аргинбекова А.У.

Акушерлік гинекология және перинатология ғылыми орталығы

ДМД деректері бойынша преэклампсия ана өлімі құрылымында яғни мезгілсіз босану, мезгілсіз қабатталудың, фетоплацентар жетіспеушілігінің дамуы, баланың аз салмақта туылуының себептерінде алғашқы орында. Айтылмыш ауруға шалдығу жүктіліктің екінші жартысында әйелдердің шамамен 5 % болады.

Summary

Genetic role in eclampsia development

Arginbekova A. U.

Scientific center of obstetrics, gynaecology and perinatology

According to WHO data, eclampsia takes one of the first places in the structure of maternal mortality; it is the reason of premature birth, premature of normal mazolysis, fetoplacental failure, arrested prenatal development, children birth with low body weight. This disease is developed in late pregnancy in 5 % of women and it is one of the evidences of late toxicosis.

Key – words: eclampsia, maternal mortality, premature of normal mazolysis, premature birth.

УДК: 616.127:616.042

I/D ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АПФ У БОЛЬНЫХ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В СРАВНЕНИИ СО ЗДОРОВЫМИ И С ДАННЫМИ МИРОВОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Г.К.Бахтиярова, Ж.Б.Накипов

*Клинико-диагностический центр Международного казахско-турецкого университета имени Х.А.Ясави,
г.Туркестан, Казахстан*

АННОТАЦИЯ

В статье предпринята попытка определить I/D полиморфизм гена АПФ у больных казахской национальности митральными пороками сердца в сравнении со здоровыми и с данными мировой литературы. Поскольку именно гены определяют структуру кодируемых ими белков, полиморфизм генов РАС может влиять на функционирование РАС при различных заболеваниях. По данным источников, полиморфизм генов РАС может влиять и на развитие различных клапанных поражений сердца.

Ключевые слова: i/d полиморфизм гена АПФ, митральные пороки сердца, полиморфизм генов РАС, частотное распределение генотипов и аллелей.

Введение. Генетическая предрасположенность к развитию различных заболеваний в настоящее время ни у кого не вызывает сомнений, но механизмы и предполагаемые гены-кандидаты остаются широко не изученными. Так, к примеру, при изучении РПС была обнаружена работа тайваньских ученых Chou НТ. и соавтор. (2004), которые обнаружили достоверную разницу частотного распределения генотипов С-509Т и Т869С полиморфизмов гена TGF-beta1 у больных ревматическими болезнями сердца в сравнении со здоровыми ($p < 0,0001$) [1].

В настоящее время генетическим аспектам функционирования генов РАС при различных патологиях придается большое значение. Поскольку именно гены определяют структуру кодируемых ими белков, полиморфизм генов РАС может влиять на функционирование РАС при различных заболеваниях.

Человеческий ген АПФ локализуется на хромосоме 17q23 [2]. I/D полиморфизм гена АПФ в интроне 16 обусловлен наличием Alu-повтора размером в 287 пар оснований [3]. Наличие его (insertion – вставка) определяет I аллель, отсутствие его (deletion - удаление) – D аллель. Соответственно I/D полиморфизм гена АПФ определяет наличие трех генотипов: гомозигот II, гетерозигот ID и гомозигот DD. Исследования показали, что DD генотип и D-аллель гена АПФ связаны с более высокой функциональной активностью циркулирующего АПФ и контролируют до 44% варибельности уровня циркулирующего АПФ [4].

По литературным данным, полиморфизм генов РАС может влиять и на развитие различных клапанных поражений сердца.

Так, турецкие исследователи Ertas F.S. с соавторами (2007) показали, что I/D полиморфизм гена АПФ может быть связан с тяжелой степенью кальцификации аортального клапана, не связанной с ревматизмом,

при этом частота II генотипа у этих больных достоверно уменьшалась [5]

Ozisk K. с соавторами (2004) показали, что у 50 пациентов с ревматизмом и МПС частота гомозигот DD и II полиморфизма гена АПФ составила 60%, в то время как у здоровых лиц в 74% присутствовал ID генотип, что говорило в пользу наличия связи между I/D генотипом гена АПФ и ревматическими МПС [6]. В этой статье также было подтверждено наличие взаимосвязи полиморфизма генов АТ1Р и АТГ с МПС.

Davutoglu V.,Nacak M., Турция, (2005) изучали частотное распределение генотипов I/D полиморфизма гена АПФ у 82 больных ревматизмом с МПС, при этом они обнаружили, что частота II генотипа гена АПФ была выше у больных по сравнению со 154 здоровыми лицами [7].

Atalar E. с соавторами (Турция) (2003) задались целью определить, насколько I/D полиморфизм гена АПФ связан с развитием клапанного поражения сердца в результате атаки ревматизма [8]. Исследование включало 165 пациентов, которым был выставлен верифицированный диагноз ревматизма в период 1975-1988 годы. По окончании наблюдения у 39 пациентов были здоровые клапаны сердца, а у 126 больных обнаружился подтвержденный клапанный порок сердца. У обеих групп пациентов, с пороком сердца и без, исходные клинические показатели выраженности признаков изначальной манифестации ревматической лихорадки были идентичными и соответственно не могли влиять на прогноз развития клапанного порока сердца.

У больных с развившимися клапанными пороками сердца DD генотип гена АПФ встречался достоверно чаще по сравнению с пациентами, у которых после первичной атаки ревматизма не развился клапанный порок ($p=0,02$). OR развития пороков сердца для DD генотипа составил 2,7 (CI 95% 1,15-6,50).

При этом авторы не обнаружили разницы частотного распределения генотипов гена АПФ при сравнении больных с разной локализацией ревматического поражения: больные с изолированными МПС в сравнении с пациентами, у которых был вовлечен аортальный клапан.

Полиморфизм генов PAC может играть значение в развитии клинической картины при РПС.

Davutoglu V.,Nacak M., Турция, (2005) исследовали влияние полиморфизма гена АПФ на клинические и эхокардиографические показатели. Авторы выявили, что наследственная предрасположенность к РПС была достоверно реже у лиц с DD генотипом гена ACE. Взаимосвязи между полиморфизмом гена АПФ и тяжестью митрального порока, степенью митральной регургитации и диаметром левого предсердия обнаружено не было. Более высокая степень кальцификации митрального клапана статистически значимо ассоциировалась с более высокой частотой II генотипа и ID генотипа по сравнению с DD генотипом. Таким образом, II генотип ассоциировался с более высоким риском развития более тяжелой кальцификации митрального клапана.

В связи с этим, целью исследования служило определить I/D полиморфизм гена АПФ у больных казахской национальности митральными пороками сердца в сравнении со здоровыми и с данными мировой литературы

Материал и методы. Обследовано 138 человек. Из них больных митральными пороками сердца – 70 человек (42,83±1,06 лет) и здоровых – 68 человек (40,24±0,87 лет). Все обследованные были отнесены к лицам казахской национальности и не состояли друг с другом в родстве. Обследование проводилось на основании методического пособия «Методика составления карт обследования больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом и нарушениями мозгового кровообращения с целью проведения научных исследований», утвержденного Министерством здравоохранения РК от 11 мая 2005 года.

Результат исследования. У 70 больных и 68 здоровых лиц казахской национальности, было проведено генотипирование по A/G полиморфизму гена АТ2Р. Распределение генотипов и аллелей гена АПФ у казахов практически здоровых лиц и больных митральными пороками сердца представлено на таблице 1.

Таблица 1 - Частотное распределение генотипов и аллелей гена АПФ у казахов - практически здоровых лиц и больных митральными пороками

	Здоровые (n=68)		Больные (n=70)		с2, р
	n	%	n	%	
Генотипы					
II	24	35,29	18	25,72	с2=1,933, p=0,380
ID	34	50,00	43	61,43	
DD	10	14,71	9	12,86	
Аллели					
I аллель	82	60,30	79	56,50	с2=0,280, p=0,590
D аллель	54	39,70	61	43,50	

У здоровых лиц частота носителей только II генотипа равнялась 35,29% (n=24), носителей только ID

– 50,00% (n=34), DD генотипа – 14,71% (n=10).

Среди больных митральными пороками сердца частота лиц, носителей только II генотипа составила 25,72% (n=18), носителей только ID генотипа – 61,43% (n=43) и DD генотипа – 12,86% (n=9). Частота I аллели равнялась 56,50% (n=79), D аллели – 43,60% (n=61).

Таблица 2 - Частотное распределение генотипов гена АПФ у здоровых лиц казахов в сравнении с литературными данными

Практически здоровые лица	II		ID		DD		с2	p
	n	%	n	%	n	%		
Казахи(БахтияроваГ.К., 2010) (n=68)	24	35,29	34	50,00	10	14,71		
Казахи (Мусагалиева А.Т.,2000) (n=32)	12	37,5	16	50,00	4	12,5	0,105	0,949
Казахи (Шалхарова Ж.С., 2001) (n=60)	24	40,01	29	48,33	7	11,66	0,428	0,807
Синцзянские казахи (Wang XF, 2003) (n=151)	60	40,00	65	43,00	26	17,00	0,923	0,630
Казахи (Кожанова О.В., 1999) (n=72)	24	33,33	32	44,44	16	22,23	1,332	0,514
Казахи (Байтасова Н.Б., 2003) (n=112)	37	33,33	50	44,4	25	22,3	1,586	0,453
Уйгуры (Байтасова Н.Б., 2003) (n=95)	39	41,4	38	40,00	18	18,6	1,652	0,438
Индусы (Joseph A., 1998)(n= 201)	54	26,86	100	49,75	47	23,38	3,051	0,218
Якуты (Григорьевой Л.В., 2009) (n=152)	51	33,55	62	40,79	39	25,66	3,485	0,175
Чехи (Hubacek JA, 2000) (n=302)	66	21,8	149	49,4	87	28,8	8,337	0,015
Греки (Tziakas DN, 2007) (n=332)	74	22,3	158	47,6	100	30,1	8,812	0,012
Англичане (Samani NJ, 1996) (n=537)	118	22,00	258	48,00	161	30,00	9,593	0,008
Узбеки (Абдуллаева Г.Ж., 2005) (n=60)	34	56,7	14	23,3	12	20,00	9,777	0,008
Турки (Davutoglu, 2005) (n=154)	28	18,8	69	44,81	57	37,00	13,949	0,000

Различия между частотным распределением генотипов у больных в сравнении со здоровыми не были достоверны (с2=1,933, p=0,380).

Частота I аллели у всех здоровых лиц составила 60,30% (n=82), D аллели – 39,70% (n=54), у больных митральными пороками – 56,50% и 43,60% соответственно. Разница распределения аллелей гена АПФ также не была достоверной (с2=0,280, p=0,590).

Результаты частотного распределения генотипов и аллелей гена АПФ в нашем исследовании были сопоставимы с данными литературы (таблица 2, 3).

Таблица 3 - Частотное распределение аллелей гена АПФ у здоровых лиц казахов в сравнении литературными данными

Практически здоровые лица	I		D		с2	p
	n	%	n	%		
Казахи (Бахтиярова Г.К., 2010) (n=68)	82	60,30	54	39,70		
Уйгуры (Байтасова Н.Б., 2003) (n=95)	116	61,00	74	39,00	0,001	0,981
Казахи (Мусагалиева А.Т., 2000) (n=32)	40	62,5	24	37,5	0,020	0,886
Казахи (Шалхарова Ж.С., 2001) (n=60)	77	64,17	43	35,83	0,258	0,611
Синцзянские казахи (Wang XF, 2003) (n=151)	85	56,00	66	44,00	0,321	0,571
Казахи (Кожанова О.В.,1999) (n=72)	80	56,00	64	44,00	0,464	0,496
Узбеки (Абдуллаева Г.Ж., 2005) (n=60)	79	65,8	41	34,2	0,618	0,432
Казахи (Байтасова Н.Б., 2003) (n=112)	124	56,00	100	56,00	0,653	0,419
Якуты (Григорьевой Л.В.,) (n=152)	82	53,95	70	46,05	0,935	0,334
Индусы (Joseph A., 1998)(n= 201)	104	51,74	97	48,26	2,066	0,151
Чехи (Hubacek JA, 2000) (n=302)	140	46,52	162	53,48	6,740	0,009
Греки (Tziakas DN, 2007)(n=332)	153	46,08	179	53,92	7,234	0,007
Англичане (Samani NJ, 1996) (n=537)	247	46,00	290	54,00	8,315	0,004
Турки (Davutoglu, 2005) (n=154)	62	40,58	92	59,42	10,808	0,001

Частотное распределение генотипов и аллелей гена АПФ у исследуемых нами практически здоровых лиц казахской национальности было сопоставимо с данными распределения у практически здоровых казахов других казахстанских авторов (Мусагалиева А.Т., Шалхарова Ж.С., Кожанова О.В., Байтасова Н.Б.), а также с распределением у казахов, проживающих в провинции Синцзян в Китае (Wang XF).

Наши данные по генотипам и аллелям достоверно не отличались от данных уйгуров, якутов, индусов (Байтасова Н.Б., Григорьевой Л.В., Joseph A.). Разница частотного распределения генотипов и аллелей на-

ших данных с чехами, греками, англичанами, турками, а аллелей – с была достоверной (Hubacek JA., Tziakas DN., Samani NJ., Davutoglu).

По сравнению с узбеками, различия по аллелям были недостоверны, в то время как разница распределения по генотипам была статистически значима, поскольку у узбеков по сравнению с казахами чаще встречался II генотип.

Для сравнения полученных нами данных частотного распределения генотипов и аллелей гена АПФ у больных митральными пороками сердца, нами были проанализированы литературные данные. Обнаружено всего три работы, в которых изучался полиморфизм гена АПФ у больных с ревматическими пороками сердца – 2 турецких исследователей и 1 исследователь из США.

Ранее было показано, что распределение генотипов и аллелей гена АПФ у практически здоровых лиц казахов достоверно отличалось от данных турецкого исследователя Davutoglu (2005) (таб. 4), точно также были обнаружены статистические различия и при сравнении данных Davutoglu (2005) на больных хронической ревматической болезнью сердца с распределением генотипов и аллелей гена АПФ на больных митральными пороками казахской национальности (таб. 3), причем у турок, больных хронической ревматической болезнью сердца, чаще встречались гомозиготы II и DD.

Распределение генотипов и аллелей гена АПФ у больных митральными пороками сердца по данным другого турецкого исследователя Ozisik (2004) было аналогично Davutoglu (2005), поэтому не приведено для сравнения.

Таблица 4 - Частотное распределение генотипов гена АПФ у больных митральными пороками сердца казахской национальности с данными турецких исследователей

	Казахи (Бахтиярова Г.К., 2010)(n=70)		Турки (Davutoglu, 2005) (n=82)		с2, р
	n	%	n	%	
II	18	25,72	26	31,7	с2=17,481, p<0,001
ID	43	61,43	25	30,5	
DD	9	22,86	31	37,8	
I аллель	79	56,50	77	46,95	с2=2,349, p=0,125
D аллель	61	43,50	87	53,05	

По данным американского исследователя Chou (2004) наблюдалась другая картина: у больных хронической ревматической болезнью сердца по сравнению со здоровыми лицами достоверно чаще встречалась I аллель и II генотип гена АПФ, однако проверить различия статистически не представляется возможным, поскольку в статье не указаны точные цифры распределения генотипов и аллелей гена АПФ.

Таким образом, результаты изучения частотного распределения генотипов и аллелей гена АПФ у казахов - практически здоровых лиц и больных митральными пороками сердца достоверной разницы между ними не выявили, причем результаты распределения зависели от этнической принадлежности. Полученные нами данные у практически здоровых казахов были сопоставимы с литературными данными у других казахстанских исследователей, казахов, проживающих в провинции Синьцзян в Китае, уйгурами, якутами, индусами и статистически значимо отличались от узбеков, турок, чехов, англичан, греков. Немногочисленные литературные данные по изучению полиморфизма гена АПФ у больных митральными пороками сердца не позволяет провести статистические сравнения полученных нами данных у больных казахов с данными мировой литературы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Chou HT, Chen CH, Tsai CH, Tsai FJ. Association between transforming growth factor-beta1 gene C-509T and T869C polymorphisms and rheumatic heart disease. // Am Heart J. 2004 Jul; 148(1):181-6.
2. Mattei M.G., Hubert C., Alhenc-Gelas F., et al. Angiotensin I-converting enzyme gene is on chromosome 17. // Cytogenet Cell Genet.- 1989.- V. 51.- P. 1041
3. Rigat B., Nubert C., Alhene-Gelas F., et al. An insertion/deletion polymorphism in the angiotensin I converting gene accounting for half the variance of serum enzyme levels // J Clin Invest.- 1990.- V.86.- P. 1343-1346.
4. Tiret L., Rigat B., Visvikis S., et al. Evidence from combined segregation and linkage analysis, that a variant of the angiotensin I converting gene controls plasma ACE levels. // Am J Hum Genet.- 1992.- V.51.- P.197-205.
5. Ertas F.S., Hasan T., Ozdol G., et al. Relationship Between Angiotensin-Converting Enzyme Gene Polymorphism and Severity of Aortic Valva Calcification. // Mayo Clin Proc.- 2007.- V.82.- N8.- P.944-948.

6. Ozisik K., Emir M., Ulus A.T., et al. The renin-angiotensin system genetic polymorphisms and rheumatic mitral valve disease. // J Heart Valve Dis.- 2004.- V.13.- N1.- P. 33-37.

7. Davutoglu V., Nacak M., et al. Influence of angiotensin-converting enzyme gene insertion/deletion polymorphism on rheumatic valve involvement, valve severity and subsequent valve calcification. // J Heart Valve Dis.- 2005.- V.14.- N3.- P. 277-281.

8. Atalar E., Tokgozoglu S.L., Alikasifoglu M., et al. Angiotensin-Converting Enzyme Genotype predicts Valve Damage in Acute Rheumatic Fever. // J Heart Valve Disease.- 2003.- V.12.- P.7-10.

ТҮЙІН

Жүректің митральды қақпақша ақауралы бар ұлты қазақ науқастарда АПФ генінің I/D полиморфизмын дені сау адамдармен және де дүниежүзілік әдебиет мағлұматтармен салыстыру.

Г.К.Бахтиярова, Ж.Б.Накипов

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Клинико-диагностикалық орталық, Түркістан қ, Қазақстан

Митральды қақпақша ақаулар (МҚА) этникалық тобына қарамастан, жас және ересек жастағы адамдардың мүгедек болуына және өлімнің жоғарлауына себепші болады. Осыған байланысты, зерттеу жұмысының мақсаты ұлты қазақ МҚА бар науқастарда АПФ генінің I/D полиморфизмын анықтау, оны дені сау адамдармен және дүниежүзілік әдебиет мағлұматтарымен салыстыру болып табылды.

SUMMARY

I / D polymorphism of the ACE gene in patients with Kazakh nationality mitral valvular disease in comparison with healthy and with the data of world literature

G.K.Bahtiyarova, Zh.B.Nakipov

Clinical and Diagnostic Center of the International Kazakh-Turkish University named H.A.Yasavi, Turkestan, Kazakhstan

Mitral heart defects are the most common cause of disability and poor prognosis in young, still in adulthood, regardless of ethnic predisposition. In this connection, the purpose of research is the study of the spread MPS in the Kazakhs as a function of I / D polymorphism of the ACE gene in comparison with healthy and data world literature.

УДК 616.12-009.72

МИОКАРДИНАЛЬНАЯ ЦИТОПРОТЕКЦИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Толеген Г.Т.

Шымкентская городская поликлиника №2, г. Шымкент

Резюме

Несмотря на очевидные достижения в области изучения патогенеза, клиники, диагностики и лечения ишемической болезни сердца, ИБС занимает одно из ведущих мест среди смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В последнее время очень много внимания уделяется миокардиальной цитопротекции в лечении ишемической болезни сердца. В данной статье изучен антиангинальный и антиишемический эффект миокардиальной цитопротекции.

Ключевые слова: ИБС, ингибитор ангиотензин-превращающего фермента, частота сердечных сокращений, эхокардиография, фракция выброса, общий анализ мочи, общий анализ крови, функциональный класс.

Ишемическая болезнь сердца является одним из ведущих причин в Казахстане и во всем мире, которая ведет к инвалидности и смертности. Самой распространенной формой ИБС является стабильная стенокардия. У пациентов, страдающих стабильной стенокардией, в два раза увеличивается риск развития осложнений ИБС - инфаркта миокарда. Важным в лечении таких пациентов является назначение антиагрегантов, статинов, β-адреноблокаторов, ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), кото-

ые улучшают прогноз и предотвращают развитие фатальных осложнений при ИБС. Нитраты в лечении стабильной стенокардии применяются давно. Терапия нитратами уменьшают частоту приступов стенокардии, но не влияют на прогноз пациентов. Основными проблемами при назначении нитратов является головная боль, развитие толерантности [3].

Другими препаратами, улучшающими энергообеспеченность миокарда являются кардиоцитопротекторы. Они улучшают переносимость миокардом ишемии, активизируют функциональную активность миокарда в условиях ишемии. Одним из хорошо изученных цитопротекторов является триметазидин. В условиях ишемии метаболический агент триметазидин ингибирует окисление жирных кислот и переключает метаболические процессы на окислительный гликолиз, который является более эффективным источником энергии [1,2,4]. К представителем миокардиального цитопротектора, рекомендованного для лечения ИБС является Предуктал MR (триметазидин 35 мг) (Сервьё, Франция). Предуктал MR оказывает следующее действие: высокое антиангинальное действие, антиишемическое, гемодинамически нейтрален, улучшает фракцию выброса (ФВ)

Целью моего исследования была оценка клинической эффективности миокардиальной цитопротекции препаратом Предуктал MR (триметазидин 35 мг) при лечении пациентов со стабильной стенокардией.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 20 больных (12 мужчин, 8 женщин) в возрасте от 47 до 68 лет (средний возраст 55, 5лет) с клиническими признаками стенокардии II ФК по Канадской классификации. 9 пациентов в прошлом перенесли инфаркт миокарда.

Таблица - Клиническая характеристика больных

Количество больных	20
Мужчины	12 (60%)
Женщины	8(40%)
Ср.возраст,лет.	55,5

АГ отмечена в 11 случаях, сахарный диабет 2типа - 4-случая. Всем пациентам в течении 2-х месяцев на фоне получаемой стандартной терапии (β-адреноблокаторы, нитраты, ИАПФ, аспирин) добавляли Предуктал MR 35 мг. По 1таблетке 2раза в день. Эффективность терапии оценивалась по динамике клинических симптомов, с регистрацией частоты и продолжительности приступов стенокардии, суточный расход таблеток нитроглицерина или его ингаляций, толерантность к физической нагрузке, показатели гемодинамики - частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое и диастолическое артериальное давление. В начале и в конце лечения проводили ЭхоКГ на аппарате Philips HD 11 XE с определением размеров ударного и минутного объемов, ФВ.

Результаты и обсуждение. Средняя частота приступов стенокардии в сутки до назначения Предуктала MR составляло 1,8; в конце 0,5. Потребление таблеток нитроглицерина или его ингаляций – уменьшилось с 2,2 до 0,5. ЧСС практически не изменилось с (70 до 66 уд. в мин.) По данным ЭхоКГ у всех пациентов отмечалось увеличение ударного и минутного объемов на 11% по сравнению с исходными данными. В большинстве случаев пациенты отмечали улучшение самочувствия в конце второй недели, которое проявлялось уменьшением частоты ангинозных болей, повышением толерантности к физическим нагрузкам. Полученный эффект держался до конца курса лечения. Толерантности к препарату не отмечалось.

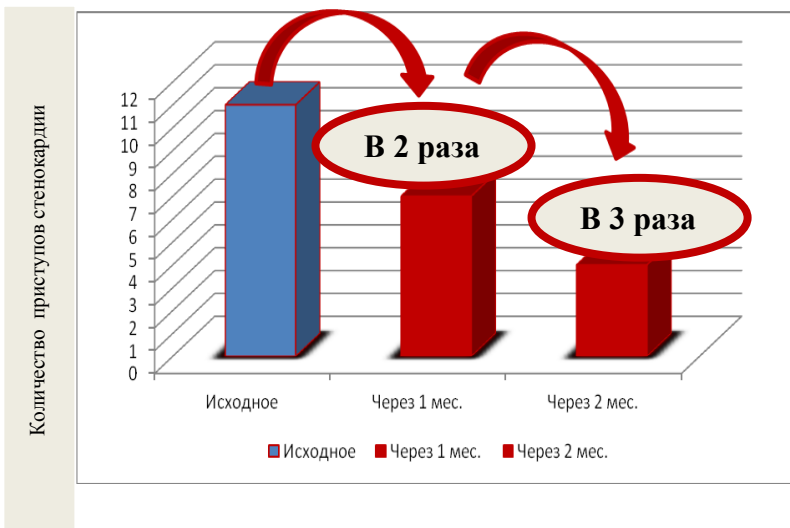


Диаграмма 1- Антиангинальная эффективность Предуктала MR с начала лечения.

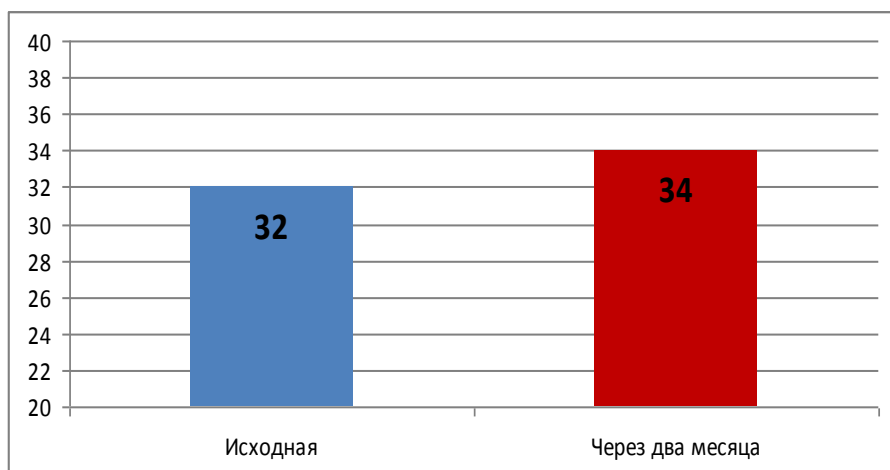


Диаграмма 2 - Влияние Предуктала MR на ФВ левого желудочка.

Изменений со стороны лабораторных исследований (ОАМ, ОАК, биохимические анализы, липидограмма) не было. Во время лечения Предукталом MR на ЭКГ не было выявлено ишемических изменений. Проведенное исследование подтверждает высокую эффективность Предуктала MR как цитопротектора для лечения стабильной стенокардии. Предуктал MR хорошо сочетается с антиангинальными и антигипертензивными препаратами, оказывая антиангинальное и антиишемическое действие.

Выводы: Предуктал MR является высокоэффективным препаратом для лечения стабильной стенокардии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Орлова Е.М., Миронова И.Ю., Матвеева М.А., и др. «Оценка антиангинального эффекта триметазидина и его влияние на миокард у больных ишемической болезнью сердца со стабильной стенокардией напряжения». Кардиология.-2004г. № 9-С 23-28.
2. Оганов Р.Г., Лепяхин В.К., Фитилев С.Б., и др. «Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в Российской Федерации». Кардиология 2003г. № 5, стр.9-15.
3. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации (второй пересмотр). Кардиоваскулярная терапия и профилактика (Приложение 4) 2008г., 7(6); 40с.
4. Makolkin VI, Osadchiy KK. Trimetazidine Modified Release in the Treatment Of Stable Angina: Unique Metabolite. Clin Drug investing.- 2004 №24. С.731-738.

ТҮЙІН

Миокардиялық цитопротекция тұрақты стенокардия ауруын емдеу үшін

Г.Т. Төлеген

№2 Шымкент қалалық емханасы, Шымкент қаласы, дәрігер-терапевт.

Жүректің ишемиялық ауруының патогенезін, диагностикасы, клиникасы және емдеу тәсілдерін зерттеуде айқын табыстарға жеткенмен, қан-тамыр ауруларынан қайтыс болу көрсеткіші алдағы орында келеді. Соңғы уақытта жүректің ишемиялық ауруын емдеуде миокардиялық цитопротекциясына көп көңіл бөлінуде. Айтылмыш мақалада миокардиялық цитопротекциясының жүректің ишемиялық ауруын емдеуде антиангиналдық және антиишемиялық әсері қаралған.

SUMMARY

Myocardial cytoprotection for treatment of patients with stable angina.

Tolegen G.T.

Shymkent city clinic №2, city Shymkent, doctor-therapist.

Despite the obvious advances in the study of pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis and treatment of coronary heart disease (CHD) is one of the leading mortality from cardiovascular diseases. Recently, much attention is paid to myocardial cytoprotection in the treatment of coronary heart disease. This paper studied the effect of antianginal and anti-ischemic myocardial cytoprotection.

УДК 616.98:578.828 HIV-084(574.5)

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В АСПЕКТЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ТРАНСМИССИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ*Г.А.Ибраймова**Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД, г.Шымкент***АННОТАЦИЯ**

В статье описан опыт проведения антиретровирусной терапии беременной женщине с ко-инфекцией: ВИЧ, туберкулез и вирусный гепатит С с последующим родоразрешением. Комплексный подход к мероприятиям по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку с участием службы первичной медико-санитарной помощи, родовспоможения, центра СПИД с применением эффективных и безопасных мер увеличивают шанс рождения здоровых детей до 98-100%.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, беременность, антиретровирусная терапия, туберкулез, ППМР – профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку, ВН – вирусная нагрузка, CD4 клетки.

Известно, что во всем мире более 90% случаев инфицирования ВИЧ у детей происходит при вертикальной трансмиссии. В системе здравоохранения приоритетность направления профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку очень важна и значима в настоящее время [1, 2, 3].

Практический опыт применения мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в Южно-Казахстанской области, накопленный хотя и за непродолжительное время (с 2004года), включая клинический анализ отдельных случаев, указывает на их эффективность даже в очень непростых ситуациях [4].

Материалы и методы. Клинический случай, ниже представленный, был сложен из-за наличия микст-инфекций у беременной, в анамнезе которой были ВИЧ-инфекция, инфильтративный туберкулез легких, хронический вирусный гепатит «С» и самовольный обрыв антиретровирусной терапии в период беременности.

Так, ВИЧ-инфицированная беременная женщина А.Р.А, 1986г.р. Путь инфицирования – половой. В сентябре 2008г А.Р.А. был выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция, 1-я клиническая стадия. Бессимптомное течение. (Тяжелая иммуносупрессия. CD4 = 30 клеток от 25.09.2008г.; ВН-129 000к/мл от 25.09.2008г) [5].

По вирусологическим и иммунологическим показаниям, 01.12.2008г была назначена антиретровирусная терапия по схеме первой линии: Зидовудин+Ламивудин+Невирапин. В мониторинге антиретровирусной терапии отмечалась вирусологическая и иммунологическая эффективность:

ВН - менее 400 от 14.07.09г; CD4-197кл от 03.07.2009г;

ВН - менее 400 от 28.01.10г; CD4-257кл от 26.01.2010г;

В январе 2010 года женщина, будучи на непрерывной антиретровирусной терапии, выезжала за пределы области. Антиретровирусная терапия была прервана по причине самой женщины. В феврале 2011г у пациентки отмечено прогрессивное ухудшение состояния по манифестации ВИЧ-инфекции, клиническая стадия, которой перешла из 1-й в 3-ю клиническую стадию, в связи с присоединением оппортунистических инфекций (кандидоза слизистой ротовой полости и пищевода) на фоне тяжелого иммунодефицита. В это же время у неё была выявлена беременность. С пациенткой проводились постоянные обстоятельные консультирования по этапам мероприятий профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку (ППМР), была возобновлена антиретровирусная терапия.

Следует отметить, что женщина неадекватно оценивала ситуацию с высоким риском для своего здоровья и высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией будущего ребенка. В марте 2011 года больная по ее решению была госпитализирована с целью прерывания беременности, но по тяжести состояния по заключению врачей акушер-гинекологов А.Р.А. была переведена в Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии (НЦАГиП), г.Алматы. Но во время пребывания в клинике женщина изменила решение, стала пролонгировать беременность. На фоне беременности и тяжелого иммунодефицита у пациентки развилась клиника инфильтративного туберкулеза легких. Пациентке было проведено всестороннее обследование с консультациями ведущих специалистов с коррекцией лечения. В общем на протяжении 3-х месяцев 2011г женщина находилась на стационарном лечении в Научном центре проблем туберкулеза РК и в НЦАГиП.

Клинический диагноз: ВИЧ-инфекция, 4-я клиническая стадия, Кандидозный эзофагит. Потеря массы тела более 10%. Иммуносупрессия тяжелой степени. АРТ по схеме: AZT+3ТС+NVP; замена схемы d4T+3ТС+EFV с 18.04.2011г в связи с развитием анемией и наличием туберкулеза.

Конкурирующий диагноз: Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого (БК+) Новый случай, 4-я категория, ТБМЛУ. Сопутствующий диагноз: 4-я Беременность 31-32 недели. Отягощенный акушерский

гинекологический анамнез. Умеренная анемия.

Фоновые заболевания Хронический вирусный гепатит «С» минимальной степени активности. Миокардиодистрофия. ХСН 2 А. Желчекаменная болезнь. Калькулезный холецистит, латентное течение. Рубцовый птоз верхнего века. Кератопатия. Помутнение роговицы OS. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Нейромышечный синдром. Дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза. Психоорганический синдром.

22.06.2011г беременная женщина была госпитализирована на дальнейшее лечение (до планового родоразрешения в сроке 38 недель) в областную противотуберкулезную больницу. Продолжена противотуберкулезная терапия в комплексе с непрерывной антиретровирусной терапией по схеме: Ставудин+Ламивудин+Эфавиренз. Лабораторные данные в динамике: СД4 - 75; ВН-1720 копий в 1мл от 03.04.2011г. СД4 - 173; ВН - менее 400 копий в 1 мл, от 13.07.2011г.

Таблица - Общий анализ крови

Дата	Нв	Эр	Л	С/я%	Э%	Лим%	М	СОЭмм/ч
22.04.11г	98	3,0	7,3	73	2	25	-	38
11.07.11г	103	3,1	7,8	67	2	31	-	52

Таблица - Биохимический анализ крови

Дата	сахар	Билирубин прямой/общий	АлаТ	АсаТ	Тимол. проба	Общ белок
22.04.11г	5,5	7,8 / 15,6	0,22	0,38	6,2	70
11.07.11г	5,3	5,4 /15,6	0,36	0,43	6,2	68

14.07.2011г. в ОПЦ г.Шымкента пациентке было проведено оперативное родоразрешение (Кесарево сечение) до срока, в 37 недель беременности. Новорожденный с весом 2010 кг., рост 44 см, с симптомами задержки внутриутробного развития + перинатальный контакт по ВИЧ и туберкулезу. Ребенок не был приложен к груди, с первых часов жизни получал антиретровирусную профилактику по схеме: Зидовудин по 4 мг/кг х 2 раза в сутки, на протяжении 4 недель и противотуберкулезную профилактику [6].

Результаты исследования. В послеродовом периоде А.Р.А. было продолжено лечение в Областной противотуберкулезной больнице на фоне непрерывной антиретровирусной терапии. Ребенок на протяжении 12 месяцев по медико-социальным показаниям находился в Доме ребенка. Плановые тестирования на ВИЧ у ребенка в регламентированные сроки методом ПЦР ДНК ВИЧ и методом ИФА после года были с отрицательными результатами. В заключении консилиума ребенку в 1 год 1 месяцев: не инфицирован ВИЧ, снят с «Д» учета по перинатальному контакту с ВИЧ-инфекцией. В заключении фтизиопедиатра: здоров. А.Р.А. в данное время получает непрерывно АРТ по прежней схеме под «Д» наблюдением врачей центра СПИД. Со стороны легких, по заключению фтизиатра, без особенностей. Мать и ребенок находятся дома.

Выводы: Комплексный подход к мероприятиям по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку с участием всех служб, в том числе родовспоможения, центра СПИД, ПМСП с применением эффективных и безопасных мер увеличивает шанс рождения здоровых детей до 98-100%. Применение антиретровирусной терапии на фоне беременности, в комплексном лечении с противотуберкулезными препаратами в целом можно считать сложной из-за полипрогмазии, но выполнимой задачей и увеличивает шансы на снижение риска внутриутробного инфицирования. В данном клиническом случае наблюдается наличие сочетанных инфекций: 4-я клиническая стадия ВИЧ-инфекции+Туберкулез легких на фоне беременности и отягощенного преморбидного фона представляло значительную угрозу за исход беременности и прогноз заболеваний в целом. Если женщина знает, что она ВИЧ-инфицирована и на ранних сроках беременности получает наиболее подходящую комбинированную терапию, имеет высокую приверженность к лечению и рождает в оптимальных условиях мероприятий ППМР, то риск инфицирования ребенка равен к нулю.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бартлетт Джон. Клинический подход к лечению ВИЧ-инфекции. - 2003.- Бартлетт Джон, Галант Джоэл. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. Медицинская школа Университета Джона Хопкинса, - 2010.
2. Всемирная сеть образования и сертификации по ВИЧ // Модуль ГАЛЕН. - 2008. - №6. - С.1-20.
3. Клиническое руководство по диагностике, лечению и предоставлению медицинской помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Алматы: РЦ СПИД, 2010. - 130с.
4. Приказ МЗ РК № 8 от 05.01.2011 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения ВИЧ инфекции и СПИДа».
5. Приказ МЗ РК № 272 от 18.04.2012 «О профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в РК».

Түйін

АИТВ-инфекциясының вертикалдык трансмиссиясын алдын алу аспектісінің клиникалық жағдайы.

Г.А.Ибраимова

Облыстық СПИД-тің алдын алу және онымен күресу орталығы, Шымкент қ.

Мақалада АИТВ, туберкулез және С вирустық гепатитімен науқастанған жүкті әйелге ретровирусқа қарсы терапия жүргізу және босандыру тәжірибесі көрсетілген. Алғашқы медициналық көмек көрсету ұйымдары, перзентханалар мен СПИД орталығының АИТВ инфекциясының анадан балаға берілуінің алдын алу үшін бірлескен іс-шаралары нәтижесінде дені сау баланың туылу мүмкіншілігін 98-100% көбейтеді.

SUMMARY

Clinical case in aspect of preventive maintenance of vertical transmission HIV-infection

G.A.Ibraimova

The Regional center on preventive maintenance and struggle about AIDS, Shymkent c.

In article carrying out experience antiretroviral therapies to the pregnant woman with is described to-infection: a HIV, a tuberculosis and a virus hepatitis C with the subsequent birth of the healthy child. The complex approach to actions for preventive maintenance of transfer of a HIV from mother to the child with participation of service of the primary medicosanitary help, obstetric aid, the centre AIDS with application of effective and safe measures increase chance of a birth of healthy children to 98-100 %.

УДК 616.4:618.92

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЙОДОДЕФИЦИТОМ СРЕДИ ДЕТЕЙ

*Д.С.Рахымбердиев, М.А.Сайденова, Б.А.Тулепбергенова, О.Е.Байкеев
МКТУ имени Х.А.Ясави, клиника «Акмарал», г.Туркестан*

РЕЗЮМЕ

Йододефицитные заболевания включают патологические состояния, связанные с нарушением функции щитовидной железы, обусловленные снижением потребления йода. Наиболее часто в этой группе заболеваний встречается эндемический (йододефицитный) зоб или увеличение щитовидной железы, которое развивается вследствие йодной недостаточности у лиц, проживающих в йододефицитных регионах. В работе приведены данные по распространенности и особенностям клинических проявлений заболеваний щитовидной железы, обусловленных йододефицитом среди детей.

Ключевые слова: дефицит йода, щитовидная железа, эндемический зоб, клиника, распространенность.

Актуальность. Йододефицитные заболевания включают патологические состояния, связанные с нарушением функции щитовидной железы, обусловленные снижением потребления йода. Наиболее часто в этой группе заболеваний встречается эндемический (йододефицитный) зоб или увеличение щитовидной железы, которое развивается вследствие йодной недостаточности у лиц, проживающих в йододефицитных регионах [1].

Дефицит йода является широко распространенным природным феноменом, который наиболее характерен для высокогорья и равнинных территорий, удаленных от морей и океанов. На таких территориях отмечается пониженное содержание йода во всех объектах биосферы, что, как правило, приводит к массовым нарушениям метаболизма у человека и животных. Содержание йода в организме человека не превышает 15-20 мг, суточная потребность в нем, для нормального развития человека, зависит от возраста и физического состояния и составляет от 50 до 200 мкг [2].

Причиной йодной недостаточности может послужить несбалансированное питание – недостаточное употребление в пищу рыбы, мяса, морской капусты, креветок, молочных продуктов, овсяной и гречневой круп и т.д. Около 90% суточной потребности в йоде человек получает именно благодаря питанию [3].

При поступлении в организм йода в меньших количествах, чем необходимая суточная потребность, развивается компенсаторное увеличение щитовидной железы, т. е. зоб [4].

Эндемический зоб у детей – самое распространённое йододефицитное заболевание. Чаще всего встречается диффузная форма болезни. Согласно статистическим данным за последние 10 лет частота встречаемости эндемического зоба у детей увеличилась на 6% и составляет сегодня примерно 25% всех детских эндокринологических болезней [5]. Такие высокие показатели заболеваемости объясняются нарушенным характером питания и неблагоприятной экологической обстановкой. В трети случаев эндемический зоб у детей диагностировался в подростковом возрасте (14 лет и старше).

Характерные симптомы эндемического зоба у детей имеют более интенсивную выраженность. Кроме того, именно в детском возрасте заболевание чаще всего осложняется развитием эндемического кретинизма: задержкой интеллектуального и физического развития, расстройствами ЦНС. [6]

Казахстан относится к регионам с недостаточностью йода в почвах, воде, продуктах местного производства. Недостаток йода способствует развитию одной из распространенных патологий щитовидной железы - эндемического зоба, заболеваемость которым постоянно растет. Распространенности патологии щитовидной железы способствуют неблагоприятные экологические факторы, особенно в условиях Южного Казахстана, частые соматические заболевания, влияет бесконтрольный, бессистемный, без назначения врача прием лекарственных веществ [7]. Обращает на себя внимание рост эндокринной патологии в детском возрасте, что в дальнейшем отражается на формировании детского организма.

Цель исследования: выявление изменений щитовидной железы среди детей.

Материалы и методы. В условиях Туркестанской городской поликлиники были обследованы 495 детей. С целью выявления изменений щитовидной железы использованы современные методы исследования (УЗИ, гормоны).

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных 495 детей, выявлены с патологией щитовидной железы 145, что составляет 29,3%. Относительно легко распознаваемым клиническим признаком йододефицитного состояния был эндемический зоб.

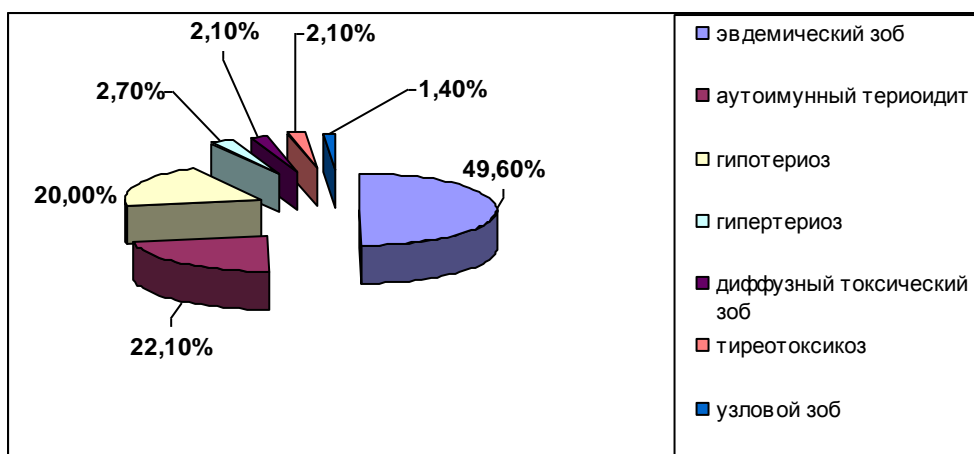


Диаграмма 1 - Клинические признаки йододефицитного состояния.

Анализ представленных данных - свидетельствует о преобладании среди патологии щитовидной железы диагноза «эндемический зоб» (49,6%). На втором месте регистрируется аутоиммунный тиреоидит – 22,1%, на третьем месте - гипотериоз (20,0%).

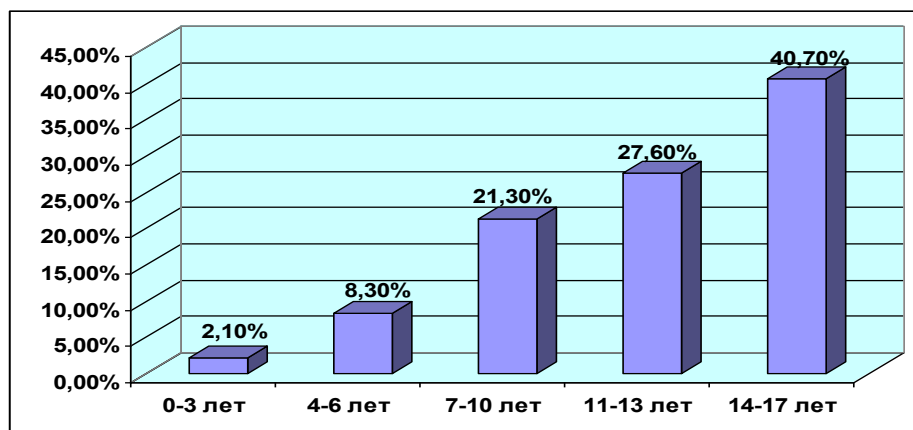


Диаграмма 2 – Возрастная структура детей с эндемическим зобом.

Анализ возрастной структуры детей с эндемическим зобом представлен в диаграмме. Как следует из диаграммы, с возрастом частота зоба возрастает, достигая максимума у подростков.

Самым распространенным проявлением йодной недостаточности является зоб.

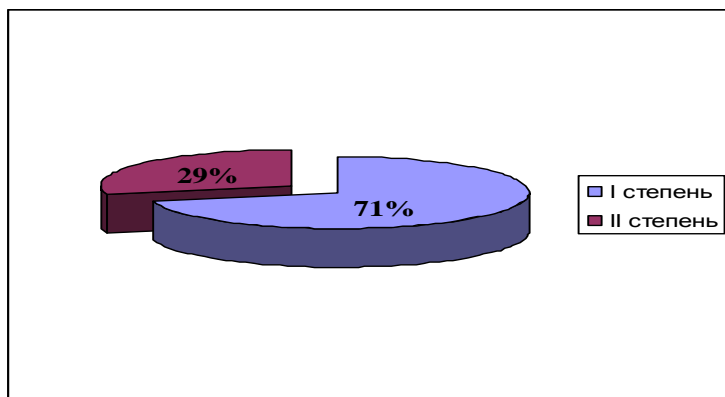


Диаграмма 3 - Сравнительный показатель увеличения щитовидной железы по степеням.

Среди выявленных 80 детей эндемическим зобом обнаружены I (71%) и II (29%) степени по результатам пальпации.

Однако современные знания позволяют выделить целый ряд заболеваний, обусловленных влиянием йодной недостаточности на рост и развитие организма. Дефицит тиреоидных гормонов у плода и в раннем детском возрасте может привести к необратимому снижению умственного развития, вплоть до критинизма.

Выводы. Анализ представленных данных - свидетельствует о преобладании среди патологии щитовидной железы диагноза «эндемический зоб» (49,6%). На втором месте регистрируется аутоиммунный тиреоидит – 22,1%, на третьем месте - гипотериоз (20,0%). При изучении возрастной структуры детей с эндемическим зобом выявлено, что с возрастом частота зоба возрастает, достигая максимума у подростков. Среди выявленных 80 детей эндемическим зобом обнаружены I (71%) и II (29%) степени по результатам пальпации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова Г.Ф. Болезни щитовидной железы. Руководство по терапии/ Под ред. Н.П. Палева. - М.: Медицина, 1995. – 284 с.
2. Аникина Л.В. Роль селена в патогенезе и коррекции эндемического зоба/ НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, 1998. - 37 с.
3. Браверман Л.И. (ред.). Болезни щитовидной железы / - М.: Медицина, 2000. - 432 с.- ISBN 5-225-04375-5
4. Морфологические особенности тиреоидной ткани при многоузловом эутиреоидном зобе / Бронштейн М.И., Макарова А.Д., Артемова А.М. Проблемы эндокринологии. -1994. № 2. - С.36-39.
5. Дедов И.И., Шарапова О.В., Корсунский А.А., Петеркова В.А. Йододефицитные состояния у детей / - М. 2003. - 223 с.- ISBN 5-98811-027-4
6. Данилова Л.И. Эндемический зоб: клинические аспекты // Мед. новости. - 1997. - Т.6. -С.3-11.

ТҮЙІН

Балалар арасында йод жетіспеушілігіне байланысты қалқанша безі ауруларының таралуы мен клиникалық көріністерінің ерекшеліктері

Д.С.Рахымбердиев, М.А.Сайденова, Б.А.Тулепбергенова, О.Е.Байкеев
МКТУ имени Х.А.Ясави, клиника «Акмарал», г.Туркестан

Қалқанша безінің қызметінің бұзылысы йодты жеткіліксіз қабылдауымен жүретін йоджетіспеушілік ауруларын құрайды. Жиі кездесетін бұл аурулардың тобына йоджетіспеушілік аймақтарында тұратын адамдарда йоджетіспеушіліктің әсерінен эндемиялық зоб немесе қалқанша безінің ұлғаюы кіреді. Жұмыста балалар арасында йод жетіспеушілігіне байланысты қалқанша безі ауруларының таралуы мен клиникалық көріністерінің ерекшеліктері қарастырылған. Біздің жүргізген тексерулеріміздің тұжырымы бойынша қалқанша без ауруларының ішіндегі ең жиі кездесетіні «эндемиялық зоб». Эндемиялық зоб ауруымен ауыратын балаларды зерттегенде, жасы ұлғайған сайын бұл аурудың өсуі анықталған, әсіресе жасөспірімдер арасында.

SUMMARY

The prevalence and clinical presentations of thyroid disease iodine deficiency caused among children

D.S.Rahimberdiev, M.A.Saidenova, B.A.Tulepbergenova, O.E.Baikееv

ICGS H.A.Yasavi, name clinic «Akmaral», Turkestan

Iodine deficiency disorders include pathological conditions associated with impaired function of the thyroid gland due to lower consumption of iodine. The most common in this group of diseases is found endemic (iodine deficiency), goiter, or enlargement of the thyroid gland, which develops as a result of iodine deficiency in people living in iodine-deficient regions. The paper presents data on the prevalence and clinical presentations of thyroid disease caused by iodine deficiency in children. Analysis of data confirms the prevalence of thyroid disease diagnosis «goiter». In the study of the age structure of children with endemic goiter found that with age, the frequency of goiter increases, reaching a peak in adolescents

УДК 616.24.002.3:51

ВЗАИМОСВЯЗЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Р.А. Кадырбаева

Областной консультативно-диагностический медицинский центр, г. Шымкент.

В статье изучена взаимосвязь аллергических болезней и заболеваний органов пищеварения, особенности их течения в возрастном аспекте. Выявлено, что наиболее часто патология органов пищеварения наблюдается у детей с атопическим дерматитом.

Ключевые слова: органы пищеварения, аллергические заболевания, атопический дерматит, абдоминальный синдром.

Аллергические заболевания являются одними из самых распространенных болезней детского возраста [1]. По литературным данным имеет место частое сочетание аллергических болезней с патологией желудочно-кишечного тракта [2,3].

Целью работы явилось изучение взаимосвязи аллергических болезней и заболеваний органов пищеварения, особенностей их течения в возрастном аспекте.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 27 детей с различными аллергическими заболеваниями в возрасте от 1 месяца до 15 лет, из них 14 мальчиков и 13 девочек, у всех детей имело место сочетание аллергического заболевания с патологией желудочно-кишечного тракта.

Всем детям были проведены общеклинические анализы, УЗИ желудочно-кишечного тракта с УЗИ-холецистографией, биохимический анализ крови, исследование кала на дисбиоз кишечника, другой части больным были проведены риноцитограмма, аллергологические пробы, а также ИФА на выявление антител к лямблиям и к глиадину.

Результаты и обсуждение. Из 27 детей у 17 больных диагностирован атопический дерматит, у 4 детей - пищевая аллергия, у 1 ребенка - крапивница, у одного ребенка - контактный дерматит, у одного аллергический сезонный ринит, у 2 детей - рецидивирующий обструктивный бронхит, у одного ребенка - рецидивирующий обструктивный бронхит в сочетании с атопическим дерматитом. Аллергическая патология у девочек исследуемой группы представлена преимущественно атопическим дерматитом и пищевой аллергией, в то время как у мальчиков, кроме этого, диагностировались все остальные вышеуказанные заболевания.

Наиболее частой формой атопического дерматита, выявляемого у исследуемых детей, была младенческая форма, которая диагностировалась у 10 из 17 детей. Эту группу больных составили дети в возрасте от 1 мес. до 1,5 лет. У 3 больных была выявлена эритемоквамозная форма атопического дерматита и у 2 детей - локализованная форма.

У большинства обследованных детей отмечались жалобы на периодические боли в животе, связанные с употреблением острой, жареной, жирной пищи, пищевых аллергенов, а также вызванные физическими нагрузками. Около половины детей жаловались на тошноту, отрыжку, неустойчивый аппетит. Более чем 2/3 детей имели вздутие живота и запоры. Длительность болевого абдоминального синдрома колебалась от нескольких месяцев до нескольких лет. В консультативную поликлинику ДОБ дети обращались как к гастроэнтерологу, так и к аллергологу. Однако первичные обращения детей старшего возраста были чаще к гастроэнтерологу из-за выраженных проявлений аллергического кожного синдрома, а детей младшего возраста - к аллергологу из-за выраженных проявлений аллергического кожного синдрома.

Наследственность была отягощена по аллергическим заболеваниям (поллиноз, бронхиальная астма, дерматит и т.д.) у половины обследованных детей, по заболеваниям желудочно-кишечного тракта - у 3 детей. При объективном исследовании имело место сочетание кожного и болевого абдоминального синдрома у преобладающего большинства детей. Поражения кожи изменялись с возрастом детей. Так, у детей раннего возраста преобладал, как правило, экссудативный компонент в воспалительном процессе, что клинически проявилось мокнутием, гиперемией кожи, образованием папул, струпа, «медовых корочек» чаще процесс носил распространенный характер. У детей старшей возрастной группы преобладала, сухость кожи, шелушение, отмечалась лихенизация кожи и образование трещинок, поражение было обычно локализованным с поражением участков кожи в локтевых, подколенных ямках, а также в области лучезапястных суставов и других участков кожи.

Болевой абдоминальный синдром у обследованных детей был умеренно выраженным. Практически у всех детей была обложенность языка беловатым налетом. У детей младшего возраста, как правило, наблюдались метеоризм и запоры, а у старших детей выявилась болезненность в эпигастральной области, т. Маккензи, т. Дижардена, з. Шоффара, з. Губергрица, т. Мейо- Робсона. Запоры наблюдались чаще, чем неустойчивый стул.

При лабораторном исследовании в копрологическом анализе у большинства обследованных детей выявилось большое количество нейтрального жира, а также крахмала, мышечных волокон, йодоформной флоры, жирных кислот. Уровень амилазы, биохимические параметры крови были практически у всех детей в пределах нормальных показателей. В общем анализе крови у детей с обострением аллергического заболевания было умеренное повышение количество эозинофилов, в общем анализе мочи- оксалатурия.

При исследовании кала на дисбиоз лишь у 17% детей не было нарушения микрофлоры кишечника. У детей младшего возраста наиболее часто высевались клебсиелла, протей, золотистый стафилакокк, в то время как у больных старшего возраста энтерококки, гемолитическая кишечная палочка, снижение бифидум- и лактофлоры, дисбактериоз кишечника 2-3 степени выявлялся лишь у детей младшего возраста, имеющих распространенный атопический дерматит в стадии обострения.

При УЗИ органов пищеварения наиболее часто выявились нарушения моторики желчевыводящих путей, как правило, по гипотоническому типу. У детей младшей возрастной группы с распространенным атопическим дерматитом обнаруживалось усиление периваскулярной реакции в печени, повышение эхоплотности поджелудочной железы без нарушения функции этих органов по данным лабораторного исследования.

Выводы. Таким образом, у обследованных детей наиболее часто диагностировались дискинезии желчевыводящих путей, в сочетании с вторичной недостаточностью поджелудочной железы и дисбиозом кишечника. Исследование методом ИФА уровня антител к лямблиям и глиадину не выявило лямблиоза и целиакии ни у одного больного. Риноцитограмма была выполнена 6 детям, у 2 детей с сезонным ринитом и рецидивирующим обструктивным бронхитом количество эозинофилов было повышенным. Аллергологические пробы проведены 4 детям, у всех детей выявлена сенсibilизация к рыбе, к амброзии.

По нашим данным наиболее часто сочетанные поражения - аллергическое заболевание и патология органов пищеварения - наблюдались у детей атопическим дерматитом. С увеличением возраста детей наблюдалось усиление болевого абдоминального синдрома, стихание островоспалительного кожного процесса, уменьшение проявлений дисбиоза кишечника. Наиболее выраженные изменения органов пищеварения наблюдались при распространенной форме атопического дерматита в стадии обострения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пайков В.Л. Гастроэнтерология детского возраста / В.Л.Пайков, С.Б. Хацкееи,Л.В. Эрман.- С-Пб№ - 2002.-412с.
2. Парийская Т.В. Справочник педиатра./ Т.В. Парийская- М : ЭКСМО,2004.-317с.
3. Лукьянова Е.М. Справочник детского гастроэнтеролога./ Е.М. Лукьянова – Киев: Здоровье,2004.- 212с.

Түйін

Балалардағы аллергиялық ауруларымен ас қорыту мүшелерінің ауруларының байланысы
Р.А.Қадырбаева

Облыстық кеңес беру медицина орталығы, Шымкент қ.

Мақалада балалардағы аллергиялық аурулармен ас қорыту мүшелерінің ауруларының байланысы және олардың балалардың жасына байланысты ағымының ерекшеліктері зерттелген. Атопиялық дерматитпен ауратын балаларда ас қорыту мүшелерінің патологиясы жиі кездесетіні анықталған. Түйін сөздер: ас қорыту мүшелері, аллергиялық аурулар, атопиялық дерматит, абдоминальды синдром.

Summary

The relation ship of allergic diseases of the digestive characteristics.

R.A. Kadirbaeva

Regional Consultative and Diagnostic Medical Centre, Shymkent c.

The paper studied the relation ship of allergic diseases of the digestive characteristics of their course in age aspect. Revealed that the most common digestive pathology. Observed in children itopiche skim dermatitis. Key words: digestive, allergic diseases, itopiche skim dermatitis, abdominal syndrome.

УДК 616.24.002.3:51

ЧАСТОТА ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Р.А. Кадырбаева

Областной консультативно-диагностический медицинский центр, г. Шымкент.

В статье показана частота и структура, клинические особенности течения, факторы риска формирования врождённых пороков развития органов пищеварения у детей. Обследованы 86 детей в возрасте от 0 до 8 лет с ВПР органов пищеварения. Разработаны прогностические критерии течения и исходов данной патологии у детей.

Ключевые слова: пороки развития, органы пищеварения, факторы риска, осложнения беременности.

Ежегодно доля рождений детей с пороками развития составляют 4-6%. Врожденные пороки развития (ВПР) занимают второе место в структуре причин младенческой смертности, уступая перинатальной патологии [1,2]. Дети, имеющие врожденные пороки развития и наследственные заболевания, в 5 раз чаще госпитализируются в различные стационары. [3].

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты и структуры, клинических особенностей течения, факторов риска формирования врожденных пороков развития органов пищеварения у детей.

Материалы и методы. Проанализирована медицинская документация 86 детей в возрасте от 0 до 10 лет с ВПР органов пищеварения (ОП). Детям, в зависимости от вида пороков, проводились клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования (ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагофиброгастроскопия, ректороманоскопия, ирригография с ирригоскопией). Проводились консультации узких специалистов.

Результаты и обсуждения. По результатам анализа ВПР ОП достоверно чаще встречались у мальчиков – 58,2±3,3%, чем у девочек – в 39,8±2,8% случаях. В возрастном аспекте чаще ВПР ОП преобладали в периода новорожденности – 32,6±2,4% случаев. ВПР ОП были изолированными у 24(6,3±1,2%) детей, из них у 46(6,1±1,2%) детей ВПР ОП – сочетание (системные пороки) пороков пищеварительной системы, а у 18(6,1±1,2%) детей ВПР ОП в сочетании с пороками других систем (МВПР). В структуре ВПР пищевода - (5,1±1,2%) выявлены атрезии пищевода с трахеально-пищеводным свищом(78,1%), врожденный трахеально-пищеводный свищ без атрезии (7,3%), по 3,2%- атрезия пищевода без свища и врожденный стеноз пищевода. Среди аномалий верхней части пищеварительного тракта – (10±1,6%) врожденный гипертрофический пилоростеноз встречался в 84,3% случаев и врожденный пилороспазм – 13,2%. В структуре ВПР тонкого кишечника - (7,7±1,4%) выявлены атрезии и стенозы 12-перстной, тощей и подвздошной кишок. В структуре ВПР толстого кишечника - (5,8±1,3%) составили атрезии и стенозы ануса и прямой кишки. Были выявлены у 46,5±2,6% больных, в структуре которых были долихоколон (51,7%), дивертикул Мекккеля (14,7%), врожденные аномалии фиксации кишечника(12%), болезнь Гиршпрунга (7,7%), удвоение тонкого кишечника (7,1%). В структуре врожденных аномалий желчевыводящих путей - (5,6±1,2%) атрезии желчных протоков составили 85%, гипоплазия, врожденная перетяжка желчного пузыря и желчный пузырь, исходящий из левой доли печени - по 4,0%. Системные пороки развития пищеварительного тракта были выявлены у 5,7±1,2% детей. Наиболее часто отмечалось сочетание пороков различных отделов тонкого и толстого кишечника - 19(77,9±8%). Множественные врожденные пороки развития (МВПР) были диагностированы в 5±1,2% наблюдений. Наиболее часто ВПР органов пищеварения сочетались с врожденными пороками сердца в 13 (55,2±10,3%) случаях.

Таким образом, отмечено, что наибольшее число ВПР органов пищеварения приходится на группу

ВПР тонкого и толстого кишечника – (54±1,7%) случая.

Сопутствующие заболевания детей с ВПР ОП диагностированы у 35 (48,6±3,5%) больных, в том числе новорожденных - 28,7±3,2%, в возрасте от 29 дней до 3-х лет - 13,2±2,4%, у детей старшего возраста (4-10 лет) - 11,8±2,3% случаев. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями и состояниями у новорожденных с ВПР ОП были: недоношенность различной степени (43,5±4,4%), перинатальное поражение ЦНС (11,5±2,9%), внутриутробная пневмония (9,8±2,7%), которые усугубили течение ВПР ОП и в большинстве (74,5%) случаев привели к летальному исходу. Наиболее частой сопутствующей патологией у детей раннего возраста с ВПР ОП было перинатальное поражение ЦНС (20,2±4,0%), гипотрофия (7,7±2,8%). ВПР ОП в группе детей старшего возраста чаще сочетался с острым аппендицитом - 8,5±2,4%, хроническим колитом - 6,4±2,2% и хроническим гастродуоденитом – 3,4±1,7%. Проведен анализ результатов клинического обследования.

Клиническая симптоматика у детей с ВПР ОП характеризовалась разнообразием. Наиболее частыми симптомами при ВПР ОП были запоры у – 77,1±2,1% детей, срыгивания и отсутствие прибавки массы тела – у 47,8±2,6% пациентов, вздутие живота – у 45,3±2,6%, рвота – у 43,4±2,5% обследованных. Реже у детей с ВПР ОП отмечались такие симптомы как поносы - 14,5±1,9%, пенистое отделяемое изо рта - 5,1±1,2%. Бледность и цианоз кожных покровов, слабость, вялость, утомляемость, снижение аппетита, повышение температуры тела нами расценено как проявление общих симптомов интоксикации. Локализация боли чаще всего была в правой подвздошной области (24±3,3%). Интенсивность боли варьировала от незначительной до резкой, были положительными симптомы раздражения брюшины (Щеткина- Блюмберга, Воскресенского, Ровзинга). Анализ клинической симптоматики детей с ВПР ОП позволил выделить основные («большие») и дополнительные («малые») критерии диагностики ВПР ОП у детей раннего и старшего возраста. Наибольшую клиническую значимость у детей раннего возраста имеют отсутствие прибавки массы тела – у 47,7±2,6%, срыгивания – 47,4±2,6%, вздутие живота – у 45,3±2,6%, рвота - 43,4±2,5%. У детей старшего возраста наибольшую клиническую значимость имеют запоры - 77,1±2,1%, и боли в животе различной локализации 45,5±2,6%.

Летальные исходы при пороках пищевода в (90,6%) случаях, МВПР (77,2%), тонкого кишечника, желчного пузыря и желчных протоков (64,2%).

Одним из основных и важных условий прогнозирования ВПР ОП является выделение факторов и групп риска развития врожденной патологии, а также разработка прогностических критериев, которые весьма важны для оценки тяжести и характера течения патологического процесса, а также для оказания своевременной медицинской помощи. Для выделение факторов риска развития ВПР ОП у детей проведен анализ соматического акушерско- гинекологического анамнеза (47,5±2,6%) матерей во время беременности средний возраст матерей детей с ВПР ОП при рождении ребенка составил 28,1 лет. У 26% из них отягощен соматический анамнез: при анализе состояния здоровья матерей и во время беременности статистически чаще встречались соматические заболевания – анемия, хронический пиелонефрит, эндемический зоб и др. У 23 % отягощен акушерско-гинекологический анамнез: инфекционные заболевания 12,2%, среди них ОРВИ, листериоз, носительство цитомегаловирусной инфекции и простого герпеса. Гинекологические заболевания во время беременности составили 9,8%, среди которых диагностировали в основном кольпиты.

Выводы. Таким образом, здоровых матерей в период беременности не было. При анализе акушерско- гинекологического анамнеза матерей выявлено, что их беременность чаще осложнялась развитием гестозов (29,5%), анемий ((27,5%), угрозой прерывания беременности (21,8%), ОРВИ 1-ой половины беременности (11,4%), наличием внутриутробных инфекций (6,3%). Все эти факторы, обуславливая развитие хронической фетоплацентарной недостаточности приводили к развитию хронической гипоксии плода, напряжению его компенсаторных реакций с расстройством формирования функций органов и систем. Анализ данных заболеваемости и смертности детей с врожденными пороками развития органов пищеварения в разные сроки гестации показал, что данная патология детей на наш взгляд является следствием патологии матери во время беременности. Это дает нам возможность предполагать, что выявленные осложнения можно рассматривать как факторы риска формирования врожденных пороков органов пищеварения у детей. Следует отметить, что у 6 женщин в анамнезе были случаи повторного рождения детей с врожденными пороками развития – такими как аплазия легкого, ВПС-ДМЖП, МВПР, атрезия пищевода, атрезия желчевыводящих путей, а в одной семье четырехкратно рождались дети с атрезией желчевыводящих путей. Все вышеописанные случаи рождения детей с врожденными пороками состояли на учете в женской консультации. Необходимо отметить, что у 14 женщин при проведении ультразвукового исследования плода были выявлены признаки врожденных пороков развития, таких как атрезия пищевода, атрезия кишечника, атрезия двенадцатиперстной кишки, раздутый кишечник, раздутый желудок, отсутствие желчного пузыря, кистомы брюшной полости, двухсторонний гидронефроз+атрезия уретры. Анализ акушерско-гинекологического анамнеза матерей детей с ВПР ОП показывает, что можно выделить группы относительного риска развития врожденной патологии органов пищеварения. В группу относительного риска следует отнести следующие факторы: гестозы и ОРВИ при беременности, угроза ее прерывания, а к абсолютного риска – семьи с рождением детей с врожденными пороками развития.

Методами прогнозирования определено, что летальный исход ВПР ОП зависит от: 1) тяжести состояния ребенка (чем тяжелее состояние ребенка, тем больше риск летального исхода); 2) количества сопутствующих заболеваний (чем больше сопутствующих заболеваний, тем больше риск летального исхода); 3) возраста ребенка (чем младше ребенок, тем больше риск летального исхода); 4) недоношенности различной степени. Прогноз летального исхода у ребенка с ВПР ОП определяется в 39,7% случаях: возрастом ребенка и количеством до- и послеоперационных осложнений при ВПР ОП.

Таким образом, изучение частоты и структуры, клинических особенностей течения, факторов риска формирования врожденных пороков развития пищеварительного тракта, позволяет разработать прогностические критерии течения и исходов данной патологии у детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Яцык А.С. Руководство по неонатологии / А.С. Яцык, - М., 2003. - 312с.

Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра / М.Ю. Денисов.-М., 2004.-218с.

Бельмера С.В, Гастроэнтерология детского возраста. / С.В. Бельмер, А.И. Хавкина.-М: Медпрактика., 2003.- 315с.

ТҮЙІН

Балалардағы ас- қорыту мүшелерінің даму ақауларының жиілігі.

Р.А.Кадырбаева

Облыстық кеңес беру-диагностикалық медициналық орталығы, Шымкент қ.

Мақалада балалардағы ас - қорыту жүйесінің даму ақауларының жиілігі, құрылымы, ағымының клиникалық ерекшеліктері, ақаулар дамуының қауіп факторлары көрсетілген. Ас қорыту жүйесінің даму ақауы бар 0-ден 8 жасқа дейінгі 86 бала зерттелген. Балалардағы бұл патологиялық ағымның және аяқталуының болжамдық критерийлері қарастырылған. Түйін сөздер: даму ақаулары, ас қорыту мүшелері, қауіп факторлары, жүктіліктің асқынулары.

SUMMARY

Shows the frequency of the digestive system

R.A. Kadirbaeva

Regional Consultative and Diagnostic Medical Centre, Shymkent c.

The article shows the frequency, structure, clinical features, factors of development of the digestive system.

The study included 86 children aged 0 to 8 years with malformations of the digestive system. Examined and criteria for prediction of the outcome of this pathology. Key words: shows the frequency, digestive system, risk factories, complication of pregnancy.

УДК 616.915-053.3

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Е.А.Акимжанова

Городская инфекционная больница, г.Шымкент

АННОТАЦИЯ

В статье описываются клинико-эпидемиологические особенности течения кори у детей грудного возраста, пролеченных в городской инфекционной больнице города Шымкента за период с октября 2011 года по март 2012 года.

Ключевые слова: корь, экзантема, дети грудного возраста, пигментация.

Корь относится к высококонтагиозному заболеванию вирусной природы, передающаяся воздушно-капельным путем, протекающая с лихорадкой, выраженным катаральным синдромом, поражением дыхательных путей, нарастающим синдромом интоксикации и частыми осложнениями преимущественно со

стороны органов дыхания. Высокая и всеобщая восприимчивость к кори в сочетании с ее летучестью передачи возбудителя обуславливает ее широкое распространение во всех странах мира.

Актуальность борьбы с корью очевидна в связи с тем, что эта инфекция поражает в первую очередь детей, особенно дошкольного возраста. Благодаря массовой иммунизации детей в Республике Казахстан наблюдается значительное снижение заболеваемости корью. В истории эпидемиологии имеется немало примеров развития эпидемий в местностях, где корь отсутствовала на протяжении нескольких лет. В эти эпидемии были вовлечены не только дети, но и все взрослые, не болевшие корью.

Показатель заболеваемости корью в ЮКО за 2007-2008 гг. составил 0,8-0,13, у детей до 14 лет составил 0,24 на 100000 населения. За 2009-2010 гг. по ЮКО отмечалось всего 2 случая кори. Рост заболеваемости корью отмечался в 2011. По ЮКО всего заболеваемость составила 2,39, у детей – 4,55. По г.Шымкенту общая заболеваемость составила 3,85, у детей до 14 лет – 7,14 на 100000 населения.

В ГИБ г.Шымкента в 2011 году с корью было госпитализировано 412 человек, из них взрослые составляли 49,1% (196), дети 51,9% (214).

Корь характеризуется определенной сезонностью: в зимне-весенний период времени и четко проявляющимися периодами развития, продолжительность которых сохраняет, как правило, строгое постоянство. Инкубационный период, который составляет чаще всего 10-11 дней, может колебаться от 7 до 17 дней. Заболевание начинается с продромального (катарального) периода, продолжающегося 3-4 дня, характеризуется повышением температуры тела, нарушением общего состояния и выраженными катаральными явлениями со стороны видимых слизистых и верхних дыхательных путей. Больной корью наиболее заразен в этот период. На 2-ой день продромального периода на слизистой щек появляется специфичный для кори симптом – пятна Бельского-Филатова-Коплика. Для периода высыпания при кори характерно этапное распространение сыпи: в 1-ый день пятнисто-папулезная сыпь – на лице и шее, на 2-ой день – на туловище, на 3-ий день – на конечностях. Симптомы интоксикации и катаральный синдром остаются выраженными. Далее в течение 1-1,5 недель с той же последовательностью элементы сыпи принимают вид бледно-желтых, а затем коричневых пятен. Случаи заболевания кори регистрируются как среди непривитых, так и у привитых детей. Корь у детей грудного возраста имеет свои особенности.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения кори у детей 1-го года жизни на современном этапе на примере городской инфекционной больницы г.Шымкента.

Материалы и методы: нами был проведен анализ историй болезни пациентов в возрасте до 1-го года, госпитализированных в городскую инфекционную больницу в течение 6 месяцев за период с октября 2011 года по март 2012 года. За этот период из числа 280 больных, переболевших корью, взрослый контингент составил 44,6%, дети – 55,4%, из них - 47 детей до 1-го года жизни (30,3%). Из анамнеза возрастной структуры выявлено, что из числа детей 1-го года жизни дети от 3 до 6 месяцев составили 24,4%, наибольшее преимущество заболевших корью пришлось на возраст от 6 до 12 мес., что составило 75,6%; среди них девочки составили 44,4%, мальчики 55,6%. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 7-8 койко-дней. У 22,3% корь протекала в среднетяжелой форме, у 73,3% - в тяжелой форме. Лабораторная верификация диагноза проводилась у 100% пациентов. Диагноз был подтвержден методом иммуноферментного анализа на 6-7 день от момента появления сыпи.

Результаты исследования: У 91,2% в эпиданамнезе – указывалось на контакт с больным корью, большинство (60%) имели контакт с больными корью и поступали в медицинские учреждения в катаральный период с диагнозом «Острая респираторно-вирусная инфекция»(ОРВИ). 31,2% контактировали с больными родственниками и только 8,8% отрицали какой-либо контакт. У 51,1% больных отмечалась зимняя сезонность; у 26,7% - зимне-весенняя; у 22,2% - весенняя (в марте). Все больные поступили на 3-4 день болезни, то есть в 1-ый день высыпаний. Заболевание протекало на фоне анемии 2 степени – у 48% больных, белковоэнергетической недостаточности 1 степени – 2%, перинатальное поражение ЦНС, гидроцефально-гипертензионный синдром – у 2%. Продромальный период у всех больных проявлялся в виде выраженных симптомов интоксикации и катаральных явлений: повышение температуры тела от 37,6 до 38,0; вялость, слабость, снижение аппетита, насморк, конъюнктивит (24,4%); у 8% детей температура повышалась до 39,0-40,0; у 24,4 детей отмечались симптомы поражения желудочно-кишечного тракта в виде срыгиваний, появлений жидкого стула с примесью зелени до 4-5 раз в день. У 11% больных выявлены пятна Бельского-Филатова-Коплика. У 82% больных длительность катарального периода в среднем составила 2-3 дня. Период высыпания у всех больных проявлялся появлением сыпи на фоне выраженных симптомов интоксикации и катаральных явлений. Сыпь пятнисто-папулезная, неяркая, необильная, этапная – на 5-6 день болезни. Пигментация была у 8,8 % больных на 8-10 день болезни.

У 22,3% больных корь протекала в среднетяжелой форме, в то же время у наибольшего числа больных (77,7%) корь имела тяжелое течение. У 73% больных лихорадка удерживалась в течение 6-7 дней. Крайне тяжелое течение было у 4,4% детей. У большинства детей грудного возраста (55,4%) имело место раннее появление осложнений в виде внебольничной пневмонии – 48,8%, бронхообструктивного синдрома – 6,6%, у 8,8% пневмония протекала с бронхообструктивным синдромом. Причем эти осложнения наблюдались у всех детей до 6 месяцев.

В общем анализе крови (ОАК) у 72,7% отмечалась лейкопения в пределах $4,2-4,6 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 5-6 мм/ч. В дальнейшем у детей с осложнениями в ОАК отмечается лейкоцитоз до $10-12 \cdot 10^9/\text{л}$, а СОЭ – до 15-20 мм/ч. Все дети с этиотропной целью получали противовирусную терапию в виде ацикловира в возрастной дозировке. 75,5% детей получали антибактериальную терапию цефалоспоринового ряда (цефепим, цефтриаксон) в течение 5-6 дней, 42,3% детей выписывались с выздоровлением, наибольшая часть детей (57,7%) выписались с улучшением.

Выводы: У детей 1-го года жизни больных корью все периоды болезни укорачивались, длительность катарального периода составляет 2-3 дня, период высыпания укорочен, пигментация слабо выражена, пятна Бельского-Филатова-Коплика могут отсутствовать. Корь у детей 1-го года жизни часто протекает с поражением желудочно-кишечного тракта, в большинстве случаев – в тяжелой форме с ранними осложнениями в виде пневмонии, бронхообструктивного синдрома, в связи с чем удлинялось время выздоровления. Наибольшие трудности представляют диагностика катарального периода кори, протекающая под маской ОРВИ, когда больной наиболее заразен для окружающих, чем обуславливает высокую заболеваемость. Врачу необходимо усилить бдительность, особенно в зимнее время, по раннему и своевременному обнаружению характерных симптомов кори и изоляции больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Симованьян, Э.Н. Инфекционные болезни у детей. Учебное пособие./ Э.Н. Симованьян.: - Ростов н/Д. - 2007.-330-351с.
2. Учайкин, В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей: практикум/ В.Ф. Учайкин.: - М. - 2004.-194-205с.
3. Виноградов– Волжинский, Д.В. Эпидемиология. Учебное пособие./ Д.В. Виноградов– Волжинский.: - СПб.- 2000.-342-347с.

ТҮЙІН

Ерте жастағы балаларда қызылшаның клинико-эпидемиологиялық ерекшеліктері

Е.А.Акимжанова

Қалалық Жұқпалы аурулар ауруханасы, Шымкент қ-сы

Мақалада Шымкент қаласының ҚЖАА-да 2011 ж.қазан айынан 2012 ж. наурыз айының аралығында емделген ерте жастағы балаларда қызылшаның клинико-эпидемиологиялық ерекшеліктері көрсетілген. Түйін сөздер: қызылша, бөртпелер,ерте жастағы балалар,пигментация.

SUMMARY

Clinical and epidemiological features of the course of measles in infants

E.A. Akimzhanova

Shymkent Infectious Diseases Hospital

This article describes the clinical and epidemiological features of the course of measles in infants, treated in the city of Shymkent Infectious Diseases Hospital from October-2011 to March-2012. Key words: measles, rash, infants, pigmentation.

УДК 616.24-002-085-053.2

БАЛАЛАРДА АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯНЫ ЕМДЕУДЕ «ЛАЗОЛВАНДЫ» ҚОЛДАНУ ТИІМДІЛІГІ

З.О. Байдибекова

Қалалық балалар емханасы №3 Шымкент қаласы

ТҮЙІН

Бұл жұмыста пневмонияның емінде лазолван препаратын қолдану туралы сұрақ қарастырылған.

Балалардың ауруханадан тыс пневмониясының емінде лазолванды қолданудың клиникалық тиімділігі мен қауіпсіздігі көрсетілген. Лазолван, универсалды жөтелге қарсы және муколитикалық әсері бар препарат есебінде әр жастағы балалардың пневмониясының емінде кеңінен қолданылуға ұсынылады.

Кілт сөздер: балалар, пневмония, лазолван, жөтел, қақырық.

Маңыздылығы. Респираторлы жүйенің жұқпалы қабыну аурулары балалардың жұқпалы аурулар құрылымының маңызды бөлігін құрайды. Соның ішінде пневмония мен жедел бронхит ерекше маңызға ие, жылдан жылға жиілігі төмендемей келеді, 100000 тұрғынға шаққанда 1000 жағдайды құрайды. [1, 2, 3,4].

Соңғы жылдарда бұл аурулардың құрылыс орындары көп, экологиялық жағдайы нашар үлкен қалаларда тұратын балалар арасында өсу жиілігі байқалады. Көп жағдайларда пневмония болжамы нашар асқынулармен сипатталады [2, 3,4].

Европа мен Солтүстік Америкада пневмониямен ауыру көрсеткіші 5 жасқа дейінгі балаларда 1000 тұрғынға 34-40 жағдайды құрайды, бұл көрсеткіш басқа жастық көрсеткіштен жоғары [5]. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының есебі бойынша әлемдік денсаулық көрсеткіші(2005) жыл сайын әлемде 10,6 млн. бала өледі, оның ішінде 19 пайызын жедел респираторлы аурулар мен пневмония құрайды.

Пневмонияда дер кезінде диагностика жасау және емдеу тактикасын жетілдіру заманауи педиатрияда маңызды мәселе. Пневмониямен ауыратын балаларда этиотропты антибактериальды еммен бірге жөтелге қарсы, муколитикалық қақырық түсіруші және де симптоматикалық препараттарды тағайындау өте маңызды [2,3]. Мукоактивті препаратты тағайындау антибиотиктердің плазмадан өкпе тканіне ену жылдамдығын жоғарылатады.

Осындай препараттардың бірі Берингер Ингельхайм Фарма ГмбХ компаниясынан шығатын Лазолван (амброксол). Препарат негізі болып табылатын амброксол гидрохлорид - бронхтардың кілегей қабаттарының серозды жасушаларының стимуляциясының нәтижесінде қақырықты ыдыратады, қақырықтың кілегейлі және серозды компоненттерін қалыптастырып, ферменттердің түзілуін реттеп, қақырықтың мукополисахаридтер байланысын ыдыратады, сурфактанттың түзілуін, қақырықтың реологиялық параметрлерін реттеп, кілегейлі және адгезивті қасиеттерін төмендетеді [6,7].

Препарат бронх эпителиінің кірпікшелерінің қозғалысын реттеп, олардың бір біріне жабысып қалмауын, қақырықтың шығуын қамтамасыз етеді. Лазолван сурфактанттың түзілуін, қабынуға қарсы, антиоксидантты және жергілікті иммунитетті жоғарылататын қасиетке ие.

Препараттың муколитикалық, инфекцияға қарсы қасиеттері бірге жүреді. Экспериментте амброксолдың тұмау вирусының полиферациясын тежейтін қасиеті мәлімделеді. Препаратты ингаляция түрінде енгізгенде емдік тиімділігі 30 минутта пайда болып 6-12 сағатқа сақталады. Максимальды эффект 2-3-ші тәулікте анықталады [7,8].

Мақсаты. Зерттеудің негізгі мақсаты балаларда ауруханадан тыс пневмонияны емдеудің эффективтілігін жоғарылату.

Зерттеудің материалдары және әдістері. Лазолванның эффективтілігін анықтау мақсатында жас ерекшеліктері 2-12 жас аралығындағы анамнез, клинико-лабораториялық көрсеткіштері мен рентген зерттеулерінің нәтижесіне сүйеніп ауруханадан тыс пневмония диагнозы қойылған 14 баладан тұратын топ алынды. Зерттеу жүргізілген топта 2-6 жас аралығындағы 8 науқас бала, 6 жастан жоғары 6 науқас бала болды. Емханада қабылдауда болғанда барлығында дене қызуының жоғарылауы 37,4-38,3С байқалды. Емдеуді бастар алдында барлығында продуктивті емес жөтел болды (13 - 92,8%).

Науқастардың жартысында 6 жастан жоғары балаларда кілегейлі қақырықтың бөлінуі байқалды (6 - 42,8%). Аускультативті тексеруде барлық балаларда қабыну аймағында ұсақ көпіршікті сырылдар бар, сегізінде оған қоса крепитациялық сырылдар, 3 жағдайда тыныстың локалды әлсіздігі байқалды.

Клиникалық және рентгендік тексерулердің қорытындысын салыстыру нәтижесінде зерттеу жүргізілген 8 науқаста сол жақты ошақты пневмония, ал 5 науқаста төменгі бөлікті оң жақты пневмония диагнозы қойылды. Бір науқаста екі жақты ошақты пневмония анықталды. 8 науқаста клиникалық көріністері мен аурудың ағымы орташа ауырлықта (57,1%), қалған 6 науқаста (42,9) – жеңіл ағымды деп бағаланды.

Қабылданған хаттамаларға сәйкес [2,4,5] ауруханадан тыс пневмонияны емдеуде антибактериальды дәрі дәрілер ретінде зерттеу тобындағы балаларға макролидтердің жаңа тобының препараттары берілді (азитромицин, спирамицин), флемоксин-солютаб (амоксциллин), цефуроксин (зиннат).

Зерттеу нәтижелері. Балаларға лазолван препараты алғашқы күннен бастап ереже бойынша берілді. Лазолванның қолдану эффективтілігі өкпелік симптомдардың клиникалық параметрлеріне қарай (жөтел, қақырық, өкпеде сырылдар) бағаланды. Антибиотикпен бірге лазолванды қолдану нәтижесінде науқастарда алғашқы 4 күнде негізгі ауру ағымында оң динамика байқалды. Соның нәтижесінде балалардың жалпы жағдайы жақсарып, дене қызуы қалыпқа келіп, интоксикация симптомдары мен тыныс жетімсіздік белгілері жойылды. Негізгі өкпелік симптомдар сипатына қарай лазолван препаратының әсерін аурудың алғашқы кезеңінен байқауға болады. Зерттеу жүргізілген барлық балаларда қақырықты продуктивті сипаттағы жөтел азайды. Аускультацияда ұсақ көпіршікті сырылдар жиілігі төмендеп, кейбіреулерінде орта көпіршікті

ылғалды сырылылар анықталды.

Одан кейінгі бақылауда 10-12-ші күндерде 14 науқастың 12-де өкпенің жедел қабыну симптомдарының толық кері дамуы байқалды. Науқастарда жөтел азайып, оңай бөлінетін қақырық тек танертеңгі уақытта байқалды. Сырылдар естілмеді. Бақылау барысында «лазолван» препаратын қолдануда ешқандай асқынулар болған жоқ.

Қорытынды. Сонымен балаларда ауруханадан тыс пневмонияда комплексті түрде «лазолван» препаратын қолдану қақырықтың тығыздығын азайтып, оның бронхиальды бағанның төменгі бөліктерінен сыртқа шығуына, құрғақ жөтелдің ылғалды жөтелге айналып науқастың жағдайының жақсаруына алып келді. 1. «Лазолван» балаларда пневмонияда қолдануда эффективті препарат болып табылады. 2. «Лазолван» препараты әртүрлі жастағы балаларда қолдануға болатын жөтелге қарсы және муколитикалық әсерге ие. 3. «Лазолван» препаратын қолдануда шағымсыз әсерлер байқалған жоқ.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Антибиотикотерапия пневмоний и бронхитов у детей. - Методические рекомендации для врачей-педиатров (Под ред. проф. Г.А.Самсыгиной). -1998.
2. Майданник В.Г. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острой пневмонии у детей. - 2002.
3. Минков И.П. Антибиотикотерапия пневмоний у детей. - Одесса: Лагсар, 2002.
4. Прохоров Е.В. Диагностика и антибактериальная терапия внебольничных пневмоний у детей. - 2002.
5. McIntosh K. Community-acquired pneumonia in children. N Engl J Med 2002, 346(6).
6. Овчаренко С.И. Муколитические (мукоурегуляторные) препараты в лечении хронической обструктивной болезни легких. РМЖ, Том 10 № 4, 2002.
7. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России, М., АстраФармСервис, 2003.
8. Алекса В. И., Прозорова В. К., Мальцева Н. А., Шатихина Л. Н. Терапевтический Архив №3, 2001.

Резюме

Применение «Лазолвана» в лечении внебольничной пневмонии у детей

З.О. Байдибекова

Городская детская поликлиника №3, г.Шымкент

В данной работе рассмотрен вопрос о применении препарата «Лазолван» в лечении пневмонии. Доказано, что «Лазолван» является эффективным препаратом при лечении пневмонии у детей. «Лазолван» как препарат, обладающий универсальным противокашлевым и муколитическим эффектом, может быть рекомендован для лечения пневмонии у детей различных возрастных групп.

Summary

The Use «Lasolvan» in Treating Community-acquired pneumonia in Children

Z.O.Baidibekova

City children's hospital №3, Shymkent city

In this article is described the question of using «lazolvan» in the therapeutic practice of treatment pneumonia. The clinical effectiveness and safety of using «lazolvan» in complex treatment of community – acquired pneumonia at children. «Lazolvan» is a preparation which has antilethic and mucolytic effect for treatment of pneumonia at children of different ages.

УДК 616-053.2-084

ЕМХАНА ЖАҒДАЙЫНДА БАЛАЛАРДЫҢ АУРУЛАРЫН ЫҚПАЛДАСТЫРА ЖҮРГІЗУ ӘДІСІ

Джунусова Г.К.

Қалалық балалар емханасы №3, Шымкент

ТҮЙІН

Ерте жастағы балалардың ауруын ықпалдастыра жүргізу әдісі стратегиясы балалардың

денсаулығын жақсартуға, 0 жастан 5 жасқа дейінгі балаларға медициналық көмек көрсетудің сапасын көтеруге, бала өлімін, аурудың жиілігі мен ауырлығын және мүгедектікті төмендетуге, балалардың өсуі мен дамуын жақсартуға бағытталған.

Қазақстанда ерте жастағы балалардың аурулары мен өлімін төмендету мақсатымен бірнеше жылдан бері Дүниежүзілік Денсаулық сақтау Ұйымы мен Біріккен Ұлттар Ұйымының балалар фонды ұсынған ерте жастағы балалардың ауруын ықпалдастыра жүргізу әдісі (ИББДВ) енгізілді.

Кілт сөздер: балалар аурулары, алдын-алу, балалар өлімі, аурушандық, балалар ауруларын ықпалдастыра жүргізу.

Бірнеше жылдар қатарынан ерте жастағы балаларда аурушандық пен өлім көрсеткіштерін төмендету және №656 19 желтоқсан 2008 жылы Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау Министрлігінің «Қазақстан Республикасында балалар ауруларын ықпалдастыра жүргізу және ерте жастағы балалардың даму әдістерін енгізу» туралы бұйрығын орындау мақсатында Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы және Біріккен Ұлттар Ұйымының Балалар фондымен ұсынылған балалар жасындағы ауруларды ықпалдастыра жүргізу әдісі енгізілді.

Балалар ауруларын ықпалдастыра жүргізу әдісі (БАБЖ) - ДДҰ және ЮНИСЕФ стратегиясы болып табылады және қазіргі таңда жүзден астам елдерде қолданылады. Қазақстан БАБЖ әдісін бұрынғы Совет елдері ішінде бірінші болып енгізген мемлекеттің бірі.

Оңтүстік Қазақстан облысы жобаны жақсы бағыттаған облыстардың бірі. Қазіргі таңда Республиканың он алты регионнда регионалды орталықтар ашылды.

Бұл проекттің негізгі бағыты: қауіпсіз жүктілік және эффективті перинатальды көмек; балалар ауруларын ықпалдастыра жүргізу; балаларға қарсы зорлықтың алдын алу және бала құқықтарын қорғау.

Балалар ауруларын ықпалдастыра жүргізу стратегиясы балалар денсаулығын жақсартуға, 0-5 жас аралығындағы балаларға көрсетілетін медициналық көмек сапасын жоғарылату, балалар өлімін, ауру ауырлығы және мүгедектік жиілігін төмендету, балалар дамуын және өсу көрсеткішін жақсарту.

Сонымен қатар бағдарламаға балалар ауруларын және алдын алу шараларын медицина мекемелері мен үйде жүргізу кіреді.

Мақсаты. БАБЖ мақсаты 5 жасқа дейінгі балалар өлімін, ауруларын, мүгедектікті азайту.

Нәтижелері. Балалар ауруларын ықпалдастыра жүргізу бала денсаулығын жақсартудың, амбулаторлы жағдайда ауруларды анықтау, кеңес беру, балалар күтімін жақсартудың, аурудың алдын алу шараларының эффективтілігінің, ауыр науқастарды ауруханаға дер кезінде бағыттаудың кілтті стратегиясы. Бұл стратегия госпитальды деңгейде көмектің жақсартуға да бағытталған. Үй жағдайында медициналық көмектің дұрыс жүргізілуін, тамақтанудың жақсаруы, беоліленген емнің дұрыс тағайындалуын қамтамасыз етеді.

Балалар ауруларын ықпалдастыра жүргізу стратегиясын енгізгенде нәтижелер көрсеткіштері: Амбулаторлы-емханалық мекемелерде көрсетілетін көмектің жақсаруына байланысты ауруханаға жатқызылатын балалар 2 есеге азайды.

Диарея мен жедел респираторлы инфекциялардың эффективті дәрі дәрмектерді қолдану нәтижесінде 3 есеге төмендеуі. Табиғи жолмен тамақтандырылатын балалар саны өсті. Аналардың балаларға күтім жүргізу бойынша дағдылар жайлы мәлімет пен білімдерінің жоғарылауы.

Балалар ауруларын ықпалдастыра жүргізу бағдарламасын енгізгенен бастап Оңтүстік Қазақстан облысында ана мен бала өлімінің көрсеткіші төмендеді. Нәрестелер өлімінің көрсеткіштері 2010 жылда 1000 балаға -20,1; 2011 жылы-16,4; 2012 жылда-15,4. 2009 жылы 37,1 көрсеткішті көрсетті.

№3 Қалалық балалар емханасында да 0-5 жас аралығындағы балаларда өлім көрсеткіші оң динамиканы көрсетті. 2010жылы 1000 тірі туылған нәрестеге өлген нәресте 34, 2011 жылы-25. 5 жасқа дейінгі балаларда жұқпалы аурулар көрсеткіштері де төмендеді. 10 000 мың балаға шаққанда 2010жылы 175,7 -ден 2011 жылы 106,0ға төмендеді, жедел ішектік инфекция 2010 жылда 24,6, 2011жылы 13,7 төмендеді.[4].

Қазақстан осы бағдарламаны қолдану арқылы 2015 жылға дейін 5 жасқа дейінгі балаларда пневмониямен ауыру көрсеткішін 50 пайызға, ал өлім көрсеткішін 20 пайызға төмендетуді жоспарлауда.

Ана өлімін 2013 жылға 28,1, 2015 жылға -24,5-ға төмендету, нәресте өлімін 1000 тірі туылған нәрестеге 2013 жылы 14,1; 2015 жылға12,3ке төмендету жоспарланған.

Қорытынды. Бағдарламаны қолдану барысында қалыпты жағдайда лабораториялық құрылғылар болмаған жағдайда жиі кездесетін патологияларда балаларға эффективті медициналық көмек көрсетуді қамтамасыз етеді.

Сонымен балалар ауруларын ықпалдастыра жүргізу бағдарламасын енгізу: Бала денсаулығының жалпы және маңызды проблемаларын қарастырады. Тұрғындардың қажеттіліктеріне жауап беру. Алдын-алу, ерте диагностикалау, үйде және медицина орындарында емдеуді дұрыс жүргізілуін қамтамасыз ету.

1. Анализ текущей ситуации. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.
2. Рахматулин О.А. Динамика материнской и младенческой смертности в Республике Казахстан.
3. А.Куттумуратова, Г.Абуова, З.Оспанова, Б.Бабаева. Внедрение стратегии интегрированного ведения болезней детского возраста – от позитивного опыта в Южном Казахстане к повсеместному внедрению в стране. Результаты совместного проекта ЕС и ВОЗ «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане»// *Entre Nous*. № 74 – 2011.
4. Ж.Аденов. Конъюнктурный отчет ГККП «Шымкентской городской детской поликлиники № 3» за 2010 – 2011гг.
5. Ж.К.Исмаилов. Минувший год стал прорывным для медицины региона. Областная газета «Южный Казахстан», Шымкент.- № 6-7. - 2012.
6. Курс обучения ИВДБВ для работников медицинских учреждений первого уровня: Связь интегрированного ведения больных с профилактикой. Всемирная организация здравоохранения. Департамент здоровья и развития детей и подростков 1999.

Резюме

Интегрированное ведения болезней детского возраста в условиях поликлиники
Г.К. Джунусова
Городская детская поликлиника № 3 г.Шымкент

Стратегия интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ) - это ключевая стратегия, направленная на улучшение здоровья ребенка, повышение качества оказания медицинской помощи детям от 0 до 5 лет, снижение детской смертности, частоты и тяжести заболеваний и инвалидности, улучшение роста и развития детей. В целях снижения заболеваемости и смертности детей раннего возраста в Республике Казахстан внедрен метод интегрированного ведения болезней детского возраста и развития детей раннего возраста, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения и Детским фондом Организации Объединенных Наций.

Summary

Integrated childhood disease management under the polyclinic conditions
G.K. Dzhunusova
City children's hospital №3, Shymkent city

During some years in reducing of diseases and mortality of children in earlier age has applied new method of Introduction of Integration of diseases of child age (IIDCA) and children s development in earlier age, recommended World Healthcare Organization and Child Fund of Organization of United Nations. The strategy of Integration of child Age Introduction (SICAI) – this is a basic strategy, directed to improving baby s health increase the quality of medicine to child from 0 to 5 years, disease of child mortality, frequency and diseases and invalid, improving and development.

УДК.340.631.7

АНТИРАБИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ПРИ УКУСАХ ОПАСНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Ф.Б.Кустаубаева
Инфекционное отделение ЦРБ Сайрамского района, ЮКО

АННОТАЦИЯ

В настоящей статье приведен клинический случай и течение бешенства у вакцинированного ребенка 4-х лет, который возник на 15-й день после антирабической вакцинации. Случай произошел за последний год в Сайрамском районе ЮКО. Неэффективность антирабической вакцинации связана с воротами инфекции – опасным укусом в шею, характером укуса и отсутствием формирования пассивного иммунитета.

Ключевые слова: антирабическая прививка, анализ вакцин, укус собаки, бешенство, смерть.

В Южном Казахстане находятся Центрально-Азиатский очаг типичного бешенства, поддерживаемый волками и (или) шакалами и Западно-Азиатский подтип географического очага лисьего бешенства [2,3]. Сайрамский район Южно-Казахстанской области (ЮКО) по степени риска заражения возбудителем бешенства по Таршис (ИЭ) относится к наиболее высокому риску с индексом эпизоотичности 0,8, где ежегодно на данной территории регистрируются случаи бешенства среди людей.

Единственным лечебным средством от бешенства является назначение антирабических прививок, которые впервые применил у людей французский ученый Луи Пастер в 1885 г. Эффективность антирабической вакцины зависит от многих факторов: локализации и характера укуса, подтверждения диагноза у покусавшего животного, эпизоотической обстановки, срока начала лечения, возраста пострадавшего и др. Так, по McKendrick (1940), редуцированная смертность определена при ранениях одним зубом животных - 0,3%, 3 зубами - 0,88%, 6 зубами - 2,22%, 14 зубами - 7,76%. Кроме того, при повреждениях головы и лица смертность составила 3,47%, верхних и нижних конечностей - 0,53%, нижних конечностей - 0,22%;

При назначении и проведении антирабических прививок действуют закономерности инкубационного периода, определяемые главным образом характером повреждения и сведениями о животном, нанесшем укус. Иначе говоря, ожидаемая продолжительность инкубационного периода составляет основу системы назначения антирабических прививок. Лечебную иммунизацию человека против бешенства образно можно сравнить с бегом на короткие, средние и длинные дистанции, в котором участвуют два конкурента - вирус и вакцинальный иммунитет. Бег на короткие расстояния, как правило, выигрывает вирус, а на длинные — вакцинальный иммунитет.

Анализ неэффективности вакцинации при укусах опасной локализации представляет интерес не только для оценки уже имевших место врачебных ошибок, но в большей степени для определения правильной тактики на будущее. Приведем клинический случай развития бешенства у ребенка К., 2007 г.р., которое развилось на 15-й день от начала антирабических прививок. Девочка 4г.9мес., доставлена машиной скорой помощи в ЦРБ Сайрамского района с диагнозом: острый гастрит 20.06.2012г. в 18 час.40 мин. с жалобами на рвоту, слабость, вялость, апатию, плохой сон, раздражительность, неадекватное поведение, произвольное мочеиспускание.

При сборе эпидемиологического анамнеза выяснилось, что 04.06.2012г. ребенка во дворе дома покусала неизвестная собака в шею слева. Собака умерла через 2 дня. В тот же день мать девочки обратилась к хирургу-рабиологу, который начал курс антирабических прививок. Ребенок получил вакцинацию КОКАВ по схеме на 0,3,7,14-й день. Последнюю вакцинацию получила 18.06.2012г.

18 июня 2012 года у девочки появилась слабость, утомляемость, страх, беспокойство. 19.06.2012 г. повысилась температура до 37,5 градусов, началась рвота. 20.06.2012г. родители отметили неадекватное поведение, произвольное мочеиспускание, вызвали скорую помощь и доставили в стационар. При поступлении состояние больной тяжелое за счет симптомов интоксикации, гипертермии 37,2. Сознание ясное. OD=OS. Фотореакция сохранена. Тонус мышц сохранен, слегка повышен. Кожные покровы бледные. Сыпи нет. Гидрофобии, фотофобии, акустикобобии, аэрофобии нет. В легких жесткое дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень 1,5-2 см. Мочеиспускание произвольное. Status localis: в области шеи слева имеется гиперемизированный рубец 1,5 см. Заживление первичным натяжением.

С диагностической целью сделана люмбальная пункция. СМЖ: белок-0,158 г/л. Лейкоциты -5-6 в п/зр, эритроц. св. - 3 -4 в п/зр., лимфоциты 12%, нейтрофилы 7.8%.

Консилиум врачей выставил диагноз «бешенство», период предвестников?ОРВИ. Гипертензионный синдром. По линии санавиации вызваны областные узкие специалисты: инфекционист, эпидемиолог, рабиолог. При осмотре 20.06.2012г. в 21 час.у девочки появилась фотофобия, слюнотечение. 21.06.2012г. при осмотре в 9 час.у больной появились гидрофобия, отсутствие глотательного рефлекса, акустикобобия, аэрофобия, судороги, который был расценен врачами как бешенство, период возбуждения. Состояние прогрессивно ухудшалось, в 13 час.45 мин. присоединились паралич мышц нижних конечностей, расстройство функции тазовых органов, тахипноэ, тахикардия. 21.06.2012г. в 19 час.25мин. констатирована биологическая смерть. При патологоанатомическом вскрытии отмечается отек и набухание головного мозга.

Выводы: Возникновение бешенства при проведении антирабической вакцинации с инкубационным периодом от 15 до 47 дней, свидетельствует о недостаточной развитии пассивного иммунитета. Чем короче ожидаемый срок инкубационного периода, тем меньше шансов на эффективность антирабической вакцинации и наоборот. Неэффективность антирабической вакцинации связана с воротами инфекции - укуса в шею, характера укуса. Клинические проявления бешенства у вакцинированной характеризовались быст-рым течением – трое суток, короткими периодами предвестников с поздним развитием в период возбуждения специфических симптомов гидрофобии, аэрофобии, акустикобобии, фотофобии; короткого периода возбуждения и быстрым прогрессированием болезни с развитием периода параличей. Комитет экспертов ВОЗ, рассмотрев собранные во всем мире данные о применении сыворотки и вакцины, настойчиво рекомендовал применение комбинированных прививок во всех случаях укусов

опасной локализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Селимов М.А. Бешенство. Москва.- Медицина.- 1978.- 256с.
2. Черкасский Б.Л., С.А.Амиреев С.А., А.Г.Кноп А.Г. Эпидемиологический надзор за зоонозами. Алма-Ата.- 1998.
3. Утепбергенова Г.А., Миркадилова М.Е., Даутов У.А. Своевременность антирабической помощи населению для предупреждения развития гидрофобии. //Журнал Вестник ЮКМА.- №7-8.- 2002.- С.47-49
4. У.А. Даутов. Эффективность антирабических прививок//Журнал Вестник ЮКГФА. - №4(61). – 2012 - С.148-150

Түйін

Қаупті жерлерді тістегендігі антирабиялық егу
Ф.Б.Кистаубаева
Сайрам ОАА, жұқпалы аурулар бөлімшесі, ОҚО

Бұл мақалада егу алған 4жастағы быланың құтырудының барысы мен емдеуі туралы клиникалық жағдайы келтірілген, ауру антирабиялық егу алғаннан кейін 15 дамыған. Жағдай соңғы жылы ОҚО Сайрам ауданында орын алды. Антирабиялық егудің нәтижесіз болуы инфекцияның кіру қаппасына- мойыннан қауыпты тістеуне, тістеудің ерекшеліктеріне және пассивты иммунитетің дамуымауына байланысты.

Summary

*Rabies vaccination bites dangerous location
F.B.Kistaubaeva
CRH Sairam district infectious disease section, SKR*

This article presents a clinical case of rabies in a girl 4 years, which developed on the 15th day from the beginning of rabies vaccination. This is due to the bite of a dangerous location in the neck and the absence of passive immunity. Analysis of the failure of vaccination bites dangerous localization is of interest not only for the assessment has taken place of medical errors, but to a large extent to determine the correct tactics for the future.

УДК 618.5-06.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. КОНСЕРВАТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА ПРИ ЧАСТИЧНОМ ПРИРАЩЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

*К.О. Абжаппарова
Областной перинатальный центр №2, г. Шымкент*

РЕЗЮМЕ

В статье описан клинический случай сохранения матки, при консервативном ведении послевого периода с частичным приращением плаценты во время операции кесарево сечения.

Ключевые слова: истинное приращение плаценты, плотное прикрепление плаценты, акушерское кровотечение, эндометрия предлежащая плаценты, полное приращение плаценты, частичное приращение плаценты.

Акушерское кровотечение по-прежнему занимает одно из первых мест в структуре материнской, перинатальной смертности и заболеваемости. Частота кровотечений в послеовом и ранним послеродовом периодах составляет 5-8% [1]. Одной из причин кровотечений является плотное прикрепление или истинное приращение плаценты. Кровотечение в послеовом периоде иногда обусловлено более интимным, чем в норме прикреплением плаценты к стенке матки. Различают две формы: плотное прикрепление (placenta adhaerens) и приращение её (placenta accreta). Плотное прикрепление происходит вследствие воспалительных или дистрофических изменениях эндометрия губчатый слой децидуальной оболочки

подвергается рубцовому перерождению. При этом ворсины хориона не выходят за пределы компактного слоя эндометрия. Плотное прикрепление плаценты встречается в среднем в 0,71% случаев. При истинном приращении плаценты происходит атрофия функционального и базального слоя эндометрия и ворсины хориона достигают миометрия и даже проникают в него.

Приращение плаценты – осложнение, которое встречается с частотой 1 на 7000 родов (по данным разных авторов – от 1:540 до 1:70 000 родов). К факторам риска этой патологии относят либо изменения слизистой матки: - предлежание плаценты; - неспецифические и специфические воспалительные поражения эндометрия; - чрезмерное выскабливание полости матки во время удаления плодного яйца или диагностических манипуляций; - послеоперационные рубцы на матке [2].

К нарушению прикрепления или врастанию трофобласта способствует также повышение протеолитической активности ворсин хориона. Приращение плаценты бывает частичное и полное.

Диагноз приращения плаценты во время беременности устанавливается по данным ультразвукового исследования (отсутствие ретроплацентарной гипозоженной зоны, наличие в толще миометрия участков с лакунарным типом кровотока), что чаще происходит при наличии предлежания плаценты, в других случаях приращение плаценты, как правило, выявляется только в последовом периоде.

Наиболее часто при наличии приращения плаценты прибегают к гистерэктомии, а при наличии *placenta percreta* при необходимости – и к резекции соседних органов. Однако, с середины 80-х годов в мире все чаще пытаются вести таких пациенток консервативно, особенно при отсутствии у женщины живых детей, когда необходимо сохранить матку [3]. Риск консервативного ведения в этих случаях связан с возникновением кровотечения или присоединением инфекции, а также прорастанием ворсин в соседние органы (*placenta percreta*) и развитием трофобластической болезни (Avva R., 1999) [4].

В данной работе рассмотрен случай успешного консервативного ведения пациентки с приращением плаценты во время операции кесарево сечение по поводу предлежании плаценты. Беременная А., 30 лет госпитализирована в экстренном порядке с жалобами на кровотечение из половых путей при отсутствии болей. В анамнезе: беременности 5, родов – 2, роды без осложнений – 1, живых детей 1 женского пола, один ребенок умер в младенческом возрасте, искусственный аборт – 1, 2 самопроизвольных аборта с последующим выскабливанием полости матки. Данная беременность 6-ая и желанная для роженицы. Последняя менструация 13.02.2011 г. Состоит на учете по беременности. В сроке 18 недель и далее в сроке 28 недель по данным УЗИ – полное предлежание плаценты. Госпитализирована 01.11.2011 г. в экстренном порядке с жалобами на кровотечение из половых путей при отсутствии болей. При поступлении гемодинамика не страдает, характер выделений из половых путей – кровозамазанье, предлежащая часть плода высоко над входом в малый таз. Диагноз: 6-ая по счету беременность, 30-31 недели. Полное предлежание плаценты. Отягощенный гинекологический анамнез.

Выбрана выжидательная тактика. Была проведена профилактика респираторного дистресс-синдрома плода дексаметазоном по 6 мг № 4 внутримышечно. Сохранялась умеренная кровопотеря без лабораторного ухудшения показателей крови. КТГ плода нормальная. 05.11.2011 г. в связи с прогрессированием кровотечения (кровопотеря 150 мл) проведено экстренное оперативное родоразрешение. Обезболивание – эпидуральная анестезия. Извлечен недоношенный младенец 1610 гр рост 42 см.

С целью профилактики гипотонического кровотечения введен 10 ЕД окситоцина. Антибиотико-профилактика однократным внутривенным введением цефазолин 2,0. Расположение последа по задней стенке с перекрытием внутреннего зева. По задней стенке участок истинного приращения диаметром до 6-7 см. Учитывая детородный возраст женщины, желание иметь еще детей проведена попытка инструментального отделения тканей плаценты от матки. Полностью эвакуировать плацентарную ткань из стенки матки не удалось. Проведено прошивание участка прорастания отдельными швами. В связи с продолжающейся кровопотерей проведена перевязка маточных артерий с обеих сторон. Кровотечение остановлено. Рана на матке ушита однорядным непрерывным швом. Общая кровопотеря составила 1700 мл. Продолжительность операции 49 мин. В послеоперационном периоде снижение гемоглобина с 115 г/л до 81 г/л. Инфузионная терапия 4500 мл, из них 1500 мл коллоидные растворы. Введение антибиотиков в послеоперационном периоде продолжено в течение 5 суток. УЗИ матки на 8 сутки послеоперационного периода – гипозоженный участок по задней стенке без кровотока. Швы сняты на 8 сутки. Заживление первичным натяжением. Переведена с ребенком на 2 этап выхаживания недоношенных новорожденных.

В данном случае консервативное ведение пациентки с истинным приращением плаценты было успешным, что позволило сохранить ей матку. Что касается последующей возможности выполнения репродуктивной функции пациенткой, то в ретроспективном исследовании было показано, что в большинстве случаев это возможно.

Таким образом, консервативное ведение последового периода у женщин с истинным приращением плаценты дает возможность сохранить матку и позволят надеяться на благоприятный репродуктивный прогноз у таких пациенток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство. Национальное руководство/ под ред. Г.М. Савельевой. Москва, Медицина, 2011. 804 с.
2. D.A. Miller et al./American journal of Obstetrics&Gynecology / Vol. 197. Issue 5. 1997.
3. L. Sentilhes et al./ Women's health issues / Vol. 25. 2010.
4. Avva R./American journal of Obstetrics&Gynecology / Vol. 205. Issue 12. 1999.

ТҮЙІН

Клиникалық жағдай. кесер тілігі ота кезінде плацентаның жартылай сіресе жабысуында бала жолдасы кезеңін консервативті жүргізу
Қ.О. Абжаппарова
№2 Облыстық перинаталдық орталық, Шымкент қаласы

Бұл мақалада тәжірибе жүзінде кесер тілігі ота кезінде плацентаның жатыр қабырғасына жартылай сіресе жабысуында бала жолдасы кезеңін консервативті емдеп, жатырды сақтап қалғаны туралы жазылған.

SUMMARY

Clinical case. Conservative maintaining of the period at the partial increment of the placenta during operation cesarean section
K.O. Abgapparova
Regional Perinatal Center №2, Shymkent city

In this article provides a clinical case of successful practical activity of conservative treatment of patients with partial true increment of a placenta during operation Caesarian sections, which allowed to keep the uterus.

УДК 616.62-003.7-089.878

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ж. Абжаппаров
Больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

По данным крупных клиник двусторонние экстренные симультанные операции встречаются в 4,7% случаях, о чем свидетельствуют данные урологического отделения больницы скорой медицинской помощи г. Шымкента, оказывающее экстренную урологическую помощь населению города. За последние 3 года в урологическом отделении ШГ БСМП, произведены 407 операций по поводу камней почек или мочеточника в экстренном порядке.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, инфекции мочевых путей, симультанные операции, уретеролитотомия, пиелолитотомия.

Мочекаменная болезнь (МКБ) занимает 3-е место по распространенности среди урологических заболеваний, уступая по частоте только инфекциям мочевых путей и патологии предстательной железы. МКБ встречается у детей, у взрослых, наиболее часто поражая людей в самый активный период их жизни, а также у лиц пожилого возраста. В связи с широкой распространенностью, особенностями развития и течения МКБ остается одной из актуальных проблем современной медицины, тем более, что за последние десятилетия отмечена тенденция к увеличению частоты этого заболевания, связанная с ростом влияния ряда неблагоприятных факторов окружающей среды на организм человека.

При мочекаменной болезни нередко появляются камни в мочевыводящих путях с обеих сторон одновременно, в то же время не все больные с подобной патологией нуждаются в экстренной операции. По данным крупных клиник двусторонние экстренные операции, так называемые, симультанные, встречаются в 4,7% случаях [1], о чем свидетельствуют и данные урологического отделения больницы скорой медицинской помощи г. Шымкента (ШГ БСМП), оказывающее экстренную урологическую помощь населению г.Шымкента. За 3 года в урологическом отделении ШГ БСМП (2009-2011) произведены 407 операций по поводу камней почек или мочеточника в экстренном порядке, и встретился клинический случай (0,2%) экстренной симультанной операции.

Приводим случай экстренной симультанной операции на мочевыводящих путях с обеих сторон. Больная Ш. - 55 лет, жительница г.Шымкента, доставлена бригадой «Скорой помощи» в приемное отделение ШГ БСМП с олигоанурией и приступом почечной колики через 8 суток после начала боли в пояснице с обеих сторон. Из анамнеза выяснено, что ранее больная ничем не болела, появилась боль в поясничной области слева и через 3 дня присоединилась боль справа, которые несколько утихали после приема таблеток но-шпы и анальгина. Присоединилось учащенное мочеиспускание, но с каждым днем уменьшалось количество мочи и в последние дни всего выделилось около 200,0 мл мочи за сутки.

В день поступления общее состояние больной средней степени тяжести, беспокойная не может спокойно лежать и сидеть из-за боли, постоянно держится за поясничную область обеими ладонями. Больная удовлетворительного питания, кожа и видимые слизистые не изменены. Отеков ног не наблюдается. Язык обложен беловатым налетом, губы суховаты. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет, боль отмечает при глубокой пальпации по краям обеих реберных дуг. Симптомы поколачивания резко положительные с обеих сторон. Газы отходят. Мочится часто с режаниями. За сутки мочи всего 200,0 мл.

Больной срочно произведена обзорная рентгенограмма брюшной полости и обнаружены камни нижней трети правого мочеточника на уровне третьего сужения, а слева в области лоханочно-мочеточникового сегмента. Температура тела 38,0°C. В анализе мочи отмечается большое количество лейкоцитов. На УЗИ почек - гидронефроз II-III ст. с обеих сторон, камни мочеточников с обеих сторон. В связи с тяжелым состоянием другие исследования не проведены и консилиум врачей решил произвести симультанные операции, т.е., удаление камней с обеих сторон последовательно, разными доступами. Под общим обезболиванием произведена люмботомия слева ввиду большой интенсивности боли с этой стороны, при этом удален камень, вколоченный в лоханочно-мочеточниковый сегмент мочеточника. При ревизии отмечается отсутствие функции левой почки и поэтому произведена декапсуляция почки, при котором обнаружены гнойники на поверхности почки – карбункул. Гнойнички были вскрыты, очищены, лоханка почек ушита с оставлением дренажа, люмботомный разрез ушит послойно с дренированием забрюшинного пространства.

Далее произведена правосторонняя уретеролитотомия, интубация правого мочеточника и дренирование забрюшинного пространства справа. Послеоперационный период протекал соответственно перенесенной операции. На вторые сутки после операции началась полиурия. За сутки выделилось до 1,5 литров мочи. Состояние больной стало улучшаться, температура тела нормализовалась со вторых суток, артериальное давление держалось в пределах нормы. Со стороны сердца и легких патологии не отмечены. Алиментарных расстройств не наблюдалось.

Швы сняты из люмботомных ран с обеих сторон на 12-13 сутки. Дренажи из забрюшинных пространств удалены через 10-11 сутки. Интубационная трубка из правого мочеточника удалена через 12 суток, а из лоханки левой почки через 13 суток.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 17 сутки под наблюдение уролога, участкового терапевта и с периодическим осмотром врачей-урологов урологического отделения ШГ БСМП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нечипоренко Н.А. с соавторами. Симультанные операции как метод лечения сочетанных хирургических заболеваний в урологической клинике// Урология. – 2000. – №4. – С. 27 – 31.

Түйін

Тәжірибе жүзіндегі симультандық урологиялық операциялар
Ж. Абжаппаров
Жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы, Шымкент қаласы

Ірі клиникалардың мәліметтері Шымкент қаласына жедел урологиялық жәрдем аурухананың урологиялық бөлімшесінің ақпараты бойынша көрсететін, жедел симультанды операциялар 4,7% жағдайда болады. Шымкент қалалық жедел жәрдем ауруханасында жедел түрде бүйректен және несепардан тастарды алу 407 операциясы жасалынды.

Summary

Simultane operation in urology practice
Zh. Abzhapparov
Hospital of medical first-aid, Shymkent

According the data of major emergency clinics bilateral simultaneous surgery operation occur in 4.7% of cases, as evidenced by the data of urological department emergency hospital in Shymkent, provides emergency

assistance to the population of urological. Over the last 3 years in urological department was performed 407 emergency operations on the kidney or ureter stones.

УДК 618.3-06

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ HELLP-СИНДРОМА

К.О. Абжаппарова

Областной перинатальный центр №2, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

HELLP-синдром – одно из редких, но опасных осложнений преэклампсии беременных, встречается в основном в 3-м триместре. В основе патологического процесса лежит ДВС-синдром; основная тактика – оперативное родоразрешение.

Ключевые слова: HELLP-синдром, ДВС синдром, простоциклино-тромбоксановый дисбаланс, аутоиммунная агрессия подтверждается обнаружением, реакция трансплацентационного иммунитета, генетические дефекты ферментов печени.

HELLP-синдром редкая и опасная патология в акушерстве. При тяжелых формах преэклампсии может развиваться HELLP-синдром от 4 до 12%, который получил свое название от первых букв клинических проявлений: H – hemolysis – гемолиз, EL – elevate liver ferments – повышение концентрации ферментов печени, LP – love platelet guanti – тромбоцитопения [1].

В 1982 году Л.Вейнштейн впервые объединил триаду симптомов с особой патологией в HELLP-синдром. Заболевание до 60% возникает во время беременности в сроки 35 и более недель, в 10% случаев – в сроки менее 27 недель, а в 31% – в первую неделю после родов [2]. При этом материнская смертность достигает 75%, а перинатальная от 8% до 37% [3].

HELLP-синдром в основном возникает у многорожавших с преэклампсии тяжелой степени, в возрасте старше 30 лет, имеющих отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

До настоящего времени этиология и патогенез HELLP-синдрома до конца не уточнены, однако отмечают возможные причины развития: простоциклино-тромбоксановый дисбаланс; аутоиммунная агрессия подтверждается обнаружением: тромбоцитарных, антифосфолипидных, эндотелиальных и других аутоантител; реакция трансплацентационного иммунитета; генетические дефекты ферментов печени. Нарушение тромбоцитов приводит к высвобождению тромбоаксанов и нарушению равновесия в тромбоксан-простоциклиновой системе. Таким образом, развивается порочный круг, разорвать который в настоящее время возможно только путем экстренного разрешения.

Клиническая картина заболевания характеризуется быстрым нарастанием симптомов. Чаще всего заболевание начинается с неспецифических симптомов, напоминающих вирусную инфекцию и признаков общего недомогания. Ранними клиническими симптомами HELLP-синдрома являются головная боль, утомляемость, недомогание, тошнота, рвота, боли в животе особенно в области правого подреберья. Наиболее характерные проявления заболевания – желтуха, рвота с кровью, кровоизлияние в местах инъекций, нарастающая печеночная недостаточность, гипербилирубинемия, протеинурия, гематурия. Часто лабораторные изменения возникают гораздо раньше, чем клинические проявления.

Основные лабораторные симптомы: гемолиз, который проявляется наличием в мазке крови сморщенных и деформированных эритроцитов, полихромазией; определение активности АЛТ, АСТ, лактатдегидрогеназы, концентрации билирубина, количество тромбоцитов, мочевой кислоты, оценка состояния свертывающей системы.

Лабораторные изменения и проявления клиники HELLP-синдрома наиболее выражены спустя 24-48 часов после родов. К осложнениям HELLP-синдрома относятся преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, ДВС-синдром, острая почечная недостаточность, разрыв печени, отслойка сетчатки, дистресс плода.

Лечение HELLP-синдрома на фоне тяжелой преэклампсии должна быть комплексным с учетом выраженности лабораторных изменений. С позиции вышеизложенного, представляет большой практический интерес клиническое наблюдение. Беременная А., 30 лет поступила в областной перинатальный центр №3 г.Шымкента с диагнозом: 4 беременность 34-35 недель, преэклампсия тяжелой степени. Из анамнеза: росла и развивалась в детстве согласно возрасту, менструация с 13 лет по 4-5 дней через 28 дней, безболезненная, в умеренном количестве. Беременность - 4. Роды - 2, без осложнений. Искусственный аборт – 1. Предыдущая беременность осложнилась преэклампсией легкой степени, лечилась в амбулаторных условиях.

Настоящая беременность: при сроке 21 недель была направлена на стационарное лечение с диагнозом угроза прерывания беременности, также лечилась амбулаторно. При сроке 34-35 недель выявлены: повышение АД 170/110 мм рт ст., протеинурия 3,3 г/л, анасарка. Беременная была доставлена в ОПЦ №2 с диагнозом: беременность 34-35 недель, преэклампсия тяжелой степени.

Жалобы при поступлении: на головную боль, мелькание мурашек перед глазами, слабость. Общее состояние средней тяжести, в сознании, АД 155/110 мм рт. ст. Пульс 78 ударов в минуту, ритм правильный. Положение плода продольное, 1 позиция, передний вид. Предлежит головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритм 148 ударов в минуту, ниже пупка слева. Матка мягкая, безболезненна. Диагноз: 4 беременность 34-35 недель, преэклампсия тяжелой степени. План ведения: полное клинико-лабораторное обследование и лечение выявленной патологии. При неэффективности лечения своевременно решить вопрос о родоразрешении.

Назначения: сернокислая магнезия 25% – 20,0мл внутривенно в течение 10-15 минут. Затем поддерживающая доза сернокислая магнезия 25% – 80мл на 320 мл 0,9% раствора хлорида натрия, внутривенно со скоростью 22 капли в минуту. При проведении инъекций и забора крови отмечалась повышенная кровоточивость из мест инъекций и вколов. Дальнейшее наблюдение в течение 2-х часов: не было заметного улучшения состояния беременной. Более того, присоединилась головная боль, боль в области эпигастрия, в правом подреберье.

Лабораторные данные: общий билирубин 10,8 ммоль/л; АСТ – 97 (норма – 40); АЛТ – 47 (норма – 42), креатинин – 123 мкмоль (норма – 100). Учитывая клиническую картину и лабораторные данные, создалось впечатление о начале развития HELLP-синдрома и поставлен диагноз: 4 беременность 34-35 недель, преэклампсия тяжелой степени, HELLP-синдром.

В связи с чем, было принято решение прекратить беременность экстренной операцией кесарево сечение под эпидуральной анестезией. В послеоперационном периоде проводилась комплексная терапия: инфузионно-трансфузионная терапия, включены были ингибиторы протеаз, гепатопротекторы.

Под контролем клинико-лабораторных показателей продолжали введение свежемороженой плазмы с целью восполнения содержания плазменных факторов свертывания крови; и антигипертензивную терапию.

В результате лечения состояние пациентки постепенно улучшилось, на 7-е сутки биохимические показатели крови, коагулограмма нормализовались. На 10-е сутки пациентка переведена из палаты интенсивной терапии в послеродовое отделение, где реабилитационная терапия была продолжена и на 19-е сутки выписана домой в удовлетворительном состоянии с ребенком.

Таким образом, своевременная диагностика HELLP-синдрома и квалифицированная помощь дали возможность в дальнейшем обеспечить более благоприятный исход для матери и плода.

СПИТСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гестозы: монография / Б.М.Венцовский [и др.]. М.: Медицина, - 2005. - 312 с.
2. Валленберг, Х.С. Новые достижения в тактике ведения ранней преэклампсии и HELLP-синдрома / Х.С.Валленберг // Акушерство и гинекология, М. - 1998. - №5. - С.29-32.
3. Акушерство. Национальное руководство/ под ред. Г.М. Савельевой. М.: Медицина, - 2011. - 804 с.

ТҮЙІН

Hellp – синдромын жүргізу амалы
Қ.О. Абжаппарова
№2 Облыстық перинаталдық орталық, Шымкент қаласы

HELLP-синдромы жүктіліктің аса ауыр, бірақ сирек кездесетін асқынуы. Осы ауру 3-ші ұшайлықта болады. Патологиялық процесс негізінде қанның ТШҚҰ-синдромы жатады. Емдеу тәсілі негізінде – жүктіліктің іле-шала тоқтауы.

SUMMARY

Tactics of maintaining hellp-sindroma
К.О. Abgapparova
Regional Perinatal Center №2, Shymkent

The HELLP-syndrome – one of rare, but dangerous complications of a preeklampsiya of pregnant women, meets generally in the 3rd trimester. At the heart of pathological process lies hemorrhagic syndrome (DVS-syndrome); the main tactics – an operative childbirth.

УДК 616.24.002.3:52

ПРОЯВЛЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА С АРИТМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ*Т.Ю. Пахомова**Областной кардиологический центр, г. Шымкент*

Обследовано 38 детей в возрасте 9-15 лет с идиопатическим пролапсом митрального клапана с аритмическим синдромом. В статье показаны клинические проявления и возрастные особенности данной патологии.

Ключевые слова: митральный клапан, аритмический синдром, дети, идиопатия, пролапс.

В последние годы в структуре сердечно-сосудистой патологии значительную роль играют функциональные нарушения и состояния, связанные с дисплазией соединительной ткани сердца (ДСТС). Нарушения, возникающие в ходе морфогенеза, могут явиться причинными факторами многих проявлений клинического неблагоприятия и пограничных состояний у детей. Одним из наиболее частых проявлений ДСТС является идиопатический пролапс митрального клапана [1,2].

Цель исследования: изучить клинические проявления и возрастно-половые особенности идиопатического пролапса митрального клапана (ИПМК) с аритмическим синдромом.

Материал и методы исследования. В группу детей углубленного обследования вошли 59 детей с идиопатическим пролапсом митрального клапана с различными нарушениями ритма сердца и 58 здоровых детей (контрольная группа). Среди детей с ИПМК девочек было 46, мальчиков – 13. Во всех возрастных группах преобладали девочки: в 9-10 летнем возрасте – 81,8% случаев, в 11-13 лет - 73,3% и у детей 14-15 лет - 78,8%. Частота в ИПМК в возрастном аспекте увеличилась по возрастающей, что свидетельствовало о возрастном-зависимом характере синдрома. В контрольную группу включены дети, у которых при обследовании не было выявлено изменений в сердечно-сосудистой системе, а также не зарегистрировано каких-либо заболеваний в течение последних трех месяцев. В этой группе девочек и мальчиков было соответственно 27 и 24 детей. Обследование проводилось в стационарных условиях и включало сбор анамнеза, общеклинические исследования, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ-органов брюшной полости и почек и др.

Результаты и обсуждение. На догоспитальном этапе диагноз пролапса митрального клапана был установлен у 2/3 больных, что свидетельствует о повышении информированности врачей амбулаторно-поликлинической службы и повсеместном внедрении ультразвукового исследования сердца. Остальные дети были направлены в стационар для уточнения диагноза и лечения по поводу функциональной кардиопатии, врожденного порока сердца и ревматической митральной недостаточности. Изменения в сердце при ИПМК имели отчетливую тенденцию к нарастанию у детей старшего возраста, достигая пика к пре- и пубертатному периоду (55,9%).

У детей с ИПМК обращало внимание многообразие жалоб, которые были как сердечно-сосудистого, так и астеновегетативного характера. При этом боли в области сердца у девочек наблюдались в два раза чаще, чем у мальчиков, что обусловлено более выраженной психоэмоциональной лабильностью. У некоторых детей, чаще у девочек боли отмечались в левой половине грудной клетки, возникали без всякой причины, а у ряда детей – при психоэмоциональном напряжении. По характеру боль была сжимающая, колющая, чаще носила кратковременный характер. Частота кардиалгии в возрастном аспекте, независимо от пола, возрастала к более старшему возрасту и достигала пика к пубертатному периоду.

Головокружения у девочек отмечались в два раза чаще, чем у мальчиков и возраст этих детей также приходился на пре- и пубертатный периоды (91,3%+4,1% и 46,1%+13,8% соответственно). Головокружения чаще возникали в транспорте; они были ртостатического характера, а также наблюдались при умственном и физическом переутомлении. Частые головные боли отмечались как у девочек (89,1+4,6%), так и у мальчиков (84,6+10,1%). Головная боль и головокружения, вероятно, связаны с гипоксией мозга, что является причиной гипервентиляции, приводящей в конечном итоге к гиперкапнии. Последняя в свою очередь, может способствовать снижению артериального давления и соответственно уменьшению величины церебрального кровотока.

В наших исследованиях обмороки наблюдались только у девочек и составило 15,2+5,2%, что по частоте не отличалось от данных других исследователей. Некоторые авторы развитие синкопе у больных с ИПМК связывают с преходящими нарушениями сердечного ритма: желудочковой экстрасистолией, пароксизмальной тахикардией, выявляющихся в состоянии покоя (у 50%), нарастающих при физической нагрузке (75%). Они считают, что обмороки могут быть первыми, а, порой, и единственными проявлениями ИПМК, а также предшествовать внезапной смерти в результате фибрилляции желудочков. В наших исследованиях возраст детей с синкопе приходился на препубертатный и пубертатный периоды. Провоцирующими развитие обмороков факторами являлись эмоциональное напряжение, пребывание в

душном помещении, что характерно для вазовагальных обмороков. Жалобы на чувство нехватки воздуха, эмоциональная лабильность также чаще наблюдались у девочек (69,5+6,8% и 95,6+3,0% соответственно, $p < 0,05$), что также свойственно для психовегетативного синдрома.

Треть девочек с ИПМК жаловались на периодически возникающие боли в суставах после физической нагрузки, при перемене погоды или без видимой причины, тогда как у мальчиков артралгии наблюдались лишь у одного ребенка. В отличие от девочек, у мальчиков с ИПМК значительно чаще (38,4+13,4%) отмечались носовые кровотечения и энурез (23,1+13,7%). У детей с ИПМК по данным УЗИ-исследования часто (30,5%) встречались аномалия строения желчного пузыря (перегиб тела, перегиб шейки, S-образный желчный пузырь), почек в виде пиелозктазии (20,3%), раздробленности чашечно-лоханочной системы, нередко с признаками расширения последней (15,2%). В двух случаях отмечалась аномалия их строения. Еще у двух пациентов с ИПМК была выявлена мочекаменная болезнь. Признаки дисхолии и холецистита у детей с ИПМК выявлены соответственно в 27,1% и 15,2% случаях. Наиболее частыми были хронические гастродуодениты (89,8%).

Как следствие перинатального поражения центральной нервной системы у 65,9+5,9% детей с ИПМК невропатологом ставился церебральный гипертензионный синдром, у 86,4+4,4% - проявления минимальной мозговой дисфункции. Очаги хронической инфекции (верхних дыхательных путей) выявлены у 86,4+4,4% детей. Эутиреоидное увеличение щитовидной железы выявлено у 20,3+5,2% детей.

Клинически у всех детей с ИПМК были выявлены признаки дисплазии соединительной ткани. Для них были характерны астеническое телосложение (71,2%), слабое развитие мускулатуры. Так называемая «грацильность» была характерна для девочек и наблюдалась у 23,0%. Высокорослыми – марфаноподобный «фенотип», были пять детей, четверо из которых мальчики; низкий рост отмечался у девяти детей; вес был ниже возрастных норм у 19 (32,2%) детей. У одной трети детей была выражена гипермобильность суставов, реже (18,6%) – повышенная растяжимость кожи (>3см), преимущественно в подключичной и локтевой областях. Плоскостопие наблюдалось у 42,3% пациентов, деформация грудной клетки у 9 (килевидная – 3, западающая – 4, воронкообразная – 2) и позвоночника у 11 (сколиоз 1-2 ст., «плоская спина», кифосколиоз) больных. У 11 больных кроме сколиоза отмечалось нарушение осанки, как сутулость 1-2 ст., хруст в суставах. Из глазной патологии чаще наблюдалась миопия – у 3-х детей. Нередко (18,6%) наблюдались также аномалии развития зубов (их избыток, неправильное расположение, дистрофия эмали).

Увеличение границ относительной сердечной тупости, преимущественно за счет левых отделов, подтвержденное рентгенологическими и ЭхоКГ исследованиями, выявлено у трех детей с ИПМК. Один из них в анамнезе перенес бактериальный эндокардит, у двух была выявлена митральная регургитация 2-3 ст, с признаками сердечной недостаточности 1 ст.

Аускультативная картина ИПМК была полиморфна и имела своеобразный звуковой феномен. Так, апикулярный систолический шум выслушивался у 89,8% детей, у остальных (10,2%) выявлен изолированный систолический «щелчок». При выслушивании их в горизонтальном положении, у 73,6% - шум был короткий, мягкого тембра, слабой интенсивности; у 26,4% - шум был средней интенсивности. При выслушивании этих детей в вертикальном положении систолический шум усиливался у 75,5%, в ряде случаев его тембр приобретал шипящий или свистящий, а у 3 больных – даже грубый, пилящий оттенок. Больные нередко заявляли, что слышат «писк» в груди, который усиливался при физической и эмоциональной нагрузке. При аускультации их в течение дня несколько раз тембр систолического шума менялся в зависимости от их эмоционального состояния, усиливаясь при негативных реакциях, физической, в некоторых случаях спонтанно без видимой причины. Больные фиксировали свое внимание на этом звуковом феномене, при этом отмечали психоэмоциональный дискомфорт.

При выполнении пробы с физической нагрузкой (20 приседаний в быстром темпе) систолический шум претерпевал различную динамику: у 40 детей усилился, у 12 – уменьшился, а у 5 - полностью исчез. У детей, у которых шум в покое был более грубым и интенсивным, при физической нагрузке, он еще более усилился.

Проводимость шума была более выраженной при высоких степенях громкости тонов. У трех детей эти шумы проводились в левую подмышечную область, у двух – под левую лопатку. У 9 детей зона максимальной выраженности шума располагалась по левому краю грудины на уровне 3-4 межреберья; у этих детей же систолический шум сочетался с «хордальным писком», интенсивность которого уменьшалась в вертикальном положении у 3, а у 5 - наоборот усилился, а у одного полностью исчез. У пятерых детей «хордальный писк» резко усиливался, принимал иной оттенок: звуки «скрипки», «скрежета» телеги в вертикальном положении, а также при эмоциональной и физической нагрузках.

Систолический щелчок в горизонтальном положении выслушивался у 35,6%, из них в 10,2% случаев «щелчок» был изолированным, при этом постоянным. При выслушивании этих детей в вертикальном положении, у троих из них «щелчок» стал более звучным и громким, у 5 - тембр «щелчок» уменьшился, а у одного полностью исчез. У одной девочки отмечалась серия «щелчков» (2-3-4), при чем как количество, так и интенсивность этих «щелчков» менялась, то, усиливаясь и становясь слышимой на расстоянии (симптом аутоаускультации), то периодически, то вовсе исчезая. Зона максимальной

выраженности систолического «щелчка» совпадала с зоной максимального звучания систолического шума. Однако, в отличие от систолического шума они обладали меньшей проводимостью. Систолический «щелчок» на фоне выраженного шума воспринимался хуже, чем изолированный систолический «щелчок» или «щелчок», сопровождаемый незначительным систолическим шумом.

Выводы. Таким образом, ИПМК был возрастнo-зависимым феноменом, ярко проявляющийся лишь к 8-9 годам. У детей с ИПМК установлен высокий уровень стигматизации и патогномоничные особенности аускультативной и нередко «аутоаускультативной» симптоматики.

СПИСОК ЛИТЕРАКТУРЫ

1. Белозеров. Ю. М. Детская кардиология / Ю. М. Белозеров.-М.: Медпресс-информ, 2004.-597с.
2. Леонтьева И.В Лекции по кардиологии детского возраста /И.В.Леонтьева. – М.: Медпрактика, 2005.-460с.

Түйін

Аритмиялық синдромымен өтетін митральды қақпақшаның пролапсының көріністері

Т.Ю.Пахомова

Облыстық кардиологиялық орталығы, Шымкент қ.

Аритмиялық синдромымен өтетін митральды қақпақшаның пролапсы бар 9-15 жас аралығындағы 38 бала зерттелген. Бұл патологияның клиникалық көріністері мен жасқа байланысты ерекшеліктері көрсетілген. Түйін сөздер: митральды қақпақша, аритмиялық синдром, балалар, идиопатия, пролапс.

Summary

Manifestations of idiopathic mitral valve prolapse syndrome with arrhythmic

T.Y.Pahomova

Regional Consultative and Diagnostic Medical Centre, Shymkent c.

The study includec 38 children aged 9-15 with idiopathic mitral valve prolapsed arrhythmic syndrome. Shons the clinical manifestations and age this potology. Key words: mitral valve, arrhythmic syndrome, children, idiopathic, prolapsed.

УДК 616.24.002.3:52

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ

Т.Ю. Пахомова

Областной кардиологический центр, г. Шымкент

Обследование трех пациентов в возрасте 13, 14 и 16 лет с помощью суточного мониторирования артериального давления показало наличие систолической артериальной гипертензии. При этом единственным признаком ремоделирования сердца было увеличение толщины межжелудочковой перегородки или задней стенки левого желудочка в систолу, превышающее верхнюю границу нормы. Делается вывод о том, что оценка параметров сердца в систолу по данным эхокардиографии является простым и ценным методом, позволяя выявлять отклонения в его морфологии и функции на ранних этапах патологических процессов, сопровождающихся развитием гипертрофии миокарда.

Ключевые слова: подростки, артериальная гипертензия, эхокардиография, гипертрофия миокарда, толщина миокарда в систолу.

Артериальная гипертензия (АГ) у детей и подростков – сравнительно редкое заболевание, которое диагностируют при превышении 95-го перцентиля артериального давления (АД) для соответствующего пола, возраста и роста [1,2]. Эффективным способом оценки уровня АД является его суточное мониторирование (СМАД). При этом индекс времени АГ за 24 ч, составляющий более 25% для систолического АД (САД), рассматривается как патологический. Однако, СМАД сравнительно редко назначается детям без

весомых клинических симптомов, позволяющих заподозрить АГ. Более часто при плановой диспансеризации детей проводится эхокардиографическое исследование (ЭХОКГ), позволяющее обнаружить какие-либо отклонения в структуре или функции сердца [3]. В связи с тем, что систематическое повышение АД приводит к гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) сердца (то есть, увеличению его массы), это легко выявляется ультразвуковым методом. При этом понятие гипертрофии относится к показателям, зарегистрированным в диастолу, и обычно характеризуется повышенной толщиной миокарда ЛЖ в конце диастолы. В наблюдениях обращено внимание на другой параметр- толщину миокарда в систолу. Ниже приводится наблюдение.

Пациент Л., ученик средней школы, обратился к педиатру с жалобами на повышенную утомляемость и эмоциональное напряжение, появившиеся за последний год, которые связывает с увеличением учебной нагрузки. Режим физической активности стабилен; спортом, кроме уроков физкультуры в школе, не занимается. Респираторные заболевания редки, какие-либо хронические заболевания отрицает. Повышенный АД в анамнезе не отмечено. В связи с обнаруженным шумом в сердце направлен на проведение электрокардиографии (ЭКГ), ЭХЦЛГ и на консультацию кардиолога. При осмотре – физически развит пропорционально, рост – 154 см, масса тела 38 кг (4-е центильные интервалы [2]). Пульс сохранен на всех конечностях, ритм правильный, 72 в мин. Тоны сердца звучные, систолический шум 1/6 у левого края грудины, не усиливающийся после нагрузки (10 приседаний). АД 120/мм рт. ст., после нагрузки – 135мм рт. ст. Печень не увеличена. На ЭКГ отклонений от нормы не зарегистрировано.

ЭХОКГ: данных за врожденный порок сердца не выявлено; полости сердца не изменены; клапаны сердца без патологии; физиологическая регургитация I степени на трикуспидальном и легочном клапане; диагональные трабекулы в ЛЖ; толщина задней стенки ЛЖ в диастолу (ТЗСЛЖд) 0,8 см, толщина задней стенки ЛЖ в систолу (ТЗСЛЖс) 1,0 см, толщина межжелудочковой перегородки в диастолу (ТМЖПд) 0,8 см, толщина межжелудочковой перегородки в систолу (ТМЖПс) 1,3см, масса миокарда ЛЖ 122г (индекс массы миокарда 93,8 г/м² или 38г/м² роста; z-фактор по Foster B.J. =0,51). Таким образом, отмечено незначительное повышение индекса массы миокарда при расчете на площадь поверхности тела и повышенная толщина межжелудочковой перегородки в систолу (z –фактор 1,76); других отклонений не выявлено. Пациент направлен на СМАД, результаты которого показали наличие систолической АГ в течение дневного периода: Среднее САД за сутки 128 мм рт. ст.(норма- до 124 мм рт. ст.). Среднее САД в дневное время 135 мм рт. ст.(норма – до 129 мм. рт. ст.), ночное- 111 мм рт. ст. (норма – до 113 мм рт. ст.). Максимальное зарегистрированное САД – 173 мм рт. ст.. Индекс времени гипертензии для САД составил 64% в дневное время и 23% - в ночное. Коэффициент вариабельности САД в дневное время 16 мм рт. ст.(норма – до 15 мм рт.ст.).

Мы располагаем еще двумя аналогичными наблюдениями, когда не было традиционных клинических данных, свидетельствующих о наличии АГ у подростков 14 и 16 лет, и единственным симптомом, позволившим заподозрить заболевание, являлась аномально большая толщина межжелудочковой перегородки (z –фактор 1,74) или задней стенки ЛЖ (z –фактор 1,69) в систолу. В обоих случаях в последующем с помощью СМАД было выявлено повышенное АД.

Диагностика левожелудочковой гипертрофии играет большую клиническую и научную роль при исследовании сердца детей с врожденными пороками сердца, кардиомиопатией или АГ. Как известно, по формуле, по которой вычисляют массу миокарда, входят толщина задней стенки ЛЖ и толщина межжелудочковой перегородки. Данные показатели рутинно измеряются при исследовании сердца, легко доступны для анализа и также могут характеризовать степень гипертрофии сердечной мышцы. Однако, абсолютные значения массы ЛЖ или толщины его стенки в детском возрасте трудно использовать для диагностики, так как размеры сердца меняются пропорционально размерам тела ребенка. В наблюдении не было явной гипертрофии по массе миокарда или его толщине в диастолу. Однако, ТМЖПс превосходила норму. Причиной этого могут быть значительные психоэмоциональные нагрузки пациента с систематическими подъемами АД, которые привели к состоянию избыточного напряжения и работы ЛЖ и началу его гипертрофии. Как известно, подобная тенденция к гипертрофии сердца отмечается у индивидуумов с повышенными α -адренергическими реакциями на ментальный стресс, так как у них растет сосудистое сопротивление.

Нужно обратить внимание на тот факт, что формирование гипертрофии стенки ЛЖ требует определенного времени. Ранее было показано, что систематическая нагрузка на сердце приводит к возрастанию количества и объема внутриклеточных структур, обеспечивающих энерготраты и пластические процессы в клетке. В связи с этим кардиомиоцит постепенно приобретает большие размеры, которые на начальных этапах в диастолу приближаются к верхней границе нормы. Однако, могут ее еще превосходить. В то же время во время систолы, когда длина кардиомиоцита сокращается, его объем должен перераспределяться в пользу поперечного размера в клетки. Так как при нагрузке сокращения сердца становятся более энергичными и возрастает амплитуда колебаний толщины миокарда в систолу и диастолу, максимальная толщина в систолу может все же превысить установленную норму. Таким образом, систолические отклонения в структуре сердца предшествуют диагностическим и могут быть выявлены более рано.

Это подтверждается и нашими наблюдениями.

Характеристика сердца не только в диастолу, но и в систолу, в том числе толщины миокарда уже используются при популяционных исследованиях и рекомендованы для стандартного ЭХОКГ-обследования. Адекватная оценка параметров сердца в систолу является простым и ценным методом, позволяя выявлять отклонения в его морфологии и функции на ранних этапах некоторых патологических процессов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Леонтьева И.В Лекции по кардиологии детского возраста /И.В.Леонтьева – М.:Медпрактика, 2005.-460с.
2. Богомолова Е.С Оценка физического развития детей и подростков /Е.С. Богомолова, А.Б. Леонов, Ю.Г.Кузьмичев.- Н.Новгород.: НГМА, 2006.-260с.
3. Петров.В.И Оценка суточного ритма артериального давления у детей. /В.И.Петров, М.Я.Ледяев. – Н.Новгород.: ДЕКОМ, 2006.-76с.

Түйін

Жасөспірімдердегі артериальды гипертензияның диагностикасының функциональды әдістері
Т.Ю. Пахомова

Облыстық кардиологиялық орталығы, Шымкент қ.

13,14,16 жастағы үш жасөспірімнің қан қысымын тәулік бойы бақылауы систолалық артериальды гипертензияны көрсетті. Жүрек ремоделицияға ұшырағанының жалғыз белгісі болып қарыншааралық перденің немесе сол қарыншаның артқы қабырғасының жуандылығының нормадағы жоғары шекарасына қарағанда ұлғаюы табылған. Эхокардиография мәліметтері бойынша жүректің параметрлерін систола кезінде бағалау жеңіл және құнды әдіс. Бұл әдіс миокардтың гипертрофиясының дамуымен өтетін патологиялық процестердегі морфологиясы мен функциясының бұзылыстарын ерте кезеңдерде анықтауға мүмкіншілік береді. Түйін сөздер: жасөспірімдер, артериальды гипертензия, эхокардиография, миокардтың гипертрофиясы, систолада миокардтың жуандылығы.

Summary

Echocardiography arterial hypertension adolescents

T.Y.Pahomova.

Regional Consultative and Diagnostic Medical Centre, Shymkent c.

Daily blood pressure monitoring performed in 3 patients aged 13. 14 and 16 years showed presence of systolic arterial hypertension. Thickening of ventricular septum or posterior left ventricle in systole exceeding upper limit of norm was the only sign of heath remodeling. Concluded that estimation of cardiac parameters in systole is simple but valuable method which permits to detect disorders of cardiac morphology and function in early stage of pathologic processes accompanied by myocardial hypertrophy. Key words: adolescents, arterial hypertension, echocardiography, myocardial hypertrophy, myocardial thickness in systole.

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ

М.А. Хайруллаев

ГУ МЧС «Центр медицины катастроф», г. Шымкент

Городская станция скорой медицинской помощи №2, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

В статье рассмотрены особенности сердечно-легочной реанимации у 36 детей. Основное внимание уделено тактическим решениям: формулировке синдромного диагноза, выбору последовательности лечебных

мероприятий, условиям транспортировки.

Ключевые слова: сердечно-легочная реанимация у детей, диагностика, тактика врача, лечение, транспортировка.

При развитии терминальных состояний своевременное и правильное проведение первичной сердечно-легочной реанимации позволяет в части случаев спасти жизни детей и вернуть пострадавших к нормальной жизнедеятельности. Обладание элементами экстренной диагностики терминальных состояний, твердые знания методики первичной сердечно-легочной реанимаций, предельно четкое, «автоматическое» выполнение всех манипуляций в нужном ритме и строгой последовательности являются неизменным условием успеха [1-3].

Целью настоящей работы явилось изучение особенности сердечно-легочной реанимации у детей разных возрастов, рекомендованные Европейским советом по реанимации, были опубликованы в ноябре 2005 года в трех зарубежных журналах: Resuscitation, Circulation и Pediatrics и мы применяли их рекомендации в практике медицины в ЮКО.

Материалы и методы исследования. Работа проводилась в ГУ филиала МЧС «Центр медицины катастроф» и городской станции скорой медицинской помощи № 2, г. Шымкента. Нами 2012-2013 г анализированы 36 больные и пострадавших детей медицинской карты скорой медицинской помощи и сопроводительные листы пострадавших ЧС. Основное внимание уделено тактическим решениям: формулировке синдромного диагноза, выбору последовательности лечебных мероприятий, условиям транспортировки.

Результаты и обсуждения. Мы решили поделиться своими наблюдениями и проведением СЛР у детей различных возрастов при угрожающих состояний у детей. Из 36 больных, мальчики были 24 (66,6%), девочки 12 (33,3%), в возрастном аспекте, до 3 лет 15 (41,4%), старше 3 лет 21 (58,6%). Последовательность реанимационных мероприятий у детей в общих чертах сходны с таковой у взрослых, но при проведении мероприятий по поддержанию жизни у детей (АВС) особое внимание уделяется пунктом А и В. Если реанимация взрослых основана на факте первичной сердечной недостаточности, то у ребенка остановка сердца – это финал процесса постепенного угасания физиологических функций организма, инициированного, как правило, дыхательной недостаточностью. Первичная остановка сердца очень редка, желудочковая фибрилляция и тахикардия является ее причинами менее чем в 15% случаев. Многие дети имеют относительно длинную фазу «предостановки» что и определяет необходимость ранней диагностики данной фазы [3-5].

Реанимация будет эффективна только тогда, когда она правильно организована, и мероприятия, поддерживающие жизнь, выполняются в классической последовательности. Основные положения первичной сердечно – легочной реанимации удачно сформулированы американской ассоциацией кардиологов в виде «Правил АВС» по P.Safar: Первый шаг А (Airways) - восстановление проходимости дыхательных путей. Второй шаг В (Breath)- восстановление дыхания. Третий шаг С (Circulation)-восстановление кровообращения. Последовательность реанимационных мероприятий: А (Airways) - восстановление проходимости дыхательных путей. Уложить больного на спину на твердую поверхность. Очистить механически ротовую полость и глотку от слизи и рвотных масс. Слегка запрокинуть голову, выпрямляя дыхательные пути (противопоказано при подозрении на травму шейного отдела). Выдвинуть нижнюю челюсть вперед и вверх, что предупреждает прилегание языка к задней стенке глотки и облегчает доступ воздуха. (Breath)- восстановление дыхания.

Начать ИВЛ экспираторными методами «изо рта в рот»- у детей старше одного года, «изо рта в нос» у детей до года. Введение S- образного воздуховода, ручные дыхательные аппараты (мешок Ambu) облегчает проведение ИВЛ. Наряду с продолжением ИВЛ, должен приступить к непрямому массажу сердца.

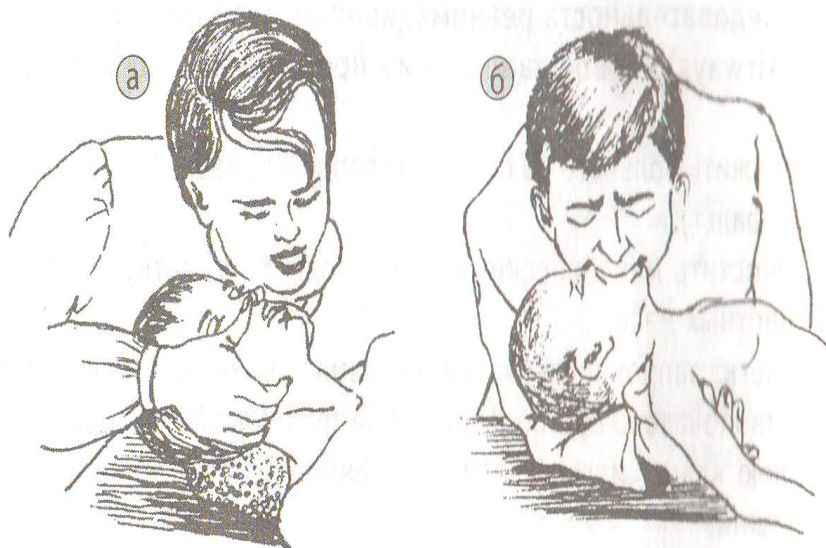


Рис. 1. Методы экспираторного искусственного дыхания:
а – «изо рта в рот», б – «изо рта в рот и нос»

С (Circulation)-восстановление кровообращения. После того как проведены первые 3-4 инсуффляции воздуха, при отсутствии пульса на сонной или бедренной артериях. Реаниматор, наряду с положением ИВЛ, должен приступить к непрямому массажу сердца.

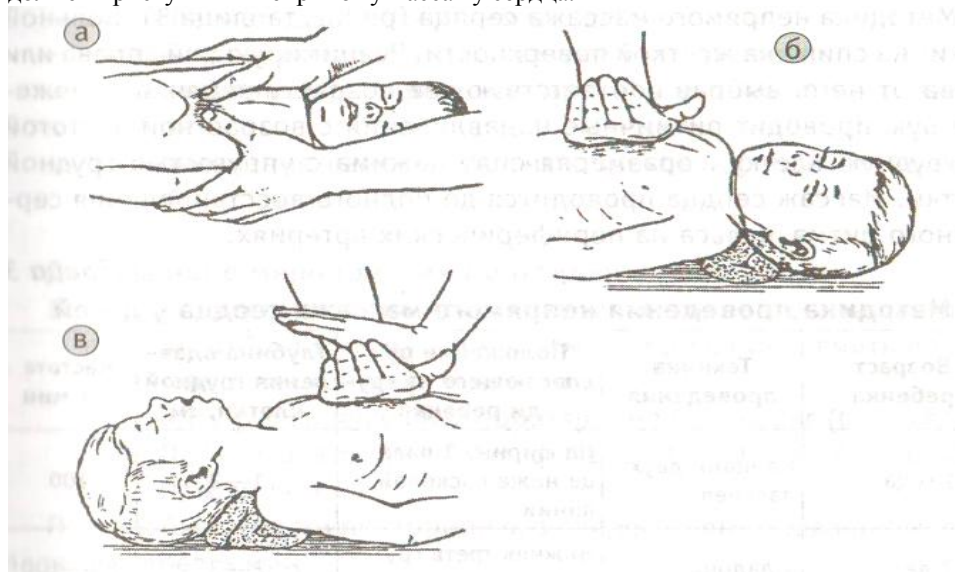


Рис. 2. Метод закрытого массажа сердца у детей в зависимости от возраста:

а – у детей до одного года, б – у детей 1–7 лет,
в – у детей старше 10 лет

Возраст ребенка	Техника проведения	Положение спасающего рук на груди ребенка	Глубина вдавливания грудной клетки, см	Частота в 1 мин
-----------------	--------------------	---	--	-----------------

Таблица 1.
Методика проведения непрямого массажа сердца у детей

До 1 года	Концами двух пальцев	На ширину 1 пальца ниже сосковой линии	1-2	100
1-7 лет	1 ладонь	Нижняя треть грудины	2-3	80-100
Старше 10 лет	Кисти обеих рук	То же	4-5	80

Больной лежит на спине, на жесткой поверхности. Реанимирующий справа или слева от него, выбрав соответствующее возрасту ребенка положение рук, проводит ритмичные надавливания с возрастной частотой на грудную клетку, соразмеряя силу нажима с упругостью грудной клетки. Массаж сердца проводится до полного восстановления сердечного ритма, пульса на периферических артериях.

Дальнейшие мероприятия по поддержанию жизни: Если сердцебиение не восстанавливается, не прекращая проведения ИВЛ и непрямого массажа сердца, обеспечить доступ к периферической вене и ввести в/в: 0,1%р-р адреналина гидротартрата 0,01мл/кг (0,01 мг/кг); 0,1 %р-р атропина сульфата 00,1-00,2мл/кг (00,1-00,2мг/кг). При необходимости повторное в/в введение вышеуказанных препаратов через 5 мин. 4% раствор натрия бикорбаната (продолжительной СЛР или метаболической ацидоз) 2 мл/кг (1 ммоль/кг). Введение 10% раствора кальция глюконата в дозе 0,2 мл/кг (20 мг/кг) показано только при наличии гиперкалиемии, гипокальциемии и передозировке кальциевых блокаторов. 2. Оксигенотерапия 100% кислородом через лицевую маску или носовой катетер. 3. При фебриляции желудочков показана дефибриляция (электрическая и медикаментозная). Дефибриляция у детей применяется по тем же показаниям (фебриляция желудочков, желудочковая тахикардия с отсутствием пульса), что и у взрослых. У детей младшего возраста применяют электроды несколько меньшего диаметра. Начальная энергия разряда должна составлять 2 Дж/кг. Первые 3 попытки должны быть произведены с короткими гипоксемии, ацидоза, гипотермии, вводят адреналин гидрохлорид, лидокаин.

Транспортировка – особый период ведения больных (пострадавших), во время которого не должны усугубляться тяжесть угрожающее состояние. Прежде чем приступить к транспортировке ребенка, следует компенсировать его витальные функции, обеспечить их адекватную поддержку (интубация трахей, ИВЛ, инфузионная терапия, инотропная терапия), решается вопрос о продолжении лечения « в пути».

Заключение: СЛР - актуальный вопрос в медицине критических состояний санитарно-просветительная работа о предупреждении травм у детей; базисный уровень жизнеобеспечения у детей; возможность простого и быстрого вызова детской реанимационной бригады; высококвалифицированное поддержание жизнедеятельности (догоспитальная, госпитальная, узкоспециализированная помощь); интенсивная терапия постреанимационной болезни у детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Э.К. Цыбулькин. Угрожающие состояния в педиатрии (экстренная врачебная помощь).–М. : ГЭОТАР – Медиа, 2007.
2. Неотложная педиатрия. Под редакцией проф. Б.М. Блохина Медпрактика-М, Москва,- 2005.
3. Неотложные состояния у детей / Под ред. А.Д. Петрушиной.– М. 2010.
4. Белоконов Н.А. Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. В 2-х томах – М: Медицина.- 1997.
5. Инькова А.Н. Справочник врача скорой и неотложной медицинской помощи - Ростов- на – Дону: « Феникс», 2000г.- 352с.
6. Неотложная помощь в педиатрии (Руководство для врачей – педиатров скорой помощи. Под редакцией Цыбулькина Э.К. – Л : Медицина 1987.- 352с.
7. Кусин В.В. Неотложная кардиология – 4-е издание переработанный и дополненный –СПб., 2000.- 503с.
8. Верткин А.Л. Клинические рекомендации сердечно-легочной системы на догоспитальном этапе /Фармакотерапия заболеваний сердечно-сосудистой системы. – М., 2002г.- с. 7-78.
9. Лечение сердечной недостаточности. Доклад рабочей группы по проблеме сердечной недостаточности Европейского общества Кардиологов // русский мед. Журнал, 1997.-Т.5, №23.-с.3-247
10. Сафар П., Бигер Н. Дж. Сердечно-легочная и церебральная реанимация. – Пер. с англ. – М.; Медицина, 1997. - 552с.

Түйін

Балалардағы жүрек - өкпе реанимация ерекшеліктері
Хайруллаев М.А.

ТЖМ мемлекеттік мекеме филиалы «Медициналық аппарат орталығы», Шымкент қ.
№2 қалалық жедел медициналық жәрдем станциясы, Шымкент қ.

Мақалада 36 баладағы өкпе- жүрек реанимациясы. Негізгі басты шешім; синдромды диагноз қою, емдік шараларды ретімен жүргізу, тасымалдау жағдайлары. Түйін сөздер: балалардағы өкпе - жүрек реанимациясы, диагнозы. дәрігер шешімі,емі, тасымалдау.

Summary

head of department, doctor: M.A.Hairullayev

State establishment Ministry of Emergency Situation filial «Medical catastrophe centre», Shymkent city,
City Station N2nd Medical Ambulance service in Shymkent city

In this article provide any features heart-lungs reanimation about 36 illness children. In a basically attention defined tactical decisions; the formation of syndrome, diagnosis, chosen treatment service with a transportation situated. Key words: heart-lungs reanimation of children, diagnosis, tactics of the doctor, treatment, transportation.

УДК 616.24.002.3:54

**ДИАГНОСТИКА И ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД РОДРАЗРЕШЕНИЯ ЗАДЕРЖКИ
ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА**

Б.Д.Надуева, М.А.Сафарова, Л.К.Сафарбаева, Т.К.Токбергенова

*Клиника «Сункар», г.Шымкент, Областной клиничко-диагностический медицинский центр, г.Шымкент
АО ЖД госпиталь медицинских катастроф, г.Шымкент,Толбейская районная поликлиника, с. Коксайек, ЮКО*

Проведен ретроспективный анализ 110 случаев доношенной беременности по данным медицинской документации, включающей анамнез, результаты динамического наблюдения, УЗИ, доплерометрию, сведения о состоянии новорожденных. Показано, что УЗИ с доплерометрией в динамике позволяют своевременно диагностировать ЗВРП и степень страдания плода и принять решение о времени и способе родоразрешения. Кесарево сечение является наиболее щадящим методом родоразрешения.

Ключевые слова: задержка внутриутробного развития плода, ультразвуковое исследование, биометрические параметры плода, доплерометрия.

Одной из основных задач современного акушерства является снижение репродуктивных потерь. Среди причин перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных существенное место занимает задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП). По данным разных авторов, частота ЗВРП колеблется от 3 до 10% случаев[1,2]. ЗВРП является полиэтиологическим процессом, который подразумевает наличие материнских, фето-плацентарных факторов и причин, связанных с окружающей средой. Результаты многих исследований свидетельствуют о воздействии материнского и этнического фактора на процесс развития плода и его массу при рождении. Несмотря на многочисленные работы, посвященные этой проблеме, многие вопросы остаются нерешенными. Так, одной из важных задач остается ранняя диагностика ЗВРП.

Целью исследования явилась оценка эффективности современных диагностических методов исследования внутриутробного состояния плода и степени выраженности ЗВРП.

Материал и методы исследования. Был проведен анализ 110 случаев доношенной беременности, среди которых 80 с гипотрофией плода. Последние были подразделены на 3 группы в зависимости от степени ЗВРП. В 1-ую группу были включены 72 (43,9%) женщин с ЗВРП I степени и массой плода 2501-2799 г, во 2-ую группу – 30 (37,7%) женщин с ЗВРП II степени и массой плода 2001-2500 г, в 3-ую группу – 8 (18,4%) женщин с ЗВРП III степени и массой плода менее 2000г. Группа сравнения включала в себя 50 женщин с конституциональной гипотрофией и массой плода менее 2800г, без признаков внутриутробного страдания плода по данным доплерометрии. Контрольную группу составили 50 женщин с массой плода

более 2800г. Каждая из групп была разделена на подгруппы в зависимости от способа родоразрешения: через естественные родовые пути и методом кесарева сечения. Во всех случаях с помощью анкеты была изучена медицинская документация женской консультации и стационара, в которую были включены данные семейного анамнеза, гравидограмма, результаты объективного исследования беременной в динамике, включая ультразвуковое исследование (УЗИ) и доплерографию. Кроме того, в анкете были указаны сведения о состоянии новорожденных в зависимости от метода родоразрешения.

Результаты исследования и обсуждения. Возраст женщин колебался от 21 года до 32 лет, в среднем составил $23,6 \pm 1,3$ года, хотя, по некоторым данным, ЗВРП встречается преимущественно у женщин в возрасте моложе 20 лет. Первородящих пациенток было 65,5%, повторнородящие – 35,5% в сравнении с 55% в контрольной группе. Каждая 4-я женщина не работала, 25,4% состояли в незарегистрированном браке или не были замужем, что позволило предположить влияние хронического стресса на психоэмоциональный статус беременной и развитие ЗВРП. Гестационный период протекал с обострением хронических заболеваний (особенно мочеполовой и сердечно-сосудистой систем) в 68,7% случаев, которые при ЗВРП встречались соответственно в 10 и 5 раз чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,01$). В 35,5% случаев у беременных наблюдали другие экстрагенитальные заболевания (эндокринные, респираторные, антифосфолипидный синдром и др.). Железодефицитная анемия разной степени отмечена в 78,3% наблюдений, преимущественно при гипотрофии плода III степени, в сочетании с одним или двумя другими хроническими заболеваниями. Важно отметить влияние токсических факторов (курение, употребление алкоголя, профессиональные вредности) на течение беременности и развитие ЗВРП (57,9% случаев). Гинекологические заболевания в анамнезе были отмечены в 32,7% случаев (в контрольной группе – 12%) ($p < 0,01$). В 35,2% случаев у беременных был отягощенный акушерский анамнез (медицинские и самопроизвольные аборт), в 10,7% – оперативные вмешательства на матке (кесарево сечение или энуклеация миоматозных узлов).

Следует отметить высокую частоту раннего гестоза у женщин с гипотрофией плода (67,4%). Как сказано выше, одним из важных моментов является ранняя диагностика ЗВРП. Наиболее информативным критерием для выявления гипотрофии при УЗИ являются биометрические параметры плода (предполагаемая масса плода, окружность живота и головки, бипариетальный диаметр, длина бедра плода) ниже 10-й перцентили. В данном исследовании предполагаемая масса плода находилась ниже 10-й перцентили в 72 (60,32%) случаях ЗВРП, окружность живота – в 51,61%, длина бедра – в 50,32%, бипариетальный параметр – 48,06%, а окружность головки – в 41,61% случаев. Важно отметить наличие корреляции между значениями биометрических параметров плода и степенью ЗВРП. В группе сравнения в 15 (30%) случаях были отмечены некоторые отклонения в длине плода, что позволило предположить диагноз гипотрофии. Однако, учитывая материнский анамнез (низкая масса тела при рождении), физиологическое течение беременности и наличие наследственного фактора, во время повторного УЗИ (через 14 дней) была подтверждена конституциональная гипотрофия плода. В связи с этим следует отметить, что диагноз гипотрофии плода был установлен с помощью УЗИ в 74,44% случаев. У 33,33% женщин ЗВРП была выявлена во второй половине беременности и подтверждена при последующих обследованиях с использованием внутриутробной шкалы развития плода в динамике. Беременные с установленным диагнозом гипотрофии плода были госпитализированы в отделение патологии беременности для проведения тщательного клинического и инструментального обследования и коррекции фетоплацентарной недостаточности.

Однако, лечение в большинстве случаев оказалось неэффективным, признаки гипотрофии плода прогрессировали, переходя из I во II степень (отставание в развитии плода на 1-2 нед, параметры УЗИ ниже 10-й перцентили в 15,19% случаев) и из II во III степень (биометрические параметры плода на уровне 3-й перцентили при УЗИ, отставание на 3-4 нед от срока беременности в 12,22% случаев). В среднем в 59 (54,2%) случаях ЗВРП патологические значения индексов при доплерографии позволили определить внутриутробное страдание плода, что диктовало необходимость срочного родоразрешения путем кесарева сечения. В 58 (52,9%) случаях женщины с гипотрофией плода родили через естественные родовые пути. Показанием для кесарева сечения в интересах плода послужили более выраженная степень ЗВРП и нарушения фетоплацентарной гемодинамики в 50 (47,1%) случаях. Плановое кесарево сечение было произведено в 25 (29%) случаях, экстренное – в 20 (18,1%) случаях. Диагноз ЗВРП I степени явился показанием к кесареву сечению в 22 (24,7%) случаях, ЗВРП II степени – 28 (32,2%) случаях и ЗВРП III степени – в 21 (21,2%) случае. Хроническая внутриутробная гипоксия плода как показание к кесареву сечению чаще имело место при III степени гипотрофии (34,9%), в сравнении с гипотрофией II (21,2%) и I степени (11%) ($p < 0,01$). В 11 (10,3%) случаях ЗВРП сочеталась с материнскими осложнениями.

Результаты исследования позволили установить, что в большинстве случаев (82,2%) состояние новорожденных, было оценено по шкале Апгар выше 6 баллов, в 4 (2,7%) случаях – менее 3 баллов ($p < 0,01$). Оценка состояния детей с гипотрофией, рожденных через естественные родовые пути, в большинстве случаев составила менее 6 баллов: в 9,76% – менее 3 баллов, в 60,36% – 3-6 баллов, что указывает на более выраженное страдание плода. УЗИ с доплерографией, осуществляемые в динамике, позволяют своевременное диагностировать гипотрофию плода и степень его страдания и в зависимости от полученных результатов принять решение о времени и методе родоразрешения. Кесарево сечение является наиболее щадящим методом родоразрешения. Операцию выполняют с учетом срока беременности, состояния плода, акушерской и экстрагенитальной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Демидов В.Н. Значение использования УЗИ для оценки состояния плода во время беременности /В.Н. Демидов, Б.Е. Резенфельд – М., 2005 .– 45 с.
2. Стрижаков А.Н. Внутриутробная задержка развития плода/А.Н. Стрижаков – М., 2003. – 210 с.

Түйін

Ұрықтың жатыр ішілік тежелуінің диагностикасымен оптималды туғызу әдісін таңдау
Б.Д.Надуюева, М.А.Сафарова, Л.К.Сафарбаева, Т.К.Токбергенова
«Сұңқар» клиникасы, Шымкент қ., Облыстық клинико-диагностикалық медициналық орталығы, Шымкент қ. Темір жол медициналық апаттар госпиталі АҚ, Шымкент қ., Төлеби аудандық емханасы, Көксаiek с.

Анамнез, динамикалық бақылауының, УДЗ, доплерометрия нәтижелері нәрестелердің жағдайы туралы мәліметтер бар медициналық құжаттар бойынша 110 жүктіліктің ретроспективті сараптамасы жүргізілген. УДЗ мен доплерометрия ұрықтың жатыр ішілік дамудың тежелуінің ерте анықтауға және босандыру уақытымен жолын таңдауға көмектесетіні көрсетілген. Түйін сөздер: ұрықтың жатыр ішілік тежелуі, ультрадыбыстық зерттеулер, ұрықтың биометриялық параметрлері, доплерометрия.

Summary

Diagnosis and an optimal delivery method fetal growth retardation
B.D.Naduyeva, M.A.Safarova, L.K.Safarbayeva, T.K.Tokbergenova
Clinical «Sunkar», Shymkent c., Regional Consultative and Diagnostic Medical Centre, Shymkent c.
The company «Hospital of railroad medical disasters», Shymkent c., Tolebi district clinic, Koksaiac a.

Hundred and ten cases of full-term pregnancy were retrospectively studied according to medical records including medical history data, the results of follow-ups, ultrasonography (USG), and Doppler study, and neonatal information. USG with dynamic Doppler study makes it possible to timely diagnose IUGR and the degree of fetal distress and to make a decision on the time and mode of delivery. Cesarean section is the most sparing mode of delivery. Key words: intrauterine growth retardation, ultra sound study, fetal biometric parameters, Doppler study.

УДК 616.24.002.3:54

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ТИМУСА ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Б.Д. Надуюева
Клиника «Сункар», г.Шымкент

Изучено с помощью ультразвукового состояние тимуса у плодов в III триместре беременности пациенток с сахарным диабетом 1-го типа (СД 1) и у новорожденных детей рожденных от матерей с СД 1. В случаях декомпенсированного осложненного течения СД 1 у матери в возрасте 5 дней у детей выявлено достоверное уменьшение объема и массы тимуса.

Ключевые слова: ультразвуковое исследование, тимус, сахарный диабет 1-го типа, плод, новорожденный.

Сахарный диабет (СД) - заболевание, обусловленное абсолютным и относительным дефицитом инсулина в организме. Оно характеризуется хронической гипергликемией, которая приводит к сосудистым, неврологическим и другим патологическим изменениям в различных органах и тканях. Распространенность СД 1 среди беременных составляет от 3 до 12 % [1,2].

Актуальность проблемы состояния тимуса плодов у беременных с СД 1 обусловлена тем, что это заболевание оказывает неблагоприятное влияние на иммунную систему плода и, несомненно, на главный орган иммуногенеза- тимус. В основе формирования врожденных иммунопатий, трудно

поддающихся постнатальной коррекции, лежит перенапряжение в развивающейся и еще несовершенной иммунной системы плода, которая кроме поддержания собственного гомеостаза, должна повышать функцию в ответ на сигналы, поступающие от большого организма матери[3].

В настоящее время расширились возможности распознавания патологии такого важного органа иммуногенеза у детей раннего возраста, каким является тимус, разработаны критерии оценки его размеров и структуры с помощью ультразвукового исследования. Однако, данные об ультразвуковых особенностях тимуса во внутриутробном периоде в норме и при различном течении гестационного процесса в литературе представлены недостаточно полно.

Цель работы- изучить с помощью ультразвукового исследования состояние тимуса у плодов в III триместре беременности пациенток с СД 1 и у новорожденных, рожденных от матерей с СД 1.

Материал и методы исследования. Проведено ультразвуковое исследование тимуса 12 плодов и плаценты в III триместре беременности у пациенток с СД 1 в сроках 32-38 нед. У 8 из 12 беременных отмечено компенсированное неосложненное течение СД1, у 4- декомпенсированное с сосудистыми осложнениями в виде ретинопатии и нефропатии. У 8 пациенток выявлена фето-плацентарная недостаточность. В 6 случаях беременность закончилась в сроке 38-39 нед., в 6 остальных случаях проведена операция кесарево сечение в сроке 38-40 нед, из них в 2 случаях в плановом порядке, в 4 – в экстренном.

Группу контроля составили 30 пациенток с физиологическим течением беременности в сроках 32-38 нед без СД 1 в анамнезе, у которых также проводили ультразвуковое исследование тимуса плодов и плаценты во время скринингового осмотра. Вторую группу оставили 26 новорожденных от матерей с СД 1 в возрасте 5 дней. В нее вошли 12 детей из 1 групп. У матерей остальных 14 детей из 1 группы. У матерей остальных 14 детей в 9 случаях СД 1 имел компенсированное неосложненное течение, а в 5 –декомпенсированное с сосудистыми осложнениями в виде нефропатии. Признаки фето-плацентарной недостаточности наблюдались в 7 из 14 случаев. Беременность у 9 пациенток закончилась родами в 38-40 нед, в остальных 5 случаях проведена операция кесарево сечение (2-в плановом, 3- в экстренном порядке). Всем 26 новорожденным установлен диагноз «диабетическая фетопатия». Масса тела детей при рождении составляла в среднем 4 230г (3650-4470г), рост 52,4 (50,0-54,0 см). Оценка по шкале Апгар-7-8 баллов. В группу соответствующего контроля вошли 25 новорожденных от матерей без СД 1 в анамнезе в возрасте 5 дней, у которых проводили ультразвуковое исследование тимуса.

Ультразвуковое исследование тимуса плодов и оценку состояния плаценты (толщина, наличие расширенных межворсинчатых пространств и их количество, наличие экзогенных включений, их количество и локализация) проводили на аппарате En Visor (Philip, Германия) конвексными датчиками с частотой 3-5 МГц. Ультразвуковое исследование тимуса новорожденных проводили линейными датчиками с частотой 7-12 МГц. Оценивали анатомическое расположение тимуса, измеряли линейные размеры (длина, толщина долей, ширина), формуле Воеводина С.В. с использованием коэффициента 0,074 и объем тимуса по формуле Кузьменко Л.Г. с использованием коэффициента 0,504.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех пациенток с СД 1 визуализировали тимус плодов независимо от срока гестации и положения плода. Однако, лучшая визуализация отмечена в случаях заднего вида плода. Тимус располагался в верхней части переднего срединного, имел неправильную пирамидальную форму, ровный и четкий контур, двухдолевое строение с плотным прилеганием долей медиально, с расширением в средней части и сужениями в области верхних и нижних полюсов долей. Эхоструктура тимуса характеризовалась средней и пониженной эхогенностью. В 7(58 %) случаях эхоструктура тимуса была несколько неоднородной, с точечными и линейными эхогенными включениями. В контрольной группе тимус также визуализировался в 100% случаев, имел аналогичное анатомическое расположение. У всех плодов контрольной группы тимус имел ровные и четкие контуры, среднюю эхогенность и однородную эхоструктуру. Неблагоприятное влияние СД 1 на беременность приводит к патологическим изменениям в различных звеньях фето-плацентарного комплекса. Особое значение при этом имеет оценка плаценты как органа, обеспечивающего рост и развитие плода. Ультразвуковое исследование позволяет определить локализацию, толщину и структуру плаценты. При СД 1 матери при компенсированном течении отмечается уменьшение размеров плаценты с неоднородностью эхоструктуры за счет инфарктов и кальцификации.

При ультразвуковом исследовании плаценты у беременных в III триместры выявлены следующие изменения. Толщина плаценты у 8 беременных с компенсированным СД 1 при неосложненном течении в 32-34 нед составляла 5,46±0,87 см, достоверно отличаясь от толщины плаценты у здоровых беременных (3,48±0,3 см) ($p < 0,05$). При ультразвуковом исследовании в динамике в 35-38 нед. толщина плаценты у беременных с СД 1 уменьшалась и составляла 4,52±0,73 см, также достоверно превышая показатели толщины плаценты у здоровых беременных с аналогичными сроками беременности (3,61±0,24 см) ($p < 0,05$).

У 4 беременных с декомпенсированным СД 1 при осложненном его течении с различными сосудистыми изменениями (нефропатия, ретинопатия) толщина плаценты в 32-34 нед. составляла 4,36±0,74 см,

достоверно превышая толщину плаценты у здоровых беременных ($p < 0,05$). В динамике в 35-38 нед. этот размер составил $3,62 \pm 0,34$ см, достоверно не отличаясь от показателей толщины плаценты у здоровых беременных в соответствующие сроки. Такая тенденция к уменьшению толщины плаценты в более поздние сроки беременности у пациенток с декомпенсацией и осложнениями СД 1, возможно, является проявлением фето-плацентарной недостаточности и требует дальнейшего изучения на репрезентативном материале.

Эхогенные включения, наблюдаемые при физиологическом течении беременности после 28 ед, у пациенток с СД1 выявлены только в сроках 35-38 нед в виде единичных эхогенных локусов в междольковых зонах. В большем количестве они регистрировались у беременных с декомпенсированным осложненным СД 1.

Выводы. У беременных с СД 1 объем и масса тимуса плодов достоверно превышают аналогичные показатели плодов при отсутствии данной патологии у беременных, что может являться проявлением неблагоприятного воздействия на главный орган иммуногенеза. Размеры тимуса у детей в возрасте 5 дней от матерей с компенсированным неосложненным СД 1 превышают таковые у детей с отсутствием в анамнезе матерей данной патологии. В случаях декомпенсированного осложненного течения СД 1 у матери в возрасте 5 дней выявлено достоверное уменьшение объема и массы тимуса. Данные изменения размеров характерны для акцидентальной инволюции тимуса при антигенном воздействии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федорова М.В. Сахарный диабет, беременность и диабетическая фетопатия/М.В.Федорова, В.И. Краснопольский, В.А. Петрухин.-М: Медицина, 2001.-288с.
2. Ильенко Л.И. Ультразвуковые методы исследования в неонатологии/Л.И.Ильенко, Е.А.Зубарева, В.В.Митькова.-М: Эксперимент, - 2003.-108 с.
3. Сиротина.О.Б. Возможности ультразвукового исследования тимуса плода/О.Б.Сиротина.- М,2002.- 113 с.

ТҮЙІН

Қант диабетімен ауыратын аналардың ұрығының және нәрестелердің тимусының ультрадыбыстық зерттеу
Б.Д.Надуева
«Сұңқар» клиникасы, Шымкент қ.

Ультрадыбыстық зерттеу арқылы қант диабетінің 1-ші типімен ауыратын әйелдердің жүктіліктің III триместрінде ұрықтың тимусы зерттелген. Бұл әйелдерде декомпенсация сатысында, асқынумен өтетін ағымында нәрестенің өмірінің 5күні тимустың көлемінің және салмағының азаюы байқалған. Түйін сөздер: ультрадыбыстық зерттеулер, тимус, 1-ші типті қант диабеті, ұрық, нәресте.

SUMMARY

The Thymus Ultra Diagnostics in Fetuses and Newborns of Mothers with 1 Diabetes Mellitus

B.D. Nadueva

Domestic medical out-patient's clinic, Shymkent c.

The aim of the study was to investigate the thymus condition in fetuses at third trimester of pregnancy and in newborns of women with type 1 diabetes mellitus. The significant involution of thymus volume and mass were revealed in 5 days aged newborn of mothers in cases of decompensate complicated type 1 diabetes mellitus. Key words: ultrasound diagnostics, thymus, placenta, type 1 diabetes mellitus, fetus, and newborn.

УДК 616.24.002.3:52

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Б.Б.Каржауова
СВА «Кайтпас», г.Шымкент

Представлены результаты клинического наблюдения за 32 детьми в возрасте от 12 до 24 месяцев, в рацион которых на 4 недели ввели молочную смесь «Нестожен 3» в объеме 60-400 мл/день. Показано, что изменение характера питания с включением в рацион вместо коровьего молока молочной смеси позволяет справиться с функциональными запорами, снижает риск развития метаболических нарушений в дальнейшем.

Ключевые слова: особенности питания, функциональные нарушения пищеварения, молочная смесь, пребиотики.

Имеются немало исследований по вскармливанию детей грудного возраста. Именно этот период отличается самыми высокими потребностями детей в пищевых ингредиентах, наибольшей скоростью роста [1,2].

Исследования же практики вскармливания и физиологических особенностей детей старше года не так многочисленны и не дают полной картины проблем, связанных с питанием и состоянием здоровья ребенка. Между тем, дети от 1 года до 3-х лет характеризуются также высокой скоростью роста и относительно высокими потребностями в некоторых пищевых веществах.

Исследования практики питания детей раннего возраста показывают разнообразные нарушения организации питания, проявляющиеся избыточным потреблением энергии и белка, недостаточным потреблением таких важных микронутриентов, как витамин Е, цинк, железо. У детей второго года жизни при переводе с последующей смеси на коровье молоко часто отмечают снижение потребления железа, дефицит цинка и витамина Е [3,4].

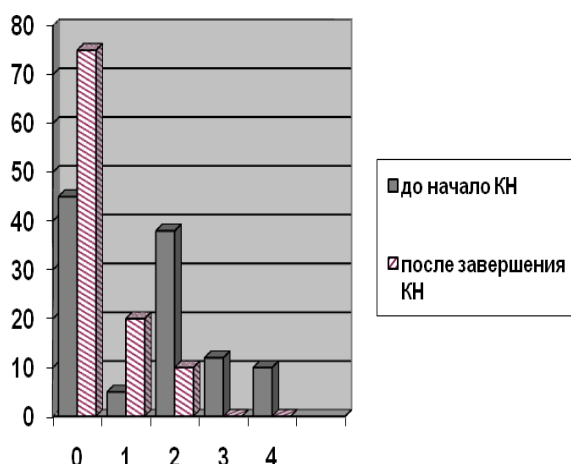
Целью настоящего исследования явилось – установление на основе клинического наблюдения (КН) переносимость молочной смеси «Нестожен 3» с пребиотиками и её влияние на характер стула у детей раннего возраста. Основными задачами клинического КН являлись следующие: оценка переносимости молочной смеси детьми раннего возраста на протяжении не менее 4 недель регулярного ее использования в рационе; оценка характера стула детей в динамике: до назначения молочной смеси и после окончания КН; установление возможных нежелательных(побочных) эффектов при использовании молочной смеси.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования и анализа результатов была разработана специальная анкета, заполняемая врачами при первом посещении ребенка (визит-1) и после окончания КН (визит-2). Отбор детей для участия в КН проводили методом случайной выборки, где критерием включения являлся только их возраст – от 12 до 24 месяцев. Среди отобранных по возрасту детей исключались те, у которых отмечались следующие отклонения в состоянии здоровья (критерии исключения): наличие острых интеркуррентных заболеваний;тяжелая наследственная (врожденная) патология, обострение хронических заболеваний,доказанная пищевая аллергия к белкам коровьего молока.

В группу КН включены 32 практически здоровых ребенка второго года жизни (от 12 до 24 мес), средний возраст составил $18 \pm 4,8$ мес. Среди них было 17(51,6%) мальчиков и 15(44,3%) девочек. На момент начала наблюдения все дети были практически здоровы и не имели острых или обострения хронических заболеваний. Распределение наблюдавшихся детей по группам здоровья: 1-я группа здоровья – 18 (51,7%)детей; 2-я группа здоровья -14 (44,8%)детей, среди которых было 5 ребенка (13,8%) из семей с отягощенным аллергологическим анамнезом; 5 (20,7%) детей с лактазной недостаточностью (ЛН) диагностированной в возрасте 2-5 мес жизни (остаточная активность лактазы была установлена в пределах 25-50%); 4 ребенка (10,3%) с атопическим дерматитом(младенческая форма, период клинической ремиссии). Состояние здоровья детей на момент начало КН после его завершения оценивалось врачом при личном осмотре и по картам развития, затем обобщенные данные вносили в анкету, сопровождающую все этапы КН.

Результаты и обсуждение. По результатам опроса было установлено, что молочную смесь «Нестожен 3» родители, как правило, предлагали детям в виде отдельного приема пищи - второго завтрака или полдника в сочетании с детским печеньем, сухариками или (реже) - без каких либо дополнительных компонентов. Суточный объем использования детьми молочной смеси колебался в пределах 60-400 мл. Характер стула у детей, включенных в КН, оценивали в динамике: до начала проведения и после окончания КН. Данные о характере стула интерпретировали суммарно, как минимум за последнюю неделю, на основании опроса матерей.

Таким образом, в результате 4-недельного использования молочной смеси «Нестожен 3» характер стула у детей, включенных в КН, претерпел существенные улучшения: у подавляющего числа детей (75,8%) стул нормализовался; у 6 (20,7%)- стал кашицеобразным, но частота его у 2 из них достигала 2-4 раз/сут; у одного ребенка (3,5%) стул сохранился неустойчивым, но число эпизодов с задержкой опорожнения кишечника сократилось с 4-5 до 1-2 раз/нед.(см. рисунок).



Характер стула: 0 – норма, 1-кашицеобразный, 2- неустойчивый, 3- запоры, 4 – спастический.

Рисунок - Динамика изменения характера стула у детей 2-го года жизни до начала и после окончания использования молочной смеси

Следует отметить, что все дети с удовольствием пили молочную смесь. Родители в течение 4-недельного использования молочной смеси не отметили ни в одном случае каких-либо функциональных расстройств кишечника (метеоризм, кишечные колики, срыгивания, рвота). Также не было отмечено аллергических или каких-либо других побочных (нежелательных) эффектов на фоне приема молочной смеси, даже у детей с аллергическими заболеваниями или коморбидными состояниями, способными вызвать аллергическую реакцию.

Выводы. Результаты КН за детьми, в питании которых в течение 4 недель использовалась молочная смесь Нестожен 3 с пребиотиками, позволяют сделать следующее заключение. Регулярное применение в рационе молочной смеси в объеме 60-400 мл/сут позволяет справиться с запорами у детей второго года жизни в 100% случаев. У 13,7% детей на фоне приема молочной смеси отмечался кашицеобразный стул до 1-2 раз/сут, без каких либо примесей и без нарушения самочувствия детей. У 6,9% детей с ЛН (установленной в первые месяцы жизни и подтвержденной лабораторными методами) на фоне применения молочной смеси частота стула достигала 2-4 раз/сут, что не сказывалось на их самочувствии не влияло каким-либо образом на их активность и/или поведение. Ни в одном случае при использовании в рационе молочной смеси «Нестожен 3» не зарегистрировано функциональных расстройств кишечника (метеоризм, кишечные колики, срыгивания, рвота), а также других побочных (нежелательных) эффектов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лукьянова Е.М. Справочник детского гастроэнтеролога / Е.М. Лукьянова.- Киев : «Здоровье», 2006.- 312с.
2. Бельмер С.В. Применение пребиотиков для профилактики и лечения нарушений микрофлоры у детей / С.В. Бельмер. – М, 2003.-112 с.
3. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра / М.Ю. Денисов.- М, 2004.- 418 с.
4. Парийская Т.В. Справочник педиатра / Т.В. Парийская.- М:ЭКСМО, 2004.- 504 с.

ТҮЙІН

Балаларды тамақтандырудың ерекшеліктері және асқорытудың функционалды бұзылыстары
Б.Б.Қаржауова
ОДА «Қайтпас», Шымкент қ.

12-24 айлық 32 баланың рационына 4 аптаға 60-400 мл мөлшерінде Нестожен 3 сүт қоспасын енгізгендегі клиникалық бақылау нәтижелері көрсетілген. Тамақтануының өзгеруі, яғни рационға сиыр сүтінің орнына сүт қоспасын енгізу функционалдық іш қатуларымен күресуге көмектеседі және кейіннен метаболикалық бұзылыстарының даму қауіпін төмендетеді. Түйін сөздер: тамақтандыру ерекшеліктері, ас қорытудың функционалды өзгерістері, сүт қоспасы, пребиотиктер.

SUMMARY

Peculiarities of infantile diet and functional gastrointestinal disorders

B.B.Kargauova

FMA «Kaitpas», Shymkent c.

Present results of clinical examination of 32 infants aged 12-24 months received daily diet including 60-400 ml of milk formula Nestogen 3 during 4 weeks. Examination showed that changed character of diet included low protein formula Nestogen 3 permits to resolve problem of functional constipation of cases and decrease risk of metabolic disorders in future. Key words: toddlers peculiarities of diet, functional gastrointestinal disorders, milk formula, prebiotics

УДК 616.24.002.3:54

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ЭЛАСТИЧНОСТИ МИОМЕТРИЯ В НОРМЕ

*Б.Д.Надужева**Клиника «Сункар», г.Шымкент*

Определены значения модуля упругости Юнга для миометрия тела матки в норме. В исследование включен 41 пациент репродуктивного возраста. При сравнении значений между пациентками репродуктивного и постменопаузального возраста получены достоверные различия.

Ключевые слова: ультразвуковое исследование, эластография, неизменный миометрий.

В репродуктивной системе женщины матка подвержена воздействию множества факторов, в числе которых инфекционные, гормональные, аутоиммунные, ятрогенные. В результате могут возникать патологические изменения миометрия, что приводит к нарушению имплантации, невынашиванию беременности и бесплодию. Поэтому диагностика состояния миометрия важна для оценки репродуктивной системе женщины. Диффузные и узловые изменения структуры миометрия оказывают влияние на такое важное свойство ткани, как упругость, эластичность, сжимаемость[1,2].

В настоящее время появилась возможность количественной оценки упругости тканей при проведении ультразвукового исследования. Появилась возможность отображения эластичности, упругости тканей с расчетом модуля упругости Юнга /кПа/. В основе методики лежат использование сдвиговой акустической волны, генерируемой при помощи сфокусированного ультразвукового луча, и возможность измерения скорости распространения этой волны. На основе полученных результатов в окне интереса формируется цветовая карта, которая накладывается на обычную серошкальную информацию (В-режим). Малосжимаемая, жесткая ткань, характеризующая высокими значениями модуля упругости Юнга, картируется красной цветовой гаммой. Хорошо сжимаемая, мягкая ткань с низкими значениями модуля упругости Юнга отображается синей цветовой гаммой. Средняя степень сжимаемости (жесткости) картируется зелеными тонами. Цветовая карта и размер цветового окна могут изменяться так, как удобно исследователю. Более того, в зоне интереса размеры которой также можно изменять в зависимости от задач можно осуществить измерение локальной эластичности ткани с миллиметровым разрешением.

Цель работы- определение значений модуля упругости Юнга при исследовании миометрия тела матки в норме.

Материал и методы исследования. Обследована 61 пациентка. Критериями включения в исследование являлись: неизменный миометрий (отсутствие признаков диффузной и узловой патологии миометрия, воспалительных заболеваний); отсутствие в анамнезе консервативной миомэктомии, кесарева сечения; интервал после последних родов более 6 мес. (у пациенток репродуктивного возраста); отсутствие приема гормональных препаратов. Количество пациенток репродуктивного возраста с регулярным двухфазным менструальным циклом составило 41, постменопаузального возраста со средней продолжительностью менопаузы 14(1-28) лет (медиана, 2,5-97,5-й процентиля)-20. Средний возраст пациенток репродуктивного возраста составил 29(19-45) лет (медиана, 2,5-97,5-й процентиля), постменопаузального возраста – 62(54-81) года (медиана, 2,5-97,5-й процентиля).

Всем пациенткам проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза по стандартному протоколу, включающему трансабдоминальную и трансвагинальную методики. Пациентки репродуктивного возраста обследовались в 1-ю и 2-ю фазы менструального цикла. Исследование

осуществлялось на аппарате Aixplorer(Supersonic Imagine, Франция) широкополосным конвексным датчиком, работающим в диапазоне частот 1,0-6,0 МГц, и полостным широкополосным конвексным датчиком, работающим в диапазоне частот 3-12 МГц. Шкала значений модуля упругости Юнга в гинекологическом режиме исследования при использовании данного датчика составляла 180кПа.

В каждой зоне интереса автоматически определялись следующие значения модуля упругости Юнга: среднее значение (Emean) минимальное значение (Emin),максимальное значение (Emax) и стандартное отклонение. Для анализа использовали среднее значение (Emean), максимальное значение (Emax) и стандартное отклонение. Как было отмечено выше, измерения проводили в трех стандартных по форме и размерам зонах интереса.Затем вычислялось среднее значение для каждого показателя(для Emean, Emax). Результаты исследования и их обсуждения. При сравнительном анализе данных, полученных у пациенток репродуктивного возраста в 1-ю и 2-ю фазу менструального цикла, достоверные различия по всем трем показателям не определялись (табл. 1).

В группе пациенток репродуктивного возраста (n=41)полученные значения упругости Юнга для неизмененного миометрия представлены в таблице 2. Значение модуля упругости Юнга (кПа), полученные при исследовании неизмененного миометрия в разные фазы менструального цикла

Таблица 1- Фазы менструального цикла

Фазы менструального цикла	Emean	Emax	σ
1-я фаза (n = 15)	25,91 (20,02 – 30,89)	30,03 (22,59 - 35,88)	2,00 (1,02 – 4,98)
2-я фаза (n = 15)	24,58 (21,17 – 32,95)	29,09 (24,9 – 36,42)	1,92 (1,36 – 4,47)

Значение модуля упругости Юнга (кПа), полученные при исследовании миометрия у пациенток репродуктивного и постменопаузального возраста

Таблица 2-группы пациенток

Группы пациенток	Emean	Emax	σ
Репродуктивный возраст (n = 41)	24,58 (17,84 – 32,97)	29,43 (21,42 – 36,49)	1,97 (1,30 – 4,97)
Постменопаузальный возраст (n = 20)	16,91 (9,58 – 25,23)	20,08 (11,74 – 33,19)	1,90 (0,85 – 4,49)

Вывод. Таким образом, в результате исследования получены нормативные значения модуля упругости Юнга для миометрия тела матки у женщин репродуктивного и постменопаузального возраста на основании применения технологии эластографии сдвиговой волны, что в перспективе позволит использовать этот критерий как еще одно дополнительное звено в дифференциальной диагностике различной патологии органов малого таза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Феоктистов А.А. Маточный фактор в клинике женского бесплодия/А.А.Феоктистов.-М.;2006.-145с.
2. Krouskop.T.A Elastic moduli of breast and prostate tissues under compression/T. A. Krouskop-J.Flanaut.Paris: Mason, 2006.-168p.

Түйін

Қалыпты жағдайдағы миометрийдің серпінділігін ультрадыбыстық бағалау
Б.Д.Надужева
«Сұңқар» клиникасы, Шымкент қ.

Қалыпты жағдайда жатырдың миометрияна Юнг модулінің көрсеткіштері анықталған зерттеуге репродуктивті жастағы 41 ауру қатысқан. Репродуктивті және меноүзіліс жастағы әйелдерде көрсеткіштерде айырмашылықтар байқалған. Түйін сөздер: ультрадыбыстық зерттеу, эластография, өзгермеген миометрий.

Summary

Quantitative Estimation of the Normal Myometrium Elasticity

B.D. Nadueva

Domestic medical out-patient's clinic, Shymkent c.

The aim the study was to estimate the Yong's modulus values for the corpus uteri myometrium in healthy women. 41 patients of reproductive age with regular menstrual cycle. The significant differences in patients of reproductive and postmenopausal age were revealed. Key words: ultrasound diagnostics, elastography, normal myometrium.

УДК 616.24.002.3:51

РОЛЬ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

Каюпова Ф.С

ГККП «Шымкентская городская детская поликлиника №2», г.Шымкент

АННОТАЦИЯ

Обследованы дети первых 6-ти месяцев жизни, находящихся на грудном вскармливании. Выявлено их благоприятное воздействие на развитие детей: дети реже болели, заболевания протекали в легкой форме.

Ключевые слова: грудное вскармливание, развитие детей, заболеваемость, дети раннего возраста.

Вскармливание материнским молоком остаётся самым полноценным для грудных детей. Материнское молоко содержит в оптимальных количествах и в идеально сбалансированных соотношениях все необходимые для ребёнка пищевые вещества, целый комплекс защитных факторов и биологически активных соединений. Оно обладает родственной связью с тканями младенца и полностью обеспечивает пластическую и энергетическую функцию его организма.[1,2]

Для оптимального роста, развития и здоровья детей грудного возраста необходимо исключительно грудное вскармливание в течении первых 6-ти месяцев жизни.

Целью исследования явилось изучение влияния исключительно грудного вскармливания на здоровье детей первых 6-ти месяцев жизни. Заболеваемость детей, достигших 6 месяцев жизни за 2011 год.

Таблица 1 – Виды вскармливания.

Виды вскармливания	Из них переболел ОРВИ	Из них переболел диареей	Наличие фоновых заболеваний	Получали стационарное лечение
Число детей находящихся на ИГВ до 6 мес. жизни	27	6	19	15
Число детей находящихся на СВ до 6 мес. жизни	37	18	20	26
Число детей находящихся на ИВ до 6 мес. жизни	44	32	24	34

В таблице 1 показаны результаты ретроспективного анализа здоровья детей, достигших 6 месячного возраста в 2011 г. на педиатрическом участке.

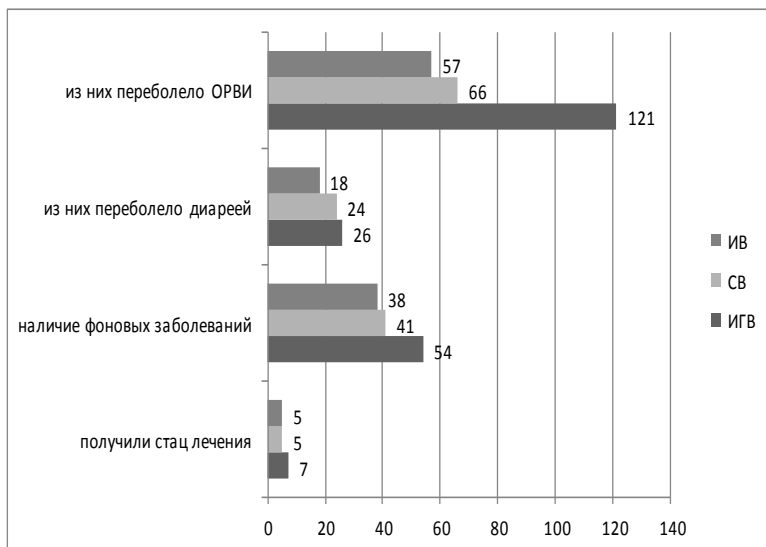


Рисунок 1 - Из общего числа детей достигнувших 6 месяцев.

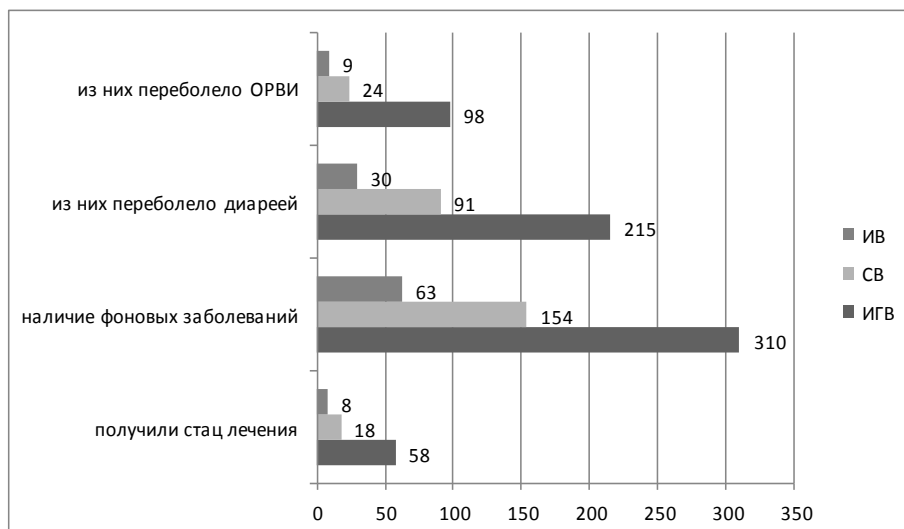


Рисунок 2 - Из числа находящихся на данном вскармливании

В зависимости от характера вскармливания детей, были сформированы 3 группы наблюдения: в 1-ю группу вошли дети, находящиеся на исключительно грудном вскармливании до 6-ти месяцев; во вторую дети, получавшие в течение первых 6-ти месяцев наряду с материнским молоком дополнительное питание или питьё – смешанное вскармливание; 3-ю группу составили дети, не получавших молоко матери с рождения или переведённые на искусственное вскармливание в течение первых 2-х месяцев жизни – искусственное вскармливание.

Заболеваемость детей первых месяцев жизни в значительной степени зависит от вида вскармливания (рисунки 1,2). Заболеваемость ОРВИ в 1-й группе была ниже 64% по сравнению с 3-й группой и на 8% по сравнению со 2-й группой. Заболеваемость диареей в 1-й группе была ниже на 8% по сравнению с 3-й группой и на 7% по сравнению со 2-й. Заболеваемость фоновыми заболеваниями составила в 1-й группе 38%, тогда как в 3-й группе составила 54% и во 2-й группе 41%. При изучении числа полученных стационарных лечений по 3-м группам, определили, что дети с 3-й группы на 2% больше получали стационарное лечение по сравнению с детьми 1-й и 2-й группы.

Таким образом, проведенные исследования показали значение исключительно грудного вскармливания для здоровья детей 6-ти месяцев жизни. Выявлено, что дети, находившиеся на исключительно грудном вскармливании, значительно меньше болеют инфекционными, фоновыми заболеваниями и по сравнению с детьми на смешанном и искусственном вскармливании, значительно легче переносят заболевания, что подтверждено полученным данными стационарного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мазурин А.В. Питание детей раннего возраста/ А.В.Мазурин.- М: 2007 .-260 с.
2. Н.П.Шабалов Детские болезни /Н.П.Шабалов.- С-Пб: 2008.-618 с.

Түйін

Бала дамуына тек табиғи тамақтандырудың ролі
Каюпова Ф.С
«№2 Қалалық балалар емханасы», Шымкент қаласы

Өмірінің 6 айға дейінгі жастағы табиғи тамақтандарудағы балалар зерттелген. Табиғи тамақтандарудағы балалар сирек ауратыны және оларда аурулар жеңіл түрінде өтетіні анықталған. Түйін сөздер: Табиғи тамақтандыру, баланың дамуы, ауру, ерте жастағы балалар.

Summary

Role of the exceptional pectoral rearing for development of children.
Kaiupova F.S.
SGTE « Shymkent City Children's clinic №2 » Shymkent s.

The effect of exclusive breastfeeding on the health of children in the first six months of life. Revealed that children are exclusively breastfed. Less sick and easier to carry disease. Key words: rectoral rearing, development of children, morbidity.

УДК 616.72-001.4

К ВОПРОСУ ОБ ИЗОЛИРОВАННЫХ РАНЕНИЯХ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ СЕРДЦА

Б.А. Оспанов
РГКП «Центральная судебная медицина» МЗ РК, Тoleбийский район, ЮКО

АННОТАЦИЯ

Повреждения сердца при смертельных колото-резаных ранениях занимают одно из ведущих мест, которые составляют 40,3%, но изолированные ранения венечных артерий сердца среди них явление редкое. Приведенный случай из практики, свидетельствует о том, что не была произведена ревизия колото-резаных ран грудной клетки.

Ключевые слова: изолированные ранения, венечная артерия, суицидальные попытки, повреждения сердца, колото-резанные ранения.

Повреждения сердца при смертельных колото-резаных ранениях занимают одно из ведущих мест [1]. Так по данным А.П. Загрядской такие повреждения сердца составляют 40,3%, но изолированные ранения венечных артерий сердца среди них явление редкое. Приводим случай из практики. Изолированное ранение нисходящей ветви левой венечной артерии сердца, которое привело к внезапной смерти через 12 дней после ранения. Пострадавший нанес себе удар в грудь, в течении двух дней находился в больнице, где рана была прозондирована и признана непроникающей. В больнице и в последующие дни пострадавший чувствовал себя хорошо, занимался в колледже, ездил за 100 км к родственникам.

В другом случае гражданин Б., 1976 года рождения, нанес себе удар ножом в грудь. После этого обратился к фельдшеру, который при зондировании установил, что раневой канал проникает до ребра. Фельдшером на рану был наложен один шов. Пострадавшему выдано освобождение от работы.

В момент осмотра фельдшером и в последующее время состояние пострадавшего было хорошим. Через трое суток по пути в больницу за продлением освобождения от работы почувствовал как бы удар между лопаток и упал. Попутной машиной доставлен в больницу, где жаловался на боли в животе, особенно в эпигастральной области. Была заподозрена прободная язва желудка. К больному вызван хирург, который после рентгенографии грудной клетки и пункции перикарда (получено 150 мл. жидкой крови) диагностировал гемоперикардит. Тут же после пункции наступили остановка сердечной деятельности и дыхания.

При исследовании трупа на 3 см выше левого соска была обнаружена поперечная рана длиной 1,9

см, покрытая плотно сидящей темно-красной корочкой, края раны были сведены хирургическим швом. От наружного конца раны вниз отходило дополнительное повреждение длиной 0,4 см. На пристеночной плевре была обнаружена рана длиной 0,9 см, проходившая вдоль нижнего края 4 ребра на расстоянии 5,5 см от края грудины. На околосердечной сорочке на границе передней и левой боковой поверхностей в средней трети обнаружена рана длиной 0,9 см, один конец ее был острый, другой "П"-образный с двумя небольшими дополнительными надрывами. По ходу раневого канала в мягких тканях грудной клетки и в переднем средостении отмечены красно-бурые кровоизлияния. В полости околосердечной сорочки оказалось 350 мл крови: жидкой и преимущественно в виде рыхлых темно-красных сгустков. На передней поверхности сердца в проекции нисходящей ветви левой венечной артерии сердца обнаружена поверхностная рана длиной 0,6 см со скошенным верхним краем, выполненная рыхлым темно-красным сгустком крови. При исследовании сосуда оказалось, что рана на протяжении 0,15 см проникает в его просвет. Эпикард и перикард были тускловаты, местами покрыты легким фибринозным налетом. Под эндокардом левого желудочка сердца имелись полосовидные кровоизлияния.

На 1,5 см ниже левого соска между парастернальной и передне - подмышечной линиями обнаружен белесоватый рубец длиной 13,5 см по поводу торакотомии в связи с суицидальной попыткой около двух лет тому назад.

Таким образом, в обоих случаях не было соблюдено известное положение о необходимости ревизии колото-резаных ран грудной клетки даже при отсутствии клинических признаков проникающего ранения. В обоих наблюдениях изолированные ранения венечных артерий сердца явились результатом суицидальных попыток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гимпельсон Е.А. Смертельные ранения артерий сердца / Гимпельсон Е.А. // Правовые и организационные вопросы судебной медицины и экспертной практики. - Киров, 1997. - Ч. 2. - с. 49 - 51.

Түйін

Жүректің тәж артериясының оңаша жарақаттануы

Б.А. Оспанов

РМҚКО «Орталық сот медицина» ҚР ДСМ, Төлеби ауданы

Өлім түйрелген-түйрелген жарақаттануларда жүректің зақымдануы алдағы қатарлы орын алып отыр, бірақ жүректің тәж артериясының оңаша жарақаттануы олардың арасында көрініс сирек. Тәжірибеден келтірілген оқиға келесіні куәландырады - көкіректің түйрелген-түйрелген жарақатында тексеру жүргізілмеген.

Summary

To the question of the isolated wounds coronal arteries of heart

B.A. Ospanov

RSSE «Central forensic medicine of» MH RK, Tolebi area

Injuries of heart at mortal chipped and cut wounds occupy one of leading places which make 40,3%, but the isolated wounds of coronal arteries of heart among them the phenomenon rare. The given case from practice, testifies that audit of chipped and cut wounds of a thorax wasn't made.

УДК 616.747.52/73-001

ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРАВМ ОТ УДАРОВ РЕБРОМ ЛАДОНИ

Н.Ф. Насипов

РГКП «Центральная судебная медицина» МЗ РК, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

Боковой удар ребром ладони относится к числу наиболее сильных и опасных ударов, как и удар кулаком, он часто бывает не только нокаутирующим, но и смертельным. Нами исследованы материалы экспертиз 2935 пострадавших от травмирующих воздействий невооруженного человека и 334 трупов лиц,

умерших от таких воздействий. Травмы от ударов ребром ладони в этом материале составили 1,04%. Остальные травмы исследованы в качестве контрольной группы. Полученные данные целесообразно использовать в комплексной дифференциально-диагностической оценке происхождения повреждений от травмирующих действий невооруженного человека.

Ключевые слова: травма, удар ребром ладони, невооруженный человек, травмирующие действия, уязвимые места человека

Боковой удар ребром ладони относится к числу наиболее сильных и опасных ударов, как и удар кулаком, он часто бывает не только нокаутирующим, но и смертельным [1]. Это связано с малой площадью поражения цели. Удары ребром ладони наносятся чаще всего по наиболее уязвимым местам человеческого тела. Это шея: передняя часть горла, а именно трахея – при ударе смещаются фиброзные кольца трахеи, перекрывается дыхание и человек погибает. Боковая часть шеи: сонные артерии, которые находятся справа и слева от горла, при ударе по ним они могут порваться и тем самым прекратить кровоснабжение мозга, что и вызывает смерть человека. При ударе ребром ладони по основанию черепа смерть может наступить после смещения первого или второго позвонка, причина смерти паралич [2].

Цель исследования. Изучить характеристики травм от ударов ребром ладони.

Материалы и методы. Нами исследованы материалы экспертиз 2935 пострадавших от травмирующих воздействий невооруженного человека и 334 трупов лиц, умерших от таких воздействий. Травмы от ударов ребром ладони в этом материале составили 1,04% (18 со смертельным исходом, 16 пострадавших остались в живых). Остальные травмы исследованы в качестве контрольной группы. Произведена статистическая обработка. Для признаков, достоверно различающихся по распределению в анализируемых классах ($p < 0,05$) вычислены модифицированные диагностические коэффициенты (МДК).

Результаты и обсуждение. Повреждения чаще локализовались на шее - 55,7%. Реже в области головы - 18%, груди - 14,8%, на животе, в поясничной области и на верхних конечностях - по 1,64%. В области других частей тела повреждений не наблюдалось. Существенное расстройство здоровья, обусловленное травмой данного класса, имелось в 35,2% случаев. В местах ударов выявлялись кровоподтеки - 82,4%, ссадины - 16,2%, ушибленная рана - 1,5%. Травматического отека (при отсутствии ран, кровоподтеков, ссадин) не отмечено. Наружные повреждения отсутствовали в 4,2% случаев. 0,5 см; (МДК=1,3 см). Данных о размерах ушибленной раны и ссадин в исследованных материалах не имелось. ±0,5 см; (МДК=1,4 см). Ширина их варьировала в пределах 0,7-5,9 см ($x=2,02 \pm$ Травма головы наблюдалась в 21 случае). Расстройство здоровья, отмеченное в 2 случаях, было обусловлено закрытым переломом нижней трети носовых костей с западением спинки носа и сотрясением головного мозга, а также переломом коронки верхнего правого зуба, осложнившегося посттравматическим периодонтитом. В остальных случаях имелись лишь наружные повреждения, не сопровождавшиеся существенным расстройством здоровья. В местах ударов выявлялись кровоподтеки - 85,6%, ссадины - 9,45%, ушибленная рана - 4,8%. Повреждения чаще располагались в лобной области, в области верхней и нижней губ, в проекции нижней челюсти - по 19,1%, в области надбровных дуг - 9,5% (с распространением кровоподтека на область обеих глазниц), в скуловых областях и на щеках - по 4,8%. Кровоподтеки имели длину в пределах 0,8-5 см ($x=2,7$).

Травма шеи отмечена в 34 случаях. В 61,8% случаев эти травмы влекли существенное расстройство здоровья в связи с повреждением шейного отдела позвоночника и спинного мозга, разрывов церебральных ветвей позвоночных артерий, рефлексогенным прекращением деятельности сердечно-сосудистой системы. Травма рефлексогенных зон шеи отмечена в 14 случаях - 41,2%, в т.ч. с переломом щитовидного хряща, подъязычной кости - 11,8%. Во всех случаях на месте ударов выявлены наружные повреждения в виде ссадин или кровоподтеков. Общая клинико-морфологическая картина соответствовала такой же травме от ударов кулаком или стопой обутрой ноги. Двоих пострадавших, благодаря срочно оказанной реанимационной помощи на месте происшествия, удалось спасти. Остальные умерли в первые же минуты после полученных ударов в рефлексогенную зону.

Травма шейного отдела позвоночника составила 17,7%, в т.ч. со смертельным исходом - 8,8% (от 34). Во всех таких случаях у пострадавших отмечалась потеря сознания, адинамия сразу же после удара по задней поверхности шеи. Пострадавшие, оставшиеся в живых, отмечали головную боль, головокружение, тошноту, рвоту, общую слабость, болезненность при ощупывании мягких тканей шеи в местах ударов, мышечную слабость (ослабление силы захвата рукой), временное ограничение объема движений головой и шеей, горизонтальный нистагм при взгляде в обе стороны, сглаженность одной из носогубных складок, отклонение языка в ту же сторону.

На трупах, умерших от закрытой травмы шейного отдела позвоночника, выявлено: - разрыв сочленений между IV-V шейными позвонками (в т.ч. и межпозвонковых дисков), передний вывих IV позвонка, компрессионный перелом переднего отдела тела VI позвонка со сдвигом верхнего фрагмента его тела вперед, спинальное эпидуральное кровоизлияние на этом уровне, размятие спинного мозга с кровоизлиянием в серое и белое вещество;

- разрыв сочленений между VІІ шейным и I грудным позвонками, смещение тела VІІ шейного позвонка кпереди, перелом остистого отростка VІ шейного позвонка со смещением отломка кпереди и вниз, спинальное эпидуральное кровоизлияние, полное размятие спинного мозга на этом же уровне;

- очаговое (пластинчатое) кровоизлияние в толщу задней атланта-затылочной мембраны, спинальное интрадуральное кровоизлияние на этом же уровне, очаговые кровоизлияния в продолговатый мозг и верхние сегменты шейного отдела спинного мозга, мозговая пурпура в стволовых отделах и в полушариях головного мозга, в белом веществе и в ядрах (без повреждения позвонков). Во всех трех случаях, соответственно местам ударов, обнаружены кровоподтеки.

Лишь в одном случае (2,9%) от удара по задней поверхности шеи последовало внутрочерепное кровоизлияние, не сопровождавшееся спинальным подоболочечным кровоизлиянием. На трупе, соответственно месту удара, обнаружено пластинчатое кровоизлияние в заднюю атланта-затылочную мембрану, разрыв двух задних нижних мозжечковых артерий, очаговые и периваскулярные кровоизлияния в белое вещество мозжечка, субарахноидальное кровоизлияние, распространявшееся на базальную поверхность головного мозга, вокруг мозжечка, на боковые поверхности больших полушарий, затухающее по интенсивности на верхних поверхностях. Во всех случаях травмы шеи от ударов ребром ладони отмечены видимые наружные повреждения мягких тканей: кровоподтеки - 87,9% и ссадины - 12,1%. Кровоподтеки имели неправильную овальную или продолговато-округлую форму. Они располагались по срединной линии - 50%, реже справа - 42,9%, или слева - 7,1%; в верхней трети шеи - 41,2%, в средней или нижней третях - по 23,5%, иногда распространялись от верхней до нижней трети - 4,8%. Длина их находилась в пределах 3,2 (0,4 см, ширина 1,9 (0,2 см. Ссадины на шее имели овальную, продолговатую и полосчатую форму. Размеры их находились в пределах от 2,5x0,5 см до 3x1 см. Они располагались на передней, боковой и задне-боковой поверхностях шеи, в верхней и средней ее трети (по 1 случаю). Характеристики средних показателей размеров и распределения их по локализации не анализировались из-за малого числа наблюдений.

Травма груди выявлена в 9 случаях. Отмеченное лишь в 1 случае существенное расстройство здоровья было обусловлено поперечным переломом правого первого ребра между средней ключичной и передней подмышечной линиями (удар ребром ладони по правому надплечью). В остальных случаях в местах ударов выявлены лишь кровоподтеки, располагавшиеся одинаково часто спереди (4 случая) по окологрудной, средней ключичной, между средней ключичной и передней подмышечной линиями, на уровне I-II ребер, I-III, VІІ-VІІІ, X-XI ребер и межреберий, а также сзади (4) по лопаточной (2) и околопозвоночной (1) линиям, только по околопозвоночной линии (1), в надлопаточной области (2), на уровне VІ-VІІ и только X ребер (по 1 случаю). Длина кровоподтеков была в пределах 2-10 см ($x=6$ (0,9 см; $=2,6$ см). Ширина была в пределах 1-6 см ($x=3,9$ (0,6 см; $=1,7$ см). Повреждений внутренних органов, ушибленных ран, ссадин, травматического отека не наблюдалось.

Травма живота отмечена в 1 случае. Она проявлялась одиночным радиальным разрывом-трещиной на задней поверхности селезенки. Наружные повреждения отсутствовали. Травма поясничной области, наблюдавшаяся в единственном случае, проявлялась ограничением объема движений при наклонах, нарушением походки (в течение 3 дней), болями в поясничной области слева, усиливающимися при ходьбе и смене положения тела. Наружные повреждения отсутствовали ("ушиб мягких тканей поясничной области слева" по клиническим данным).

Травма верхних конечностей наблюдалась в 5 случаях. Проявлялась только ссадинами с кровоизлияниями в подлежащие ткани. Они локализовались в области плечевого-2, лучезапястного -4, суставов, на плечах и предплечьях - по 2. Длина ссадин была в пределах 0,3-4 см ($x=1,2$ (0,5 см; $=1,3$ см). Ширина в пределах 0,1-0,7 см ($x=0,35$ (0,08 см.; $=0,2$ см.). Повреждений нижних конечностей не наблюдалось.

Характеристик, однозначно указывающих на происхождение травм от ударов ребром ладони не выявлено. Применительно к травмам отдельных частей тела информативными оказались следующие характеристики. Травма головы: травма с кровоизлиянием в желудочки (3), переломы костей лица (9), проявления травм без вреда здоровью (3), в т.ч. ссадины, локализующиеся в области надбровья (11). Условно информативны: черепно-мозговые травмы (5), в т.ч. сотрясение головного мозга (4), а также переломы (5) костей носа (2), локализация ударов в лобной области (9), в т.ч. в области надбровных дуг (5), на верхней (5) и нижней (5) губах, на нижней челюсти (7).

Травма шеи: факт травмы шеи (65), особенно изолированной (13), вред здоровью, обусловленный травмой шеи (20), вплоть до смертельного исхода (19), в т.ч. от травмы рефлексогенных зон шеи (49), повреждение ветвей спинальных артерий с церебро-спинальными субарахноидальными кровоизлияниями (2), наличие наружных повреждений в местах ударов (49), в т.ч. кровоподтеков (23). Условно информативны: закрытая травма шейного отдела позвоночника (5).

Травма груди: проявление травмы в виде кровоподтеков (6), особенно шириной свыше 3,6 см (1), ссадин длиной менее 3,3 см (1), не шире 0,6 см (1), отсутствие вреда здоровью (4). Условно информативны: факт травмы груди (4), без вреда здоровью (4), не смертельный ее исход (3), наличие в местах ударов

видимых наружных повреждений (4), особенно на спине (1), на верхней поверхности плечевого пояса (10).

Травма верхних конечностей: проявление травмы в виде ссадин с кровоизлияниями в подлежащие ткани (11), в области локтя (94). Условно информативна локализация повреждений на плечах, в т.ч. в дельтовидной области (8), в области запястий (40), наличие в местах ударов кровоподтеков (14).

Характеристик, информативных для происхождения травм живота, поясничной области (в т.ч. почек), области таза и половых органов, нижних конечностей от ударов ребром ладони не выявлено.

Выводы. Полученные данные целесообразно использовать в комплексной дифференциально-диагностической оценке происхождения повреждений от травмирующих действий невооруженного человека.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Библиотека / Военное дело / Книги / Боевые искусства, рукопашный бой / Тарас А.Е. «Боевая машина: Руководство по самозащите» / Часть 2. Техника / Основные удары конечностями.
2. Электронный ресурс <http://www.sudmed.ru> Белых А.Н., Судебно-медицинская экспертиза повреждений, причиненных действиями невооруженного человека / Белых А.Н. 2008.

Түйін

Алақан қабырғасының қаққылардан жарақаттардың сипаттамалары

Н.Ф. Насипов

РМҚКО «Орталық сот медицина» ҚР ДСМ, Шымкент

Алақан қабырғасымен қаққы өте күшті және қауіпті қаққыларға жатады және өлімге алып келеді. Жарақаттанған әсерлерден 2935 зардап шегушілердің сараптау материалдары және сондай әсерлерден өлген 334 мәйіттері зерттелген. Бұл материалда алақан қабырғасының қаққылардан жарақаттар 1,04% құрады. Қалған жарақаттар бақылау тобында зерттелген. Алынған мәліметер қаруланбаған адамнан жарақаттанған әсерлерден кешенді ажыратпалы-диагностикалық бағада қолданған жөн.

Summary

Characteristics of traumas from blows the palm edge

N.F. Nasipov

RSSE «Central forensic medicine of» MH RK, Shymkent

The lateral blow an edge of a palm is among the strongest and dangerous blows, as well as a punch, it often happens not only knocking out, but also deadly. We investigated materials of examinations of 2935 victims of injuring influences of the unaided person and 334 corpses of the persons who have died of such influences. Traumas from blows a palm edge in this material made 1,04%. Other traumas are investigated as control group. It is expedient to use the obtained data in a complex differential and diagnostic assessment of an origin of damages from injuring actions of the unaided person.

УДК 616.13-007:616-089.168.86

АНОМАЛИЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ ВЕНЕЧНОЙ АРТЕРИИ - ПРИЧИНА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ

Б.А. Оспанов, К.А. Кульмаханов, К.Н. Бекмуратов, М.Д.Ильясов, Ж.Е. Шамшыбеков

РГКП «Центральная судебная медицина» МЗ РК, Тoleбийский район

РГКП «Центральная судебная медицина» МЗ РК, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

Одной из форм аномалий коронарных артерий является интрамуральный ход коронарной артерии, когда она частично располагается под слоем миокарда, называемого «мостиком». Учитывая редкую встречаемость, трудность диагностики и отсутствие настороженности в отношении патологии коронарных артерий с развитием острого коронарного синдрома, приводим собственное наблюдение. По результатам

проведенного исследования была установлена причина смерти – острая коронарная недостаточность, обусловленная аномалией расположения передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии.

Ключевые слова: аномалия, венечная артерия, внезапная смерть, острая коронарная недостаточность, острый коронарный синдром.

Согласно определению, приведенному в руководстве Американской коллегии кардиологов / Американской ассоциации сердца (2000), острый коронарный синдром (ОКС) - это любая группа клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию [1]. Наиболее частой причиной развития ОКС у детей и лиц молодого возраста являются врожденные аномалии развития коронарных артерий (КА) [2,3,4]. Аномалии КА выявляются во время коронароангиографии у 0,5–4,5% больных, а у умерших, после патоморфологического исследования – у 15–85% и представлены необычным числом сосудов, их устьев, расположением основных стволов [1,5,6,7].

Одной из форм аномалий КА является интрамуральный ход коронарной артерии, когда она частично располагается не непосредственно под эпикардом, а под слоем миокарда, называемого «мостиком». В иностранной литературе этот феномен получил название bridging или «мостикообразование». Впервые эти структуры были упомянуты Reuman в 1737 г. [8]. Детальное их морфологическое описание появилось в 1920 г. [9]. М.В. Ташник [7] предприняла попытку классификации вариантов «ныряющих» КА в зависимости от глубины и протяженности залегания в миокарде на: 1) мышечные мостики (ММ), полностью окруженные мышечными пластами с четырех сторон на протяжении от 1,5 до 6-7 см; 2) неполные мышечные мостики (НММ), под которыми понимают каналобразные участки миокарда, охватывающие КА с трех сторон; 3) миокардиальные тоннели (МТ), которые предполагают вхождение крупных ветвей КА в миокард без последующего их выхода в эпикард. Нами отмечена преимущественная локализация ММ и НММ по ходу передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии, и первой краевой ветви левого желудочка, а МТ – на задней поверхности сердца по ходу задней межжелудочковой ветви правой венечной артерии или краевой ветви правого желудочка.

В большинстве случаев такие аномалии топографии остаются незамеченными, обнаруживаясь только на аутопсии. Однако они нередко сопровождаются нарушениями коронарного кровотока. Это может обуславливать несоответствие перфузии миокарда его потребностям в результате сдавливания интрамуральных ветвей коронарных артерий мышечными муфтами («мостиками»). При сочетании с другими неблагоприятными условиями (повышение нагрузки на сердце, гипертрофия миокарда, алкогольное опьянение, психоэмоциональное возбуждение) неправильное расположение артерии может стать критичным и спровоцировать серьезную патологию, в том числе и внезапную сердечную смерть. В литературе мы встретили описание случая смерти от инфаркта миокарда 3-х летнего ребенка, у которого имелись два «мостика» по ходу передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии [10]. Динамический стеноз, который во многом зависит от частоты и силы сердечных сокращений и крайне затруднителен для посмертной диагностики, прекрасно визуализируется в режиме реального времени при использовании современных средств диагностики, таких как коронароангиография и оптическая когерентная томография [5].

Риск того, что наличие «мостика» отразится на клиническом состоянии пациента, определяется длиной и толщиной этого «мостика» и соответственно тяжестью систолической компрессии артерии. При значительном «мостике» на данном участке венечной артерии может полностью прекращаться антероградный кровоток в систолу и даже возникает ретроградный ток крови, что проявляется ишемической симптоматикой и может стать причиной внезапной смерти. Небольшие мышечные «мостики» длиной до 1-2 см и толщиной менее 0,5 см, как правило, не препятствуют непрерывному кровотоку как в систолу, так и в диастолу и не имеют заметных клинических проявлений [5,10]. В случаях же большей выраженности (протяженность 2 см и более, толщина 0,5 см) эти мышечные перемычки могут сыграть роковую роль в изменении коронарного кровотока [10].

Некоторые авторы настаивают на необходимости дополнительных морфологических проявлений для подтверждения связи «ныряющей» КА или «миокардиального тоннеля» с наступлением смерти, а именно эпизодических спастических болей в области сердца в анамнезе, наличии острых гипоксических повреждений кардиомиоцитов при гистологическом исследовании, в том числе распространенной фрагментации кардиомиоцитов, острого инфаркта или фиброза в зоне, снабжаемой аномально расположенной КА [10]. В то же время другие авторы считают, что глубокое залегание КА в толще миокарда (более 0,5 см) на значительном протяжении (более 2 см) может вызвать внезапную сердечную смерть без каких-либо ишемических изменений в миокарде [11].

Учитывая редкую встречаемость, трудность диагностики и отсутствие настороженности в отношении патологии КА с развитием ОКС, мы хотим привести собственное наблюдение и привлечь внимание практических судмедэкспертов к рассматриваемой проблеме.

Труп Г., 16 лет, был обнаружен на травяной лужайке на земле в положении на животе лицом вниз. При

осмотре трупа на месте обнаружения и при последующем исследовании в морге телесные повреждения не были обнаружены.

При секционном исследовании трупа было обнаружено погружение передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии на глубину 0,5 см в толщу сердечной мышцы. Погружение артерии в толщу миокарда хорошо видно также на гистологическом препарате. Также в миокарде обнаружены отек стромы миокарда, острое венозно-капиллярное полнокровие сосудов внутренних органов. При судебно-химическом исследовании внутренних органов, крови и мочи из трупа какие-либо отравляющие вещества не были обнаружены. По результатам проведенного исследования была установлена причина смерти – острая коронарная недостаточность, обусловленная аномалией расположения передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кактурский Л.В. Внезапная сердечная смерть. –М., 2000.- С.185-189
2. Белозеров Ю.М. Инфаркт миокарда у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 1996. — № 3. — С. 36-40.
3. Леонтьева И.В., Царегородцева Л.В., Белозеров Ю.М и др. Инфаркт миокарда у детей: возможные причины, современные подходы к диагностике // Педиатрия. — 2001. — № 1. — С. 32-37.
4. Сухарева Г.Э., Трофимишин В.В., Левченко Г.Д. Инфаркт миокарда у детей // Таврический медико-биологический вестник. — 1999. — № 1–2. —с. 58-61.
5. Карташева А. Мышечные мостики миокарда//Medicine review. – 2008. - №1(01). – р. 60-61.
6. Мазур Н.М. Факторы риска внезапной кардиальной смерти у больных молодого возраста и меры по профилактике// Русский медицинский журнал. – 2003. - 11(19). - 1077-1080.
7. Ташник М.А. Вариабельность интрамурального расположения венечных артерий//Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2009. – т. 8. - №2. – стр. 29-35.
8. Ayfer M., Alper S., Resat A. [et al.]. The Angiographic Aspects of Myocardial Bridges in Turkish Patients who have Undergone Coronary Angiography // Ann. Acad. Med. Singapore. – 2008. – Vol. 37. – P. 49-53.
9. Li Jian-jun, Shang Zheng-lu, Yao Min [et al.]. Angiographic prevalence of myocardial bridging in a defined very large number of Chinese patients with chest pain // Chinese Medical J. – 2008. – Vol. 121, . 5. – P. 405-408.
10. Sheppard M.N. Sudden adult death and the heart// Progress in Pathology. – 2003. – Vol. 6. – p. 185-202.
11. Ferreira Jr.A.G., Trotter S.E., Konig Jr.B., Decourt L.V., Fox K., Olsen E.G. Myocardial bridges: morphological and functional aspects//British Heart Journal. -1999. - №66. – p. 364-367.

Түйін

Кенеттен болған өлімнің себебі – тәж артериясының ақауы
 В.А. Оспанов, К.А. Кульмаханов, К.Н. Бекмуратов, Ж.Е. Шамшыбеков
 РМҚКО Орталық сот медицина ҚР ДСМ, Төлеби ауданы
 РМҚКО Орталық сот медицина ҚР ДСМ, Шымкент қ.

Тәж артериясының ақауының бір түрі тәж артериясының интрамуралдық жүрісі болып табылады, ол миокард қабатының астында жарым-жарты орналасқанда "көпірмен" деп аталады. Жіті тәж синдромының дамуында тәж артериясінің патологиясының сирек кездесетінін, диагностиканың қиындығын ескере отырып меншікті қадағалауды келтіріп отырмыз. Жүргізілген зерттеудің нәтижесі бойынша өлімнің себебі – жіті тәждік жетіспеушілік.

Summary

Anomaly of the arrangement of the coronal artery - vnezapnoysmert's reason
 В.А. Ospanov, К.А. Kulmakhanov, К.Н. Bekmuratov, Zh.E. Shamshibekov
 RSSE Central forensic medicine of MH RK, Tolebi area
 RSSE Central forensic medicine of MH RK, Shymkent

One of forms of anomalies of coronary arteries is the intramuralny course of a coronary artery when it partially settles down under a layer of the myocardium called by "bridge". Considering rare occurrence, difficulty of diagnostics and lack of vigilance concerning pathology of coronary arteries with development of a sharp coronary syndrome, we give own supervision. By results of the conducted research the cause of death – the sharp coronary insufficiency caused by anomaly of an arrangement of a forward interventricular branch of the left coronal artery was established.

УДК 616.24.002.3:51

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

З.Т. Аймагамбетова

ГККП “Сарысуйская центральная районная больница”, Жамбылская область, с.Саудакект

В данной статье рассмотрена эффективность применения смекты при тяжелой форме вирусного гепатита А. Показана высокая эффективность смекты в качестве энтеросорбента лечение основных симптомов холестатического синдрома при вирусном гепатите А.

Ключевые слова: энтеросорбенты, вирусный гепатит, смекта, холестатический синдром.

Желудочно-кишечный тракт с его огромной поверхностью является мощным защитным барьером при воздействии различных токсинов, микроорганизмов. Но при нарушении дисбаланса воздействия, компенсаторные механизмы истощаются и под воздействием различных внешних и внутренних факторов происходит повреждение эпителия, нарушается связь между энтероцитами, образование слизи и даже механическое повреждение энтеральных клеток [1,2]. Вследствие этого выведение токсических веществ как экзо, так, и эндогенного происхождения затормаживается, происходит их проникновение через поврежденную клеточную стенку, вследствие чего развивается эндоинтоксикация, что в свою очередь приводит в конечном итоге к полиорганной недостаточности. Для борьбы с эндотоксемией есть как инвазивные (гемодиализ, плазмоферез и т.д.), так и неинвазивные методы [3].

В практике предпочтительнее последнее, к которым относятся энтеросорбция. Энтеросорбция – метод лечения основанный на энтеральном введении веществ, которые обладают способностью эффективно связывать и выводить различные компоненты кишечного содержимого. Одним из таких энтеросорбентов является смекта, который не только улучшает качество слизи, но главное повышает сопротивляемость барьера слизи-IgA, что способствует защите слизистой кишечника при воздействии на нее токсинов и других чужеродных веществ. Кроме того адсорбируя все эти чужеродные для организма вещества, выводит их из кишечника. Учитывая, что при синдроме холестаза в просвет кишечника повышается выведение токсичных гидрофобных желчных кислот, оправданно применение смекты при данном синдроме.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности смекты при лечении холестатического синдрома у больных с тяжелыми формами вирусного гепатита А. Среди детей с ВГА, поступивших в инфекционный стационар, тяжелые формы, обусловленные холестатическим синдромом составляют 10,5% или 77 больных. Больные были в возрасте от 20 до 34 лет. У 48 (68%) исследуемых имелись предшествовавшие заболевания желудочно-кишечного тракта в виде холецистита, ДЖВП, панкреатита, гастрита, дуоденита, дисбактериоза.

Клиническими симптомами у наблюдаемых были различной степени выраженности интоксикация у подавляющего числа, увеличение печени и выраженная желтуха отмечали у всех больных, кожный зуд беспокоил чуть менее половину исследуемых.

Таблица 1 - Результаты лечения больных тяжелой формой ВГА.

№	Клинико-лабораторные показатели	Основная группа n=42		Контрольная группа П=35	
		До лечения абс/относит	Через 10 дней терапии	До лечения абс/относит	Через 10 дней лечения
1	2	3	4	5	6
1	Слабость, вялость	40/95,2/	12/30/	34/97,1/	20/58,8/
2	Снижение аппетита	34/70/	10/29,4/	26/75/	13/50/
3	Лихорадка	22/52,3/	0	19/54,3/	0
4	Гепатомегалия до 3-х см	42/100/ 18/42,9/	42/100/ 24/57,1	35/100/ 14/40/	35/100/ 20/57,1/
	более 3-х см	24/57,1/	18/42,9/	21/60/	15/42,9/
5	Кожный зуд	18/42,9/	8/19,1/	16/45,7/	11/31,4/
6	Билирубин (мкмоль/л)	210±45	78,7±18,4	205±41,9	155±19,7

Как видно из таблицы, при сравнении результатов лечение через 10 дней в основной и контрольной группах достоверная разница получены в более быстрому купировании кожного зуда, снижении уровня билирубина и щелочной фосфатазы в группе детей, получавших смекту. Если уровень билирубина в основной группе снизился в 3 раза от исходного за 10 дней лечения, то также результаты получены в

контрольной группе через 3 недели от начала терапии:

Выводы: Холестатическая форма ВГА чаще развивается на фоне предшествующих заболеваний билиарного тракта. Включение энтеросорбента смекты в терапию холестатического варианта ВГА способствует более быстрому купированию основных симптомов данного синдрома.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Крылов, А.А. Гепатит печени .- А.Г. Земляной, В.А. Михайлович.- С-пб: 2006.- 420 с.
2. Царегородцев, А.Д. Руководство по фармакотерапии/ А.Д. Царегородцев .- М: 2004.-516 с.
3. Учайкин, В.Ф. Руководство по инфекционным болезням. В.Ф.Учайкин.- М: 2001.-512 с.

Түйін

Вирусты гепатиттердің емдеуіндегі энтеросорбенттердің нәтижелілігі

З.Т. Аймагамбетова

МҚКК «Сарысу орталық аудандық ауруханасы», Жамбыл облысы, Саудақент с.

А вирусты гепатит ауруының ауыр түрін емдеуде смекта препаратының әсерлілігі қарастырылды. А Вирусты гепатит ауруының холестатикалық синдромы кезіндегі емге смекта препаратының энтеросорбент ретінде қолдану осы синдромның негізгі симптомдарын жедел жоюға әсер ететіні анықталды. Түйін сөздер: энтеросорбенттер, вирустік гепатит, смекта, холестатикалық синдром.

Summary

Efficiency of enterosorbents is in treatment of viral hepatitis.

Z.T. Aimagambetova

«Sarysu central district hospital», Zhanbyl a, Saudakent v.

Studied the effectiveness of smectite in the treatment of severe viral hepatitis A, that application enterosorbent smectite in therapy halestatcheskogo symptoms of hepatitis A in faster relies of the main symptoms of this syndrome. Key words: enterosorbents, viral hepatitis, smekta, halestatics syndrome.

УДК-618.19

СКРИНИНГ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО САРЫАГАШСКОМУ РАЙОНУ ЮКО

Асарбаева Д.К.

ГККП «Сарыағашская районная поликлиника», г.Сарыағаш

АННОТАЦИЯ

Заболеваемость раком молочной железы составляет около 53-55%, и до сих пор держит первое место в структуре онкологических заболеваний женщин и в их смертности. С целью профилактики были открыты маммологические кабинеты во всех поликлиниках Казахстана. Основная задача этих кабинетов состоит в диагностике предопухолевых образований и выявлении ранних форм рака молочной железы, когда еще возможна стадия эффективного излечения.

Ключевые слова: рак молочной железы, женщины, скрининг, ранняя диагностика, профилактика.

Молочная железа относится к репродуктивной системе женского организма и представляет собой железистый гормонозависимый орган, функционирующий под влиянием комплекса гормонов: гонадотропных гормонов гипофиза; хорионического гонадотропина; рилизинг – факторов гипоталамуса; тиреотропного гормона; кортикостероидов; инсулина; прогестерона, андрогенов и эстрогенов. Установлено,

что из эстрогенов наиболее важную роль в жизнедеятельности молочной железы играет эстрадиол, избыток которого в тканях молочной железы через ряд гормональных биохимических механизмов приводит к отекам и гипертрофии внутримолочковой соединительной ткани.

Прогестерон же ограничивает действие эстрогенов, и эстрадиола в частности, предотвращает пролиферацию, тормозит активность эпителиальных клеток млечных протоков и уменьшает отек соединительнотканной системы. Предполагается, что нормальное функционирование молочных желез зависит именно от оптимального соотношения концентрации эстрадиола и прогестерона в их тканях.

Нарушение этого оптимального соотношения связано с характером нарушений в гипоталамо-гипофизно-надпочечно-яичниковой системе, что приводит к развитию функциональных нарушений, к морфологическим изменениям в молочной железе и возникновению фиброзно-кистозной болезни (ФКБ).

Первопричинами гормонального дисбаланса являются заболевания, связанные с нарушением функции гипоталамуса (инфекции, травмы), аденомы гипофиза (пролактином), нарушением функции щитовидной железы (гипотиреоз), климактерическим синдромом, недостаточным функционированием надпочечников, хронической почечной недостаточностью, внутриматочной контрацепцией, воздействием токсических факторов. Например, воды, загрязненной отходами промышленных производств или употребление нитратных сельскохозяйственных продуктов, а также влияние стрессовых ситуаций, эмоций, гнева, обиды, агрессии.

При работе с женщинами нами проводится профилактическая беседа о негативной роли фрустрирующих (стрессовых) ситуаций, которые присутствуют в жизни каждой женщины на селе, конфликты в семье, на работе, психические стрессы приводят к стойкому очагу возбуждения в коре головного мозга, нарушению выработки гипоталамусом рилизинг факторов и к последующим нарушениям функции гипофиза, щитовидной железы, надпочечников и т.д. [3]

Обращаем внимание женщин также на факторы деликатного сексуального и репродуктивного характера (неудовлетворенность, головные боли, бессонница, аборты, отказы от кормления грудью новорожденного, ановуляторные циклы и др.). У большинства женщин наблюдается дисфункция щитовидной железы, обусловленная в Сарыагашском районе недостаточным содержанием йода в употребляемой воде. Основными методами скрининга являются физикальное обследование молочной железы (ФОМЖ) как врачом, так и самой женщиной (самообследование) – СОМЖ. С целью раннего обнаружения симптомов пальпируемого заболевания с женщинами проводим тренинг по СОМЖ. Для выявления непальпируемых форм опухолей молочных желез используется маммография, являющаяся эффективным современным методом ранней диагностики РМЖ. Высокой разрешающей способностью и стопроцентной диагностикой кист любого размера отмечается также широко используемое нами ультразвуковое исследование (УЗИ). Наиболее трудоемкой и дорогостоящей является рентгеновская компьютерная томография, которая уступает маммографии в обнаружении доклинических форм рака. Поэтому она ограничена у нас в практике первичной диагностики ФКБ МЖ.

При узловых формах ФКБ рекомендуется проводить секторальные резекции молочной железы со срочным гистологическим исследованием. Из всех этих методов наиболее широко и первично применяемыми являются ФОМЖ и СОМЖ. При пальпации молочных желез особое внимание обращаем на наличие уплотнений, тяжей, объемных образований, их размеры, плотность, подвижность, характер поверхности. Одновременно пальпируем подключичные, надключичные лимфатические узлы в положении большого стоя, сидя, лежа. Клинические морфологические изменения молочной железы на ранних стадиях проявляются в виде болевого синдрома (мастодинии), набухания верне-наружных квадрантов МЖ, зернистых участков в наружных отделах МЖ, подвижных узлов размером 2-3 см в подсосковой зоне (микрогранулярный аденоз), густых кровянистых выделений из соска (тубулярная аденома, фиброаденома, листовидная опухоль) и др. Для уточнения диагноза после ФОМЖ больная направляется на маммографию и УЗИ. Результаты скрининга женщин Сарыагашского района за истекший период 2012 года приведены в таблицах 1,2,3,4. В таблице приведены данные по результатам обследования женщин возраста 50-60 лет Сарыагашского района и с.Абая.

Таблица 1 - Обследования женщин Сарыагашского района и с. Абай с января по август 2012 года в возрасте от 50 до 60 лет.

№ п/п	Возраст, лет	Сарыагаш			Абай		
		общее по личности женщины	осмотрено	%	общее по личности женщины	осмотрено	%
1	50	672	348	51,7	525	253	48,1
2	52	659	358	54,3	581	258	44,4
3	54	594	294	49,4	474	204	43,0
4	56	487	254	52,1	421	202	17,9

5	58	410	214	52,1	353	115	32,5
6	60	393	215	54,7	339	127	37,2
	Итого	3215	1683	52,3	2693	1159	44,3

Результаты скрининга показали, что злокачественные образования у данной возрастной группы женщин не обнаружены, и что женщины пожилого возраста (58-60 лет) и не состоящие в браке из с. Абай неохотно соглашаются на скрининг (осмотрено около 35%). Примерно у 15% женщин скрининг выявил доброкачественные образования фиброаденомы (таблица 2).

Таблица 2 – Результаты скрининга женщин с января по август 2012 года.

№	Возраст, лет	Сарыагаш		Абай	
		количество женщин	%	количество женщин	%
1	50	50	14,5	44	17,5
2	52	59	16,4	36	13,9
3	54	33	11,2	24	11,7
4	56	41	16,1	31	15,5
5	58	27	12,6	16	13,9
6	60	35	16,2	23	18,1
	Итого	245	14,5	174	14,9

Данные по выявлению фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ) приведены в таблице 3.

Таблица 3 – Гормональные нарушения у женщин в возрасте от 50 до 60 лет по результатам скрининга.

№	Возраст, лет	Сарыагаш		Абай	
		количество женщин	%	количество женщин	%
1	50	178	50,5	107	42,2
2	52	159	44,4	94	36,4
3	54	137	46,5	85	41,6
4	56	116	45,6	80	39,6
5	58	82	38,3	45	39,1
6	60	67	31,1	62	48,8
	Итого	739	43,9	473	40,7

В результате излечения фиброзно-кистозной мастопатии снято с учета 11,8% женщины от числа обследованных женщин г. Сарыагаша и 2,6% женщин с.Абай (таб.4)

Таблица 4 – Оздоровление женщин из числа обследованных по результатам проведенного скрининга.

№	Возраст, лет	Сарыагаш		Абай	
		количество женщин	%	количество женщин	%
1	50	31	8,9	15	2,8
2	52	35	9,7	13	2,2
3	54	32	10,8	10	2,1
4	56	34	13,3	11	2,6
5	58	33	15,4	12	3,3
6	60	34	15,8	10	2,9
	Итого	199	11,8	71	2,6

Предполагаем, что пропаганда общих сведений о фиброзно-кистозных заболеваниях и раке молочной железы в средствах массовой информации в виде статей, буклетов, брошюр, TV-передач и т.д. помогает врачам-онкологам вести скрининг и выявлять женщин с заболеваниями на ранних стадиях. Массовый скрининг с коррекцией по возрасту женщины, массовое обучение методике СОМЖ (самообследование молочной железы) и другие средства активной санпропаганды на доступном языке позволят значительно снизить заболеваемость и смертность от рака молочной железы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2003 году. М.: Медицина. - 2005
2. Цешковский М.С. Раннее выявление рака молочной железы»//Вопросы онкологии. – 2003. - №1. С.77-84

ТҮЙІН

ОҚО Сарыағаш ауданында сүт безі рагының ерте алдын алуы және болжамы
Асарбаева Д.К.
«Сарыағаш аудандық емханасы» МКҚМ, Сарыағаш қаласы

Сүт безі рагымен ауыратын аурулар 53-55% жуық және осы күнге дейін онкологиялық аурулар құрылымында ауру әйелдер саны мен олардың өлімі тұрғысынан бірінші орында келеді. Бұл ауруды алдын алу үшін Қазақстанның барлық қалаларының емханаларында мамалогтар бөлмесі ашылған.

SUMMARY

Skriming and early diagnostics of chace of mammary gland on the сарыағашскому district of SKA
Asarbayeva D.K.
of the " Saragash district policlinic", Saragash

Morbidity makes the cancer of mammary gland about 53-55%, and until now holds the first place in the structure of oncologic diseases of women and in their death rate. With the purpose of prophylaxis маммологические кабинеты were open in all policlinics of Kazakhstan. The basic task of these cabinets consists of diagnostics of pre-tumour educations and exposure of early forms of chace of mammary gland, when the stage of effective recovery is yet possible.

УДК-618.19

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СКРИНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО САРЫАГАШСКОМУ РАЙОНУ ЮКО

Асарбаева Д.К.
ГККП «Сарыағашская районная поликлиника», г.Сарыағаш

В развитых странах мира и в Казахстане действуют скрининговые программы женщин для раннего выявления рака молочной железы. На сегодня на эти цели из республиканского бюджета выделяются немалые средства. Массовый профилактический осмотр женщин по возрастным группам проводится в стране не первый год.

Ключевые слова: рак молочной железы, женщины, профилактика, скрининг, ранняя диагностика.

Стандартизированные показатели роста заболеваемости женщин Казахстана раком молочной железы (РМЖ) и смертности от него поставили на повестку дня проблему активного и раннего выявления рака молочной железы через массовое профилактическое обследование женского населения страны. Острота данной проблемы связана с неизвестной этиологией (РМЖ), вследствие с запущенными и во время не выявленными формами (РМЖ), среди первично обследованных составляет более 30%.

В настоящее время среди различных форм массового профилактического обследования женщин наиболее эффективными признаны профосмотры по технологии первого отборочного этапа скрининговой программы, т.е. просеивания практически здоровых женщин. В экономически развитых странах: США, Япония, Канаде, Англии, Западной Европе скрининговые программы действуют свыше 20-30 лет. При существующем разногласии относительно эффективности скрининга, в этих странах четко наблюдается тенденция как к снижению заболеваемости РМЖ, так и к снижению смертности от него. Эффективность обоснована с трех позиций: научно-технической, цель которой снижение смертности; общественно-оздоровительной, цель которой снижение заболеваемости; экономической, цель которой предусматривает уменьшение затрат на лечение. Противоречивое отношение к скрининговой программе по РМЖ отмечалось в Италии, где врачи посчитали скрининг дорогим и заменили его на средства санитарного просвещения в СМИ и на методику самостоятельного обследования молочной железы (СОМЖ) пациенткой.

В Дании СОМЖ проводили регулярно 46% женщин. В Нидерландах выживаемость женщин,

прошедших скрининг, составила 90% по сравнению с 50% больных, не подвергшихся скринингу. В Англии 96 Центров действуют по государственной программе скрининга. Критики этой программы подчеркивают дороговизну скрининга и целесообразность снижения контингента группы риска. Во Франции выявляемость РМЖ по скринингу соответствует 5,1% на 1000 обследованных. В Бельгии основное внимание уделяется экономическим аспектам скрининга с использованием различной аппаратуры и с коррекцией по возрасту. В Германии в результате скрининга предотвращено 2100 смертных случаев и смертность от РМЖ, снижена на 11%. Стоимость каждой спасенной жизни колеблется от 15 до 21 тысяч марок. В Австралии было затрачено 8000 долларов в месяц на миллионную популяцию женщин. Число женщин сообщивших о регулярном проведении СОМЖ повысилось от 21% до 34%. В Японии при массовом скрининге помимо СОМЖ и физикального осмотра ФОМЖ широко используют маммографию (МГ), УЗИ и термографию, что увеличивает эффект раннего выявления (РМЖ). Выявленных при скрининге (СК) повысилось до 91,7%.

Скрининг в Японии получил всеобщее распространение и повсеместно стал государственной программой, в Канаде тоже разработана СК – программа по РМЖ для различных возрастных групп и отмечается значительное повышение выявляемости ранних инвазивных форм РМЖ для группы женщины 50-59 лет. В США в 29 онкологических центрах в виде показательного проекта скринировали 283222 женщин с ежегодным (ФОМЖ) и (МГ) обследованием. Расчеты 8-летней выживаемости показали, что в результате проведения скрининга смертность снизилось на 46%.

Самой значительной стал американский НТР-проект по выявлению ранних стадий РМЖ в различных возрастных группах. В возрастной группе женщин 40-49 лет было выявлено 57,5% первичных больных. По национальной СК-программе «НТР-проект» 14-летняя выживаемость составила 83,4%, а с применением МГ – 90,9%. В 80-ые годы скринировали 280 000 женщин в возрасте старше 35 лет по проекту «ВСДПР». Снижение смертности составило 40%. Медики США разработали универсальные правила, значительно отличающиеся от рекомендации ВОЗ по МЖ: женщины выполняют СОМЖ с 20 летнего возраста ежемесячно; ФОМЖ проводится 1 раз в 3 года для женщин 20-40 лет и ежегодно для женщины старше 40 лет; женщинам группы 40-49 лет проводится МГ-обследование и УЗИ по показаниям; женщинам старше 50 лет, ФОМЖ И СОМЖ необходимо проводить ежегодно.

В России скрининг начали проводить с использованием крупнокадровой флюоромаммографии без учета радиационного риска. Снижение смертности от РМЖ не зафиксировано. В результате многочисленных исследований был разработан комплекс мероприятий по выявлению (РМЖ), на ранних стадиях в условиях обычной поликлиники и выделено 11 наиболее информативных факторов риска. По российской СК - программе проведено 8724 исследования выявлено 253 больных (РМЖ) 43 из них 13,9% составило ранних формы РМЖ. В Швейцарии при проведении СК-программ основное внимание уделяют ФОМЖ и СОМЖ. Относительно МГ считают, что этот метод ограничен организационными и финансовыми проблемами. Кроме того, широко обсуждаемым вопросом на Западе и в России является радиационная безопасность МГ.

Исследования показали, что облучения 1 миллиона женщины дозой в 1 рад в течение 10 лет может привести к развитию радиационно-индуцированного рака в 10 случаях. В связи с этим, были предприняты конструктивные изменения в технологии МГ, увеличена чувствительность пленки, четкость фото, применена кося проекция и снижен радиационный риск. Споры о пользе скрининга ведутся также с позиции психологии. Изучение этой проблемы показало, что на 90% женщин скрининг действовал успокаивающе. В Сарыагашском районе и селе Абай скрининг начали проводить с января 2010 года для возрастной группы женщин 50-60 лет, рекомендуемый ВОЗ. Результаты скрининга показаны в таблице.

Таблица 1 - Обследование женщин возрастной группы 50-60 лет по Сарыагашскому району и с.Абай с января по август 2012 года.

Сарыагашский район				с.Абай			
Наименование	по плану	осмотр по СК	%	Наименование	по плану	осмотр по СК	%
РП Сарыагаш	171	138	80,7	Акжол	135	47	34,8
Молтек	336	243	72,9	Кокбулак	65	16	24,6
Денсаулык	181	104	57,4	Жамбыл	67	34	50,7
Жибек жолы	358	198	55,8	Бескубыр	238	103	43,2
Капланбек	204	183	89,7	Алатау-Жасулан	247	65	26,3
Коктобе	295	111	37,6	Кошкарата	114	88	77,1
Куркелес	224	108	48,2	Абдихан	70	17	24,2
Акжар	149	99	66,4	Ошакты	196	115	58,6
Кызылжар	110	63	57,2	Бозай	55	53	96,3
Орталык	182	80	43,9	Бирлик	107	35	32,7

Ынтымак	98	36	36,7	Аманат	88	37	42,0
Коктерек	102	27	26,4	Актобе	315	144	45,7
Дарбаза	182	106	58,2	Жузимдик	99	45	45,4
Сырдария	168	88	52,8	Конысбаев	116	55	47,4
Маданият	99	66	66,6	Бозсу	95	-	-
Алимтау	36	5	13,8	Абай	615	327	53,1
Итого:	3215	1655	51,3	Итого:	2622	1181	45,0

Скрининг был проведен по общепринятой методике с использованием СОМЖ, ФОМЖ, МГ и УЗИ. Многие исследователи считают, что маммографический скрининг является дорогим, не выдерживает нагрузки в условиях поликлиники и для многих поликлиник малодоступен, поэтому особое внимание мы уделяем обучению и тренингу женщин по СОМЖ, из-за доступности, дешевизны и естественности. Слабыми же сторонами СОМЖ и ФОМЖ по нашему мнению является ориентация на выявление уже пальпируемых сформировавшихся очагов, тогда как необходимы поиски новых методов для выявления признаков доклинических преинвазивных стадий заболевания. И тем не менее на сегодня пока наиболее важным продолжает оставаться мотивация и подготовка женщин к выполнению СОМЖ и регулярное ФОМЖ, МГ и УЗИ для реализации СК программы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А.Шалабаев. Сравнительные морфологические аспекты при различных методах лечения местнораспространенного рака молочной железы // Журнал Вестник ЮКГФА №3(60,2012). - С.69-71
2. С. Жекиш. Углеродные гранулированные и волокнистые сорбенты в терапии рака молочной железы iv стадии // Журнал Вестник ЮКГФА. - №3(60,2012). - С.72-74
3. С. Жекиш. Рак молочной железы: сравнительная оценка органосохраняющих операций // Журнал Вестник ЮКГФА. - №3(60,2012). - С.74-76
4. К.Р. Умарова, И.Н. Мухидинова, Р.С. Сутибаева. Результаты неoadьювантной химиотерапии рака молочной железы IIIA и IIIB стадий // Журнал Вестник ЮКГФА. - №3(60,2012). - С.85-87
5. Линденбратен Л.Д. Бухтеева Н.Ф. и др. Ранняя диагностика рака молочной железы при массовых проверочных обследованиях женского населения. – М.: Медицина.-1975.
6. Холин А.В. Национальная программа массового обследования молочных желез в Великобритании // «Маммология». - 1995. - №2. - С. 9-11.

ТҮЙІН

ОҚО Сарыағаш ауданында сүт безі рагы болжау бағдарламасының қазіргі күйі
Асарбаева Д.К.
«Сарыағаш аудандық емханасы» МКҚМ, Сарыағаш қаласы

Әлемнің дамыған елдерінде және Қазақстанда әйелдердің сүт безі рагының ерте алдын алу болжам бағдарламасы жұмыс істеуде. Қазіргі таңда осы мақсаттарға Республикалық бюджеттен мол қаржы бөлінеді. Кілт сөздер: сүт безінің рагы, әйелдер, ерте алдын алу, болжау, толық тексеру.

SUMMARY

Modern state of the скрининговой program of chase of mammary gland on the сарыағашскому district of SKA
Asarbayeva L.K.
of the "Saragash district policlinic", Saragash

In the developed countries of the world and in Kazakhstan the скрининговые programs of women operate for the early exposure of chase of mammary gland. For today on these aims from a republican budget considerable facilities are distinguished. Mass prophylactic examination of women on the age-related groups is conducted in a country the not first year. Keywords: cancer of mammary gland, woman, early diagnostics, скрининг, prophylaxis on the early stages.

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ.

Сарыбаева Н.А., Адырбекова Ш.Т.

МКТУ им.Х.А.Ясави, г.Туркестан, Городская поликлиника №2, г.Шымкент

АННОТАЦИЯ

Комбинация астмы и тучности - фактическая проблема практического здравоохранения. Статья рассматривает главные особенности астмы в тучных пациентах, так же как возможные патофизиологические механизмы влияния лишней жировой прослойки природе бронхиальной астмы.

Ключевые слова: бронхиальная астма, метаболический синдром, ожирение, пульмонология, терапия, гормонсодержащие препараты.

В настоящее время бронхиальная астма как одно из наиболее часто встречающихся заболеваний представляет собой серьезную и все более нарастающую угрозу общественному здоровью. На лечение пациентов с астмой и ассоциированными с ней состояниями, по некоторым данным, расходуется до 10% ресурсов общественного здравоохранения (1). По приблизительным оценкам, ее распространенность в разных странах составляет на сегодняшний день от 3 до 15% населения, причем в экономически развитых государствах за последние три десятилетия число больных с этим диагнозом возросло более чем втрое (2). Вместе с тем исследования показывают, что в тех же регионах мира, где происходит увеличение заболеваемости астмой, среди населения наблюдается и прогрессирующий рост числа лиц с избыточным весом разной степени выраженности. В развитых странах, где данная тенденция выражена наиболее ярко, ожирение и связанные с ним заболевания претендуют на значительную часть бюджета здравоохранения (3).

Клинические исследования, посвященные анализу течения астмы при сопутствующем ожирении, продемонстрировали ряд типичных черт, присущих данной группе пациентов. В частности, было выявлено, что это, как правило, лица более старшего возраста, с наличием различной сопутствующей патологии. Имеются также указания на то, что ассоциированность астмы и ожирения более характерна для женщин. Предполагается, что это может быть связано как с зависимостью течения астмы от изменений гормонального фона, так и с особенностями механизма взаимосвязи этих заболеваний с учетом исходной специфики метаболизма жировой ткани у женщин (5). Однако в соответствии с данными большинства исследователей, существенной разницы по основным демографическим показателям между больными астмой с ожирением и без такового выявлено не было (6). Это еще раз подчеркивает, что влияние избыточного веса на течение астмы не зависит в сколько-нибудь значительной мере от образа жизни и социального положения пациента, а имеет, скорее всего, объективный патогенетический характер. Вместе с тем данная проблема присутствует и в педиатрической практике, особенно в связи с тем, что сочетанная эпидемия астмы и ожирения в развитых странах проявляется наиболее наглядно именно в детском возрасте (7).

Однако, самой существенной и наиболее клинически значимой особенностью течения астмы у больных с ожирением считается наблюдаемая у них меньшая эффективность базисной терапии с использованием ингаляционных глюкокортикостероидов (И-ГКС), что нередко требует повышения суточной дозы применяемых препаратов и препятствует ожидаемому снижению тяжести заболевания в процессе лечения (8). Более того, наличие ожирения, в зависимости от степени его выраженности, повышало от двух до четырех раз частоту госпитализации пациента по поводу обострения астмы в течение года по сравнению с нормальной массой тела при равной степени тяжести заболевания. Сходным образом доля пациентов, вынужденных хотя бы раз в течение месяца прибегать к системной кортикостероидной терапии, оказалась при ожирении почти вдвое выше. При этом отмечался не только сниженный ответ на базисную терапию ингаляционными кортикостероидами, но и определенная толерантность к действию бронходилатирующих препаратов, интенсивно используемых в период обострения (9).

В соответствии с требованиями современных стандартов лечения астмы, препараты из группы И-ГКС регулярно используют более 90% пациентов с астмой персистирующего течения, причем в равной мере вне зависимости от наличия или отсутствия ожирения (10). Совершенно иначе обстоит дело с оральными кортикостероидами. Хотя и нечастые, но регулярные с точки зрения длительной терапии эпизоды использования системных кортикостероидов у пациентов с ожирением, встречаются почти вдвое чаще по сравнению с лицами с нормальной массой тела (11). Эти данные определенно свидетельствуют о наличии постоянных трудностей, возникающих при лечении таких больных. Очевидно, что в данном случае речь идет о существенно меньшей степени контроля астмы препаратами базисной терапии, в том числе и из группы И-ГКС. Это может быть связано как с недостаточностью применяемой дозы, так и с возможным развитием толерантности к данной группе препаратов на молекулярно-клеточном уровне.

Более высокая частота обострений течения астмы у больных с ожирением также неизбежно

приводит к увеличению применения бронхолитических препаратов из групп бета-агонистов, холинолитиков или их комбинации в качестве средств неотложной помощи (12). Регулярное использование данных препаратов с частотой более двух раз в сутки также свидетельствует о недостаточном контроле астмы и, кроме того, сопряжено с развитием ряда неблагоприятных побочных эффектов (13). Для пациентов старших возрастных групп, к которым преимущественно и относятся больные астмой с ожирением, побочные эффекты бронхолитиков на сердечно-сосудистую систему могут оказаться достаточно серьезным препятствием к их повседневному применению или даже стать источником дополнительных сопутствующих заболеваний. Кроме того, сам факт зависимости пациента от препаратов неотложной помощи существенно снижает качество его жизни даже вне зависимости от возможных побочных эффектов такой терапии.

В этой связи следует отметить, что рядом исследователей было выявлено, что наличие ожирения также влияет и на субъективную переносимость пациентами с астмой своего заболевания. В частности, оно существенно понижало показатели качества жизни (14). Пациенты с ожирением имели достоверно худшие результаты, чем лица с нормальным весом, а доля лиц с качеством жизни ниже среднего была среди тучных больных более чем вдвое выше. Более того, данный критерий, как правило, рассматривался в контексте четырех основных направлений - выраженность симптомов, эмоциональное состояние, физическая активность и состояние окружающей среды. По всем указанным направлениям доля пациентов с показателями ниже среднего была более чем вдвое выше именно среди больных с ожирением, причем в наибольшей степени страдала физическая активность и переносимость симптомов.

Специалисты полагают, что данная закономерность может иметь в своей основе несколько различных причин. Наиболее простым объяснением является предположение о том, что ограничение дыхательных движений грудной клетки, свойственное тучным людям, становится основным механизмом усугубляющего воздействия ожирения на течение астмы. В этой связи, возникновение одышки во время двигательной активности у тучных пациентов может быть истолковано как проявление астмы. И действительно, такое влияние имеет место. Основные показатели функционального состояния легких у тучных больных с астмой оказываются обычно хуже, чем у пациентов с аналогичной степенью тяжести заболевания, но без избыточного веса (8). Представление о жировой ткани, как о пассивном хранилище энергетических резервов организма, осталось в прошлом. На сегодняшний день не вызывает сомнений, что жировая ткань является метаболически высоко активной и участвует не только в депонировании жиров и их своевременной мобилизации, но и в регуляции целого ряда обменных процессов в масштабах всего организма. Наиболее известным примером в этом отношении является участие жировой ткани в углеводном обмене, а именно, в формировании резистентности к инсулину у пациентов с избыточным весом и сахарным диабетом 2-го типа (15).

Однако, исследования биохимических процессов в адипоцитах показали, что их активность не ограничивается влиянием на метаболические процессы. В частности, G. Notamisliligil с соавторами еще в начале 90-х годов прошлого века выявили в клетках жировой ткани высокий уровень экспрессии ряда регуляторных факторов (цитокинов), принимающих участие в формировании и поддержании воспалительных процессов в организме (16). Эти данные привели к коренному пересмотру представлений об ожирении, как о состоянии, связанном только с избыточным накоплением жировой ткани и приводящему лишь к увеличению веса пациента. Гипертрофия адипоцитов, имеющая место при ожирении, существенно изменяет как нормальную функцию жировой ткани, так и ее клеточный состав. Имеющиеся данные позволяют рассматривать ожирение как заболевание, одним из составных элементов которого является состояние хронического воспаления, охватывающего весь организм в целом.

Исследования в этом направлении, проведенные в течение последнего десятилетия, привели к формированию доказанной и на сегодняшний день уже общепринятой концепции ожирения как системного явления, сопровождающегося рядом признаков устойчивого, хотя и невысокого по интенсивности, воспалительного процесса (17). Было, например, продемонстрировано, что патологические компоненты, объединенные понятием метаболического синдрома, имеют в своем патогенезе много общих черт, связанных с явлениями активации воспалительных явлений в ряде органов и тканей, включая жировую и мышечную ткань (18). Одним из следствий такого подхода является широко известная и во многом подтвержденная воспалительная модель возникновения атеросклеротических изменений сосудистого русла с развитием цереброваскулярной болезни и ишемической болезни сердца.

В связи с широким распространением избыточного веса и ожирения, которые в свою очередь предрасполагают к возникновению ряда связанных с ними патологических состояний, включая заболевания эндокринной и сердечно-сосудистой системы, данные факторы уже оказывают значительное влияние на общественное здоровье. Однако, как было показано, избыточное накопление жировой ткани в организме может иметь не только метаболические последствия. Очевидно, что наличие хронических персистирующих воспалительных явлений не может не повлиять на течение других патологических состояний, содержащих в своем патогенезе воспалительный компонент большей или меньшей степени выраженности (19). К таковым, безусловно, может быть отнесена и бронхиальная астма. Преимущественная связь именно этого заболевания

с ожирением становится более очевидной, если подробнее рассмотреть механизмы воспалительных явлений, возникающих при чрезмерном накоплении в организме жировой ткани.

В многочисленных исследованиях было продемонстрировано, что специфическими для воспалительного процесса при наличии ожирения являются следующие признаки: включение внутриклеточных сигнальных путей, отвечающих за воспалительную активацию клеток; экспрессия поверхностных мембранных структур и рецепторов, участвующих в межклеточных взаимодействиях при формировании воспаления; выработка цитокинов, стимулирующих дальнейшее развитие и поддержание воспалительного ответа; формирование маркеров острой фазы, характеризующих распространенность и клиническое значение воспалительного процесса (19).

Вышеперечисленные свойства проявляются в клетках различных типов, но в основном это касается клеток жировой ткани и иммунной системы (20, 21). В частности, было показано, что при ожирении происходит существенная пролиферация клеток макрофагального типа в жировой ткани. При этом в ней повышаются уровни продукции таких провоспалительных цитокинов, как фактор некроза опухоли альфа (ФНО- α) и один из факторов хемотаксиса моноцитов.

Предполагается, что в условиях ожирения структурные элементы жировой ткани находятся в состоянии нарастающей гипертрофии и постоянного оксидативного стресса, вызванного, в частности, токсическим воздействием промежуточных продуктов метаболизма жирных кислот (22). Это приводит к активации внутриклеточных сигнальных систем в адипоцитах и экспрессии указанных выше факторов, осуществляющих хемотаксис макрофагов и способствующих их миграции в жировую ткань. Последние, в свою очередь, активируют и далее усиливают воспалительные процессы во всей жировой ткани организма (23). В дальнейшем происходит генерализация воспаления с повышением синтеза таких провоспалительных цитокинов, как интерлейкин-1-бета (ИЛ-1В) и интерлейкин-6 (ИЛ-6), а также С-реактивного белка (СРБ) (24).

Таким образом, большие объемы жировой ткани становятся постоянным источником значительных количеств провоспалительных цитокинов, синтезируемых как самими адипоцитами, так и мигрировавшими в жировую ткань макрофагами, что приводит к формированию и поддержанию в организме хронического вялотекущего воспалительного процесса. Особенность данного воспаления заключается в том, что оно не вполне соответствует общепринятому патофизиологическому представлению об этом процессе. Для его описания были даже предложены специальные термины, такие как мета-воспаление или пара-воспаление. Его характерной чертой можно считать невысокую интенсивность, не дающую прямых клинических симптомов, но, в то же время, выраженную системность, т.е. воздействие на широкий спектр органов и тканей, приводящее к изменению их метаболизма, нарушению их функции и параллельной активации в них реакций иммунной системы. Примерами такого системного воздействия могут служить сосудистый атерогенез, инсулинорезистентность и сахарный диабет 2-го типа (25).

Все перечисленные цитокины, являясь продуктами синтеза активированных макрофагов, обладают, в свою очередь, способностью стимулировать активность других клеточных элементов иммунной системы, что ведет к последующему дальнейшему усилению воспалительного ответа. В этой связи одной из наиболее важных мишеней провоспалительных цитокинов, синтезируемых макрофагами и адипоцитами, являются Т-хелперы, регуляторные субпопуляции Т-лимфоцитов, осуществляющие контроль за характером, направленностью и интенсивностью иммунного ответа. В настоящее время выделяют два типа Т-хелперов, различающихся по спектру свойственных им регуляторных функций, это Th-1 тип, контролирующей клеточные формы иммунного ответа, и Th-2 тип, регулирующий гуморальный компонент иммунного ответа (26).

Воспаление, генерируемое активированными макрофагами при ожирении, не связано с проникновением в организм чужеродного агента и, следовательно, не имеет специфической антигенной направленности и не связано с синтезом специфических антител. Однако, один из цитокинов, продуцируемых активированными макрофагами в жировой ткани, а именно ИЛ-6, обладает способностью стимулировать реакции, контролируемые Т-хелперами типа Th-2 (27). Это дает основания предполагать, что иммунные реакции, опосредованные Th-2 хелперами, могут усиливаться или как минимум существенным образом изменяться под воздействием постоянного избыточного синтеза ИЛ-6 у пациентов с ожирением.

Значение этого взаимодействия становится более понятным, если принять во внимание тот факт, что бронхиальная астма является как раз тем заболеванием, чей патогенез включает в себя как хроническое персистирующее воспаление, локализующееся в стенках дыхательных путей, так и смещенность регуляторного профиля Т-хелперов в направлении реакций типа Th-2, т.е. гуморального иммунного ответа. Именно непропорционально высокий уровень синтеза иммуноглобулинов класса Е (IgE) считается в настоящее время одним из факторов развития атопической бронхиальной астмы. ФНО- α , уровень которого существенно повышен при ожирении, также играет роль в отдельных звеньях патогенеза бронхиальной астмы, усиливая воспалительные явления в стенке бронхов. Таким образом, молекулярно-клеточные механизмы, участвующие в патогенезе как ожирения, так и астмы, во многом совпадают и, следовательно, существует большая вероятность того, что они могут иметь друг на друга определенное взаимное влияние (28).

И хотя считается, что провоспалительные цитокины при астме действуют в основном локально,

формируя воспалительный процесс непосредственно в стенке дыхательных путей, не исключено, тем не менее, что при этом заболевании также могут присутствовать элементы системного воспаления. Напротив, уровень интерлейкина-10, подавляющего продукцию провоспалительных цитокинов ИЛ-6 и ФНО- α , при ожирении оказывается сниженным, что также может рассматриваться как один из факторов, увеличивающих степень воспалительной реакции в организме и предрасполагающих к более тяжелому течению астмы у тучных лиц (29) распространенных заболеваний.

В заключение следует отметить, что, несмотря на определенные успехи в изучении влияния ожирения на состояние пациентов с бронхиальной астмой, многое в этой области остается неясным. Требуется проведение дальнейших высокотехнологичных исследований по выяснению механизмов такого влияния на клеточном и молекулярном уровне. Необходима более детальная оценка клинических последствий взаимодействия этих заболеваний, а также анализ эффективности различных вариантов медикаментозной терапии.

СПИСОК ИТЕРАТУРЫ

1. Gershon A., Wang C., Guan J. et al. Burden of comorbidity in individuals with asthma. *Thorax* 2010; 65: 612-618.
2. Mannino D.M. et al. Surveillance for asthma — United States, 1988—1999. *MMWR Morb. Mortal. Wkly Rep.* 2002; 51: 1-13.
3. Lenzer J. Obesity related illness consumes a sixth of US healthcare budget. *BMJ* 2010; 341:c6014.
4. Beyther D.A. et al. Overweight, obesity and incident asthma: a meta-analysis of prospective epidemiologic studies. *Am. J. Resp. Crit. Care Med.* 2007; 175: 661-667.
5. Sood A. et al. Lean mass predicts asthma better than fat mass among females. *European Respiratory Journal.* 2011; 1 (37): 65-71.
6. Dixon A. et al. An Official American Thoracic Society Workshop Report: Obesity and Asthma. *The Proceedings of the American Thoracic Society.* 2010; 7: 325-335.
7. Kier C. et al. Childhood Overweight and Obesity and Their Association With Asthma. *Journal of Asthma & Allergy Educators.* 2010; October, 27.
8. Saint-Pierre P., Bourding A. et al. Are overweight asthmatics more difficult to control. *Allergy* 2006; 61: 79-84.
9. Yeh K. et al. Impact of Obesity on the Severity and Therapeutic Responsiveness of Acute Episodes of Asthma. *J Asthma.* 2011; May, 23.
10. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких (взрослое население). Приказ Минздрава Российской Федерации № 300 от 09.10.1998.- М., 1998. - 38 с.
11. Peters-Golden M., Swern A., et al. Influence of the body mass index on the response to controller agents. *Eur. Respir. J.* 2006; 27: 495-503.
12. Berkenbosch J. The Effect of Obesity on ICU Course in Pediatric Patients With Status Asthmaticus. *Chest.* 2010. – V.138/ -P.315
13. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. - М.: Русский врач, 2001. — 280 с.
14. Vollmer W., Markson L. et al. Association of asthma control with health care utilization and quality of life. *Am. J. Respr. Crit. Care Med.* 1999; V.160. P. 1647-1652.
15. Wellen K., Hotamisligil G. Inflammation, stress and diabetes. *J Clin Invest* 2005; 115 (5): 1111—1119.
16. Hotamisligil G.S., Shargill N.S., Spiegelman B.M. Adipose tissue expression of tumor necrosis factor- α : direct role in obesity-linked insulin resistance. *Science.* 1993. 259: 87-90.
17. Wellen K.E., Hotamisligil G.S. *J Clin Invest.* 2003; 112 (12): 1785—1788.
18. De Luca C., Olefsky J.M. Inflammation and insulin resistance. *FEBS Lett.* 2008; 582 (1): 97-105.
19. Hotamisligil G.S. Inflammation and Metabolic Disorders. *Nature* 2006, 444 (7121): 860-7.
20. Hirosumi J. et al. A central role for JNK in obesity and insulin resistance. *Nature.* 2002. 420: 333-336.
21. Rosen B.S. et al. Adipsin and complement factor D activity: an immune-related defect in obesity. *Science.* 1989. 244: 1483—1487.
22. Nguyen M., Satoh H., Favelyukis S. et al. JNK and tumor necrosis factor- α mediate free fatty acid-induced insulin resistance in 3T3-L1 adipocytes. *Journal of Biological Chemistry.* 2005; 280 (42): 35361-35371.
23. Uysal K.T., Wiesbrock S.M., Marino M.W., Hotamisligil G.S. Protection from obesity-induced insulin resistance in mice lacking TNF- α function. *Nature.* 1997. 389: 610-614.
24. Florez H., Castillo-Florez S., Mendez A. et al. C-reactive protein is elevated in obese patients with the metabolic syndrome. *Diabetes Research and Clinical Practice.* 2006; 71 (1): 92-100.
25. Caricilli A. et al. Inhibition of toll-like receptor 2 expression improves insulin sensitivity and signaling in muscle and white adipose tissue of mice fed a high-fat diet. *J Endocrinol.* 2008; 199 (3): 399-406.
26. Хайтов Р. Физиология иммунной системы. - М.: ВИНТИ РАН, 2001. — 224 с.
27. Heijink I.H. et al. Interleukin-6 promotes the production of interleukin-4 and interleukin-5 by interleukin-2-dependent and -independent mechanisms in freshly isolated human T cells. *Immunology.* 2002; 107: 316-324.

28. Scott H. et al. Airway Inflammation is Augmented by Obesity and Fatty Acids in Asthma. *European Respiratory Journal*. 2011; February, 10.
29. Pretolani M., Goldman M. Cytokines involved in the down-regulation of allergic airway inflammation. *Res. Immunol.* 1997; 148: 33-38.

Түйін

Бронхиальды астмамен серіктескен семіздік ағымының заманауи клиникалық аспектілері
Сарыбаева Н.А., Адырбекова Ш.Т.
Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Түркістан қ., №2 қалалық емхана, Шымкент қ.

Тәжірбиелік денсаулық сақтаудың қазіргі таңдағы ең маңызды мәселелерінің бірі болып брохиалды астмамен бірге қосылып қосылып дамидын семіздік болып табылады. Қазіргі таңдағы ғылыми деректер семіздік кезінде жүйелі қабынудың жүретінін дәлелдеп отыр. Бұл мақалада семіздігі бар науқастарда астманың дамуының негізгі ерекшеліктерімен, және бронхиальды асманың ағым ерекшелігіне организмдегі артық май ұлпаларының патофизиологиялық механизмдердің әсері туралы жазылған. .

Summary

Modern clinical aspects of the course of bronchial asthma with accompanying OBESITY
Sarybaeva N., Adyrbekova Sh.
IKTU, Turkestan, City polyclinic No. 2, Shymkent

Combination of asthma and obesity is actual problem of practical health care. Current scientific evidence supports the existence of a systemic pro-inflammatory effects of obesity. The article reviews the main features of asthma in obese patients, as well as the possible pathophysiological mechanisms of the influence of excess body fat on the nature of bronchial asthma.

УДК 616. 12 - 053. 1 - 053. 31 - 073. 48

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Ж.Е. Есбатырова
Областная детская больница, г.Шымкент

АННОТАЦИЯ

Успех лечения больных с пороками сердца и сосудов во многом зависит от своевременного их выявления в специализированных учреждениях. Среди инструментальных методов исследования наиболее информативна эхокардиография, позволяющая поставить топический диагноз. По нашим исследованиям подтвердилась диагностическая значимость эхокардиографии как инструментального метода исследования, позволяющего дать наиболее полную характеристику морфофункциональных и гемодинамических нарушений работы сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: пороки сердца, пороки сосудов, эхокардиография, лучевая диагностика.

Врожденные пороки сердца (ВПС) являются наиболее частой патологией по сравнению с другими аномалиями развития и приводят к смерти детей до года жизни. По данным ВОЗ, врожденный порок сердца встречается у 1% новорожденных детей, независимо от уровня медицины в стране. По данным статистики в Казахстане ежегодно рождаются более 3 000 детей с врожденным пороком сердца, и только 10-15% из них доживают до года - то есть, ребенку с таким заболеванием сердца нужна коррекция порока в возрасте до 1 года.

В 2009 году (за период 13.01.09 - 25.12.09) по поводу различных форм врожденных пороков сердца в Национальный Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова госпитализированы и оперированы 274 больных, из них 88 - дети до 3-х лет и 26 - дети до 1 года. В 2010 году (за период 11.01.10-9.08.2010) по поводу различных форм врожденных пороков сердца выполнено 146 операций, из них 53 ребенка были в возрасте до 3-х лет и 13 - дети до 1 года. Многообразие типов пороков, сложность гемодинамических нарушений, частые сочетания нескольких пороков у одного больного - факторы, значительно усложняющие диагностику ВПС [1]. Кроме того, она затруднена и в связи с особенностями переходного кровообращения в

неонатальном периоде, так как клинические симптомы ВПС могут не проявиться в течение нескольких дней и недель [4].

Успех лечения больных с пороками сердца и сосудов во многом зависит от своевременного их выявления в специализированных учреждениях [4]. Традиционным методом изучения ВПС, занимавшим недавно ведущее положение, считается рентгенография. ВПС нередко сопровождаются изменениями легочного кровотока и размеров сердца. Оценка состояния легочного рисунка и паренхимы легких является обязательным компонентом комплекса рентгенодиагностических исследований при ВПС [1]. На основании одного рентгенологического исследования характер порока не может быть установлен. Поскольку рутинная рентгенография дает лишь ориентировочное представление о структурных нарушениях легочного рисунка, ее нельзя рекомендовать для начальной оценки состояния сердца у пациентов с выслушивающимся сердечным шумом, особенно в возрасте до одного года [5, 6].

Для успешного хирургического лечения необходима точная топографо-анатомическая диагностика порока [3, 5]. Несколько лет назад единственным способом топической диагностики врожденных пороков сердца были зондирование полостей сердца и ангиокардиография - рентгенохирургические методы обследования. Эти точные инвазивные методы не безразличны для больных, находящихся в критическом состоянии. Их можно применять только в условиях стационара. Рост неинвазивных методов для диагностики врожденных сердечных дефектов значительно уменьшил число диагностических зондирований [3,6]. С появлением таких методов исследования, как эхокардиография и магнитно-резонансная томография, существенно ограничивается роль ряда специфических методик [4]. По данным А.В. Иваницкого и др. [5], можно отказаться от катетеризации и ангиокардиографии у 40% больных с ВПС, направленных на операцию. Среди инструментальных методов исследования наиболее информативна эхокардиография, позволяющая поставить топический диагноз [2].

Современное эхокардиографическое оборудование обеспечивает высококачественную визуализацию сердечных структур, дает возможность детально охарактеризовать внутрисердечную гемодинамику, параметры контрактильной, насосной и релаксационной способности сердца [2]. С появлением цветного доплеровского картирования можно диагностировать незначительные пороки, которые протекают бессимптомно и даже без аускультуемого шума [3]. Преимущество данного метода при использовании его в педиатрии заключается еще и в том, что ультразвуковые исследования не вызывают неприятных ощущений и страха у детей и поэтому могут применяться в качестве скрининговых методов обследования [2]. Эхокардиография в настоящее время используется как начальный неинвазивный метод диагностики почти для всех пациентов, подозреваемых в развитии у них ВПС.

Материалы и методы. В ОДБ за период 2009 - 2011 г.г. было проведено 19843 ЭхоКГ исследования (исс), из них 4563 исследования (23%) проведено детям в возрасте до 1 г. (до 1 г - 17%, до 1 м - 6%). ВПС лоцировались в 1193 ис., что составило 65% от выявленных кардиопатий и 26% от проведенных УЗИ сердца. Анализ регионального распределения пациентов с ВПС выявил значительное их преобладание в сельских регионах - 56%. Данная патология в 68% выявлялась у пациентов стационара (ОДБ), у 27% пациентов областной детской поликлиники и в 5% у прочих больных.

По результатам проведенных в ОДБ ЭхоКГ в 2009-2011 г. наиболее часто у новорожденных детей выявлялись ВПС бледного типа с артерио-венозным шунтом. Эти изменения лоцировались в 695 ис, что составило 59% от всех ВПС. В структуре данных пороков отмечается значительное преобладание ДМЖП (56%). ДМПП и ОАП выявлялись примерно с одинаковой частотой (22%). ДМЖП были представлены преимущественно малыми, диаметром 1,5-2 мм. дефектами, расположенными в перимембранозной и мышечной частях МЖП, не создающими условий для объемной перегрузки правого желудочка. В 6 ис. лоцировались множественные ДМЖП. Сочетание ДМЖП с другими ВПС лоцировалось в 30 случаях (8%). Из 152 пациентов с ДМПП в 97 исследуемых (64%) были выявлены вторичные дефекты, сопровождаемые перегрузкой правых камер сердца. Сочетание ДМПП с ДМЖП в 27 исследуемых (18%), ДМПП со стенозом легочной артерии в 22 пациентах (14%).

По данным различных авторов Открытый Артериальный Проток (ОАП) составляет от 10 до 24% от всех ВПС и часто сочетается с септальными и другими пороками. По результатам ЭхоКГ, проведенных в ОДБ, за 3л. ОАП лоцировался в 22% от ВПС с артерио-венозным шунтом, и в 13% от всех ВПС. В 90 исследованиях (58%) ОАП не сопровождался другими ВПС, в 16 исследуемых (10%) выявлялся с ДМЖП, в 15 пациентах (10%) с ДМПП, а в 29 пациентах (19%) с другими ВПС. Следующей многочисленной группой явились, по данным наших исследований, ВПС бледного типа с препятствием кровотоку и клапанные пороки. Эти изменения лоцировались в 374 исследуемых, что составило 31% от всех ВПС.

Наиболее часто - в 56% лоцировались поражения легочной артерии и её клапана, аортального клапана в 15%, митрального клапана в 13%, трикуспидального клапана в 10% и пороки аорты в 5% исследуемых. Пороки легочной артерии и её клапана, преимущественно стенозы, лоцировались в 178 случаях. Подклапанные стенозы были выявлены в 27 исследуемых, и недостаточность клапана - в 5 пациентах. Среди пороков аортального клапана также преобладали стенозы. Из 144 исследованных он встречался в 47, реже - в 9 исследованных выявлялась недостаточность клапана.

Врожденные пороки митрального клапана были выявлены нами в 49 исследуемых. В структуре данного порока преобладала недостаточность левого атриовентрикулярного клапана (32%) проявляющаяся регургитацией, преимущественно 2-3-й степени. В 3 исследуемых (2%) лоцировался стеноз митрального клапана. Из пороков аорты, выявленных в 23 исследованных, больше половины (62%) составляла коарктация аорты, в 30% исследованных сочетающаяся с другими ВПС. При проведении ЭхоКГ нами были лоцированы: Тетрада Фалло - в 48 исследованных (39%).

Выводы. Результатом проведенных в ОДБ эхокардиографических исследований за 2009-2011 годы стало выявление у значительного числа новорожденных ВПС, составивших 23% от всех проведенных УЗИ сердца и 65% от всей патологии сердца и магистральных сосудов.

В структуре пороков преобладали ВПС бледного типа с артерио-венозным шунтом, преимущественно, ДМЖП. Пороки с препятствием кровотоку были представлены, в основном, стенозами легочной артерии, а Тетрада Фалло нередко лоцировалась у детей с ВПС синего типа. Подтвердилась диагностическая значимость эхокардиографии, как инструментального метода исследования, позволяющая давать наиболее полную характеристику морфофункциональных и гемодинамических нарушений работы сердечно-сосудистой системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бакланова В.Ф. Рентгенодиагностика в педиатрии./ В.Ф. Бакланова [и др.]. – М: Медицина, 1988. - 448 с. - ISBN 5-225-04612-6.
2. Белозеров Ю.М. Ультразвуковая семиотика и диагностика в кардиологии детского возраста. / Ю.М.
3. Белозеров, В.В. Болбиков. – М: МЕДпресс, 2001. - 176 с. - ISBN 5-93059-054-0.
4. Болезни сердца и сосудов: Руководство для врачей / под ред. Е.И. Чазова. Т.1. М.: Медицина, 1992.
5. 442 с.
6. Мутафьян О.А. Врожденные пороки сердца у детей / О. А. Мутафьян. - СПб.: Невский Диалект, 2002. - 330 с. - ISBN 5-7940-0098-8.
7. Середа Ю.В. «Из будущего в настоящее» / Ю.В.Середа, С.Б.Калядин, О.А.Булыгина //Материалы Невского радиологического форума. СПб, 2003. С.15.
8. Шарыкин А.С. Неотложная помощь новорожденным с ВПС. Современные подходы к хирургическому лечению ВПС. / А.С. Шарыкин – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. –352с. ISBN:978-5-9704-1022- 6.

Түйін

Сәулелі диагностиканың заманауи аспектілері мен балалардағы туа болған жүрек ақауларының құрылымы
Ж.Е.Есбатырова
Областық балалар ауруханасы, Шымкент қаласы

Жүрек пен тамырдың ақаулары бар науқастардың емінің қонымды болуы көбіне олардың арнайы мекемелерде уақытылы, дұрыс анықталуына тәуелді. Аспапты әдістердің ішінде топикалық диагнозды дұрыс қоюға басқаларына қарағанда ақпараттысы эхокардиография. Біздің зерттеуіміздің нәтижесінде жүрек-тамыр жүйесіндегі морфофункционалдық және гемодинамикалық бұзылыстарға толық сипаттама беруде эхокардиографияның диагностикалық құндылығы дәлелденді. Кілт сөздері: жүрек-тамыр жүйесі, эхокардиография, сәулелі диагностика.

Summary

Contemporary aspects of radial diagnostics and structure of congenital heart defects of children
Zh.E.Esbatyrova
Regional Children's Hospital, Shymkent

The success of treatment of patients with heart disease and blood vessels depends on timely detection at special institutions. Among instrumental methods the most informative is echocardiography which allows you to put the topical diagnosis. According to our researches the diagnostic value of echocardiography as a tool method study was confirmed which provides the most complete characterization of the morpho-functional and hemodynamic disorders of the cardiovascular system. Keywords: cardiovascular system, echocardiography, radial diagnostics.

УДК 616.089.48

ПУТИ СНИЖЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*Ш.М.Сейдинов, Ж.Б.Накипов, Н.К.Тулержанов, Л.А.Шаймерденов**Клинико-диагностический центр Международного казахско-турецкого университета им. Х.А. Яссави, г. Туркестан*

АННОТАЦИЯ

Проведено сравнительное изучение отдаленных результатов 145 операций: 56 - парамедианного доступа, 48 - из верхнесрединного, 41 - из косого подреберного доступа. Послеоперационные вентральные грыжи были выявлены у 13 (8,9%) больных. При использовании срединной лапаротомии грыжа сформировалась у 6 (12,5%) больных, при доступе - у 2 парамедианного (3,57%), при косом подреберном - у 5 (12,5%). В первые 12 мес после операции 68,9% больных выявили грыжу самостоятельно, 31,1% пациентов не знали о наличии у них грыжи, выявить ее удалось только после тщательного обследования. Таким образом, выбор рационального оперативного доступа снижает частоту развития послеоперационных грыж. Парамедианный доступ является оптимальным. Послеоперационные вентральные грыжи развиваются в первые 6-12 мес после операции. Более поздние сроки выявления грыжи обусловлены их несвоевременной диагностикой.

Ключевые слова: доступ, профилактика, вентральная грыжа, осложнения.

Многочисленные исследования, в том числе мультицентровые рандомизированные, выявили следующие факторы, способствующие развитию послеоперационных вентральных грыж: перитонит, диабет, цирроз печени, уремия, старческий возраст, раковая кахексия, ожирение, авитаминоз, анемия, приводящая к гипоксии тканей, стероидная, лучевая терапия, гипопротеинемия, нагноение раны, воспалительные изменения в сшиваемых тканях, пневмония, кашель, рвота, курение, парез кишечника [1, 9, 12, 14]. В то же время выбор оперативного доступа, шовного материала, техника ушивания лапаротомной раны целиком зависят от хирурга [1, 16]. В настоящее время имеются противоречивые данные о сроках возникновения послеоперационных вентральных грыж. По одним данным, грыжи формируются в сроки от нескольких месяцев до 3-8 лет и даже 10 лет после операции, по другим - в первые 6-12 мес после первичной операции [2, 17]. Грыжа, возникшая после оперативного лечения, порой доставляет больному не меньше страданий, чем то заболевание, по поводу которого выполнена операция [4]. Быстрое развитие хирургии, активная хирургическая тактика, рост числа операций обусловили увеличение частоты послеоперационных вентральных грыж. Послеоперационные грыжи возникают в 7,4-24% общего числа операций на органах брюшной полости [8, 13, 15, 20]. Несмотря на многочисленные исследования и практические шаги, направленные на решение данной актуальной проблемы, имеются сообщения о развитии грыж. 54,3% наблюдений после лапаротомии, выполненной по поводу вторичного перитонита. Рецидивы после хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж достигают 8,2-67% [7, 15]. Летальность после операций по поводу послеоперационных вентральных грыж составляет 1-5,3%.

Однако, единого мнения о роли указанных выше факторов нет. Имеются многочисленные работы, опровергающие зависимость грыжеобразования от таких «общепринятых» факторов, как раневая инфекция, возраст, ожирение, пневмония. Каким бы ни было отношение к указанным выше факторам, влияние хирурга на них в момент выполнения операции чаще всего невозможно. Мы не можем их контролировать или даже стандартизировать.

Вопрос о роли оперативного доступа в развитии послеоперационных грыж до настоящего времени изучен мало.

Цель исследования: снижение частоты грыжеобразования путем выявления оптимального лапаротомного доступа.

Материал и методы. В качестве модели для исследования роли оперативного доступа на развитие послеоперационных вентральных грыж была взята одна операция — холецистэктомия, которую выполняли из трех различных доступов. Проведен анализ отдаленных результатов лечения 145 больных, которым была произведена холецистэктомия из лапаротомного доступа в хирургических отделениях клиники Международного казахско-турецкого университета и Туркестанской городской больницы в период с 2009 по 2012 годы 56 из них выполнена холецистэктомия из парамедианного доступа, 48 - из верхнесрединной лапаротомии и 41 - из косого подреберного доступа. У всех пациентов независимо от доступа апоневроз ушивали узловым швом нитью викрил №0. Отдаленные результаты операций в сроки от 1-3 лет прослежены у 120 (82,75%) из 145 больных. У 45 больных был использован парамедианный доступ, у 40 - верхнесрединный, у 35 больных - косой подреберный доступ.

Распределение больных в зависимости от возраста, пола в группах сравнения было равномерным.

Пациентов опрашивали по разработанной анкете, проводили физикальное обследование с фотографированием послеоперационного рубца и ультразвуковое исследование (УЗИ) послеоперационного рубца. Размер грыж оценивали по классификации SWR, разработанной J. Chevrel и A. Rath [18], принятой на XXI Международном конгрессе герниологов в Мадриде (1999 г.). Классификация предусматривает три позиции, из которых мы пользовались критерием ширины грыжевых ворот (W), где W1 -до 5 см, W2 -5-0 см, W3-10-5 см, W4-свыше 15 см.

Результаты. Послеоперационные вентральные грыжи были выявлены у 13 пациентов, что составило 8,9%. При использовании срединной лапаротомии грыжа сформировалась у 6 (12,51%) больных, при парамедианном доступе - у 2 (3,57%), при косом подреберном - у 5(12,5%) больных. При анализе сроков развития послеоперационных вентральных грыж выявлено, что 10 (68,9%)больных обнаружили грыжу самостоятельно в сроки от 1 до 12 мес , у 3 (31,1%) больных грыжа была выявлена нами во время клинического обследования, проводимого в сроки до 3 лет. Из 10 пациентов, выявивших грыжу самостоятельно, у 4 ширина грыжевых ворот была до 5 см (W1), у 6 составляла 5-0 см (W2), у 3 больных - 10-5 см (W3).

На момент осмотра 3 (31,1%) пациента, у которых послеоперационные вентральные грыжи были выявлены нами во время клинического обследования, считали себя полностью здоровыми, жалоб не предъявляли. У 3 грыжевой дефект визуально не определялся, был выявлен нами пальпаторно и подтвержден данными УЗИ.

Несмотря на широкое внедрение лапароскопических методик, ежегодно в Германии выполняют 700 тыс. открытых абдоминальных операций, в США -более 2 млн [19]. Ежегодно в США производят 200 тыс. операций по поводу послеоперационных вентральных грыж [19]. Таким образом, проблема развития послеоперационных вентральных грыж остается актуальной [3].

Мы отметили развитие грыж у 8,86% больных,что полностью коррелирует с данными ранее проведенных исследований другими авторами [13]. При анализе частоты развития послеоперационных грыж в зависимости от используемого доступа выявлена статистически значимая неоднородность.

В отечественной хирургии косой подреберный доступ до сих пор широко применяется [5,6]. Однако все больше появляется сообщений, авторы которых отказались от использования косого подреберного доступа вследствие его высокого травматизма из-за пересечения крупных мышц живота, верхних надчревных артерии и вены, 7-го и даже 10-го правых межреберных нервов, иннервирующих всю правую половину переднебоковой стенки живота выше уровня пупка. Недостатком доступа служит также сложность ушивания лапаротомного разреза. В последнее время этот разрез используют все реже вследствие частой атрофии мышц передней брюшной стенки с развитием послеоперационной вентральной грыжи. Мы использовали косой подреберный доступ реже остальных - всего у 41 пациентов, при этом наблюдали высокий показатель развития грыж -12,5%. В связи с этим мы считаем, что такой разрез не должен быть основным в желчной хирургии.

Недостатком верхней срединной лапаротомии является рассечение белой линии, т.е. пересечение общей связки шести косых мышц живота. В послеоперационном периоде линия швов испытывает сильную тягу в противоположные стороны, сухожильные ткани белой линии плохо срастаются, что приводит к расхождению швов и образованию послеоперационной грыжи. Таким же недостатком обладает параректальный доступ. Дело в том, что как при срединной лапаротомии, так и при параректальном доступе разрез проходит через самые слабые места передней брюшной стенки, где прочностные несущие слои передней брюшной стенки минимальны по толщине при недостаточном кровоснабжении тканей в зоне шва. При использовании срединной лапаротомии мы отметили грыжи у 12,51% больных, что сопоставимо с данными литературы, свидетельствующими о ненадежности данного доступа. Наилучшие результаты получены нами в случае применения парамедианного доступа, позволившего снизить частоту развития послеоперационных вентральных грыж до 3,57%. На преимущества пара медианного доступа и меньшую частоту грыжеобразования по сравнению со срединным доступом указывают и другие авторы [10].

Преимущество парамедианного доступа заключается в том, что после завершения операции хорошо снабжаемая кровью мышца, располагаясь между двумя рядами швов, препятствует образованию послеоперационных грыж и служит «активным затвором».

Таким образом, выбор оперативного доступа является важнейшим фактором, влияющим на частоту развития послеоперационных вентральных грыж.

Парамедианный доступ оптимален, так как реже сопровождается развитием послеоперационных вентральных грыж, чем при использовании срединного и косого подреберного доступов.

При анализе сроков развития послеоперационных вентральных грыж наше внимание привлек тот факт, что 31,1% пациентов не знали о наличии у них грыжи, выявить ее удалось после тщательного физикального и ультразвукового обследования. 68,9% пациентов выявили грыжу самостоятельно в сроки от 1 до 12 мес. Полученные нами результаты объясняют отсутствие единого мнения о сроках развития грыж. Сообщения о развитии грыж в поздние сроки мы связываем с их несвоевременной диагностикой.

С целью контроля за зоной хирургического вмешательства авторы при зашивании раны

фиксируют к апоневрозу 5 пар стальных клипс и отслеживали их положение рентгенологически через 4 недели. В группе пациентов, в которой клинически грыжа была диагностирована в сроки от 5 до 29 мес, уже через 1 мес после операции имелись рентгенологические признаки расхождения краев апоневроза.

По нашим данным, послеоперационные грыжи развиваются в первые 6-12 мес. Предпосылки к их образованию с учетом данных литературы закладываются в первые месяцы после операции, когда прочность раны целиком зависит от свойств сшиваемых тканей, выбора операционного доступа и техники шва.

Таким образом, выбор рационального операционного доступа снижает частоту развития послеоперационных грыж. Парамедианный доступ является оптимальным, так как сопровождается развитием послеоперационных вентральных грыж реже, чем при использовании срединного и косого подреберного доступов.

Послеоперационные вентральные грыжи развиваются в первые 6-12 мес после операций на органах брюшной полости. Более поздние сроки выявления грыж обусловлены их несвоевременной диагностикой. Пациенты нуждаются в активном наблюдении в сроки до 1 года после оперативного вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоконев В.И., Федорина Т.А., Ковалева З.В. и др. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / В.И. Белоконев, Т.А. Федорина, З.В. Ковалева. - Самара: Перспектива серия «Трудные вопросы хирургии», 2005. - 208с.
2. Гогия Б.Ш. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27. / Б.Ш. Гогия – Москва, 2006. - 387с.
3. Егиев В.Н. Натяжная герниопластика / В.Н. Егиев - М: Медпрактика, 2002. - 148 с.
4. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота / В.В. Жебровский - М: Медицинское информационное агентство, 2005. – 384 с.
5. Пауткин Ю.Ф., Климов А.Е. Хирургия желчных путей. Руководство для врачей / Ю.Ф. Пауткин, А.Е. Климов - М: Медицинское информационное агентство, 2007. – 368 с.
6. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / В.С. Савельев - М: Трида-Х, 2004. - 640 с.
7. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А.Д.Тимошин, А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков -М: Трида-Х, 2003. – 144 с.
8. Andersen L.P., Klein M., Gogenur I., Rosenberg J. Incisional hernia after open versus laparoscopic sigmoid resection / L.P. Andersen, M. Klein, I. Gogenur, J. Rosenberg // Surg Endosc. – 2008. –Vol. 22, №9. - P 2026 - 2029.
9. Anthony T., Bergen P.C., Kim L.T. Factors affecting recurrence following incisional herniorrhaphy / T. Anthony, P.C. Bergen., L.T. Kim // World J Surg. – 2000. –Vol. 24, №1. P 95—101.
10. Ausobsky J.R., Evans M., Pollock A.V. Does mass closure of midline laparotomies stand the test of time? A random control clinical trial / J.R. Ausobsky, M. Evans, A.V. Pollock // Ann R Coll Surg Engl. - 1985. – Vol 67. №2. - P 159—161.
11. Baker R.J. Incisional hernia. In: L.M. Nyhus, R.E. Condon eds. Hernia. Philadelphia // Lippincott.-1978.– Vol. 23, №4. - P 329—41.
12. Brolin R.E. Prospective, randomized evaluation of midline fascial closure in gastric bariatric operations // Am J Surg. -1996. Vol 172. №4. -P 328—31.
13. Bucknall T.E. Factors influencing wound complications: a clinical and experimental study // Ann R Coll Surg Engl. – 1983. Vol 65. № 2. - P 71—7.
14. Bucknall T.E., Cox P.J., Ellis H. Burst abdomen and incisional hernia: a prospective study of 1129 major laparotomies. BMJ 1982; 284: 931— 933.
15. Burger J.W., Luijendijk R.W., Hop W.C. et al. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia // Ann Surg. – 2004. - Vol 240. №4. - P 578—85
16. Cengiz Y., Israelsson L.A. Closure of midline incisions. A lot of small, same-size stitches in the aponeurosis improve wound healing // Lakartidningen. – 2002. - Vol 99. №24.- P 2742—2744.
17. Cengiz Y., Israelsson L.A. Incisional hernias in midline incisions: An eight-year follow up // Hernia. -1998. -Vol 2. №4. - P 175—177.
18. Chevrel J.P., Rath A.M. Classification of incisional hernias of abdominal wall // Hernia. –2000.- Vol 4. №1. - P 7-1.
19. Cobb W.S., Kercher K.W., Heniford B.T. The Argument for Lightweight Polypropylene Mesh in Hernia Repair // SURG. INNOV.- 2005. №12. - P 63—9.
20. Hartog D., Dur A.H., Kamphuis A.G. et al. Comparison of ultrasonography with computed tomography in the diagnosis of incisional hernias // Hernia. – 2009. -Vol 13. №1. - P 45-48.

ТҮЙІН

Отадан кейінгі жарықтарды азайту жолдары
м.ғ.д., профессор Ш.М.Сейдинов, Ж.Накипов, м.ғ.к. Н.К.Тулезжанов, Л.А.Шаймерденов.
Халықаралық қазақ - түрік университетінің клиника-диагностикалық орталығы, Түркістан қ.

Отадан кейінгі 145 аурудың кеш нәтижесі зерттелді: 56 парамедианды жолмен, 48-жоғарғы орта ақ сызықпен, 41-қиғаш қабырға асты жолмен ота жасалынды. Отадан кейінгі вентралды жарықтар 13 (8,9%) пайда болды. Ортаңғы ақ сызықты лапаротомия да жарық 6 (12,1%) пайда болды, парамедиалды лапаротомия мен кескенде 2 (3,57%), қиғаш қабырға арқылы лапаротомия жасалғанда 5(12,5%) пайда болды. Отадан кейін 12 айдың ішінде 68,9 % жарық пайда болды. Аурулардың 31,1% жарық пайда болғанын білмеген, оларды терең тексеруден өткізгеннен кейін анықталған. Оптималды кесу жолын тапқан кезде вентралды жарықпен асқыну жиілігі азаяды. Осыған байланысты парамедиалды лапаротомия ең тиімді болып табылады.

SUMMARY

Ways to decrease in postoperative ventral hernia
Dr. Prof. S.Seidinov, Dr.Zh.Nakipov, Dr. N.Tulezhanov, Dr. L.Shaymerdenov
Clinic and diagnostic center of Ahmet Yassawi International Kazakh-Turkish University. Turkistan

Long-term follow-up of 145 patients after various surgical procedures has been conducted. Of the 56 patients were operated on using a paramedian incision, 48 had an upper median laparotomy and the rest 41 had an oblique subcostal incision. Postoperative ventral hernias were registered in 13 (8.9%) patients. The upper median laparotomy herniated in 6 (12.51%) patients, paramedian incision - in 2 (3.57%), and the oblique subcostal incision herniated in 5 (12.5%). Hernia was noticed by the patient within 12 months after the initial operation in 68.9%, 31,1% of patients were diagnosed with postoperative hernia only after thorough examination. Thus, paramedian incision is considered to be the most preferable access. Postoperative hernias develop within the first 6-12 months postoperatively, later hernia registration is a result of poor examination.

ОӘЖ 617.719

ОПТИКАЛЫҚ НЕЙРОПАТИЯЛАР

Ж.Б.Накипов, М.Е.Сейсенбаева, А.Т.Мустафаев
Халықаралық қазақ - түрік университетінің клиника-диагностикалық орталығы, Түркістан қ.

ТҮЙІН

Оптикалық нейропатия – бұл торлы қабықтың және оның ганглиозды кеткаларының аксонарының өлуімен жедел және созылмалы түрде үдейтін, нәтижесінде көрудің төмендеуі, көру нервсінің атрофиясына алып келетін аурудың бір түрі. Бұл ауруды ертерек анықтап, уақытында диагностикаланса көрудің төмендеуі мен соқырлықтан сақтап қалуға болады. Оптикалық нейропатияны анықтауда науқастың шағымы мен ауру тарихы, клиникалық қарау және тереңірек офтальмологиялық зерттеулер негізгі орынды алады. Жалпы көру нервсі ауруларының барлығына оптикалық нейропатиялар деген есім беріледі. Бұл мақала әртүрлі жіктемелерге себеп болған ауруларда ерекше маңызды және әсіресе көп кездесетін демиелинизациялық этиологиялы ауруларға көбірек көңіл бөлінген.

Негізгі қолданылған сөздер: оптикалық нейропатия, МРТ, периметрия, оптикалық нейропатияның емі, оптикалық нейропатиясы бар науқастарға берілетін арнайы кеңес.

Жалпы көру нервсі ауруларының барлығына оптикалық нейропатиялар деген есім беріледі. Бұл мақала әртүрлі жіктемелерге себеп болған ауруларда ерекше маңызды және әсіресе көп кездесетін демиелинизациялық этиологиялы ауруларға көбірек көңіл бөлінген. Тексерілу үшін көз емханасына көзінің бірден көрмей қалуымен шағымданып 25 жастағы бір әйел науқас келді. Науқас 2 күн бұрын кенеттен көзі көрмей қалуымен, бірақ кейін оның артып бара жатқандығын айтады. Көздерін оңға және солға әрекет жасағанда көздің түбінде ауырсынудың болуын айтады. Бұрын соңды жанұясында және өзінде мұндай жағдай болмағандығын, бірақ біраз күн бұрын ауа қатты ыстық болған күндері ерінінің айналасы мен саусақ ұштары ұйығандығы бірнеше күнге созылғандығын айтты.

Науқасты зерттеуді әдеттегідей көру жітілігін тексеруден бастадық. Рефракцияны зерттеу ине тесігі тестімен қарап ең жақсы каншалықты көргендігін анықтадық. Оң көзінде көру жітілігі 0.5 тен артпағандығын байқалды, нақ осы сәтте түс ажыратуы функциясы да зерттелді. Түс ажырату функциясы Исихара тесті арқылы жүргізілді. Оң көзінде 15 тон тесті де жасалып түс ажырату функциясының бұзылысы анықталды. Артынша қарашықты кеңейтпестен бұрын науқасқа «Салыстырмалы афференттік қарашықтық тесті» жасалды. Егер оң көзге жарық түсірген уақытта сол көзде салыстырмалы түрде жарық реакциясы өте аз болса оң көзде афференттік ауытқу бар екендігін көрсетеді. Осы жасалған зерттеулердің барлығы көру нервiнiң ауруларында қолданылатынын ескеру қажет. Афференттік ауытқу (дефект) болмаған және көруі кенеттен төмендеген бұндай науқастарда ойымызға торлы қабық және макула немесе ісік алды құрылымдардың болу мүмкіндігін ескеру қажет. Кенеттен басталу түрімен амблиопия, увеит және т.б. баяу дамиды көрудің төмендейтін ауруларымен салыстырмалы диагностика жасалады.

Көз қарашығының ұлғайтудан бұрын егер мүмкіндік болса көру аймағын (периметрия) тексеру қажет. Егер қарашық кеңейтіліп қойған жағдайда да көру аймағын тексеруге болатындығын айта кеткен жөн. Қажет болса автоматты-статикалық, стандартты-кинетикалық периметриялар жасалуы қажет, көрінетін белгілер орталық, орталық-маңайлық және перифериялық аймақтарда скотомалар байқауға болады. Көру жітілігі өте төмен болған жағдайда да периметрия жасалып қаншалықты скотом барлығын бағалап көрген жөн. Скотоманың анықталуы диагностика үшін әрі диагнозды нақты қойып емдеу үшін өте маңызды.

Науқастың әдеттегідей көздің алдыңғы сегменті және көз ішілік қысымы тексерілді. Бірақ ешқандай өзгерістер болған жоқ. Кейіннен көз қарашығын мидриацил тамызу арқылы ұлғайтылды. Көздің алдыңғы және артқы сегментін тексеру нәтижелері қалыпты болды. Аурудың ерте сатысында көру нервiсiнiң бозарулары болмайтынын ескере кеткен жөн.

Барлық бұндай нәтижелерде ойымызға оптикалық нейропатия келеді. Ол науқастың ауруының пайда болу себебі мен ауру тарихын сұрастыру арқылы диагностикалауға жол береді. Науқастың жасы мен басқа да шағымдары себептерінен ойымызға ең бірінші демиелинизациялық аурулар келеді. Өлкемізде жалпылай барлық жақта қолданылатын мидың магниттік резонанстық томография (МРТ) нәтижелері мұндай науқастарда міндетті түрде жасалу қажет. Айрықша әдеттегідей қан және несеп анализдері жасалды. Магниттік резонанстық томография (МРТ) нәтижесі қалыпты болса, қажетсіз емді тоқтату қажет. Науқаста демиелинизацияға байланысты оптикалық нейропатияның емдеу көрсеткіші болған жоқ. Егер де көру жітілігі 0.4 тен төмен болып, жүйелік нейропатия шағымдары бар болған жағдай да ғана емдеуді бастауға болады, бұл жағдайда науқасқа ұсынатын еміміздің тек қана аурудың уақытын қысқартатынын мен көруі қайта қалыпқа келмейтінін дұрыстап жетікті түрде түсіндіру қажет болады. Вена ішіне 3 күн бойы 1гр метилпреднизолон беру ауруханада және қанқысымын бақылай отырып импульсты монитордың көрсеткіштерін 3сағат бойынша бақылау жасап отыру қажет. Артынан ауыз арқылы кортикостероид берілу керектігі жайында әдебиеттерде нақты шешіліп айтылмағандығы үшін науқастың клиникалық түріне қарай емдеу жүргізіледі. Егер кортикостероид берілген жағдайда да 1 мг/кг 5-7 күннен кейін мөлшерін азайтып тоқтатылады. Көру аймағын қайта тексеріп көру қажет.

Мысалы науқастың магниттік резонанстық томографиясында демиелинизациялық құрылымдар бар болса, науқасқа невропатологтың кеңесі жасалу қажет. Егер науқаста неврологиялық шағымдары қосарлана келсе диагноздың нақтылануы үшін невропатолог пен нейрохирургтермен бірге бірлесіп емдеген үлкен нәтиже береді. Бұл жағдайда вена ішіне стероидты енгізу қажет.

Сонымен, науқасты ауруханадан шығаруда төмендегідей кеңес беруіміз қажет:

Бұл ауру нервтердің талшықтарында кездесетін бір ауытқуларда болатындығын, тұқым қуалайтын түрімен бірге вирустық аурулар, стресс және климат ауыстыру сияқты себептер шақыруы мүмкін.

Клиникалық белгілері қайталанса және із қалдырса да жиірек өздігінен қайтуы мүмкін.

Емдеу нәтижесінің ертерек әсер етіп жазылуы және екінші рет қайталамас үшін емін толық дұрыс қолдану.

Егер қайталанса шұғыл түрде дәрігерге қаралу керек.

Әрбір қайталанған түрінде емдеу көп қажет етпейді.

Өте суық пен өте ыстық климаттардан сақтану керек.

Егер де мұндай жағдай бір рет қайталанбаса бұл жағдай қайталанбауы да әбден мүмкін.

Қорытындылай келе, науқастың офтальмологиялық статусын клиникалық бағалау, көру нервi функциясын түбегейлі клиникалық зерттеу оптикалық нейропатия диагнозын дұрыс және нақты уақытылы қоюға үлкен жол ашады. Науқастың шағымына, ауру тарихына және осы ауру пайда болған жердегі ауа райына үлкен назар аударылса да ауруды емдеудің нәтижесі де қолайлы болжаммен аяқталатынын ескерген жөн.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Бровкина А.Ф. Эндокринная офтальмопатия //Москва: ГОЭТАР, 2004.- С.111-115.
2. Кацнельсон Л.А., Форофонова Т.И., Бунин А.Я. Сосудистые заболевания глаза //Москва: Медицина,

1990. – 269 с.
3. Нестеров А. П Глаукоматозная оптическая нейропатия //Вестн. офтальмол., 1999, №1. – С. 3–6
 4. Егоров А.Е., Обруч Б.В., Касимов Э.М. Применение Мексидола у больных с оптическими нейропатиями //Клиническая офтальмология. 2002. - Т.3. №2. - С. 81-84.
 5. Егоров А.Е., Швец Н.Н. Пролонгированная нейропротекция глаукомной оптической нейропатии //Клиническая офтальмология. 2008. - Том 9. № 2.- С. 49-50.
 6. Клинико-экспериментальное изучение глаукомной нейропатии, перспективы медикаментозного лечения //АбуЗайед В.Н., Алексеев В.Н., Малеванная О.А., и др. // Клиническая офтальмология. 2003, Том 4, № 2. -С. 73-74.
 7. Либман Е.С., Шахова Е.В. Слепота и инвалидность вследствие патологии органа зрения в России// Вести, офтальмол. 2006. - Т. 122. - №1. -С. 35-37.
 8. Либман Е.С. Слепота и инвалидность вследствие патологии органа зрения в России // Офтальмология. Национальное руководство / Под ред., С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Ю.С. Л.К. Мошетовой, В.В. Нероева М., 2008.-С. 19-31.
 9. Литвицкий П.Ф. Патопфизиология. М. 2002. С. 125-126.
 10. Максимов И.Б., Пособие для врачей. // Максимов И.Б., Нероев В.В., Алексеев В.Н. и др. СПб., 2003. - 20 с.
 11. Антонова А.И. Острые сосудистые оптические нейропатии, обусловленные атеросклерозом (особенности патогенеза, клинического течения и лечения): Автореф. дис. д-ра мед. наук. Л., 1989. - 49 с.
 12. Густов А.В. Практическая нейроофтальмология: В 2Т./ А.В. Густов, К.И. Сигрианский, Ж.П. Столярова. Н. Новгород: Изд-во Нижегород. гос. мед. акад., 2000.-Т.1.-260 с.
 13. Еременко А.И. К клинике и классификации основных форм сосудистых оптических нейропатий // Современные технологии в диагностике и лечении сосудистой патологии органа зрения: Сб. научных трудов. - Краснодар, 2002. С. 96-99.
 14. Легеза С.Г. Диагностические возможности ультразвука, компьютерной томографии и ядерно-магнитного резонанса при патологии зрительного нерва/ С .Г. Легеза// Офтальмол. Журнал. 2000. - №3. - С. 77-81.
 15. Лесселла С. Нейроофтальмология/ С. Лесселла, Д.Г.У. Ван Дален. М.: Медицина, 1983.
 16. Barch A., Bosahard C., Burgi U., Burgi H. Severe endocrine ophthalmopathy. A revive with case reports.– Schweiz Med. Wochenschr. – 1991. - V.121. - S. 3–9
 17. Gass J.D. Stereoscopic Atlas of Macular Diseases: diagnosis and treatment.// The C.V. Mosby Company.– St.Louis.–1987. – V. 1. – P. 69
 18. Kritzinger E.. Beaumont H., Optic disc abnormalities, -Wolfe Medical Publications Ltd. - USA. - 1987. - 118 P.

Резюме

Оптическая нейропатия

Ж.Б.Накипов, М.Е.Сейсенбаева, А.Т.Мустафаев

Клинико-диагностический центр МКТУ им.Х.А.Ясави, г.Туркестан

Оптическая нейропатия-это группа гетерогенных заболеваний, характеризующихся острой или хронической прогрессирующей гибелью ганглиозных клеток сетчатки и их аксонов, что заканчивается утратой зрительных функций различной степени вследствие частичной или полной атрофии зрительного нерва. Ранняя диагностика оптической нейропатии (ОН) имеет критическое значение для предотвращения или ограничения структурного повреждения зрительного нерва и необратимой потери функций глаза. В выявлении ОН, несомненно, важное место занимают данные анамнеза, клинического осмотра и стандартного офтальмологического обследования.

Summary

Optic neuropathya

Zh.B.Nakipov, M.E.Seysenbaeva, A.T.Mustafayev

Clinical and Diagnostic Center of the Nice Classification im.H.A.Yasavi, Turkestan

Optic neuropathya group of heterogeneous diseases characterized by acute or chronic progressive loss of retinal ganglion cells and their axons, which ends with the loss of visual function due to different degrees of partial or complete atrophy of the optic nerve. Early diagnosis of optic neuropathy (ON) is critical to prevent or limit the structural damage to the optic nerve and permanent loss of functions of the eye. In revealing he undoubtedly occupy an important place clinical history, clinical examination and a standart ophthalmic examination.

ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

УДК577.1:615.12

МЕХАНИЧЕСКАЯ И ХИМИЧЕСКАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ ТЕСТА «РАСТВОРЕНИЕ»

Г.В. Раменская², Ханс-Юрген Книттер¹, Н.С. Береза^{2*}, Т.А. Ярушок², И.Е. Шохин²

1 – Erweka GmbH, Германия

2 - ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

*e-mail: berezanatawa@yandex.ru*Резюме*

В данной статье рассмотрены виды квалификаций для оборудования растворения с описанием этапов, их преимущества и недостатки, а также указаны спецификации и нормы для механической квалификации согласно существующей нормативной документацией.

Ключевые слова: тест «Растворение», механическая квалификация, химическая квалификация

ВВЕДЕНИЕ

Испытание «Растворение» является важнейшим инструментом для оценки фармацевтико-технологических характеристик твердых дозированных лекарственных форм [1].

Испытание «Растворение» предназначено для определения количества лекарственного вещества, которое в условиях, указанных в частной фармакопейной статье, за определенный промежуток времени должно высвобождаться в среду растворения из твердой дозированной лекарственной формы [2].

Поскольку за последние 50 лет лекарственные формы стали более уникальными, оборудование для теста «Растворение» стало нуждаться в постоянном совершенствовании, а также модификации для обеспечения пригодных условий проведения испытания.

Испытание пригодности системы для аппаратов данного теста было введено в 1978 г в США, когда было установлено, что не все приборы являются эквивалентными. Первоначально, исходной целью квалификации оборудования была оценка влияния окружающих условий на работу прибора и вибрации с использованием таблеток. В дальнейшем в лабораториях стали проводить механическую квалификацию оборудования [3].

Квалификация — это процесс проверки, подтверждающий, что оборудование работает правильно и его работа приводит к ожидаемым результатам. Квалификация является частью процесса валидации и содержит следующие этапы:

- Квалификация проекта (Design qualification – DQ) – оценка и документированное подтверждение соответствия проектной документации требованиям правил GMP;
- квалификация установки/монтажа (Installation qualification – IQ) – оценка и документированное подтверждение соответствия качества монтажа (установки) оборудования требованиям нормативной и технической документации;
- квалификация функционирования (Operational qualification – OQ) – оценка и документированное подтверждение соответствия работоспособности оборудования требованиям нормативной и технической документации;
- квалификация эксплуатации (Performance qualification – PQ) – оценка и документированное подтверждение соответствия надежности и эффективности эксплуатационных параметров оборудования требованиям нормативной и технической документации [4].

Каждая фирма-производитель при поставке определенного прибора предоставляет документацию по инсталляционной, операционной квалификации (IQ, OQ) и квалификации эксплуатационных качеств (PQ). Представителями лаборатории и фирмы-поставщика должны заполняться протоколы по каждому этапу квалификации. Кроме того, для инсталляционного и операционного этапов предоставляется набор инструментов для их проведения.

Инсталляционную и операционную квалификацию объединяют в понятие «Механическая калибровка», которая необходима для проверки физических параметров аппаратов для проведения теста «Растворение».

ИНСТАЛЛЯЦИОННАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ

Инсталляционная квалификация включает в себя следующие этапы:

1. Проверка комплектности поставки и отсутствия повреждений (на этом этапе регистрируют в соответствующих документах наименование производителя, модель, серийный номер прибора,

проверяют размеры стаканов, корзинок, лопастей по собственным измерениям и по сертификату соответствия производителя, проверяют стаканы на отсутствие царапин, сколов и трещин, а лопасти - на отсутствие деформации и коррозии).

2. Установка / Инсталляция.
3. Подключение и запуск устройства.
4. Проверка настроек встроенного программного обеспечения [5].

ОПЕРАЦИОННАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ

Операционная квалификация позволяет выявить и устранить факторы, которые могут повлиять на надежность результатов анализа. В связи с этим проводят измерение ряда параметров:

1. Горизонтальность прибора.
2. Вертикальность осей.
3. Вертикальность стаканов.
4. Центрирование стакана/оси.
5. Глубина погружение корзинки/мешалки.
6. Скорость вращения вала.
7. Биение осей.
8. Биение корзинок.
9. Температура в стаканах [6, 7].

Существующие нормативные документы, которые по-разному оценивают выше перечисленные параметры (Таблица 1) [8,9,10,11].

На качество проведения теста «Растворение» могут оказывать влияние вибрации, которые вызывают нежелательные отклонения в данных по растворению. Вибрации могут быть внутренними, вызванные протертыми приводными ремнями, и внешними – центрифуг, вакуумных насосов, и даже уличной стройки и захлопывающихся дверей! Невозможность соответствующим образом измерить уровни вибрации в различных точках аппарата, а также, не менее важные параметры, такие как: дегазация среды, чистота сосудов, является одной из причин проведения эксплуатационной квалификации оборудования [12].

К механической квалификации предъявляются следующие требования:

1. Механическую квалификацию проводят:
 - В соответствии с планом (с периодичностью 6 месяцев, 3 месяца, можно чаще)
 - После перемещения аппарата
 - После ремонта аппарата
2. Проверку условий эксплуатации (осмотр вращающейся корзинки/оси, лопастной мешалки, стаканов, проверку температуры в стаканах) проводят каждый раз при эксплуатации оборудования с обязательным документированием.
3. Обслуживание оборудования проводят в соответствии с рекомендациями производителя [7].

ХИМИЧЕСКАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ

Химическая квалификация, или квалификация эксплуатационных характеристик (performance verification testing, PVT) выполняется путем проведения квалификационного теста, для осуществления которого Фармакопея США (USP) выпускает официальные стандартные таблетки.

До 2009 года для такого испытания требовалось использование таблеток преднизона и салициловой кислоты (называвшиеся таблетками-«калибраторами», распадающимися и нераспадающимися таблетками). Такое испытание называлось «калибровка», что является не совсем верным, так как этим испытанием проводится проверка степени пригодности оборудования к выполнению теста, которую невозможно установить путем механических измерений. Поэтому в дальнейшем оно было переименовано в «проверку эксплуатационных характеристик» [7]. В 2009 году требование испытание с салициловой кислотой было отменено, и таблетки преднизона были переименованы в «Стандартные таблетки». Результаты теста «Растворение» с таблетками преднизона крайне чувствительны к внешним влияниям, в том числе вибрации, что и предопределило их выбор в качестве стандартных.

Стандартные таблетки преднизона прошли межлабораторные исследования в которых участвовало более 30 лабораторий по всему миру с использованием обычных приборов для теста «Растворение» согласно определенному протоколу. По результатам статистической обработки результатов исследований были разработаны критерии приемлемости по среднему геометрическому значению (GMean) и коэффициенту вариации результатов (CV) [3].

Таблица 1 - Спецификации и нормы для механической квалификации оборудования для теста «Растворение»

Параметр	Измерительные приборы	Гармонизированные требования (USP, JP, EP)	FDA DPA-LOP.002	ASTM E2503-07	USP Toolkit версия 2.0
Горизонтальность прибора	Цифровой уровень	Не измеряют	Не измеряют	Горизонтальное расположение	0,5° в каждом из 2 перпендикулярных положениях
Вертикальность осей	Цифровой уровень Сертифицированный измерительный вал	Не измеряют	≤ 0,5° от вертикальной	По уровню	Не измеряют
Вертикальность стаканов	Цифровой уровень Адаптер для стаканов	Не измеряют	≤ 1,0° от вертикальной оси (2 - 90° позиции)	≤ 1,0° вертикальной оси (2 - 90° позиции)	≤ 0,5° вертикальной оси
Центрирование стакана/оси	Цифровая измерительная головка Угловой адаптер Сертифицированный измерительный вал	≤ 2 мм от центральной оси	≤ 1,0 мм от центральной оси	≤ 1,0 мм от центральной оси	≤ 2,0 мм отклонение (4-90° позиции)
Глубина погружения корзинки/мешалки	Цифровая измерительная головка Диск для определения глубины Оси измерения глубины в диске (27,5 мм)	25 ± 2 мм	25 ± 2 мм	25 ± 2 мм (или <8%)	23-27 мм
Скорость вращения	Цифровой тахометр Отражатель	± 4% от заявленной	± 2 об/мин от заявленного значения	± 2 об/мин или ± 2% от заявленного значения (больше)	± 1 об/мин от заявленного значения
Биение осей	Цифровая измерительная головка	Отсутствие значительного биения	≤ 1,0 мм общее биение	≤ 1,0 мм общее биение	≤ 1,0 мм общее биение
Биение корзинки	Цифровая измерительная головка	± 1 мм	≤ 1,0 мм общее биение	≤ 1,0 мм общее биение	≤ 1,0 мм общее биение
Температура	Цифровой термометр	±0.5 °C	±0.5 °C	±0.2 °C	±0.4 °C

Согласно новому критерию приемлемости, химик-аналитик может проводить испытание как в одну, так и в две стадии:

- Испытание в одну стадию – для 12-16 образцов проводят 2 теста «Растворение».
- Испытание в две стадии (опционально) – первый тест проводят с более жестким критерием приемлемости; если результаты первого теста соответствуют нормам, второе испытание не проводят. Если результаты первого теста не соответствуют нормам, то проводят второй тест и рассчитывают среднее геометрическое значение и коэффициент вариации совместно для результатов обоих испытаний [7].

На официальном сайте USP представлена автоматическая таблица для обработки результатов химической квалификации - USP Toolkit версия 2.0, что существенно облегчает работу аналитикам. Кроме того, на сайте USP можно ознакомиться с текущими сериями таблеток преднизона, сертификатами их анализа, а также приобрести их.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ КВАЛИФИКАЦИЙ

Преимущества и недостатки механической и химической квалификации приведены ниже.

Преимущества проведения механической квалификации:

- Простота.
- Выполняется чаще.
- Более жесткие спецификации и нормы, обеспечивающие минимальную механическую вариабельность.

Недостатки механической квалификации:

- Неверная интерпретация сертификатов соответствия для отдельных элементов – их не следует путать с производственными сертификатами соответствия, которые подтверждают, что данные детали были произведены в соответствии со спецификациями Фармакопеи США.
- Субъективность оценки элементов во время использования.
- Не применимо для оценки качества стаканов, вибрации, уровня деаэрации, влияния окружающих условий.

Преимущества химической квалификации:

- Тест «Растворение» проводится полностью, на реальных таблетках.
- Строго соответствует требованиям общей статьи Фармакопеи США «Квалификация аналитического оборудования, требования для проверки эксплуатационных характеристик».
- Позволяет выявить проблемы, связанные с качеством стаканов.
- Позволяет выявить проблемы, связанные с окружающими условиями.

Недостатки химической квалификации:

- Стоимость: цена стандартных таблеток преднизона USP + цена стандартных образцов USP + время работы химика-аналитика. В целом, одна химическая квалификация аппарата может стоить более 4000 евро.
- U.S. FDA предъявляет претензии к вариабельности стандартных таблеток преднизона USP, что может негативно сказаться на оценке результатов квалификации [7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В лабораториях, проводящих исследования по требованиям GMP/GLP, для подтверждения постоянства результатов теста «Растворение», необходимо регулярно проводить механическую и химическую квалификацию оборудования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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. T. 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.
4. Некоторые аспекты квалификации технологического оборудования фармацевтических производств / Архив рубрики «Технологии производства лекарственных средств», 11.2012. URL: <http://pharmobogudovanie.wordpress.com/category/технологии-производства-лекарственн/page/5/> (проверено 17.07.2013)
5. *Квалификация тестера «Растворение» Erweka. Материалы Украинского фармацевтического форума.*

URL: <http://www.uapf.com.ua/blog.php?u=1513&b=77&c=2>

6. Н.-J. Knitter. Механическая Калибровка Тестеров Контроля Растворения / Материалы научно-практической конференции с международным участием «Разработка и регистрация лекарственных средств: прикладные аспекты». – М., 2013.
7. Allan Little. Квалификация оборудования для испытания «Растворение». Механическая квалификация и проверка эксплуатационных характеристик – что следует проводить в Вашей лаборатории? / Материалы научно-практической конференции с международным участием «Испытание «Растворение» в фармацевтической практике. Современные подходы, концепции и биофармацевтические аспекты». – М., 2011.
8. Guidance for Industry: The Use of Mechanical Calibration of Dissolution Apparatus 1 and 2 – Current Good Manufacturing Practice (CGMP). U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research (CDER), 2010
9. ASTM E 2503-07 Standard Practice for Qualification of Basket and Paddle Dissolution Apparatus, 2007
10. Dissolution Toolkit «Procedures for Mechanical Calibration and Performance Verification Test Apparatus 1 and Apparatus 2» Version 2.0, 2010
11. DPA-LOP.002 Mechanical Qualification of Dissolution Apparatus 1 and 2 Version 2, 2006
12. С. Кляйн. Проектирование и калибровка оборудования для проведения тестов растворения // WHO prequalification program. 2007.

Түйін

«Еру» тестісіне арналған жабдыктандың механикалық және химиялық біліктілігі

Г.В. Раменская², Ханс-Юрген Книттер¹, Н.С. Береза^{2*}, Т.А. Ярушок², И.Е. Шохин²

1 – Erweka GmbH, Германия

2 – И.М. Сеченов атындағы Бірінші ММУ МАБМ ЖКБ Ресей ДСМ

*e-mail: berezanatawa@yandex.ru

Берілген мақалада еріткіш жабдыктарының кезең сипаттамасымен біліктілік түрлері қарастырылған, олардың артықшылығымен кемшіліктері, өзіндік ерекшелігі және механикалық біліктілігіне арналған шегі әсер етуші нормативті құжаттар бойынша көрсетілген. Кілт сөздері: еру тесті, механикалық біліктілігі, химиялық біліктілігі.

Summary

Mechanical and chemical qualification of dissolution equipment

G.V. Ramenskaya², Hans-Jürgen Knitter¹, N.S. Bereza², T.A. Yarushok², I.E. Shohin²

1 – Erweka GmbH, Germany

2 – I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

This article describes the types of qualifications for equipment for the dissolution test with a description of the stages, their advantages and disadvantages, as well as shows the specifications and standards for mechanical qualification according to the existing standard documentation. Keywords: dissolution test, mechanical qualification, performance verification testing.

УДК 581.6.582.949.2.581.19.615-092

К ВОПРОСУ СОЗДАНИЯ И ИССЛЕДОВАНИЯ УГЛЕКИСЛОТНОГО ЭКСТРАКТА ТРАВЫ ТАТАРНИКА КОЛЮЧЕГО

У.М. Датхаев, Б.Г. Махатова

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

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена проблеме технологии и исследования углекислотного экстракта травы татарника колючего. Нами было установлено соответствие полученного экстракта нормативным требованиям, что обуславливает дальнейшие исследования по разработке лекарственных форм.

Ключевые слова: татарник колючий, астровые, биологически активные вещества, экстрактивные

вещества, физико-химические показатели, показатели микробиологической чистоты.

Одним из приоритетных направлений развития фармацевтической науки является разработка и производство лекарственных средств растительного происхождения. Так, на мировом рынке доля лекарственных средств данной категории составляет более 40%. В Республике Казахстан существуют благоприятные условия для развития фитохимических производств, что обусловлено наличием мощной сырьевой базы и имеющимися научными разработками в области создания новых лекарственных средств растительного происхождения [1].

За последние десятилетия во всем мире значительно возрос интерес населения к растительным лекарственным средствам в связи с их более мягким действием, меньшим привыканием и побочными эффектами по сравнению с синтетическими средствами. [2].

Не является исключением растение семейства Asteraceae – татарник колючий, которое широко распространено на территории Казахстана.

Биологически активные вещества растений обладают мочегонным, вяжущим, кровоостанавливающим, противовоспалительным, бактерицидным, кровоочистительным действием. Применяются при простудных заболеваниях верхних дыхательных путей, циститах, отеках, истощении нервной системы, анемии, геморрое, кожных заболеваниях.

Для современного производства основными направлениями являются: создание малоотходных технологий, комплексное использование ценного природного сырья, расширение ассортимента целевых продуктов. Большой интерес для исследователей представляют некоторые способы промышленной переработки растительного сырья [3].

В связи с повышением уровня требований к безопасности процессов фармацевтической технологии приводит к необходимости исключения высокотоксичных растворителей из технологии получения лекарственных препаратов на растительной основе и поиску новых эффективных и нетоксичных растворителей. С учетом этого факта диоксид углерода, благодаря своим уникальным свойствам, является эффективной альтернативой ранее использовавшимся органическим растворителям [4]. В соответствии с директивой Евросоюза 84/344/ЕЕС диоксид углерода входит в список разрешенных к применению при экстракции растворителей.

СО₂-экстракция является одним из перспективных методов получения растительных экстрактивных веществ. К числу основных преимуществ диоксида углерода перед другими экстрагентами следует отнести низкие значения критических параметров, таких как безвредность, дешевизну, легкость удаления из экстракта, возможность полной автоматизации процесса, бактериостатические свойства, доступность, физиологическую и экологическую безопасность, химическую инертность. Значительным достоинством для практического использования являются сравнительно высокие стабильность цвета и динамическая вязкость СО₂ – экстрактов [5].

Таблица 1 - Результаты физико-химических испытаний

Наименование показателей	НД на испытания	Требования НД	Фактические результаты
Описание	ГФ РК, ВАНД РК 42-проект	Мазеобразная густая масса коричневого цвета с зеленоватым оттенком, с характерным запахом и горьким вкусом.	Мазеобразная густая масса коричневого цвета с зеленоватым оттенком, с характерным запахом и горьким вкусом.
Идентификация:	ГФ РК, ВАНД РК 42-проект	Цветные реакции, ТСХ	Положительны
Коэффициент Преломления	ГФ РК, ВАНД РК 42-проект	1,33826-1,5010	1,4441
Потеря в массе при высушивании	ГФ РК, ВАНД РК 42-проект	Не более 15.0 %	5,3%
Кислотное число	ГФ РК, ВАНД РК 42-проект	Не более 120.0	31,1
Тяжёлые металлы	ГФ РК, ВАНД РК 42-проект	Не более 0.01 %	Не обнаружены
Количественное определение: сумма флавоноидов в пересчете на рутин	ГФ РК, ВАНД РК 42-проект	Не менее 2,37%	2,68%

Для многих видов лекарственного растительного сырья эта технология может являться способом получения новых оригинальных препаратов.

Из надземной части многолетнего дикорастущего травянистого растения травы татарника колючего – *Oporodon acanthium*L., семейства Астровых – Asteraceae, собранного с конца июня по середину июля на территории Южного Казахстана, был получен густой экстракт татарника колючего.

Экстракт был произведен на базе ТОО «Фито-Аромат». Получение экстракта осуществлялось в до критических условиях на экстракционной установке УУПЭ5л, в соответствии со стандартом предприятия СТ 27658-1910-ТОО-02-2011. В качестве экстрагента использовалась жидкая углекислота. Параметры экстракции: время экстракции – 240 мин; давление – 62 атм.; температура – 23-24°С.

Полученный углекислотный экстракт травы татарника колючего мы исследовали на физико-химические показатели (Таблица 1) и показатели микробиологической чистоты (Таблица 2).

Таблица 2 - Результаты исследований на микробиологическую чистоту

Наименования показателей	Обозначение НД на методы испытания	Требования НД	Фактические результаты
Общее число жизнеспособных аэробных микроорганизмов, КОЕ/г	ГФ РК стр.176 ГФ XI вып.2 стр.193	Не более 104	2*101
Грибы, КОЕ/г	ГФ РК стр.176 ГФ XI вып.2 стр.193	Не более 102	1*101
Семейство Enterobacteriaceae в 1,0 г	ГФ РК стр.176 ГФ XI вып.2 стр.193	Не более 100	Не обнаружены
E.coli	ГФ РК стр.176 ГФ XI вып.2 стр.193	Не допускаются	Не обнаружены
Salmonella в 10,0 г	ГФ РК стр.176 ГФ XI вып.2 стр.193	Не допускаются	Не обнаружены
Staphylococcus aureus в 1,0 г	ГФ РК стр.176 ГФ XI вып.2 стр.193	Не допускаются	Не обнаружены

Таким образом, было установлено, что полученный нами углекислотный экстракт травы татарника колючего соответствует требованиям, предъявляемым нормативной документацией всем показателям качества, что обуславливает дальнейшие исследования по созданию новых лекарственных форм.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адехенов С.М. Развитие фитохимии и перспективы создания новых лекарственных препаратов // Поиск и создание методов получения фитопрепаратов: сб трудов. – Алматы: Ғылым, 1997. – С. 3-22
2. Кукес В.Г. Фитотерапия с основами клинической фармакологии // Под ред. акад. РАН В. Г. Кукеса, М.: Медицина, 1999. – 192 с.
3. Гончарова Т.А. Татарник колючий – *Oporodon acanthium*L. Семейство сложноцветные // Энциклопедия лекарственных растений, М.: Изд. дом МСП, 1979. – 58 с.
4. Lang, Q., Wai C.M. Supercritical fluid extraction in herbal and natural product studies – a practical review // Talanta. – 2001. – Vol. 53, № 12. – P. 771-782
5. Бутто С. В., Касьянов Г. И., Коробицын В. С. И др. Использование экстракционных свойств жидкого диоксида углерода для извлечения ценных компонентов из растительного сырья. – Краснодар: КубГТУ, 1998. – 38 с.

Түйін

Тікенді шағыртікен шөбінің экстрактысын зерттеу және құрастыру сұрақтары
У.М. Датхаев, Б.Г. Махатова

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

Бұл мақала тікенді шағыртікеннің көмірқышқылды экстрактының технологиясы мен зерттеуіне арналған. Біздің алынған экстракттың нормативтік талаптарға сай екенін анықтағанымыз дәрілік қалыптарды жасау бойынша бұдан былайғы зерттеулерге мүмкіндік береді.

Symmary

The establishment and research of carbon dioxide extract of Onopordon acanthium L.

U.M. Dathaev, B.G. Makhatova

Kazakh National Medical University S.D. Asfendiyarov, Almaty

This article is dedicated to the technology and research of carbon dioxide extract of Onopordon acanthium L. We found that received extract is corresponds to normative requirements what gives opportunity for future researches of developing of drug forms.

УДК 616.72 – 008.331.1-085

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБИВОЛОЛА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Ж.М. Сейдалина

ГККП «Шымкентская городская поликлиника №5», г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

В исследование включено 23 пациента с артериальной гипертонией, из них 18 женщин и 5 мужчин. Средний возраст 52,8 лет. Средняя продолжительность заболевания 7,3 лет. Всем пациентам проводилось обследование, которое включало клинический осмотр, регистрацию электрокардиографии с оценкой дисперсии интервала Q—T. Небиволол назначался в виде монотерапии в течение 3 месяцев. Оценивались скорость и уровень снижения артериального давления и частоты сердечного сокращения. Использование небиволола привело к уменьшению степени и скорости подъема артериального давления в утренние часы.

Ключевые слова: небиволол, артериальная гипертония, артериальное давление, частота сердечного сокращения, антигипертензивные препараты

В развитых странах сердечно–сосудистые заболевания (ССЗ) по–прежнему доминируют в структуре заболеваемости и смертности [1,2]. Пусковыми звеньями являются артериальная гипертония (АГ) и сахарный диабет [3]. Многочисленные исследования доказывают наличие прямой взаимосвязи между уровнем артериального давления (АД) и риском развития инфаркта миокарда (ИМ), острого и преходящего нарушения мозгового кровообращения, хронической сердечной недостаточности (ХСН) [4,5]. Мета–анализ MacMahon et al., основанный на результатах 9 проспективных исследований, включивших в общей сложности более 400000 больных, еще раз подтвердил, что вероятность развития ишемической болезни сердца (ИБС) находится в прямой линейной зависимости от уровня как систолического (САД), так и диастолического АД (ДАД) [6,7]. В настоящее время, среди всех исследованных антигипертензивных средств широко и успешно применяются β-блокаторы [8]. Небиволол является единственным β-блокатором с непосредственным сосудорасширяющим эффектом, который приводит к быстрому снижению периферического сопротивления за счет стимуляции эндотелиально обусловленного выделения оксида азота (NO), способного вызывать релаксацию гладкой мускулатуры сосудов, не оказывая негативного воздействия на сократимость левого желудочка [9].

Цель исследования. Оценить эффективность небиволола у пациентов с артериальной гипертонией.

Материалы и методы. В исследование включено 23 пациента, из них 18 (78,3%) женщин и 5 (21,7%) мужчин. Средний возраст 52,8 лет. Средняя продолжительность заболевания 7,3 лет. АГ I степени была диагностирована у 14 (60,9%) пациентов, II степени у 9 (39,1%) пациентов (по классификации ВОЗ, 1999г.) с

возможностью монотерапии небивололом. Среди всех пациентов, вошедших в исследование, преобладали люди трудоспособного возраста. Включение пациентов в исследование осуществлялось при первом визите на основании следующих признаков: возраст от 30 до 75 лет; АД на момент включения от 140/90 до 180/110 мм рт. ст.; длительность АГ более 1 года; наличие гипертрофии левого желудочка по данным ЭхоКГ (индекс массы миокарда левого желудочка более 100 г/м² для женщин и более 125 г/м² для мужчин). Исходно (до назначения небиволола) проводилось обследование пациентов, которое включало клинический осмотр, регистрацию ЭКГ с оценкой дисперсии интервала Q—T. Через 3 месяца терапии всем пациентам проводилось повторное обследование в объеме исходного. Всем пациентам рекомендована немедикаментозная терапия: прекращение курения, снижение избыточной массы тела, уменьшение употребления поваренной соли, уменьшение потребления алкоголя, увеличение физической активности. Небиволол назначался в виде монотерапии в течение 3 мес. Оценивались скорость и уровень снижения АД и ЧСС.

Результаты и обсуждение. При лечении небивололом гипотензивный эффект наблюдался у всех (100%) пациентов. Через 2 недели от начала исследований 1 (4,3%) пациент был исключен в связи с развитием брадикардии (ЧСС менее 50 ударов в минуту). При этом у 3 (13,1%) больных с изначально диагностированной АГ легкой степени дозу небиволола удалось снизить до 2,5 мг/сут с хорошим гипотензивным эффектом. Всем остальным пациентам терапия небивололом проводилась в дозе 5 мг/сут.

Таблица 1 - Демографические и антропометрические данные в зависимости от пола пациентов АГ

Пол	Мужчины (n = 5)	Женщины (n = 18)
Средний возраст, лет	49,9 ± 3,4	53,0 ± 4,1
Средняя продолжительность анамнеза, лет	51,8 ± 3,8	53,8 ± 5,6
САД, мм рт. ст.	163,4 ± 4,1	161,7 ± 5,1
ДАД, мм рт. ст.	98,7 ± 3,1	99,1 ± 3,2

Как видно из таблицы 1 по исходным демографическим и антропометрическим данным подгруппы мужчин и женщин с АГ не различались между собой.

Таблица 2 - Динамика АД после 3 месяцев лечения больных АГ

Показатели	До лечения	После лечения
САД, мм рт. ст.	162,8 ± 5,6	136,7 ± 4,8
ДАД, мм рт. ст.	97,8 ± 3,9	83,1 ± 3,1

В таблице 2 показано, что к концу исследования САД снизилось статистически достоверно (p<0,01,) по сравнению с исходным уровнем на 22,4%, ДАД уменьшилось на 13,1%, т. е. через 3 месяца лечения в среднем по группе были достигнуты целевые уровни давления (САД — 136,7 ± 4,8, ДАД — 83,1 ± 3,1 мм рт. ст.). При этом частота пульса уменьшилась в равной степени. В ряде исследований показано, что САД является более значимым прогностическим фактором поражения органов-мишеней, чем ДАД.

Таким образом, терапия небивололом достоверно уменьшила число больных с повышенной суточной вариабельностью САД и ДАД. Использование небиволола привело к уменьшению степени и скорости подъема АД в утренние часы. При оценке величины индекса площади АД было выявлено значительное снижение этого показателя, особенно для САД, что отражает уменьшение риска поражения органов-мишеней. При контроле показателей ЭКГ каких-либо нарушений проводимости у обследованных больных не отмечалось. Препарат в терапевтических дозах не угнетает систолическую функцию.

Выводы: 1. Небиволол в дозе 2,5 мг/сут является эффективным антигипертензивным препаратом для лечения АГ легкой степени. 2. В дозе 5 мг/сут является эффективным антигипертензивным средством для лечения АГ I-II степени. 3. Применение небиволола приводит к значительному снижению показателя САД, что отражает уменьшение риска поражения органов-мишеней.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маколкин В.И., Подзолков В.И. Гипертоническая болезнь. // М.; 2000. – С.-96.
2. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертензия 2000.М.; С. 208.
3. Dzau V., Braunwald E. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronary artery disease: a workshop consensus statement. Am. Heart J. 1991; 121(4 Pt 1), P-1244–1263.
4. Stamler J., Neaton J., Wentworth D. Blood pressure (systolic and diastolic) and risk of fatal coronary heart disease. Hypertension 1993, P- 2–12.

5. MacMahon S., Peto R., Cutler J., et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 1990, P-765–774.
6. Kannel W.B. Fifty years of Framingham Study contributions to understanding hypertension. *J. Hum. Hypertens.* 2000, P -83–90.
7. Kannel W.B. Risk stratification in hypertension: new insights from the Framingham Study. *Am. J. Hypertens.* 2000; 13 (1 Pt 2):3S–10S.
8. Sub-Comitato WHO/ISH: Linee-guida 1993 per il trattamento del hipertensione lieve. *Aggiornamento Medico (Luglino)* 1993; 211—226.
9. Bowman A.J., Chen C. PI-H. Nitric oxid mediated venodilatator effects of nebivolol. *Br J Clin Pharmacol* 1994;38:199—204.

Түйін

Артериалды гипертониядағы небивололдың қолдануы
Ж.М. Сейдалина
МҚКО №5 Шымкент қалалық емхана, Шымкент қ.

Артериалды гипертониясы бар 23 науқас зерттеуге алынды, олардың ішінде 18 әйелдер және 5 ер кісі. Орташа жасы 52,8. Аурудың орташа ұзақтығы 7,3 жыл. Барлық науқастарға зерттеу жүргізілді, оның ішінде клиникалық қарау, электрокардиографияның тіркелуі Q—T интервалының бағалауы. 3 ай ішінде монотерапия түрінде Небиволол тағайындалды. Артериалды қысымының жылдамдығы мен деңгейінің төмендеуі мен жүрек жиырылуының жиілігі бағаланды. Небивололдың қолдануы артериалды қысымының дәрежесі мен жылдамдығының таңғы сағатта азаюына алып келді.

Summary

Experience nebivolol in hypertension
Zh.M. Seidalina
SSE "Shymkent city hospital № 5", Shymkent

The study included 23 patients with hypertension, including 18 women and 5 men. The average age of 52,8 years. Mean disease duration of 7,3 years. All patients underwent examination, which included clinical examination, electrocardiography registration with the assessment of the variance of the interval Q-T. Nebivolol was administered as monotherapy for 3 months. Evaluated the speed and level of reduction of blood pressure and heart rate. The use of nebivolol has reduced the extent and rate of rise of blood pressure in the morning.

УДК: 616.12-008.331.1:575.853

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСФОРЖА® У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Д.Р. Рашитова
ГККП «Шымкентская городская поликлиника №5», г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

Под наблюдением находились 30 больных с артериальной гипертонией 2 степени, риск 3, сердечной недостаточностью 2 ФК, средний возраст 51,5±1,3 лет. Больные принимали Эксфорж® 1 раз в сутки. Эксфорж® оказывает положительное действие на клинические, гемодинамические и функциональные показатели у больных с артериальной гипертонией и сердечной недостаточностью.

Ключевые слова: Эксфорж, артериальная гипертония, сердечная недостаточность, антигипертензивная терапия, комбинированная терапия антагонистов кальция и ангиотензин-2 рецепторов.

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

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

Цель исследования. Изучение антигипертензивной эффективности Эксфоржа® у больных с АГ и сердечной недостаточностью (СН).

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

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

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

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

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

Через 3 месяца проводимая терапия Эксфоржом® способствовала статистически достоверному достижению целевого уровня АД: среднее САД составило 121,2±1,6мм рт.ст., среднее ДАД - 76,4±1,8мм рт.ст. Показатели «нагрузки давлением» по индексу вариабельности (ИБ) САД и ДАД статистически достоверно уменьшились за сутки, как в дневное, так и в ночное время. Уровень утреннего подъема САД и ДАД достоверно снизился (с 170,3±1,6 мм рт.ст. до 136,5±1,7 мм рт.ст.; 102,5±1,4 мм рт.ст. до 89,7 ±1,5 мм рт.ст., соответственно, (p<0,05). Средняя степень ночного снижения (СНС) САД исходно составила 7,6±1,5%, на фоне проводимой терапии достоверно увеличилась до 11,9±1,3%, СНС ДАД – с 10,5±1,3% до 15,7±1,8%, p<0,05. Эксфорж® не влиял на исходно нормальную частоту сердечных сокращений (ЧСС). При изучении структурно-функционального состояния миокарда у больных АГ в сочетании с СН выявлено

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

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

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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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

ТҮЙІН

Артериалды гипертониясы мен жүректің жетіспеушілігі бар науқастарда эксфорждың® қолдануы
Д.Р. Рашитова

МҚКО №5 Шымкент қалалық емхана, Шымкент қ.

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

SUMMARY

Experience exforge® in patients with hypertension and heart failure
D.R. Rashitova

SSE "Shymkent city hospital № 5", Shymkent

30 patients with an arterial hypertension of 2 degrees, risk 3, heart insufficiency of 2 functional class, middle age $51,5 \pm 1,3$, are investigated years. Patients received Exforge® in a daily dose 1 tablet. Exforge® positive impact on studied clinical, haemodynamic, functional indicators at sick of an arterial hypertension and heart insufficiency makes.

УДК 616.12-004.5:615.272.4

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ж.М. Сейдалина, Д.Р. Рашитова, Л.К. Жағипарова, Л.Б. Тленчина, Ш.Т. Адырбекова
ГККП «Шымкентская городская поликлиника №5», г. Шымкент, Областная клиническая больница, г. Шымкент, ГККП Центральная поликлиника, г. Шымкент, Городская поликлиника №2, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

Под наблюдением находились 25 больных в возрасте 52-74 года со стабильной стенокардией. Всем больным был назначен симвастатин в дозе 20-40 мг. В результате гиполипидемической терапии отмечена снижение частоты ишемических приступов, снижение дозы препарата, увеличение толерантности к физическим нагрузкам, снижение общего холестерина.

Ключевые слова: симвастатин, ишемическая болезнь сердца, гиполипидемическая терапия, общий холестерин, липопротеиды очень низкой плотности.

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

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

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

Результаты и обсуждение. Анализируя полученные данные в основной группе после 6 недель лечения симвастатином в дозе 20 мг в сутки, выявлено снижение количества приступов стенокардии в сутки (в среднем на 30%), уменьшением дозы принимаемых антиангинальных препаратов и повышением толерантности к физической нагрузке. Отмечены изменения и со стороны биохимических показателей крови, так у 18 (72%) больных основной группы выявлено достоверное снижение уровня общего холестерина с $6,3 \pm 1,1$ до $4,4 \pm 0,9$ ммоль/л ($p < 0,01$), достоверное снижение ЛПНП с $4,1 \pm 1,01$ до $2,7 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,001$). А у 7 больных основной группы выявлена сниженная чувствительность к симвастатину в дозе 20 мг/сут. Так в этой категории больных снижение уровня триглицеридов был в два раза меньшим (на 12 и 23% соответственно). В связи с чем больным была увеличена доза до 40 мг/сут, в результате чего были достигнуты целевые уровни липидов крови.

Анализируя данные в контрольной группе было обнаружено, что у 7 (46,7%) больных отмечено достоверное снижение общего холестерина с $6,5 \pm 0,9$ до $4,8 \pm 0,8$ ммоль/л ($p < 0,01$), достоверное снижение ЛПНП с $4,1 \pm 0,2$ до $3,1 \pm 0,4$ ммоль/л ($p < 0,01$). У 8 больных (53,3%) применение лечебного питания привело к снижению уровня холестерина и триглицеридов.

Выводы. Таким образом, применение симвастатина в дозе 20-40 мг/сут у больных ИБС с гиперхолестеринемией приводит к снижению частоты ишемических атак, снижению дозы принимаемых антиангинальных препаратов, повышению толерантности к физической нагрузке, снижению атерогенного холестерина ЛПНП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Falk E., Shan P.K., Fuster V. Coronary plaque disruption. Circul. 1995; 92:657-671.
2. VanderWal A.C., Becker A.E., Van der Loos C.M., Das P.K. Site of intimal rupture or erosion of thrombosed coronary atherosclerotic plaques is characterized by an inflammatory process irrespective of the dominant plaque morphology. Ibid 1995; 89:36-44.

ТҮЙІН

Жүректің ишемиялық ауруы бар науқастарда симвастатиннің клиникалық тиімділігі

Ж.М. Сейдалина, Д.Р. Рашитова, Л.К. Жагіпарова, Л.Б. Тленчина, Ш.Т. Адырбекова
МҚКО №5 Шымкент қалалық емхана, Шымкент қ., Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент қ.
МҚКО Орталық емхана, Шымкент қ., №2 Шымкент қалалық емхана

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

SUMMARY

Clinical efficacy simvastatin in patients ischemic heart disease
Zh.M. Seidalina, D.R. Rashitova, L.K. Zhagiparova, L.B. Tlenchina, Sh.T. Adyrbekova
SSE "Shymkent city hospital № 5", Shymkent
Regional clinical hospital, Shymkent, SSE " Central hospital ", Shymkent, City hospital № 2, Shymkent

In research it has been included by 25 sick astable stenocardia, at the age from 52 till 74 years. By all patient has been appointed simvastatin in a dose of 20-40 mg. Against gipolipidemic therapies decrease in frequency of ischemic attacks, decrease in a dose accepted antianginals preparations, tolerance increase to physical activity, decrease in the general cholesterol isn'ted.

УДК 616.24.002.3:51

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ГРИППА

Аймагамбетова З.Т

ГККП "Сарысуйская центральная районная больница", Жамбылская область, с. Саудакект.

АННОТАЦИЯ

В данной статье показана эффективность препаратов антигриппин и антигриппин П в лечении острых респираторно- вирусных инфекций и гриппа.

Ключевые слова: острая респираторно-вирусная инфекция, грипп, антигриппин, лечение.

Одним из наиболее актуальных вопросов современной медицины является профилактика и лечение острых респираторных вирусных инфекций, главным образом, гриппа[1,2]. Заболеваемость гриппом существенно превосходит заболеваемость всеми другими инфекционными заболеваниями (около 80 % от общего числа инфекционных заболеваний). Во время эпидемии гриппа заболевает до 40-70% всего населения.

С каждым годом эпидемия гриппа приобретает все более угрожающий масштаб, и что особенно важно сопровождается широким спектром осложнений, затрагивающих жизненно важные системы организма [3,4].

Острые респираторные вирусные инфекции-самые распространенные инфекционные заболевания у детей. Значительный уровень заболеваемости ОРВИ обусловлен высокой восприимчивостью к возбудителям данных инфекций, большим многообразием этиологических агентов, а также воздушно-капельным путем передачи.

Входными воротами для возбудителей ОРВИ является слизистые верхних дыхательных путей (нос, глотка, гортань). Респираторные вирусы, проникая в клетки эпителия верхних отделов респираторного тракта, начинают активно реплицироваться. Размножение вирусов сопровождается цитопатическим эффектом, степень выраженности которого обусловлена особенностями возбудителя. В слизистых респираторного тракта при этом развивается воспаление, сопровождающееся вазодилатацией с увеличением проницаемости сосудистой стенки и усиленной экссудацией. Клиническими проявлениями этих процессов являются катаральные симптомы (насморк, кашель, гиперемия слизистых небных миндалин, глотки и др).

Лечение ОРВИ строится в зависимости от индивидуальных особенностей человека и клинической

картины заболевания, так же у пациентов с тяжелыми вариантами инфекции показано использование не только симптоматических, но и противовирусных препаратов.

Сложный симптомокомплекс ОРВИ и гриппа требует большого количества медикаментозных средств. В схему лечения вирусных инфекций включают противовирусные препараты, главным образом интерферон и интерфероногены, нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики и антипиретики. Многие из этих препаратов содержат высокие терапевтические дозы активного компонента, и наряду с выраженным фармакологическим действием, во многих случаях способны вызвать токсико-аллергические реакции. Противовирусные препараты Антигриппин и Антигриппин П, разработанные фирмой «Леовит», содержат компоненты, подавляющие развитие основных симптомов респираторной вирусной инфекции, объединенные в одной лекарственной форме. Они совмещают эффективное анальгезирующее, жаропонижающее и противовоспалительное действие.

Исследования специфической фармакологической активности Антигриппина и Антигриппина П показали статистически достоверное жаропонижающее и анальгезирующее действие препаратов при использовании дозы 8 мг/кг. Отмечали эффективное купирование экссудативного процесса, отека и гиперемии слизистой оболочки дыхательных путей, снижение симптомов интоксикации и респираторного синдрома.

Наряду с ингредиентами, купирующими симптомы ОРВИ и гриппа, Антигриппин и Антигриппин П содержат биологически активные компоненты, ингибирующие развитие возбудителя заболевания, подавляющее патогенетические проявления вирусной инфекции и способствующие профилактике постгриппозных осложнений.

Противовирусная активность Антигриппина и Антигриппина П связана со способностью аскорбиновой кислоты активировать эндогенную выработку организмом специфических противовирусных белков интерферона и пропердина, стимулировать активность некоторых иммунокомпетентных клеток, в частности фагоцитарную активность, приводящую к разрушению вирусов и бактериальных клеток.

Для Антигриппина и Антигриппина П характерна ангиопротекторная активность, обусловленная рутином и аскорбиновой кислотой. Эти компоненты оказывают комплексное воздействие на сосудисто-тканевую барьер: аскорбиновая кислота укрепляет сосудистую стенку, стимулируя синтез основного компонента соединительной ткани коллагена, тогда как рутин защищает соединительную ткань от повреждения гиалуронидазой. Кроме того, рутин в сочетании с кальцием способствуют снижению проницаемости сосудисто-тканевого барьера, и в результате сохраняют физиологически оптимальную микроциркуляцию и предотвращают развитие геморрагического синдрома.

Аскорбиновая кислота и рутин, являясь наиболее важными компонентами антиоксидантной системы организма, способствуют восстановлению тканей, поврежденных при лихорадке и под воздействием вирусных токсинов.

Таким образом, Антигриппин и Антигриппин П обладают широким терапевтическим действием, и как показали многочисленные исследования практически не токсичны. В частности, в дозе до 6500-7000 мг/кг эти препараты побочных эффектов не вызывают, т.е. могут быть отнесены к V классу – практически нетоксичным веществам. Следует отметить, что рекомендуемая доза препаратов составляет 8 мг/кг.

Немаловажным аспектом в снижении токсико-аллергического воздействия препаратов является снижение дозы основных ингредиентов димедрола и парацетомола (в Антигриппине П) в два раза в сравнении с другими противогриппозными препаратами. Такая дозировка является физиологически оптимальной для человеческого организма, в связи, с чем действие препарата ограничивается его фармакологической активностью, исключая токсическое воздействие.

Антигриппин и Антигриппин П являются первыми запатентованными отечественными противовирусными препаратами, выпускаемые в таблетированной форме, история которых насчитывает немногим более десятка лет. За этот короткий период они привлекли многочисленных поклонников среди врачей и пациентов, отметивших их высокую эффективность в лечении ОРВИ и гриппа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Усов.И.Н. Диагностика, лечение, профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний / И.Н. Усов.- Минск: 2006.- 312 с.
2. Яковцев С.В. Клиническая фармакотерапия вирусных инфекций/ С.В. Яковцев.-М: 2002.-218 с.
3. Огай Е.А. Руководство по инфекционным болезням/ Е.А. Огай.- Алматы: 2000.- 512 с.
4. Мусабаев И.К. Руководство по воздушно-капельным инфекциям/И.К.Мусабаев .-Т:Медицина, 1982.- 407 с.

ТҮЙІН

Жедел респираторлы вирусты инфекция және грипп
З.Т. Аймағамбетова

МҚКҚ «Сарысу орталық аудандық ауруханасы», Жамбыл облысы, Саудақент с.

Жедел респираторлы вирусты инфекция және грипп ауруын емдеуде Антигриппин және Антигриппин П препаратының тағайындалу әсерлілігі көрсетілген. Түйін сөздер: жедел респираторлы вирусты инфекция, тұмау, антигриппин, емдеу.

SUMMARY

Treatment of sharp respiratory infections and flu.

Z.T. Aimagambetova

«Sarysu central district hospital», Zhanbyl a, Saudakent v.

The efficiency of the prescribing Antigrippin and Antigrippineta in acute viral infections and flu. Key words: sharp respiratory infections, flu, antigrippin, treatment.

УДК 616.6-002.3-036:616.379-008.64-089

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Баймухамбетов Ж.Ж. Нурмашев Б.К. Ербосынов Г.М.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент.

Областная клиническая больница, г.Шымкент

В статье авторы делятся опытом антибактериального лечения 30 больных с гнойными поражениями верхних мочевых путей на фоне сахарного диабета. Результаты посева и чувствительности микробов к антибиотикам показали эффективность сочетанного применения цефалоспоринов 3 поколения с метронидазолом. Подобная комбинация позволила сократить пребывание на стационарном лечении, продлить сроки ремиссии и улучшить качество жизни.

Ключевые слова: сахарный диабет, инфекции мочевых путей, микробы, антибактериальная терапия, цефтриаксон, цефазолин.

Сахарный диабет (СД), является одним из наиболее распространенных заболеваний в мире и представляет собой острейшую медико-социальную проблему [1]. Прогресс в лечении СД привел, с одной стороны, к увеличению продолжительности жизни этих больных, а с другой – к возрастанию частоты различных осложнений. Нарушение углеводного обмена оказывает негативное влияние, практически на все органы и системы организма, в том числе на мочеполовую систему. Среди основных урологических осложнений при СД наиболее часто встречаются инфекции мочевых путей (ИМП) и тесно связанные с ними воспалительные заболевания почек.

Распространенность мочевой инфекции у больных СД в 3 раза превышает аналогичный показатель для общей популяции и составляет 18 на 1000 населения [2,3]. Инфекции мочеполовых путей (ИМП) у больных (СД) очень распространены и имеют тенденцию к постоянному росту и рецидивированию. Они встречаются как в амбулаторной, так и во внутрибольничной практике [4]. При хронических инфекциях мочевыводящих путей при условии своевременной санации и устранения причины возникновения инфекции, есть все основания ожидать замедления дальнейшего прогрессирования заболевания. В современной медицине используется широкий арсенал антибактериальных средств, что может обеспечить подавление любых микроорганизмов. Однако, клиническая практика свидетельствует о том, что, назначение антибиотиков не всегда является гарантией успешного лечения [5].

Развитие токсических воздействий гипергликемии, микро- и макро ангиопатии, способствующие ишемии почек, автономной нейропатии, приводящей к нейрогенной дисфункции мочевого пузыря и хронической задержке мочи, недостаток гликогена, приводящий к ухудшению условий питания клубочково-канальцевого аппарата, снижение фагоцитарной активности лейкоцитов являются патогенетическими факторами, обуславливающими развитие инфекций мочевыводящих путей и воспалительных заболеваний почек при СД [6].

Другой важной проблемой является постоянный рост резистентности возбудителей инфекционно-воспалительных урологических заболеваний к широко применяемым антибактериальным средствам, что заставляет клиницистов искать новые подходы к антибиотикотерапии [7,8]. Особенно быстро развивается резистентность нозокомиальных штаммов микроорганизмов, что обуславливает особые трудности лечения тяжелых госпитальных инфекций [8]. Важным аспектом является и то, что наблюдается тенденция к увеличению количества больных пожилого и старческого возраста, которые, помимо сахарного диабета, страдают иммунодефицитом, полиорганной недостаточностью. Кроме того, на фоне сахарного диабета появляется и прогрессирует хроническая почечная недостаточность.

Антибактериальная терапия проводится при наличии клинических признаков бактериальной инфекции. Вместе с тем необходимо учитывать, что в пожилом возрасте симптоматика может быть скудной. С возрастом увеличивается частота бессимптомной бактериурии вследствие различных факторов (неполное опорожнение мочевого пузыря, гиподинамия, двигательные расстройства).

Среди этиологических факторов заболевания доминирующую роль играют грамотрицательные бактерии кишечной группы (*E.coli* 80-90%), гораздо реже *S. saprophyticus* (3-5%), *Klebsiella spp.*, *P.mirabilis* и др. С другой стороны, изменение тактики бактериологического обследования позволило доказать существенную роль анаэробной флоры в этиологии пиелонефрита [9]. Выше перечисленные предпосылки явились основанием для более детального изучения спектра возбудителей, причастных к развитию и поддержанию хронического пиелонефрита у больных СД [10].

Лечение инфекций мочевых путей, как и инфекций любой другой локализации, часто проводят эмпирически, не дожидаясь результатов бактериологического исследования. В амбулаторных условиях посев мочи, скорее, является исключением, чем правилом. Для лечения инфекций мочевых путей используют antimicrobные препараты, которые обладают достаточной активностью в отношении основных возбудителей и выводятся почками в неизменном виде, что позволяет обеспечить высокую концентрацию антибиотика в моче, значительно превышающую минимальную подавляющую концентрацию (МПК) для основных возбудителей. При выборе антибиотика решающее значение имеют локализация (верхние или нижние отделы мочевых путей) и тип инфекции (осложненный или неосложненный). Придерживаясь рациональной тактики антибиотикотерапии, можно избежать таких нежелательных последствий, как распространение антибиотикоустойчивых штаммов возбудителей и проявления токсичности лекарственных средств.

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (2010) по лечению ИМП, у пациентов с осложненным пиелонефритом рекомендуется терапия фторхинолонами, аминопенициллинами с ингибиторами β -лактамаз, цефалоспоридами II-III поколения, карбопенемами и аминогликозидами. Однако, известно, что применение аминогликозидов у пациентов с СД, в связи с их выраженной нефротоксичностью, возможно только в исключительных случаях и под тщательным контролем функции почек.

Цель исследования: Оценка эффективности некоторых видов антибактериального лечения у пациентов с патологией мочевыделительной системы на фоне сахарного диабета.

Материалы и методы: Исследование проводилось на 30 больных с поражением мочевыводящих путей на фоне сахарного диабета, пролеченных в Шымкентской городской поликлинике №6 и областной клинической больнице г.Шымкента с 2007 по 2012 годы. Возраст пациентов от 30 до 65 лет. Длительность заболевания инфекцией мочеполовых путей составляла от 5 до 10 лет. Больным с момента поступления в стационар назначали интенсивную консервативную терапию, которая включала диету, сахароснижающие препараты, антибиотики с учетом их фармакокинетики и путей их выведения.

Все больные были разделены на 2 группы. Основная группа больных включала 18 больных (мужчин-10, женщин - 8). Из них с инсулиннезависимым типом (2 тип)-11 больных, инсулинзависимым типом (1 тип) было-7 больных. Это группа получала в качестве антибактериального лечения препарат цефтриаксон в дозировке 1.0гр. в комбинации с метронидазолом в дозировке 100,0. В контрольную группу вошли 12 больных (мужчин-8, женщин-4). Из них (2 тип)-9 больных, (1 тип) 4-больных, которым проводилось лечение цефазолином 1.0гр. в комбинации с метронидазолом 100,0. Препараты из группы цефалоспоринов вводились в/в струйно 1 г препарата растворяли в 10 мл воды для инъекций. Раствор вводили медленно в течение 3-5 мин. Метронидазол вводили в/в капельно медленно по 100,0 мл-2 раза/сут. Продолжительность лечения составила 10 дней. Объем антибактериальной терапии подбирался с учетом формы воспалительного процесса и тяжести нарушения углеводного обмена. Функциональное состояние почек оценивалось по уровню креатинина и мочевины крови, от которого зависели суточные дозы антибактериальных препаратов. При клиренсе креатинина 60-41 мл/мин назначался цефтриаксон по 1.0 гр в комбинации с метронидазолом 100,0-2 раза каждые 12 часов, при клиренсе креатинина 40-26 мл/мин каждый 24 часа, при клиренсе креатинина 25-15 мл/мин дозу препарата уменьшали до 500 мг каждые 24 часа

Кроме того по показаниям в комплексе назначались инфузионно-трансфузионная терапия, сосудорасширяющие, антиагреганты, витамины. Повторные посевы мочи проводили каждый месяц до стойкой ремиссии. Больным с нарушением уродинамики верхних мочевых путей проводилась лечебная катетеризация мочеточника и почек.

Для верификации диагноза мы применили общеклинические методы (жалобы, анамнез, лабораторные данные, ультразвуковые исследования, бактериологический посев мочи). Оценка эффективности проводимой терапии осуществлялась через 6-10 суток, после получения результатов бактериологического исследования причем отдельно в каждой подгруппе 1 и 2 групп больных. Для статистической обработки и оценке достоверности клинического материала использовали критерий Стьюдента.

Результаты: По нашим данным у больных при посеве выявлены следующие микроорганизмы (см.таблицы 1; 2).

Таблица 1 - Виды микроорганизмов, высеянные у больных

Микроорганизм	Количество выделенных культур
<i>Proteus spp.</i>	9
<i>Klebsiella sp.</i>	6
<i>E.coli</i>	3
<i>Staphylococcus spp.</i>	2

Таблица 2 - Чувствительность к антибиотикам микроорганизмов, выделенных у больных

Антибактериальные препараты	<i>Proteus spp.</i>	<i>Escherichia coli</i>	<i>Klebsiella sp.</i>	<i>Staphylococcus spp.</i>
Цефтриаксон	71,5	91,5	64,3	33,3
Цефазолин	45,8	56,8	33,3	15,5

При анализе данных после проведения лечения 1 группы, и лечения больных 2 группы с антибиотиками различных групп, наблюдались достоверные различия. Быстрая и стойкая положительная динамика течения ИМП на фоне СД получена нами у основной группы на 6-7 сутки. У всех пациентов отмечалось уменьшение болей, симптомов интоксикации. Количество лейкоцитов составило в среднем $8,1 \pm 1,2 \times 10^9$, палочкоядерных нейтрофилов $3,0 \pm 2,2$, СОЭ до $10,7 \pm 6$ мм/ч. При анализе мочи лейкоцитурия более 10 в поле зрения отмечалась у 2 (11,36%), белок-0,033г/л. По данным биохимических исследований, уровень мочевины составил $6,1 \pm 3,6$ ммоль/л, уровень креатинина составил $67 \pm 5,3$ мкмоль/л. При ультразвуковом исследовании почек на стороне поражения размеры почки составили $11,17 \times 4,34$ мм., толщина паренхимы $18,5 \pm 0,54$ мм.

На фоне лечения цефтриаксоном в комбинации с метронидазолом отмечена эрадикация у 17 из 20 выделенных микроорганизмов, что составило 85,8%. Персистирование возбудителей после лечения наблюдалось в 2 случаях: в 1-х случаях высеивалась *Klebsiella sp.*, в 1-х других *Staphylococcus spp.* Средний койко-день пребывания в стационаре составил $10,9 \pm 1,8$.

В контрольной группе к шестым суткам боли в поясничной области сохранялись у 8 (46,66%) пациентов, лихорадка до 38⁰C – у 2 (20%); количество лейкоцитов в крови составило в среднем $9,2 \pm 1,3 \times 10^9$, палочкоядерных лейкоцитов $4,0 \pm 2,2$, СОЭ до 11 ± 2 мм/ч. В анализе мочи лейкоцитурия отмечалась у 3 (35%) пациенток, белок-0,099г/л персистирование возбудителей после лечения наблюдалось в 7 случаях: 2, *Klebsiella sp.* - 2, *Staphylococcus spp.* - 1, *Proteus spp.* - 2, *Candida albicans*.

При ультразвуковом исследовании размеры почки на стороне поражения в среднем составили $10,5 \times 4,7$ мм, толщина паренхимы в среднем $2,03 \pm 0,7$ см. При этом следует отметить, что тем пациентам, у которых сохранялась лихорадка до 37,5, боли в поясничной области, явления интоксикации, свидетельствующие о продолжении атаки пиелонефрита. Им потребовалась коррекция и усиление антибактериальной терапии, продолжение дезинтоксикационной терапии, что естественно привело к увеличению не только материальных затрат, но и сроков пребывания в стационаре. Средний койко-день в данной группе составил $14,2 \pm 2,1$.

Сравнительный анализ эффективности консервативной терапии выявил значительный эффект сочетания цефалоспорины 3 поколения (цефтриаксон) с метронидазолом, по сравнению с контрольной группой, которым применяли цефалоспорины 1 поколения (цефазолин) с метронидазолом. Тем самым сократился срок пребывания больного на стационарном лечении на 4 дня, продлились сроки ремиссии и улучшилось качество жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сунцов Ю.И. Дедов И.И. Шестакова М.В. Скрининг осложнения СД как метод оценки качества лечебной помощи больным. М.- 2008.
2. Efstathiou S.P., Pefanis A.V., Tsioulos D.I., et al. Acute pyelonephritis in adults: prediction of mortality

- and failure of treatment // Arch. Intern. Med. – 2003. – Vol. 163, № 10. – P.1206-1212.
3. Иванов Д.Д., Корж О.М. Нефрология в практике семейного врача. – Киев: Аврора плюс, 2006. – 272 с.
 4. Аничкова И.В. Пиелонефрит у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом и рефлюкс нефропатией // Матер. Рос. научн.-практ. конф. «Акт. пробл. нефрологии: инфекции мочевой системы у детей. –Оренбург, 2001. – С.245.
 5. Набока Ю.Л. Вирусно-бактериальные ассоциации при пиелонефрите у детей: Автореф. дис. ... докт. мед. наук.– Ростов на Дону, 2006. – 42 стр.
 6. Деревянко И.И., Лопаткин Н.А. Неосложненные и осложненные инфекции мочеполовых путей. Принципы антибактериальной терапии // Рус. мед. журн.— 1997.—№ 24.— С. 1579—1589.
 7. Maxipime NDA Submission (United States), Bristol-Myers Submission (United States), Bristol-Myers Squibb Company. 1993.
 8. Рафальский В.В., Страчунский Л.С., Кречикова О.И. Резистентность внебольничных возбудителей инфекций мочевыводящих путей на основании многоцентровых микробиологических исследований УТИАР-1 и УТИАР-II // Урология. – 2004. – № 2. – С.13-17.
 9. Сидоренко С.В., Страчунский Л.С., Ахмедова Л.И. и др. Результаты многоцентрового исследования сравнительной активности цефепима и других антибиотиков в отношении возбудителей тяжелых госпитальных инфекций (программа "Microtax")//ж. Антибиотики и химиотерапия 1999.-№44 (11).-С.7-16.
 10. Сидоренко С.В., Иванов Д.В. Результаты изучения распространения антибиотикорезистентности среди возбудителей внебольничных инфекций мочевыводящих путей // Антибиотики и химиотерапия. – 2005. – Т. 50, № 1. – С.3-10.
 11. Holland N.H., Jacson E.C., Kazee M., et al. Relation of urinary tract infection and vesicoureteral reflux to scars: follow-up of thirty-eight patients // J. Pediat. – 1990. – Vol.116, № 5. – P.65-71.

ТҮЙІН

Қант диабеті негізінде науқастардың зәр шығару жүйесінің іріңді қабыну ауруларынан бактерияға қарсы емдеу тиімділігі

Ж.Ж.Баймухамбетов, Б.К.Нурмашев, Г.М.Ербосынов

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы

Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент қаласы

Бұл мақалада авторлар қант диабеті негізінде жоғарғы несеп жолдарының іріңді-қабыну ауруына шалдыққан 30 науқасты антибактериалдық жолмен емдеу барысы қарастырылған. Антибиотиктермен емдеу нәтижесінде, қабылданған 3 қатарлы цефалоспориндердің және метронидазолдардың науқастардың микробтарына әсер ету сезімталдығы байқалды. Екі дәрілік заттың сәйкес келуі барысында ауруханалық емді алу ұзақтық мерзімі қысқартылды және өмір сүру қабілетін жақсартты.

SUMMARY

Efficiency of antibacterial treatment at patients with purulent pathology of the urinary system against diabetes

Baymukhambetov Zh., Nurmashev B., Erbosynov G.

Southern Kazakhstan state pharmaceutical academy, Shymkent

Regional clinical hospital, Shymkent

In this article analyzed by basically diabetic patients in a higher urinary system's way purulent lesions of the 30th patients. The results of antibiotic preparation culture and sensitivity of microbes to antibiotics have shown the effectiveness of the combined use of three-generation cephalosporin with metronidazole. This combination has reduced by exposure to the landline date of treatments, prolong remission and improve quality of life.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭГИЛОКА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Г.В. Догадкина**Городская поликлиника №4. г. Шымкент*

АННОТАЦИЯ

По последним данным в нашей стране известно, что распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) в РК составляет 7%, а распространенность ХСН III–IV функционального класса (ФК) по NYHA – 2,1%. Годовая смертность от ХСН достаточно высокая. Среди пациентов с ХСН I–IV ФК средняя годовая смертность составляет 6%. Поэтому вопросы лечения этих больных представляют особую актуальность для клинической практики.

Ключевые слова: сердечная недостаточность, β -блокаторы, терапия, доза.

β -блокаторы относятся к основным средствам для лечения ХСН, т.е. лекарствам, эффект которых доказан, сомнений не вызывает, и которые рекомендованы именно для лечения ХСН (степень доказательности А). В 2012 г. приняты новые Европейские рекомендации по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности, в которых сказано, что β -блокаторы рекомендованы в добавление к ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) или к антагонистам рецепторов к ангиотензину II (АРА) в случае непереносимости ингибиторов АПФ всем больным с систолической ХСН II–IV ФК с фракцией выброса (ФВ) $\leq 40\%$.

Число наблюдаемых пациентов было 39 (20-мужчин, 19-женщин), из них 12 человек были госпитализированы по поводу инфаркта миокарда (ИМ). У пациентов ХСН II–IV ФК по NYHA и ФВ менее 40%. Средняя ФВ составила 28%. Большинство больных получали сопутствующую терапию диуретиками, ингибиторами АПФ и дигоксином. Период наблюдения составил 1 год. Начальная доза метопролола сукцината CR/XL составляла 12,5–25 мг/сут. В течение 6 нед. дозу препарата увеличивали до 100 мг/сут., а в последующем – до 200 мг/сут. при условии компенсированной гемодинамики (к концу исследования доза фуросемида варьировала в среднем от 60 до 100 мг/сут.). Распространенность ХСН среди мужчин выше, чем среди женщин в возрастной группе до 60 лет. Однако за счет большей продолжительности жизни число женщин, имеющих ХСН, в 2,6 раза превосходит число мужчин (72 против 28%). Женщины были старше (65 лет, $p < 0,001$), с более тяжелым течением застойной сердечной недостаточности (более высокий ФК, чаще наблюдаются АГ, сахарный диабет, но несколько выше ФВ), однако среди женщин было меньше курильщиков, пациенток с ишемической болезнью сердца (ИБС) и мерцательной аритмией.

Согласно протоколу, после двухнедельного периода отмывки начиналась титрация метопролола CR/XL с доз 12,5–25 мг, причем пациенты с исходно более тяжелым течением ХСН (III–IV ФК NYHA) начинали титрование с дозы 12,5 мг-до 200 мг однократно в сутки. Повышение дозы проводилось каждые 2 нед. В итоге к концу 2-го мес. пациенты вышли на дозы, которые они получали в ходе дальнейшего исследования.

Распределение высокие дозы/низкие дозы: • высокие дозы – доза препарата в исследовании более 100 мг/сут.; • низкие дозы – доза препарата в исследовании менее либо равная 100 мг/сут.

Высокие дозы препарата получили 22, низкие – 17 пациентов (дозы были достигнуты в ходе титрации и являлись максимальными для каждого пациента в отдельности, что оценивалось по ЧСС и уровню АД). Сравнение исходных характеристик обеих групп наблюдения дало следующие результаты: группа низких доз включала в себя в основном пациентов с тяжелым течением ХСН – III–IV ФК NYHA (67 против 53%), была значительно старше по возрасту (65,9 против 62,5 лет), с исходно более низким АД и большей частотой ИБС в качестве причины ХСН. Кроме того, в группе низких доз чаще встречался ИМ в анамнезе.

Эффективность метопролола сукцината CR/XL не зависела от этиологии ХСН (ишемическая или неишемическая), возраста больных, наличия артериальной гипертензии (АГ) или сахарного диабета. Несколько большая эффективность метопролола сукцината CR/XL была отмечена у больных ХСН III и IV ФК по сравнению с больными ХСН II ФК по классификации NYHA. Клиническое состояние больных с ХСН улучшилось, что обусловлено повышением толерантности к физической нагрузке и положительным влиянием препарата на измененную диастолическую функцию миокарда левого желудочка. Кроме того, назначение Эгилока больным с ХСН достоверно уменьшает ее выраженность и снижает ФК.

Стартовая доза метопролола сукцината для больных ХСН составляет 12,5 мг 1 раз/сут., терапевтическая – 100 мг, максимальная доза – 200 мг 1 раз/сут. Для метопролола сукцината титрация дозы составляет: 12,5 – 25 – 50 – 75 – 100 – 200 мг. Период титрации составляет промежуток по 2 нед., а при сомнительной переносимости – по 4 нед. В новых Европейских рекомендациях по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности (2012 г.) также имеется алгоритм лечения АГ у больных с симптоматической сердечной недостаточностью (NYHA II–IV ФК) и систолической дисфункцией: 1.

Ингибитор АПФ (или АРА), β -блокатор и антагонист минералокортикоидных рецепторов – в качестве терапии первой, второй и третьей линии соответственно (Класс I, A). 2. Тиазидный диуретик (или добавление петлевого диуретика, если пациент уже получает тиазидный диуретик) в случае, если сохраняется повышение АД несмотря на комбинацию ингибитора АПФ (или АРА) + β -блокатор + антагонист минералокортикоидных рецепторов (Класс I, C). 3. В случае, если по-прежнему сохраняется повышенное АД, рекомендован амлодипин (Класс I, A), гидралазин (Класс I, A) или фелодипин (Класс IIa, B).

Моксонидин и α -адреноблокаторы не рекомендованы (Класс III, B и класс III, A соответственно).

Влияние метопролола сукцината на течение ХСН у пациентов с АГ. АГ является одной из основных причин развития ХСН в Казахстане (86% случаев), как и ИБС (59% случаев). Комбинация АГ и ИБС встречается у половины больных ХСН. Из 39 пациентов с АГ наблюдались 35. Получая метопролол CR/XL, у них достоверно снизилось артериальное давление до САД-152,4+-1.2мм.рт.ст., а ДАД-92,1+-2,3мм.рт.ст. Следовательно, метопролола сукцинат является эффективным препаратом для лечения больных ХСН и АГ.

В качестве начальной терапии АГ при наличии застойной ХСН рекомендованы петлевые и тиазидные диуретики, иАПФ, БРА, β -АБ и антагонисты альдостерона. АК дигидропиридинового ряда могут быть назначены в случае недостаточного антигипертензивного эффекта или при наличии стенокардии. Недигидропиридиновые АК не используются из-за возможности ухудшения сократительной способности миокарда и усиления симптомов ХСН. Диастолическая дисфункция ЛЖ выявляется практически у всех больных АГ, имеющих ГЛЖ, что часто сопровождается развитием сердечной недостаточности и ухудшает прогноз. В настоящее время нет доказательств преимущества какого-либо класса антигипертензивных препаратов у этих пациентов. Применение метопролола сукцината высокоэффективно и безопасно у пациентов как с умеренной, так и с тяжелой ХСН, у больных разного пола, возраста, с титрованной дозой препарата и наличием сопутствующих заболеваний (АГ, сахарный диабет).

В настоящее время на фармацевтическом рынке широко используется метопролола тартрат (Эгилок, Эгилок Ретард, фармацевтическая компания «Эгис»). Метопролола тартрат подавляет влияние повышенной активности симпатической системы на сердце, а также вызывает быстрое снижение частоты сердечного ритма, сократимости, сердечного выброса и АД. При ХСН на фоне идиопатической гипертрофической обструктивной кардиомиопатии метопролола тартрат, начиная с низких доз (2 \times 5 мг/сут.) с постепенным повышением дозы, значительно улучшает работу сердца, качество жизни и физическую выносливость пациента. Т.В. Тюрина и соавт. в своем исследовании показали высокую антиангинальную эффективность Эгилока, его способность увеличивать толерантность к нагрузкам, уменьшая клинические проявления сердечной недостаточности, дисциркуляторной энцефалопатии, а также существенное улучшение качества жизни при приеме данного препарата.

По данным О.Г. Смоленской и соавт., применение Эгилока возможно и рационально при ХСН как на фоне АГ, так и при исходно нормальном АД. При этом достоверно улучшается клиническое состояние больных с ХСН, что обусловлено повышением толерантности к физической нагрузке и положительным влиянием препарата на измененную диастолическую функцию миокарда левого желудочка. Кроме того, назначение Эгилока больным с ХСН достоверно уменьшает ее выраженность и снижает ФК.

В 2012 г. компания «Эгис» зарегистрировала Эгилок С (метопролола сукцинат). Таким образом, Эгилок С может успешно применяться при лечении АГ и ХСН, что позволит существенно увеличить эффективность и безопасность терапии данных заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности. Российские рекомендации, третий пере-смотр // Сердечная недостаточность. – 2010. – Т. 11 (№ 1). – С. 69–160.
2. Тюрина Т.В., Гротова А.В., Крылова Л.Г., Бухенский И.М. Эффективность и безопасность Эгилока ретард при лечении артериальной гипертензии у пожилых людей // Артериальная гипертензия. – 2008. – Т. 14, № 1. – С. 143–146.
3. Смоленская О.Г., Жданова И.В., Семятникова Н.М., Силкина Н.Н. Эгилок в лечении хронической сердечной недостаточности у больных с нормальным и повышенным уровнем АД // Рос. кардиол. журнал. – 2002. – № 4. – С. 48–52.

ТҮЙІН

Созылмалы жүрек жетіспеушілігінің ем барысында эгилокті қолдану

Догадкина Г.В.

№4 Қалалық емхана, Шымкент қ.

Біздің мемлекетімізде соңғы мәліметтер бойынша созылмалы жүрек жетіспеушілігінің саны артуда, ал СЖЖ III–IV функциональды класс (ФК) NYHA бойынша – 2,1%. СЖЖ –тан жылдық өлім көрсеткіштері өте жоғары. Пациенттердің арасында СЖЖ I–IV ФК орта өлім көрсеткіші 6% құрайды. Сондықтан клиникалық практикада осы науқастарды емдеу өте маңызды.

SUMMURY

The application of egyptok in the treatment of the chronic heart failure

G.V.Dogadkina

Municipal policlinic №4. Shymkent

According to recent reports in this country know that the prevalence of chronic heart failure (CHF) in Kazakhstan is 7%, and the incidence of CHF III-IV functional class (FC) NYHA - 2,1%. Annual deaths from heart failure is quite high. Among patients with CHF I-IV FC average annual mortality rate of 6%. Therefore, issues of treatment of these patients are of particular relevance to clinical practice.

УДК 616.12-008-085:615.013.23

ПРИМЕНЕНИЕ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ

Г.В.Догадкина

Городская поликлиника №4. г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

В пожилом возрасте почти в половине случаев одновременно у одного и того же больного встречаются артериальная гипертония (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС), а также проблемы со стороны почек. Антагонисты кальция (АК) с успехом используется как в лечении больных с повышенным артериальным давлением (АД), так и ИБС (при почечной недостаточности).

Ключевые слова: артериальная гипертония, антагонисты кальция, дозы, комбинация препаратов, почечная недостаточность.

Антагонисты кальция подразделяются на дигидропиридиновые производные (нифедипин, фелодипин, нитрендипин, лацидипин, амлодипин и др.), фенилалкиламины (верапамил) и бензодиазепины (дилтиазем) (табл. 1). Последние две группы АК обладают, в отличие от дигидропиридинов, отрицательным инотропным (снижение сократительной способности миокарда) и отрицательным хронотропным (замедление ритма сердца) действием. Амлодипин, представитель 3-го поколения АК, обладает наиболее продолжительным антигипертензивным и антиишемическим действием.

На три поколения АК делятся из-за следующих параметров: продолжительность действия и частота приема препаратов; частота и выраженность побочных эффектов; отрицательное инотропное, хронотропное действие, замедление атриовентрикулярной проводимости; предсказуемость реакции на препарат, которая зависит от биодоступности, объема распределения.

АК по фармакологическим эффектам разделяются на 2 группы: кардиоселективные (изоптин, дилтиазем) и вазоселективные (дигидропиридины).

По влиянию на частоту сердечных сокращений: на урежающие частоту пульса, или «брадикардитические» (изоптин, дилтиазем), и увеличивающие или не изменяющие его (дигидропиридины). Положительные эффекты первого поколения антагонистов кальция (нифедипин, верапамил и дилтиазем), следующие: замедляют рост начальных минимальных атерогенных поражений в сосудах, уменьшают адгезию моноцитов, замедляют высвобождение факторов роста и пролиферацию гладкомышечных клеток, уменьшают способность макрофагов к захвату эфиров холестерина; не вызывают задержки натрия и воды; оказывают антиангинальное и антиишемическое действие благодаря уменьшению постнагрузки на сердце вследствие периферического вазодилатирующего эффекта и снижению сопротивления системных сосудов, прямому отрицательному инотропному действию на миокард и уменьшению перфузии миокарда при ишемии.

Отрицательные эффекты АК первого поколения: быстрое начало действия, ведущее к нейрогуморальной активизации; короткая продолжительность действия и необходимость многократного приема; нежелательный отрицательный инотропный эффект и способность к замедлению

атриовентрикулярной проводимости; большие колебания между максимальными и минимальными концентрациями на протяжении междозового интервала; низкая тканевая селективность и наличие таких побочных эффектов, как рефлекторная тахикардия, вызванная первичным вазодилатирующим эффектом, покраснение лица, отечность в области лодыжек, головная боль, головокружение и запоры.

Отличительные признаки антагонистов кальция II и III поколений: менее выраженный отрицательный хронотропный эффект; большая продолжительность действия; большая селективность в отношении коронарных и мозговых сосудов.

В клинической практике часто используют формы антагонистов кальция длительного действия: верапамил SR, нифедипин-XL, -Ретард, -GITs, фелодипин-SR и др. (табл. 2).

АК широко используются при лечении артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и легочной гипертензии, а в лечении вариантной стенокардии у пожилых больных они превосходят нитраты и В-адреноблокаторы.

Антигипертензивная эффективность антагонистов кальция несколько увеличивается с возрастом, так как, улучшая эластические свойства аорты и ее ветвей, они снижают систолическое артериальное давление в большей степени, чем диастолическое давление. Снижение повышенного АД уменьшает риск развития фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений, причем АК, в этом плане не уступают препаратам сравнения, считающимся стандартными – диуретикам и В-блокаторам. Амлодипин сопоставим по эффективности с ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) и блокаторами ангиотензиновых рецепторов. АК со средней продолжительностью действия нитрендипин способен предупреждать развитие сердечно-сосудистых осложнений у больных пожилого возраста с изолированной систолической артериальной гипертензией.

В течение года мы наблюдали 20 больных с ИСГ (пожилые больные с ИСГ). Лечение начинали с приема 10 мг нитрендипина, доза которого при необходимости могла быть увеличена до 40 мг. В случае, когда даже высокие дозы нитрендипина не позволяли контролировать уровень АД, больным назначался эналаприл 5 мг, доза которого при необходимости могла быть увеличена в несколько этапов до 20 мг. Если комбинация этих 2-х препаратов также оказывалась неэффективной, больным назначался третий препарат – гидрохлортиазид в дозе от 12,5 до 25 мг. Снижение АД происходило в группе достоверно.

Результаты лечения: к концу года лечения систолическое и диастолическое АД нормализовалось во всех возрастных группах и составило: в I возрастной группе (60–69 лет) САД 147,7±2,2 мм рт.ст., ДАД 75,3±2,1 мм рт.ст.; в II группе (70–79 лет) САД 148,2±2,5 мм рт.ст., ДАД 78,2±2,3 мм рт.ст.; в III группе (80 лет и старше) САД 152,2±1,3 мм рт.ст., ДАД 77,6±1,1 мм рт.ст.

К концу года терапии 52% больных всех возрастных групп достигло желаемого гипотензивного эффекта на монотерапии нитрендипином. Назначали малые дозы препаратов в начале лечения и постепенно их повышали при необходимости. Достигнутая нормализация артериального давления за время наблюдения снизила риск развития мозгового инсульта, инфаркта миокарда, у 12 больных со стабильной стенокардией АК снизили частоту приступов стенокардии: до лечения в среднем 2-4 раза в неделю, после лечения -1-2 в 2 недели; повысили толерантность к нагрузкам, АК существенно улучшили качество жизни больных. Для постоянного лечения стенокардии назначали только пролонгированные лекарственные формы или длительно действующие АК нового поколения. У 3 больных было сопутствующее заболевание-хронический обструктивный бронхит. Длительная терапия нифедипином улучшила состояние больных (уменьшились признаки вторичной легочной гипертензии) Из всех свойств АК особое внимание заслужили: 1. Обратное развитие гипертрофии левого желудочка при длительном назначении АК у больных артериальной гипертензией. 2. Нефропротективное действие. 3. Антиатерогенное действие АК.

Общим свойством АК является липофильность, которой объясняется их хорошая всасываемость в желудочно-кишечном тракте (90–100%), и единственный путь элиминации из организма – метаболизм в печени. Поэтому антагонисты кальция являются наиболее предпочтительными для лечения АГ или стенокардии напряжения у больных с нарушенной функцией почек. У больных с подозрением на цирроз печени для лечения стенокардии и АГ лучше не использовать АК.

Способность верапамила вызывать запор послужила основанием для его использования в качестве антидиарейного средства, в частности, у больных с дискинезией толстой кишки (или синдромом раздраженной толстой кишки).

АК – единственный класс антигипертензивных препаратов, эффект которых не ослабевает при совместном применении с нестероидными противовоспалительными препаратами (при длительной терапии АГ у больных с ревматоидным артритом).

Антагонисты кальция снижают ОПС, мало влияют на нормальное АД (что важно при лечении лабильной гипертензии), не дают серьезных побочных эффектов, не изменяют показатели липопротеидного профиля крови, благоприятно влияют на почечный кровоток, оказывают вазопротективное действие, вызывают регресс гипертрофии левого желудочка. Их нужно успешно применять при сочетании АГ и ИБС у пожилых больных.

Таблица 1-Классификация антагонистов кальция

Дигидропиридины			Фенилалкиламины		Бензодиазепамы
Поколение					
I	II	III	I	II	
Нифедипин	Нимодипин Фелодипин Исрадипин Нитрендипин Никардипин Нисолдипин	Амлодипин Лацидипин Лерканидипин	Верапамил	Галлопамил Анипамил Фалипамил	Дилтиазем

Таблица 2 - Дозы и кратность приема антагонистов кальция

Препарат	Доза (мг/сут)	Кратность приема
Амлодипин	5-10	1
Верапамил-ретард(SR)	240-480	1-2
Дилтиазем-ретард (LP)	180-360	2
Исрадипин	5-10	2
Исрадипин-ретард (SR)	5-10	1
Лацидипин	2-6	1
Никардипин-ретард (SR)	60-120	2
Нисолдипин-ретард	20-40	1-2
Нитрендипин	10-40	1-2
Нифедипин-ретард	30-60	1
Фелодипин-ретард	5-10	1

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения. М.: Медицина. - 2003. - 256 с
2. Комиссаренко И.А., Особенности клинической картины и диагностики у больных сочетанием ишемической болезни сердца и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Дисс. на соискание уч. ст. к.м.н., М.: Медицина. - 1999.
3. Преображенский Д. В., Сидоренко Б. А. Лечение артериальной гипертензии. М.: Медицина. - 2004. 215 С.
4. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В. Антагонисты кальция. М. Медицина. - 1997.

Түйін

Артериалды гипертензия және жүрек ишемиясы бар егде жастағы науқастарда кальций антагонистерді қолдану

Догадкина Г.В.

№4 Қалалық емхана, Шымкент қ.

Егде жастағы науқастардың жартысында бүйрек ауруларымен артериялық гипертензия(АГ) және жүректің ишемия ауруы (ЖИА) бірге кездеседі. Кальций антагонистері артериялық гипертензиясында, жүректің ишемия ауруында(ЖИА) (бүйрек жеткіліксіздігінде) пайдаланылады.

Summary

The application of calcium for elderly patients at arterial high blood pressure and ischemic illness of antagonists
G.V.Dogadkina
Municipal polyclinic №4. Shymkent

In old age, arterial hypertension (AH) , coronary heart disease (CHD) and problems with the kidneys are found nearly in half of the cases at the same time in the same patient. Calcium antagonists (AA) have been successfully used in the treatment of patients with high blood pressure (BP) and also with CHD (during the renal insufficiency).

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Хайрулла А.Х., Умарова А.Н., Байсенгирова Н.К., Мустафаева Н.Н., Калдыгозова К.Е., Сатымбекова А.Ш., Кауысбекова Р.Ж.

ЮКГФА, Областная детская клиническая больница, Городская детская больница №1, г.Шымкент.

АННОТАЦИЯ

В большинстве случаев ЖДА обусловлен алиментарными причинами, но немаловажное значение в его возникновении имеют также возраст ребенка и социально-экономические факторы. Под нашим наблюдением в 2012-2013 году находились 260 детей с сопутствующими диагнозами в возрасте от 2 месяцев до 3 лет. Все они прошли обследование, лечение и ферротерапию с последующим наблюдением на педиатрическом участке.

Ключевые слова: ЖДА, причины, лечение, профилактика, ферротерапия.

Анемия – снижение числа эритроцитов и/или уровня гемоглобина. Материалы, опубликованные (ВОЗ, 1998) позволяют осознать важность проблемы дефицита железа (ДЖ): в мире около 1,8 млрд. человека страдает от железодефицитной анемии (ЖДА) [1-2]. В детском возрасте 90% всех анемий составляют ЖДА (М. Хертл, 1990), у взрослых эта цифра составляет 80%. Остальные 10% (у взрослых 20%) приходится на другие виды анемии: наследственные и приобретенные гемолитические анемии, конституциональные и приобретенные апластические анемии. Дефицит витамин В₁₂, фолиевой кислоты очень редко встречается в педиатрической практике [3-4]. Примерно ¼ - 1/3 детей имеет ЖДА, максимальной частотой встречаемости у детей второго полугодия жизни (примерно 50%) и подростковом периоде (30%-40%), очень широко распространена ЖДА среди женщин детородного возраста.

Дети раннего возраста во всех странах как высокоразвитых, так и с развивающейся экономикой, входят в группу высокого риска по развитию ЖДА [2-4]. Этому способствуют несколько основных причин: 1) дети, с рождения находящиеся на искусственном вскармливании, нерациональное введение прикорма, преимущественно вегетарианская пища; 2) ДЖ при рождении (недоношенные дети, дети от матери с ЖДА) часто повторяющимися беременностями и родами; 3) острые и хронические инфекционные заболевания.

Цель данной публикации – обратить внимание педиатров на своевременную диагностику, профилактику на лечение ЖДА и на возможности рациональной фармакотерапии ЖДА у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 260 больных возрасте от 2 месяцев до 3 лет, госпитализированных в 2012 году и в начале 2013 года в грудничковые отделения областной детской клинической больницы г. Шымкент, которым в связи с сопутствующими диагнозами ЖДА, назначены ФП, в дальнейшем с проведением и отслеживанием этих детей на педиатрическом участке. Дети ЖДА I степени составили 174 (67%), II степени 66 (25%) и III степени 20 (8%). Анализированы амбулаторные карты, анамнестические данные, этапы питания, результаты клинических и лабораторных исследований.

Результаты исследований по оценке эффективности и безопасности и использования различных ферро препаратов – сульфатных солей железа и гидроксид – полимальтазного комплекса – дали обоснование стратегии лечения ЖДА у детей раннего возраста.

ЖДА, для которых характерны определенные клинические знаки: бледность кожи и слизистых оболочек, особенно хорошо выявляется при осмотре конъюнктивы нижнего века, сглаженные сосочки языка, тусклость и ломкость волос, истончение ногтей и их ложкообразные вогнутость (койлонихия), систолический шум на верхушке сердца, извращения вкуса, снижение мышечного тонуса, особенно сфинктеров, сопровождающееся у маленьких детей недержанием мочи и стула при кашле, смехе, чихании. Длительное течение ЖДА при отсутствии лечения сопровождается задержкой психомоторного, предречевого и речевого развития, снижением когнитивных функций, даже спустя многие годы после купирования симптомов анемии [4-8]. Именно непредсказуемость отдаленных последствий ЖДА делает ее глобальной проблемой для всего мирового сообщества [9].

На основании снижения показателей Нв выделяют 3 степени тяжести анемии: I – легкая степень: $90 > \text{Hb} < 110$ (120) г/л; (а число эритроцитов снижено до $3,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$). II – средняя степень: $70 > \text{Hb} < 89$ г/л; (число эритроцитов $2,5-3,4 \cdot 10^{12}/\text{л}$). III – тяжелая степень: $\text{Hb} < 70$ г/л; (число эритроцитов менее $2,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$).

Установление диагноза «ЖДА» в типичных случаях не представляет особых трудностей: для этого требуется исследование гемограммы и определение показателей метаболизма железа. Критериями верификации ЖДА, согласно рекомендациям Рабочей Группы по анемиям ВОЗ и ЮНЕСКО [8], выявляется снижение значений $\text{Hb} < 110$ г/л (у детей от 2 месяцев до 5 лет), изменение эритроцитарных индексов

(RDW, MCH, MCV, MCHC) и снижение СФ < 12 мкг/л. При этом кривая распределения эритроцитов по объёму (RDW) расширяется и становится > 15% (анизоцитоз); в то же время уменьшаются содержание Нв в эритроците (MCH) < 28 пг (гипохромоз), средний объём эритроцитов (MCV) < 70 фл (микроциттоз) и средняя концентрация Нв в эритроците (MCHC) < 30 г/л (анизоцитоз и пойкилоцитоз). Параметры железного статуса при ЖДА изменяются следующим образом: значения СФ и железа сыворотки (ЖС) снижаются (соответственно < 12 мкг/л и < 10 мкмоль/л), значения ОЖСС и трансферина (Тф) - увеличиваются (соответственно > 70 мкмоль/л и > 2,6 г/л).

После того, как диагноз установлен, можно приступить к лечению. Целью терапии ЖДА является устранение ДЖ и восполнение запасов железа в организме, что возможно только с помощью ферропрепаратов (ФП). Общепризнанным подходом к назначению ФП при ЖДА является оральный путь введения, поскольку он наиболее приближен к физиологическим процессам абсорбции железа.

Общими принципами назначения препаратов железа в педиатрии являются:

- преимущественное назначение препаратов внутрь и редкость парентерального введения из-за возможных побочных эффектов (лихорадка, аллергические реакции (кожный зуд, артралгии, дерматит, анафилактический шок), постинъекционные абсцессы и флебиты, гипотензия, увеличение риска бактериальных инфекций вплоть до сепсиса, гемосидероз и др.);

- суточная доза должна составлять по элементарному железу 3-5 мг/кг. Большие дозы не увеличивают эффективность лечения, но дают больше побочных эффектов (расстройство функции желудочно-кишечного тракта, вплоть до изъязвления, стенозов, непроходимости; увеличение риска кишечных инфекций), суточную дозу препарата делят на 3 приема;

- длительность назначения железа в лечебной дозе должна быть не менее 3 месяца, ибо на первом этапе это – купирующая терапия, восполняющая уровень Нв и периферические запасы железа (обычно около 1- 1,5 месяцев); на втором этапе необходимо восстановление тканевые запасы железа и на третьем – осуществлять противорецидивные мероприятия.

- препараты железа надо давать в промежутке между едой и запивать их свежими фруктовыми или овощными соками (особенно хороши цитрусовые соки). Нельзя запивать препараты железа молоком;

- нет необходимости одновременно с препаратами железа назначать витамины В₆ и В₁₂, фолиевую кислоту – при отсутствии специальных показаний.

Богаты железом красное мясо (3,5 мг/100г), печень 6-12 мг/100г). Яйцо (3мг/100г), наилучшее усвоение (20-25%) - из мяса и печени. Детские смеси имеют добавки железа, детям на грудном вскармливании препараты железа при анемии вводят с 4 месяцев до введения прикорма богатой железом продуктами.

Таблица 1- Содержания железа и его усвоение из коммерческих препаратов.

Препарат	содержание железа
Гемофер, хлорид железа, усвоение 20%- 1,5мг в капле	
Железо восстановленные, усвоение	
Сульфат железо усвояемость 15%	
Активферин Ферро-фольгамма (с витамином В ₁₂ , фолиевой кислотой)	34,5-45 мг в /кап. 1 таб., 5 мл сироп
Сорбифер, Ферроград-С, Ферро-градумет (с витамином С)	100- 1005 мг в таб.
Тардиферон (с витамином С)	80 мг в 1 таб.
Ферроплекс (с витамином С)	10 мг в 1 таб.
Железо глюконат (усвояемость 20%)	
Тотема (с Сг+Мп) – с 3 лет	50 мг в 10 мл р-ра
Фумарат железа (усвояемость 3- 35%)	
Ферретаб (сфолиевой кислотой)	50 мг в 1 капс.
Железо фумарат	115мг в 1 капс. 350 мг
Железо полимальтозат (всасывание повышается при дефиците железа, снижается при повышении дозы)	
Феррум Лек, Фенюльскомплекс, мальтофер, Ферри	
Феррум Лек, мальтофер (с 4 мес.)	

Если есть эффект лечения, быстро улучшается самочувствие, через 7-10 дней появляется ретикулоцитоз 30-80% и через месяц – повышения уровня Нв. Лечение продолжают еще 4-6 недель для пополнения запасов железа. Железо в/м не ускоряет лечение, но у новорожденных повышает риск сепсиса; его используют (до 100 мг, лучше с 0,5% р-ром новокаина из-за болезненности) при нарушении кишечного всасывания. При анемии на фоне острой инфекции железо вводят не ранее 3-4-й недели при сохранении низких цифр Нв. Грудным детям предпочтительны жидкие препараты. Переливание крови или

эритроцитарной массы при ЖДА не показано, т.к. в них мало железа.

Наблюдение на участке за детьми, перенесшие ЖДА I-II степени, осуществляется не менее 6 месяцев, перенесшие ЖДА III степени не менее 1 года. Важная роль в реабилитации больных ЖДА принадлежит режимным мероприятиям, полноценному питанию включением продуктов, богатых железом (красное мясо животных, рыба, морепродукты, шпинат, бобовые, яблоко и др.), достаточному пребыванию на свежем воздухе.

Полученные нами результаты исследований, проведенные под эгидой ВОЗ и других медицинских сообществ, служат основой для более высокой оценки роли железа в развитии человека, далеко ходящей за пределы транзиторных расстройств или даже анемизации [14]. В этой связи совершенно понятно, что восполнение запасов железа при его нехватке должно проводиться высоко эффективными и безопасными «идеальными» ФП. На сегодня препаратом выбора для лечения и профилактики ЖДА является оригинальный препарат на основе гидроксид - полимальтозного комплекса железа, производимой под названием Мальтофер (Вифеор, Швейцария). В нем удачно сочетаются уникальные свойства, обеспечивающие высокую антианемическую активность, удобство приема, минимальное число нежелательных явлений.

Түйін

Ерте жастардағы балалардағы теміржетіспеушілік анемия: диагнозы, емі және алдын алу.
Хайрулла А.Х., Умарова А.Н., Байсенгирова Н.К., Мустафаева Н.Н., Калдыгозова К.Е., Сатымбекова А.Ш.,
Кауысбекова Р.Ж.

ЮКГФА, Областная детская клиническая больница, Городская детская больница №1, г.Шымкент.

Көп жағдайларда ТЖА тамақтандыру дұрыс болмау себептерінен, сонымен қатар әлеуметтік-экономикалық фактор, жас ерекшеліктеріне де байланысты туындайды. Біздің бақылауымызда 2012-2013 жылы 260 бала қосымша диагнозы ТЖА 2 айлықтан 3 жасқа дейін болды. Барлығы толық тексерулерден кейін емін алды, ферротерапия жүргізілді, педиатрия учаскелерінде бақыланды. Түйін сөздер: ТЖА, себептері, емі, алдын-алу, ферротерапия

Summary

Iron deficiency anemia in young children: diagnosis, treatment and prevention
Khairulla A.Kh., Baysengirova N.K. Mustafayeva N.N. Umarova.A.N.,Caldigozova C.E., Satimbecova A.Ch.,
Kauysbekova R.Zh.

South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Regional Children's Hospital. Shymkent city.

In most cases, due to the Iron Deficiency Anemia alimentary causes, but of great importance in its origin also have a child's age and socio-economic factors. Observation with us in the 2012 -2013 year have been 260 children with other morbid diagnoses in age from 2 months to 3 years have passed examination, treatment and follow-up with ferrotherapy with following controls the pediatric section. Keywords: Iron Deficiency Anemia, causes, treatment, prevention, ferrotherapy.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гематология детского возраста. Под ред. Н.А. Алексеева. Спб.: Гиппократ.- 1998.
2. Папаян А.В., Жукова Л.Ю. Анемия у детей: Руководство для врачей. СПб. - 2001.
3. Анемии у детей: диагностика, дифференциальная диагностика и лечение. Под ред. А.Г. Румянцева и Ю.Н. Токарева. 2-е изд. Москва.:МАКСПресс. - 2004.
4. Захарова И.Н., Коровина Н.А., Малова Н.Е. Современные аспекты диагностики и лечения железодефицит-ных состояний у детей.// Вопр.совр. пед. 2002, №1(1). С.60-62.
5. Конь И.Я., Куркова В.И. Роль алиментарного фактора в развитии железодефицитный анемий у детей раннего возраста. В кн.: Дефицит железа и железодефицитная анемия у детей. Под Ред. Н.С. Кисяк и др. Москва.: Славянский диалог. – 2001. –С. 87-98.
6. Самсыгина Г.А., Казюкова Т.В., Левина А.А. Дефицит железа у детей и подростков: причина, диагностика, лечение, профилактика. Учебное пособие для послевузовского профессионального образования врачей педиатров. Педиатрия. 2006. - №6 (приложение).
7. Финогенова Н.А. и др. Оценка эффективности лечения железодефицитной анемии у детей препаратами железа различных групп. Consilium medicum. 2005; Педиатрия (приложение 2).- С.66-67.
8. Шилин У.А., Бреусенко Л.Е., Шилина Р.И., Казюкова Т.В. Сравнение эффективности препаратов железа (Мальтофер и Ферроградует) у беременных с ЖДА в III триместре. В кн.: Дефицит железа

- и дефицитная анемия у детей. Москва. Славянский диалог, 2001. – С.132-140.
9. Грибакян С.Г. Значение продуктов детского питания, обогащенных железом, в профилактике железодефицитной анемии. *Вопр. Совр. Пед.* 2002. №1 (5). С. 52-56.
 10. Walter T, et al. Переносимость и восприятие детьми младшего возраста гидроксид-полимальтазного комплекса железа (III) в сравнении с сульфатом железа.// *Педиатрия.* – 2005. №5. С.35-40.
 11. Гематология / Онкология детского возраста (Под ред. А.Г. Румянцева и Е.В. Самогатовой) – Москва. ИД Медпрактика – 2004. - 792 с.
 12. Н.П. Шабалов. Детские болезни. 6-е издание.- Москва,- Том I.- 2009.
 13. Т.В. Казюкова. Профилактика дефицита железа у детей раннего возраста//*Педиатрия.* -2011. - Том 90.-№ 4.- С.112-119.
 14. Т.В. Казюкова, Е.В. Тулупова, А.М. Алиева и др. Стратегия лечения железодефицитной анемии у детей раннего возраста.//*Педиатрия.*-2012. -Том 91.-№ 4.
 15. Б.Х. Хабитанов, С.Х. Хамзин. *Педиатрия.*- Алматы - II том. – 2012. –С. 202-212.

УДК 614.4:616.6-053.2-08

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Бектенова Г.Е., Адырбекова Г.С.

АО «Медицинский университет Астана», г.Астана

Учебно-клиническая база МКТУ им.К.А. Яссави, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

Современный подход к лечению и профилактике рецидивов инфекций мочевой системы у детей основан этиологической диагностикой и выявлением источника инфицирования органов мочевой системы с оценкой клинического значения персистентных свойств уробактерий как особого фактора, определяющего течение микробно-воспалительного ренального процесса. Представлены лекарственные препараты, рекомендуемые для использования у детей с рецидивирующей инфекцией мочевой системы.

Ключевые слова: дети, инфекция мочевой системы, лечение, канефрон Н, фурамаг.

Под термином «инфекция мочевой системы (ИМС)» понимают инфицированность мочевых путей без указания уровня поражения мочевой системы и без вовлечения почечной паренхимы [1,2].

Асимптоматическая бактериурия входит в понятие ИМС. Вопрос о диагностическом и клиническом значении асимптоматической бактериурии является очень сложным и спорным. Переоценка значимости бактериурии ведет к гипердиагностике ИМС и увеличению частоты неоправданного применения антибактериальных препаратов. Недооценка асимптоматической бактериурии у детей, имеющих факторы риска развития почечной патологии, способствует хронизации микробно-воспалительного процесса в почечной ткани, прогрессированию и развитию нефросклероза [3]. Принято считать, что диагностически значимым является обнаружение в 1 мл мочи, взятой из средней струи, 100000 колоний одного вида микроорганизмов или любое количество колоний в мл мочи, полученной путем надлобковой пункции. Но бактериурия меньшей степени может быть диагностически значимой при высеве протей, клебсиеллы, синегнойной палочки и у пациентов, получавших антимикробные препараты.

По данным эпидемиологических, клинко-лабораторно-функциональных методов исследований мочевыводящей системы у детей, частота встречаемости патологии почек в последние годы XX-го столетия и начале XXI колеблется значительно, от 18 до 100 на 1000 детского населения [4]. Только за последние 10 лет патология мочевыводящей системы (МВС) увеличилась почти в 2 раза и эта тенденция сохраняется. Настораживает факт, что в структуре детской заболеваемости патология МВС занимает стабильно второе место [5].

Наиболее частым возбудителем внебольничной инфекции мочевыводящей системы у детей во всех возрастных группах, по данным мировой литературы, является *E. coli* (представитель семейства энтеробактерий). Она выявляется в 90% случаев. При остром пиелонефрите *E. coli* в моче определяется преимущественно, тогда как при хроническом до 56% и ниже [6]. Другие патогены встречаются гораздо реже: выделяют *Proteus mirabilis* (преимущественно у мальчиков – около 30%), *Klebsiella spp.* (у детей раннего

возраста), *Enterobacter spp.*, *Pseudomonas spp.* (обнаруживаются менее чем в 2% случаев). *Staph.aureus* обнаруживаются в моче до 31,9% урологических больных [7].

В настоящее время хламидиям в генезе ИМС уделяется большое внимание. Заражение детей происходит интранатальным, восходящим, бытовым путем. В клиническом исследовании, проводимой Г.П. Лупан говорится, что 50% детей с пиелонефритом были инфицированы хламидиями, что вызвало рецидивирующее течение пиелонефрита, при этом сочетание хламидий с вирусами обнаружено у 88% больных [8]. Микоплазмы обнаружены в моче в 65% случаев, ассоциации микоплазмы и уреоплазмы – в 37,2% [9].

В возникновении и развитии ИМС играют роль патогенность и вирулентность микроорганизмов. Например, факторами вирулентности *E. coli* являются: О-антиген, К-антиген, фимбрии, Х-адгезин, гемолизин, колициногенность, антикомплементарная активность, фактор цитотоксического некроза, аэробактин и энтеробактин. *E. coli* с многочисленными факторами вирулентности ассоциируются с тяжелым течением ИМС: пиелонефрит – 88%, цистит – 60%, бессимптомная бактериурия – 55% случаев [10].

Симптоматика ИМС у детей старшего возраста сходна с той, что встречается у взрослых: дискомфорт при мочеиспусканиях, недержание мочи, изменение цвета, прозрачности мочи, боли над лобком или в поясничной области, повышение температуры. У детей периода новорожденности в первую очередь обращают на себя внимание общесоматические симптомы: отсутствие прибавки в весе, снижение аппетита, беспокойство, плохой сон, может быть нарушение акта мочеиспускания и субфебрилитет. В период новорожденности ИМС чаще встречается у мальчиков (около 3%), в более старшем возрасте чаще болеют девочки (на 1 году жизни – 2,7%, среди дошкольников – 4,7%, у школьников 1,2–1,9%). Соотношение частоты заболеваний ИМС у девочек и мальчиков первого года жизни будет как 1:2, в более старшем возрасте девочки болеют в 10 раз чаще, что объясняется анатомическими особенностями нижних мочевых путей [11].

Современный набор antimicrobных средств против возбудителей инфекционных заболеваний мочевой системы достаточно широк и разнообразен. Он включает антибиотики, производные нитрофурана, препараты из группы нефторированных хинолонов, а также фитопрепараты из лекарственных растений.

Принципы этиотропной терапии инфекционных заболеваний мочевой системы: раннее назначение антибактериальных препаратов в соответствии с чувствительностью возбудителя; обязательный микробиологический контроль; первичная оценка эффективности терапии через 48-72 ч.; переход на этиотропную монотерапию после получения данных бактериологического исследования; ликвидация микробного воспаления в почечной ткани и мочевых путях до получения стойкого клинико-бактериологического эффекта; длительная antimicrobная терапия при обнаружении пузырно-мочеточникового рефлюкса и при рецидивировании мочевой инфекции; уменьшение дозы antimicrobных препаратов в зависимости от клиренса креатинина.

Практическая значимость анализа структуры уропатогенов у больных пиелонефритом заключается в правильном выборе эмпирической антибактериальной терапии. Рекомендованные антибактериальные препараты и длительность лечения при остром пиелонефрите приведены в таблице 1.

Предметом острых дискуссий до настоящего времени остается вопрос о принципах противорецидивной терапии и ее эффективности у детей, страдающих ИМС. Несмотря на наличие современных антибиотиков и химиотерапевтических препаратов, позволяющих быстро и эффективно справляться с инфекцией и уменьшать частоту рецидивов путем назначения на длительный период препаратов в низких профилактических дозах, лечение рецидивов ИМП все еще представляет собой довольно сложную задачу.

Таблица 1. Рекомендованные антибактериальные препараты при остром пиелонефрите

Диагноз	Наиболее частый патоген	Стартовый эмпирический АБ	Длительность
Острый неосложненный пиелонефрит	— <i>E.coli</i> — <i>Proteus</i> — <i>Klebsiella</i> — др. <i>Enterobacteria</i> — <i>Staphylococci</i>	— цефалоспорины III — защищенные ампициллины + энтерол — аминогликозиды	7 – 10 дней
ИМВС с отягощающими факторами Острый осложненный пиелонефрит	— <i>E.coli</i> — <i>Enterococci</i> — <i>Pseudomonas</i> — <i>Staphylococci</i> — <i>Klebsiella</i> — <i>Proteus</i> — <i>Enterobacter</i> — др. <i>Enterobacteria</i> — <i>Candida</i>	— цефалоспорины II–III — защищенные ампициллины + энтерол — аминогликозиды При синегнойной инфекции: — защищенные цефалоспорины III — карбапенем — ± аминогликозид	3–5 дней после нормализации температуры или устранения отягощающих факторов

Это обусловлено: ростом резистентности микроорганизмов, вызывающих инфекцию, особенно при применении повторных курсов; побочными эффектами препаратов, такими как аллергические реакции, диспептические расстройства и др.; способностью антибиотиков вызывать иммуносупрессию организма; длительные курсы приема препарата значительно снижают комплаентность. Показано, что препараты из лекарственных растений (например, канефрон Н) одновременно воздействуют на несколько звеньев патогенеза, что позволяет уменьшить дозу или избежать прием химиосинтетических средств и повысить эффективность антибактериального лечения.

Поэтому очень важным моментом в лечении ИМС у детей является использование безопасных натуральных лекарственных средств, таких как комбинированный фитопрепарат Канефрон Н., производимый немецкой компании Бионорика АГ. В его состав входят лекарственные травы – трава золототысячника, корень любистка, листья розмарина. Канефрон Н оказывает комплексное действие: диуретическое, спазмолитическое, неспецифическое противовоспалительное, антиоксидантное, антимикробное, нефропротекторное; обладает способностью снижать протеинурию и повышенные концентрации мочевины, креатинина в сыворотке крови. Канефрон Н. усиливает выделение солей, повышает эффективность терапии антибиотиками, улучшает периферическое кровообращение, увеличивает клубочковую фильтрацию. Компоненты, входящие в состав препарата, препятствуют разрушению нефронов индукторами повреждения почек и обеспечивают развитие репаративных процессов.

Противовоспалительный эффект обусловлен действием розмариновой кислоты, когда происходит угнетение синтеза и высвобождение медиаторов воспаления. Как и другие фенольные соединения, розмариновая кислота проявляет антиоксидантное действие. Диуретический эффект препарата создается за счет сочетанного действия эфирных масел и фенолкарбоновых кислот. Эфирные масла расширяют сосуды почек, что способствует увеличению кровоснабжения почечного эпителия. Секоиридоиды, содержащиеся в золототысячнике, также обладают сосудорасширяющим действием. Эфирные масла (любисток, розмарин) влияют на клетки тубулярного эпителия – происходит уменьшение реабсорбции ионов натрия и соответствующего количества воды. Фенолкарбоновые кислоты способствуют повышению осмотического давления в просвете почечных канальцев, что также снижает реабсорбцию воды и ионов натрия. Увеличение выведения происходит без нарушения ионного баланса (калийсберегающий эффект). Спазмолитическое действие связано с флавоноидами золототысячника, фталидами любистка и розмариновым маслом. Слабым спазмолитическим эффектом обладают фенолкарбоновые кислоты.

Все входящие в Канефрон Н лекарственные растения обладают антимикробным эффектом в отношении широкого спектра патогенных микроорганизмов. Препарат нормализует и стабилизирует рН мочи, что также препятствует образованию уратных камней.

Применение Канефрона Н в комплексе с базисной терапией в острую фазу пиелонефрита у детей позволяет достоверно раньше снизить выраженность клинических симптомов заболевания и уровень лейкоцитурии. Лечение Канефроном Н положительно влияет на динамику клинико-лабораторных симптомов заболевания, способствуя сокращению сроков лечения и увеличению продолжительности ремиссии [12]. Продемонстрировано положительное действие Канефрона Н при лечении активных форм пиелонефрита, обосновано его применение и доказана эффективность в противорецидивном лечении пиелонефрита (по 10 дней каждого месяца в течение 6 месяцев) в сравнении с традиционной уросептической терапией.

Одно из ведущих мест в профилактической антибактериальной терапии занимают производные 5-нитрофурана. Особенно эффективным в этом плане является фурамаг, который представляет собой оптимизированную форму нитрофурана. Наличие в составе препарата карбоната магния основного обеспечивает лучшую биодоступность, что дает более выраженный терапевтический эффект и позволяет применять более низкие дозы, чем при назначении чистого фуразидина [13].

Установлено, что фурамаг отличается от фурагина следующими характеристиками: быстро и хорошо всасывается; обеспечивает в 2,5 раза большую биодоступность, чем фурагин; концентрация фурамага в крови достигает максимума к 3 ч. после приема и поддерживается на достаточно высоком уровне до 6 ч.; в моче препарат также создает концентрации, значительно превышающие (в среднем в 3 раза) таковые после приема препарата фурагин [14].

Сравнительные исследования, проводимые в Московском НИИ педиатрии и детской хирургии, показали значительное преимущество терапии фурамагом, при использовании которого реже, чем при назначении фурагина, отмечались рецидивы инфекции мочевой системы. Нежелательные явления выражались в основном в виде желудочно-кишечных расстройств, чаще при использовании фурагина, чем фурамага [15].

Таким образом, фурамаг наряду с канефроном Н является оптимальным препаратом для профилактической противорецидивной терапии инфекции мочевой системы у детей. Кроме того, в период ремиссии важную роль приобретает медикаментозная терапия препаратами с антиоксидантной и антисклеротической активностью (витамин А,Е,С,β-каротин, селеносодержащие препараты – триовит, селцинк, пле-нил), с эффектом коррекции вторичной дисфункции митохондрий (никотинамид, димефосфон, кудесан и др.) [1,16].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Мумладзе Э.Б. Диагностика и лечение пиелонефрита у детей (Пособие для врачей). М.: Медпрактика-М, 2003.-72с.- ISBN 5-7822-00045-5.
2. Аюпова С.Х. Клиническая педиатрия. Алматы, 2008. - ISBN 9965-9549-3-3.
3. Nahson S., Iodal V. «Untreated bacteriuria in asymptomatic girl with renal scarring». *Pediatris*, 1989.V.84.p.964
4. Игнатова М.С. Детская нефрология. Руководство для врачей. Медицина, 2011.- 692 с. -ISBN 978-5.8948-1880-1:970.00.
5. Аверьянова Н.И. Диагностика и лечение инфекций мочевой системы у детей, Феникс, 2006.-157 с. - ISBN 5-222-09287-9
6. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. Санкт -Петербург, 2008.- 600 с.- ISBN 5-93356-085-2.
7. Белобородова Н.В., Меновщикова Л.Б. Рекомендации по рациональному применению антибиотиков у детей с урологической патологией\Consilium medicum.- 2000.- № 4.- т.2.- С.162-166.
8. Лупан И.Н., Минина Г.П., Шмелева Н.И. и др. Роль хламидийной инфекции в развитии пиелонефрита у детей \ Тезисы I съезда нефрологов, г.Москва.-1996.-С.291.
9. Мальцева Е.С. Клиническое значение микоплазменной инфекции при хронических пиелонефритах у детей. Дисс.канд...г.Казань, 1996.
10. Захарова И.Н. Инфекция мочевой системы у детей: современные представления об этиологии \ Нефрология и диализ.-2001.- №1.-Т.3.
11. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Мумладзе Э.Б. и др. Рациональный выбор антимикробной терапии инфекции мочевой системы у детей. Руководство для врачей, г.Москва, 2000.- 64с.
12. Вялкова А.А., Гриценко В.А., Гордиенко Л.М. Инфекция мочевой системы у детей\ Нефрология.- 2009.- №3.- С.11-112.
13. Багдасарова И.В., Сулова Г.Д., Рыков А.А. и др. Применение препарата фурамаг в комплексном лечении пиелонефрита у детей.\ Педиатрия, акушерство и гинекология.- 2003.- № 3.-С.56-58.
14. Ключников С.О., Гаджиалиева М.М., Османов И.М. Фурамаг в терапии инфекции мочевой системы у детей \ Российский вестник перинатологии и педиатрии.-2010.-№ 4.- С.110-112.
15. Шатохина О.В., Османов И.М., Длин В.В. и др. Сравнительная эффективность различных режимов лечения дисметаболических нефропатий у детей \ Российский вестник перинатологии и педиатрии.-2010.-№ 1.-С.78-82.
16. Багирова Н.И., Кириллов В. И. Инфекции мочевой системы у детей: клиника, диагностика, лечение // Журнал «Педиатрическая фармакология».- 2008.- №5.-С. 97-100.

Түйін

Балалардағы зәр шығару жүйесінің ауруларын емдеу мен қайталануын алдын алудың қазіргі заманғы әдістері

Бектенова Г.Е., Адырбекова Г.С.

АҚ «Астана медициналық университеті», Астана қ.

Х.А. Ясауи атындағы ХҚТУ, оқу-клиникалық база, Шымкент қ.

Балалардағы зәр шығару жүйесінің ауруларын емдеу мен қайталануын алдын алудың қазіргі заманғы әдістері этиологиялық диагностика мен зәр шығару мүшелерін зақымдаушы инфекцияның көзін анықтап, бүйректердегі микробты-қабыну үрдісінің ағымын анықтайтын айрықша фактор-уробактериялар-дың клиникалық маңызы бар персистенцияланушы қасиетін бағалаумен байланысты анықталады. Мақалада зәр шығару жүйесінде рецидив беруші инфекциялық аурулары бар балаларда қолдануға кеңес берілетін емдік препараттар көрсетілген. Кілт сөздер: балалар, зәр шығару жүйесінің инфекция, емдеу, канефрон Н, фурамаг.

Summary

The current approach to treating and preventing recurrent urinary tract infection in children

Bektanova G.E., Adirbekova G.S.

AC «Astana medical university», Astana c.

MKTU name of K.Yassavi, Shimkent c.

The current approach to treating and preventing recurrent urinary tract infection in children is based on the etiological diagnosis and detection of the source of urinary tract infection, by estimating the clinical value of the persistent properties of urobacteria as a special determinant of the course of the microbial inflammatory renal process. Medicaments recommended for children with recurrent urinary tract infection are given. Key words: children, urinary tract infection, treatment, Canephron N, furamag.

УДК 616.12: 615

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА АМВАСТАН НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН*Ж.Б. Накипов, Э.Д. Сапарбекова**Клиника МКТУ им.Х.А.Ясави, г.Туркестан Республика Казахстан***АННОТАЦИЯ**

Своевременное и активное лечение больных с факторами риска и клинически выраженными заболеваниями сердечно-сосудистой системы относится к числу приоритетных задач современной медицины. Наряду с контролем избыточного веса, АГ коррекция нарушений липидного обмена стала одним из стратегических направлений. В связи с чем в исследовании было изучение эффективности применения гипополипидемического препарата «Амвастан».

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, амвастан, липидный обмен, гиперхолестеринемия, лечение

Из материалов II съезда терапевтов Республике Казахстан (РК) в 2009 году сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) стоят на 2 месте - 1429,2 (1999-901,2), уступив заболеваниям дыхательной системы, но как причина смертности болезни системы кровообращения стоят на 1 месте (50,3%) [1]. При этом, как отмечает Ж. Абылайұлы с соавт. (2009), смертность от кардиологических заболеваний в РК занимают высшую ступень в сравнении не только со странами СНГ и Центрально-Азиатского региона, но и с такими развитыми странами, как Великобритания и Германия [2]. Наибольший вклад в преждевременную смертность населения вносят следующие факторы риска: артериальная гипертензия (АГ), гиперхолестеринемия, психосоциальные факторы, курение, избыточная масса тела, избыточное потребление алкоголя и гиподинамия.

Своевременное и активное лечение больных с факторами риска и клинически выраженными заболеваниями сердечно-сосудистой системы относится к числу приоритетных задач современной медицины. Наряду с контролем избыточного веса, АГ коррекция нарушений липидного обмена стала одним из стратегических направлений. Как показали результаты клинических исследований (4S, CARE, LIPID, HPS, ASCOT-LLA) регулярный прием статинов в течение 5–6 лет уменьшает число повторных осложнений ишемической болезни сердца (ИБС), острого инфаркта миокарда (ИМ), нестабильной стенокардии и смертельных исходов на 25–40%, ишемических инсультов на 25–30% [3-7]. Эти впечатляющие достижения ассоциируются со снижением общего холестерина (ОХС) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) на 25–30% и 30–35%, соответственно.

В связи с чем **целью** нашего исследования было изучение эффективности применения гипополипидемического препарата Амвастан.

Материалы и методы исследования. Обследовано 18 женщин с наличием артериальной гипертензии в сочетании с абдоминальным ожирением, средний возраст которых составил $53,2 \pm 1,2$ лет, длительность заболевания от 5 до 7 лет. Диагноз выставлен на основании анамнеза, жалоб больного, клинических данных, изменений выявляемых на электрокардиограммах, эхокардиографии, после проведения лабораторных исследований.

Антропометрические исследования включали измерение роста и веса обследуемого, окружность талии (ОТ). АО оценивалось с учетом критериев IDF (2005) - ОТ более 80 см у женщин. По параметрам роста и массы тела высчитывался ИМТ по формуле: $ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост в м}^2$.

Содержание ОХС, триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) определяли стандартными энзиматическими методами. Результаты оценивали в ммоль/л. ХС ЛПНП рассчитывали по Friedewald W.T. и холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) по Rifkind B.M. Оценку липидного спектра крови проводили согласно критериям ВОЗ (1999) и IDF (2005). Гиперхолестеринемия признавалась при уровне ОХС выше 6,2 ммоль/л, ХС ЛПНП в пределах 3,34 ммоль/л считалось высоким. Гипертриглицеридемия (ГТГ) признавалась при повышении уровня $ТГ \geq 1,7$ ммоль/л. Гипоальфахолестеринемия оценивалась по рекомендованным IDF (2005) критериям, как ХС ЛПВП $< 1,29$ ммоль/л у женщин.

Все пациенты получали стандартную терапию (антиангинальные, антиагрегантные, метаболические средства), дополнительно был назначен препарат Амвастан в начальной суточной дозе 10 мг.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием методов вариационной статистики с определением критерия Стьюдента.

Результаты исследования. До начала лечения средний уровень ОХС составил $6,05 \pm 0,32$ ммоль/л; ХС

ЛПВП $1,01 \pm 0,5$ ммоль/л; ХС ЛПНП $3,8 \pm 0,21$ ммоль/л; ТГ $2,9 \pm 0,21$ ммоль/л. Спустя 2 месяца терапии в целом по группе отмечалось достоверное ($p < 0,05$) снижение атерогенных фракций липидов: снижение ОХС до $5,3 \pm 0,05$ ммоль/л; ХСЛПНП до $2,95 \pm 1,1$ ммоль/л; ТГ до $1,5 \pm 0,05$ ммоль/л.

Большим, не достигших нормальных уровней ОХС и ХСЛПНП доза препарата была увеличена в 2 раза и составила 20 мг в сутки и уже к концу 3-ого месяца отмечалось достижение целевого уровня ХС ЛПНП, ТГ, ОХС, отмечается тенденция к повышению уровня антиатерогенных ЛПВП с исходного уровня $1,01 \pm 0,5$ ммоль/л до $1,31 \pm 0,12$ ммоль/л.

Выводы. Таким образом, результаты наших исследований показали, регулярный прием препарата Амвастан позволяет достичь целевого уровня общего холестерина и холестерин липопротеидов низкой плотности у всех пациентов и конечно же следует отметить, что ни у одного пациента не отмечалось никаких побочных эффектов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Изатуллаев Е.А., Ошакбаев К.П., Аманов Т.И., Боборыкин В.М. Заболеваемость и смертность взрослого населения Республики Казахстан от внутренних болезней // Терапевтический Вестник. – 2009. - № 3(23), ч.1. - С.88.
2. Абылайулы Ж., Ошакбаев К.П., Абдикалиев Н.А. Смертность от кардиологических заболеваний в Республике Казахстан сравнении с другими странами: данные ВОЗ и официальные данные РК // Терапевтический Вестник. - 2009. - № 3(23), ч.1. – С.96.
3. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group: Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvastatin Survival Study. Lancet 1994; 344: 1383–1389.
4. Saks F.M., Pfeffer M.A., Moye L.A., et al. The effects of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. N Engl J Med 1996; 335: 1001–1009.
5. The Long-term Intervention with Pravastatin in Ischemic Disease (LIPID) Study Group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. N Engl J Med 1998; 339: 1349–1357.
6. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20536 high-risk individuals: a randomized placebo-controlled trial. Lancet 2002; 360: 7–22.
7. Sever P.S., Dahlof B., Poulter N.R., et al for the ASCOT investigators. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm (ASCOTLLA): a multicentre randomized controlled trial. Lancet 2003; 361: 1149–1158.

ТҮЙІН

Амвастан препаратының липид алмасуына әсері

Ж.Б. Накипов, Э.Д. Сапарбекова

Қ.А. Ясауи атындағы ХҚТУ клиника-диагностикалық орталығы, Түркістан қаласы, Қазақстан Республикасы

Жүрек -тамыр жүйесі ауруларының қауіп факторлары мен оның клиникалық сырқаттарын дер кезінде анықтау және ерте сатыларында белсенді емдеу қазіргі медицинаның ең өзекті мәселелерінің бірі болып табылады. Артериялық гипертензиямен сырқаттанатын науқастарда артық салмақпен күресумен қатар, липид алмасуының бұзылыстарын қалыпқа келтіру емдеудің стратегиялық бағыты болып есептеледі. Сондықтан, бұл мақалада абдоминальді семіздік пен қосарланған артериялық гипертензиясы бар науқастарға гиполлипидемиялық препарат Амвастанның қолдануының нәтижелері сипатталған.

SUMMARY

Amvastan effect of the drug on lipid metabolism

J.B. Nakipov, E.D. Saparbekova

Clinic MKTU H.A. Yasavi, Turkestan Republic of Kazakhstan

Early and aggressive treatment of patients with risk factors and symptomatic diseases of the cardiovascular system is one of the major problems of modern medicine. Along with the control of overweight, hypertensive disorders of lipid metabolism correction has become one of the strategic directions. Connection in the study was to investigate the efficacy of lipid-lowering drug Amvastan.

УДК 616.3:61524:664.644.59

ПРИМЕНЕНИЕ ФЕРМЕНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

*Д.А. Карабалина**Городская поликлиника №4. г. Шымкент*

АННОТАЦИЯ

В гастроэнтерологической практике показаниями к назначению препаратов пищеварительных ферментов служат нарушения процессов полостного пищеварения, синдром панкреатической боли, расстройство желудочного пищеварения и двигательной активности желудочно-кишечного тракта. Необходимость в применении ферментов возникает наиболее часто при заболеваниях поджелудочной железы (при экзокринной недостаточности), желчевыводящих путей, желудка и кишечника.

Ключевые слова: пищеварительной, недостаточности, определение, коррекция, проблема, дозы.

Полостное пищеварение происходит в просвете тонкой кишки и в основном осуществляется панкреатическими ферментами, поэтому ключевая роль в мальдигестии принадлежит снижению продукции или нарушению активации ферментов поджелудочной железы (ПЖ). Заболевания, протекающие с внешнесекреторной недостаточностью ПЖ, различны и встречаются с разной частотой. Исходя из причины, вызвавшей развитие экзокринной недостаточности ПЖ, принято разделять первичную и вторичную ее форму (табл. 1). Симптомы экзокринной недостаточности ПЖ включают: диарею со стеатореей, вздутие живота, нарушения питания (вплоть до кахексии и квашиоркора), признаки дефицита жирорастворимых витаминов. При заболеваниях ПЖ и кишечника препараты пищеварительных ферментов назначаются с целью коррекции синдрома нарушенного переваривания и всасывания, а также с целью уменьшения выраженности болей. Заместительная терапия ферментами дает возможность повысить содержание жиров в диете и сделать питание полноценным. Показателями того, что доза пищеварительных ферментов является адекватной, служат: прибавка веса, нормализация стула (менее 3 раз в день, нормализация консистенции), уменьшение вздутия живота.

Для выбора дозы полиферментного препарата у больных с ХП должны использоваться данные активности эластазы кала, снижение содержания которой характеризует выраженность экзокринной недостаточности ПЖ. В зависимости от значений эластазного теста назначается дифференцированная полиферментная терапия (табл. 2). Иногда, несмотря на назначение ферментов в высоких дозах, у пациентов сохраняются поносы со стеатореей. Причинами сохранения стеатореи на фоне ферментной терапии могут быть следующие: 1. При пероральном приеме липаза разрушается соляной кислотой желудочного сока быстрее протеаз: (липаза теряет активность при pH < 4 ед., трипсин – при pH < 3 ед.; при приеме панкреатина на уровне Трейтцеровой связки сохраняется лишь 22% от исходной активности трипсина и 8% -липазы). 2. Протеазы, содержащиеся в ферментном препарате, инактивируют липазу в просвете двенадцатиперстной кишки. 3. Несоответствие между пассажем пищи из желудка и активацией принятых ферментов (одновременно с пищей эвакуация препарата из желудка происходит лишь в том случае, если размер его частиц не превышает 2 мм). Поэтому для повышения эффективности ферментной терапии при заболеваниях ПЖ целесообразно использовать микросферические ферментные препараты (Креон).

Для повышения эффективности ферментной терапии необходимо снизить содержание соляной кислоты желудка (антациды), подавить желудочную секрецию (H₂-блокаторы или ингибиторы протонной помпы), при ускоренном транзите содержимого по кишечнику (короткие курсы вяжущих и обволакивающих средств). Для купирования панкреатической боли показано назначение ферментов, содержащих протеазы (протеазы вызывают уменьшение панкреатической секреции и обеспечивают «функциональный покой» поджелудочной железы), в высокой дозе (Креон 25000, в каждой капсуле содержится 1000 МЕ протеаз). Препараты, в состав которых входят желчные кислоты, способны стимулировать панкреатическую секрецию, при их приеме возможно нарастание «панкреатических» болей.

Для гипо- и анацидного хронического гастрита, состояний после резекции желудка и гастрэктомии характерны нарушения желудочного пищеварения (при нарушении секреции соляной кислоты и пепсина). Применяемые ферментные препараты можно подразделить на две группы: препараты, в состав которых входят только панкреатические ферменты, и препараты, в состав которых наряду с панкреатическими ферментами входят компоненты желчи. Ферментные препараты принято дозировать в единицах активности; причем оценивается протеолитическая, липолитическая и амилолитическая активность, которые у разных препаратов неодинаковы. Фармакологическая активность ферментных препаратов зависит от лекарственной формы: – «традиционные» и «инкапсулированные минимикросферы».

Традиционные ферментные препараты (таб.3) – это таблетированные формы без энтеросолюбильной оболочки и в энтеросолюбильной оболочке, которые становятся активными в желудке или при растворении их оболочки в начальных отделах тонкой кишки (недостатками этой лекарственной формы являются отсутствие четкой «адресности» действия (активация в желудке и в самом начале тонкой кишки), недостаточно однородное перемешивание с принятой пищей). Состав микрогранулированных препаратов представлен в таблице 4.

Креон -минимикросферы панкреатина, покрытые энтеросолюбильной оболочкой. Минимикросферы препарата Креон имеют диаметр 1,0–1,2 мм. Размер этих частиц играет важное значение для повышения доступности фермента в фазе пищеварения. Для прохождения из желудка через пилорическую часть с твердой пищей размер микросфер должен составлять $1,4 \pm 0,3$ мм. Одной из важнейших особенностей панкреатической липазы является ее высокая чувствительность к воздействию кислоты. Кислотоустойчивое, энтеросолюбильное покрытие микрогранул обеспечивает наиболее полную «доставку» препарата к месту назначения (тонкая кишка), «адресность» их действия. Действует микрогранулированный препарат с энтеросолюбильной оболочкой в четыре этапа (поступление желатиновой капсулы, содержащей гранулы ферментов, в желудок; растворение капсулы в желудке под действием желудочного сока и перемешивание гранул с пищей; поступление гранул в двенадцатиперстную кишку; растворение энтеросолюбильной оболочки и активация ферментов в тонкой кишке). Микросферы хорошо перемешиваются с пищей; большая площадь контакта ферментов с химусом приближает их действие к физиологическим условиям. Проблема недостаточной эффективности ферментных препаратов решается назначением антацидов за 30 мин. до и через 1 ч после приема пищи или антисекреторных средств (H2–блокаторов, ингибиторов протонной помпы). Антациды, содержащие кальций или магний, могут ослаблять действие ферментов. А также причиной недостаточной эффективности ферментов может служить назначение неадекватной дозы. По отношению к Креону доза варьирует (в зависимости от характера заболевания и объема принимаемой пищи) от 10000 до 75000 ЛЕ. Пища, богатая клетчаткой снижает активность ферментов как *in vitro*, так и *in vivo*.

Материал и методы: Исследовали 26 (17 мужчин и 9 женщин) больных с различными заболеваниями желудочно–кишечного тракта: хронический гастрит (7 больных – 27%); хронический гастродуоденит (6 больных – 23%); язвенная болезнь (2 больных – 7,6%); хронический панкреатит (11 больных – 42,3%). Возраст пациентов колебался в пределах от 36-52 лет (в среднем – $44,9 \pm 3,8$ года). Препарат Креон использовали в дозе при основном приеме пищи (обед, завтрак, ужин) доза, как правило, составляет 20000–75000 единиц липазы, при легкой закуске – 5000–25000 единиц липазы. Критериями отбора больных и тестами для оценки эффективности лечения были симптомы экзокринной недостаточности ПЖ: диарея со стеатореей, вздутие живота, нарушения питания (похудание), признаки дефицита жирорастворимых витаминов.

Оценка симптомов проводилась по 5–балльной шкале Likert (исходно и в процессе лечения): 1 – симптом отсутствует; 2 – симптом причиняет незначительное беспокойство (можно не обращать внимание); 3 – симптом умеренно беспокоит (не нарушает дневную активность); 4 – симптом сильно беспокоит (нарушает дневную активность и сон); 5– симптом крайне беспокоит (значительно нарушает дневную активность и сон).

Результаты обследования и лечения. 26 больных получали Креон в дозе при основном приеме пищи (обед, завтрак, ужин). Доза, как правило, составляет 20000–75000 единиц липазы, при легкой закуске – 5000–25000 единиц липазы. Из клинических симптомов преобладала диарея со стеатореей (у 78% больных) и боли в животе (у 62,5% больных), вздутие живота у 52,5% и нарушения питания (похудание)-22,5%. На фоне лечения Креоном у 22 больных (67,5%) зафиксировано полное купирование симптомов в течение 2–х недель лечения, у 4 пациентов (12,5%) зафиксировано заметное снижение выраженности симптомов диспепсии (так, диарея со стеатореей с 14 баллов уменьшилась до 9, боли в животе – с 6 до 3–х баллов) и у 8 больных (20%) не отмечено эффекта.

Таблица 1 - Причины экзокринной недостаточности поджелудочной железы.

Первичная	Вторичная
-Хронический панкреатит	-Заболевания слизистой оболочки тонкой кишки (уменьшение секретинной и холецистокининовой стимуляции на ПЖ)
-Муковисцитоз	-Гастронома(инактивация ферментов ПЖ)
-Липоматоз ПЖ	-Анастомоз по Бильрот II(нарушение перемешивания пищи с ферментами ПЖ)
-Резекция ПЖ	-Врожденная недостаточность энтерокиназы
-Изолированная недостаточность липазы	-Недостаточное поступление белков с пищей
-Синдром Швахмана	-Желче-каменная болезнь, цирроз печени
-Синдром Йохансона-Близзарда	(дефицит желчных кислот, несинхронное поступление желчи и панкреатического сока в
-Агенезия, гипоплазия ПЖ	
-Рак ПЖ (замещение паренхимы ПЖ опухольными клетками без нарушения оттока, локальное поражение ПЖ с развитием блока	

главного панкреатического протока (прорастание, сдавление)	ДПК)
--	------

Разовый прием Креона приводил к купированию симптоматики у абсолютного большинства больных, у половины из них эффект наступал на протяжении первого часа, у второй половины – в течение второго часа. У 4 больных наступило уменьшение симптоматики на протяжении 2–х часов. Дальнейший анализ эффективности лечения показал, что эта группа больных требует для своего лечения больших доз препарата. Продолжительность достигнутого эффекта после разового приема Креона (у основной массы больных эффект сохраняется до 16 часов, у 4 больных продолжительность эффекта сохранялась до 2–3–х суток (у них максимально быстрый эффект в курсовом лечении и более стойкий эффект курсового лечения). Лечение Креоном привело к исчезновению симптомов в сроки, которые достоверно между собой не различаются (максимальное время составило 7 дней). У больных с недостаточной эффективностью лечения доза препарата была увеличена до 25000 мг 6 раз в сутки, при этом диарея и боли были купированы в срок от 3 до 5 дней, а тяжесть в эпигастрии и вздутие живота – в сроки от 2 до 4–х дней. Показателями того, что доза пищеварительных ферментов является адекватной, служили: прибавка веса, нормализация стула (менее 3 раз в день, нормализация консистенции), уменьшение вздутия живота. Побочные эффекты при лечении Креоном зарегистрированы не были.

Полученные результаты позволяют достаточно высоко оценить эффективность препарата Креон для купирования симптомов экзокринной недостаточности ПЖ (функционального характера, а также у больных с органической патологией – без признаков обострения процесса). Для большей части больных (68%) достаточной является доза 2 капсулы Креон10 000 мг-5раз в сутки, 32% больных требуют увеличения суточной дозы до Креон25000 мг по 1 капсуле 6 раз в сутки. Эффективная доза может быть определена при разовом приеме препарата. Мини-доза препарата может быть использована для продолжения лечения больных, вступивших в клиничко–эндоскопическую ремиссию (язвенная болезнь, хронический гастрит, гастродуоденит, возможно, и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь).

Таблица 2 - Подбор дозы в соответствии с данными эластазы фекалий

Состояние экзокринной функции ПЖ	Данные эластазы кала,мкг/г	Доза препарата ЕД FIP липазы в сутки
Нормальная экзокринной функции ПЖ	Более 200	50 000 (1 капсула Креона 10 000-5 раз в сутки)
Умеренно выраженная экзокринной недостаточность ПЖ	100-199	100 000 (2капсула Креона 10 000-5 раз в сутки)
Выраженная экзокринной недостаточность ПЖ	Менее 100	150 000 (1капсула Креона 25 000-6 раз в сутки)

Правила приема. Рекомендуется принять половину или треть разовой дозы Креона в начале еды, а остальную часть – во время приема пищи. Капсулы и минимикросферы следует проглатывать целиком, не разламывая и не разжевывая. При затрудненном глотании капсулы вскрывают, а минимикросферы добавляют к жидкой пище или принимают с жидкостью (разжевывать их не следует). Смесь минимикросфер с пищей следует принимать сразу же после приготовления.

Таблица 3 - «Традиционные» препараты и их активность.

	Мезим-форте	Панкурмен	Панзинорм-форте	Фестал	Трифермент	Солизим	Ораза
Липаза	3500ЕД	875ЕД	6000ЕД	10ЕД	6ЕД	20 000ЕД	комплекс амила-и липолитических ферментов
Протеазы	250ЕД	63ЕД	450ЕД/1500 химотрипсин	17ЕД	18ЕД	-	
Амилаза	4200ЕД	1050ЕД	7500ЕД	10ЕД	10ЕД	-	
Прочее	-	-	холевая кислота	компонент желчи	-	-	

Препараты минимикросфер нельзя разжевывать и принимать с кислой пищей (с pH < 5,5), так как это приводит к разрушению их оболочки, защищающей от действия желудочного сока. Дозировка зависит не только от тяжести заболевания, но и диеты, которой придерживается пациент, а также степень

недостаточности пищеварения и содержание жира в пище. При основном приеме пищи (обед, завтрак, ужин) доза, как правило, составляет 20000–75000 единиц липазы, при легкой закуске – 5000–25000 единиц липазы. Меньшие дозы могут ослабить выраженность стеатореи, но не устранить ее.

Побочные действия при приеме Креона могут включать индивидуальную непереносимость компонентов препарата, гиперурикемию. При длительном приеме очень высоких доз возможно развитие фиброза терминального отдела подвздошной кишки и правых отделов ободочной кишки – фиброзной колонопатии. В заключение следует отметить, что в настоящее время препаратом выбора для лечения экзокринной недостаточности ПЖ являются минимикросферы панкреатина.

Таблица 4- Препараты микрокапсулированных ферментов

	Креон10 000	Креон25 000	Панцитрат10 000
Липаза	10 000ЕД	25 000ЕД	10 000ЕД
Протеазы	600ЕД	1000ЕД	500ЕД
Амилаза	8000ЕД	18000ЕД	9000ЕД

Целесообразно назначение ферментных препаратов в течение 2–3 месяцев и поддерживающей терапии ими в течение еще 1–2 месяцев для достижения полного исчезновения симптомов панкреатита. Экзогенные ферментные препараты применяются после частичной или тотальной резекции ПЖ в качестве заместительной терапии, с целью контроля за состоянием питания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоусова Е.А., Златкина А.Р., Морозова Н.А., Тишкина Н.Н. Старые и новые аспекты применения ферментных препаратов в гастроэнтерологии // Фарматека. 2003. – № 7. – С. 39–44.
2. Гриневиц В.Б., Богданов И.В., Саблин О.А. Клинические и фармакоэкономические аспекты полиферментной заместительной терапии // Клини. перспект. гастроэнтерол., гепатол.–2004.–№ 2. с.16–23.
3. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., Баранская Е.К., Буеверов А.О., Буклис Э.Р., Гуревич К.Г. и др. Рациональная фармакотерапия органов пищеварения: Рук. для практ-х врачей. Под общ. ред. В.Т. Ивашкина. – М.: Литтерра, 2003. – 1046с.
4. Кучерявый Ю.А. Оценка эффективности комбинированной антисекреторной и полиферментной терапии при хроническом панкреатите с тяжелой внешнесекреторной недостаточностью // Рос журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2004. – Т. 14, № 2. – С. 78–83.
5. Маев И.В., Кучерявый Ю.А. Заместительная ферментная терапия при панкреатической недостаточности // Клини. перспект. гастроэнтерол., гепатол. – 2005. – № 5. с.2–11.

Түйін

Гастроэнтерологияда ферменттік дәрі-дәрмектерді қолдану
 Карабалина Д.А.
 №4 Қалалық емхана, Шымкент қ.

Ас-қорыту жүіесінің қозғалу бұзылыстарында, асқазан қорыту бұзылыстарында, панкреаттық ауру синдромында, құыстық қорыту бұзылыстарында ас-қорыту ферменттерін қолдану қажет. Ол қажеттілік жиі ішек, асқазан, өт жолдарының және ұйқы безінің ауруларында туындайды.

Summary

The application of enzymic preparations in gastroenterology
 D.A.Karabalina
 Municipal policlinic №4. Shymkent

Violations processes ofcavitory digestion, pancreatic pain syndrome, a disorder of gastric digestion and motor activity of the gastrointestinal tract areindications for drugs digestive enzymes in gastroenterology practice. The necessity in use of enzymes occurs most often during the pancreatic diseases (with exocrine failure), biliary tract, stomach and intestines.

УДК 615.218.1:616

ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКАТОРОВ H₂-ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Д.А. Карабалина
Городская поликлиника №4. г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

Применение блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов в лечении кислотозависимых заболеваний основано на способности эффективно подавлять продукцию соляной кислоты путем воздействия на гистаминовые рецепторы 2-го типа, локализирующиеся в париетальных клетках дна и тела желудка. Это дает возможность использовать препараты у больных с так называемыми кислотозависимыми заболеваниями (те болезни, в которых кислота является повреждающим агентом).

Ключевые слова: соляная кислота, H₂ рецепторы гистамина, препараты, сроки.

Применение блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов в лечении кислотозависимых заболеваний основано на способности эффективно подавлять продукцию соляной кислоты путем воздействия на гистаминовые рецепторы 2-го типа, локализирующиеся в париетальных клетках дна и тела желудка. Это дает возможность использовать препараты у больных с так называемыми кислотозависимыми заболеваниями (те болезни, в которых кислота является повреждающим агентом). В настоящее время синтезировано пять поколений блокаторов H₂-рецепторов гистамина, различающихся фармакокинетическими и фармакодинамическими параметрами вследствие различий в химической структуре молекулы: • I поколение – циметидин. • II поколение – ранитидин. • III поколение – фамотидин. • IV поколение – низатидин. • V поколение – роксатидин.

Препараты этой группы различаются по следующим параметрам: А) селективности действия (способности взаимодействовать с гистаминовыми рецепторами только 2-го типа); Б) активности (по степени ингибирования кислотной продукции); В) Липофильности (способности растворяться в жирах и проникать через клеточные мембраны в клетки различных тканей (это качество определяет системность действия)); Г) переносимости и частоте побочных эффектов; Д) взаимодействию с системой цитохрома Р-450, от чего зависит скорость метаболизма других лекарственных препаратов и развитие побочных эффектов; Е) по развитию синдрома отмены.

Наиболее удачным препаратом, максимально отвечающим предъявляемым требованиям, оказался фамотидин (Квамател, фармацевтическая компания «Гедеон Рихтер»). Место препарата в клинике определяют его сравнительные характеристики с ингибиторами протонной помпы (ИПП). Фамотидин уступает ИПП по угнетению секреции соляной кислоты, но обладает способностью тормозить синтез пепсина, стимулировать кровоток в слизистой оболочке желудка, усиливать слизиобразование и пролиферацию желудочного эпителия за счет усиления синтеза простагландинов (это уменьшает агрессивные свойства желудочного сока и способствует улучшению трофики слизистой оболочки, т.е. восстанавливает баланс между агрессией и защитой. У больных с функциональной диспепсией выраженной блокады секреции не требуется, а эффективными оказываются средства с умеренным подавлением продукции кислоты, но в механизм действия которых входят протективные эффекты, которые присущи блокаторам H₂-рецепторов гистамина.

Материал и методы. Исследовали 30 (21 мужчина и 9 женщин) больных с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит (7 больных – 22,5%); хронический гастродуоденит (6 больных – 20%); язвенная болезнь (2 больных – 7,5%); ГЭРБ 0 степени (15 больных – 50%). Возраст пациентов колебался в пределах от 18 до 75 лет (в среднем – 48,9±3,8 года). Препарат Квамател–мини использовали в дозе 10 мг 2 раза в сутки, в течение 2-х недель. Критериями отбора больных и тестами для оценки эффективности лечения были симптомы желудочной диспепсии (тошнота, тяжесть после еды, боль в эпигастральной области, изжога). Оценка симптомов проводилась по 5-балльной шкале Likert (исходно и в процессе лечения): 1 – симптом отсутствует; 2 – симптом причиняет незначительное беспокойство (можно не обращать внимание); 3 – симптом умеренно беспокоит (не нарушает дневную активность); 4 – симптом сильно беспокоит (нарушает дневную активность и сон); 5 – симптом крайне беспокоит (значительно нарушает дневную активность и сон).

Результаты обследования и лечения: 30 больных получали Квамател–мини в дозе 10 мг 2 раза в сутки, у 8 больных в дозе 20 мг х 2 раза. Исходные клинические проявления и их динамика на фоне лечения показаны в таблице 1. Из клинических симптомов преобладала изжога (у 77,5% больных) и боли в животе (у 62,5% больных), тяжесть в верхней части живота после еды у 52,5% и реже – тошнота 22,5%. На фоне лечения Квамателом–мини (10 мг х 2 раза/сут.) у 27 больных (67,5%) зафиксировано полное купирование

симптомов в течение 2-х недель лечения, у 5 пациентов (12,5%) зафиксировано заметное снижение выраженности симптома диспепсии (так, изжога с 14 баллов уменьшилась до 9, боли и тяжесть в эпигастрии после еды – с 6 до 3-х баллов) и у 8 больных (20%) не отмечено эффекта.

Мы оценили также эффект разового приема (начало, продолжительность, интенсивность возвратной симптоматики) препарата Квамател–мини. Эти данные представлены в таблице 2. Разовый прием Кваматела–мини приводил к купированию симптоматики у абсолютного большинства больных, у половины из них эффект наступал на протяжении первого часа, у второй половины – в течение второго часа. У 4 больных наступило уменьшение симптоматики на протяжении 2-х часов. Дальнейший анализ эффективности лечения показал, что эта группа больных требует для своего лечения больших доз препарата. Важное значение для клинической практики имеет продолжительность достигнутого эффекта после разового приема Кваматела–мини (у основной массы больных эффект сохраняется до 16 часов, у 4 больных продолжительность эффекта сохранялась до 2–3-х суток (у них максимально быстрый эффект в курсовом лечении и более стойкий эффект курсового лечения).

Лечение Квамателом–мини привело к исчезновению симптомов в сроки, которые достоверно между собой не различаются (максимальное время составило 7 дней).

У больных с недостаточной эффективностью лечения доза препарата была увеличена до 20 мг 2 раза в сутки, при этом изжога и боли были купированы в срок от 3 до 5 дней, а тяжесть в эпигастрии и тошнота – в сроки от 2 до 4-х дней. Это говорит о том, что формирование симптоматики связано с кислотной продукцией, а купирование ее зависит от адекватной дозы. Квамател–мини позволяет использовать фамотидин в минимально эффективных дозах. Побочные эффекты при лечении Квамателом–мини зарегистрированы не были.

Полученные результаты позволяют достаточно высоко оценить эффективность препарата Квамател–мини для купирования симптомов желудочной диспепсии (функционального характера, а также у больных с органической патологией – без признаков обострения процесса). Для большей части больных (68%) достаточной является доза 20 мг в сутки, 32% больных требуют увеличения суточной дозы до 40 мг. Эффективная доза может быть определена при разовом приеме препарата. В тех случаях, когда 1 таблетка не купирует полностью симптоматику – исходной дозой должна быть доза 40 мг в сутки. Мини–доза препарата может быть использована для продолжения лечения больных, вступивших в клинико–эндоскопическую ремиссию (язвенная болезнь, хронический гастрит, гастродуоденит, возможно, и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь).

Таблица 1 - Эффективность Кваматела-мини

Симптомы	В начале лечения	Уменьшение симптомов	Исчезновение симптомов
Изжога	23	4	19
Боли в животе	18	2	16
Тяжесть в эпигастрии	16	2	14
Тошнота	7	0	7

Таблица 2 - Эффективность разового приема Кваматела-мини

Симптомы	В начале лечения	Исчезновение через 30-60 мин	Исчезновение через 60-120 мин	Уменьшение через 60-120 мин	Исчезновение через 2-3 дня,
Изжога	22	10	10	2	0
Боли в животе	21	12	8	1	1
Тяжесть в эпигастрии	18	10	8	0	0
Тошнота	8	5	3	0	0

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Леонова М.В., Белоусов Ю.Б. Н2–блокаторы в гастроэнтерологической практике. - Геден–Рихтер. - М. - 2006.
2. Белоусова Е.А. – «Квамател – новый эффективный препарат в терапии эрозивно–язвенных поражений верхних отделов желудочно–кишечного тракта» // журнал Фармация. – 2001. -№ 3. –С. 46-49.
3. Белоусова Е.А., Логинов А.Ф. – «Возможности блокаторов Н2–гистаминовых рецепторов в современной гастроэнтерологии» // журнал «Consilium Medicum». – 2003. №3. –С.6-9.

Түйін

Клиникалық практикада н2-гистамин рецепторларының блокаторларын қолдануы.

Карабалина Д.А.

№4 Қалалық емхана, Шымкент қ.

Мақалада қышқылға тәуелді ауруларды Н-2 гистамин рецепторлардың блокаторларын емдеуге қолдануы керектігі көрсетілген. Олар асқазанның түбінде және денесінде орналасқан париеталды жасушалардың 2-і түрі гистамин рецепторларын эффективті тежейді, тұз қышқылын басады. Бұл қышқылға тәуелді ауруларды емдеуге мүмкіндік береді.

Summary

The application of blockers of n2-histamine receptors in clinical practice

D.A.Karabalina

Municipal policlinic №4, Shymkent

The use of H2 blockers-histamine receptors in the treatment of acid diseases is based on the ability to suppress the production of hydrochloric acid by the action of histamine receptors in the type-2 localized in the parietal cells of the body and at the bottom of the stomach effectively. This makes it possible to use the drug for patients with so-called acid diseases (those diseases in which the acid is damaging agent).

УДК 616/37-002-085:615.245

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕНЗИТАЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Д.А. Карабалина, Г.А. Аршабаева, А.К. Кулшиева, Ж.А. Оразбаева, Ш.Т. Адырбекова
Городская поликлиника №4, мед. колледж «Авиценна», МКТУ им Х.А.Яссави, г. Шымкент
Городская поликлиника №2, г.Шымкент*

АННОТАЦИЯ

В связи с урбанизацией, с увеличением стрессов, с появлением большого количества ГМО продуктов, увеличением употребления алкоголя на душу населения увеличивается число пациентов хроническим панкреатитом. Выявленные случаи ХП требуют развернутого исследования для установления причины заболевания и выработки рациональной терапевтической тактики.

Ключевые слова: пищеварительной недостаточности, определение, коррекция, проблема.

Основные цели лечения хронического панкреатита (ХП) состоят в следующем: купирование боли, уменьшение и снятие интоксикации; купирование прогрессирования отечно-интерстициальной стадии панкреатита с целью предотвращения развития «хирургических» осложнений; стабилизация клинической ситуации, которая достигается созданием функционального покоя поджелудочной железы (ПЖ) и постепенным выходом ПЖ к функциональным нагрузкам; лечение осложнений острого периода – несостоятельности внешне - и внутрисекреторной функций ПЖ; лечение хирургических осложнений и предотвращение рецидивирования при сохраняющемся причинном факторе; реабилитация больных ХП.

Одним из основных принципов лечения является купирование болевого синдрома. Вместе с тем причины болей при ХП могут быть самыми разными: повышение протокового давления; острое воспаление ПЖ (повреждение паренхимы и капсулы); воспалительное повреждение оболочки нерва ПЖ с разрывом ее ткани либо без него; ишемия ПЖ (как следствие отека, воспалительной инфильтрации, нарушения микроциркуляции); сосудистый генез панкреатита и боли; прогрессирующий фиброз ПЖ со сдавливанием нервных образований; развитие псевдокист; периневральное воспаление; внешнепанкреатические осложнения: стеноз дистального отдела холедоха, стеноз нисходящего отдела ДПК; наличие и обострение сопутствующих заболеваний; склонность к спазму сфинктеров при наркотической зависимости. Ферментозаместительная терапия у больных хроническим панкреатитом с ВСН ПЖ является основой

лечения в стадии ремиссии заболевания, так как панкреатическая несостоятельность часто сопровождается метеоризмом и учащением стула. Высокую клиническую эффективность у пациентов с внешнесекреторной недостаточностью показали капсулированные микроаблетированные ферментные препараты в энтеросолюбильной оболочке.

Пензитал (Shreya® life sciences) является защищенным от действия соляной кислоты препаратом панкреатина, содержит 6000 ЕД липазы, 300 ЕД протеазы, 4500 ЕД амилазы и предназначен для лечения ХП.

Цель исследования: Оценить клиническую эффективность терапии препаратом Пензитал у пациентов, страдающих ХП. Задачи исследования: 1. Оценить влияние препарата Пензитал на динамику болевого и диспепсического синдрома. 2. Оценить эффективную дозу препарата у пациентов с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы (ВСН ПЖ). 3. Оценить динамику УЗИ у пациентов с обострением хронического панкреатита. 4. Оценить безопасность препарата Пензитал путем регистрации побочных эффектов.

Материалы и методы. Исследовали 14 пациентов с хроническим панкреатитом (9 мужчин и 5 женщин, средний возраст – 51,13±2,55 г.). Хронический алкогольный панкреатит имелся у 6 пациентов, билиарно-зависимый – у 5, идиопатический – у 2 и у 1 пациента лекарственный панкреатит. До и после лечения проводились УЗИ брюшной полости, с оценкой динамики размеров ПЖ. В процессе терапии изучалась динамика клинических симптомов, проводилась регистрация побочных эффектов. Пензитал назначали в дозе 2 т. 3 раза в сутки. Лечение проводилось в течение 28 дней. При необходимости препарат применялся в составе комплексной терапии (блокаторы секреции, октреотид, ингибиторы протеаз). Назначение иных ферментных препаратов исключалось. У большинства больных имелась патология со стороны печени и желчевыведительной системы, почти 2/3 пациентов имели признаки гепатоза или хронического гепатита, 5 пациентов имели ЖКБ, у 3 пациентов конкременты сформировались во время обострения ХП (2 пациента принимали октреотид). 2 больных были оперированы по поводу ЖКБ, у 3 больных имелась язвенная болезнь (в стадии ремиссии), 2 пациента имели эрозивные поражения желудка, двенадцатиперстной кишки и пищевода. Из 14 пациентов с ХП на момент исследования обострение заболевания наблюдалось у 5 человек, 11 из них получали препарат в составе комплексной терапии (блокаторы секреции, ингибиторы протеаз, спазмолитики при усилении болей). 3 пациента с обострением ХП не требовали назначения иных препаратов и получали Пензитал в виде монотерапии. 6 пациентов с ВСН ПЖ (по данным E1 теста), находящихся в фазе ремиссии ХП, получали Пензитал в качестве заместительной терапии.

Динамика клинических проявлений на фоне лечения: Из клинических синдромов у пациентов преобладал болевой (у 9 пациентов-боли были сильными, продолжительными, без иррадиации, или с иррадиацией в спину. Купирование болей требовало приема лекарственных препаратов (спазмолитиков) таб.1), диспепсический (у всех пациентов, характеристика диспепсического синдрома приведена в таб.2- метеоризм, чувство быстрого насыщения, чувство тяжести в левом или правом подреберье встречались наиболее часто, учащенный (более 2-х раз в день) и/или кашицеобразный стул отмечались в 23,3–36,7% случаев. Часто встречалась отрыжка, изжога, чувство горечи во рту), астеноневротического синдромов.

Результаты исследования. Динамика болевого синдрома оценивалась у 13 пациентов, поскольку 1 пациент с обострением ХП прервал прием препарата. К концу лечения болевой синдром был полностью купирован у 7 пациентов (77%), в течение первой недели у 5 пациентов, и у остальных к 16-му дню лечения. В среднем болевой синдром был купирован на 8 день терапии. Положительная динамика наблюдалась у 7 пациентов (77%), однако к концу лечения у них сохранялись слабые или умеренные боли. К концу лечения болевой синдром сохранялся у 2 пациентов (22%): Таким образом, положительная динамика в отношении болевого синдрома отмечена у 7 пациентов (77%) .

Динамика диспепсического синдрома. Горечь, изжога, отрыжка, тошнота–рвота, метеоризм были купированы у 92,3% больных, у большинства пациентов диспептический синдром был купирован в течение первой недели терапии. У 7 пациентов с ВСН ПЖ, получавших заместительную терапию Пензиталом, терапия была эффективна у 6 пациентов, из них у 4 пациентов диспепсический синдром был купирован начальной дозой препарата в течение первой недели терапии, уменьшение выраженности диспепсии наступало у них уже в первые дни лечения. Динамика размеров поджелудочной железы у больных с ХП по данным УЗИ. Размеры ПЖ были увеличены у 10 пациентов, у 4 – не изменены. Тотальный отек ПЖ наблюдался у 2 пациентов, головки и тела – у 3 пациентов, изолированное поражение головки – у 5 пациентов, изолированное поражение тела – у 1 и хвоста – у 2 пациентов. Осложнения ХП зафиксированы у 6 человек – расширение вирсунгова протока у 2, кисты – у 1 пациентов, кальцинаты у 2 билиарная гипертензия у 1 пациентов. К концу курса терапии положительная динамика в отношении размеров ПЖ отмечалась у 8 пациентов, у 5 из них ПЖ приняла нормальные размеры (табл. 3). 2 пациента динамики в отношении размеров ПЖ не продемонстрировали, однако у 1 из них отмечалось сокращение диаметра вирсунгова протока, уменьшение билиарной гипертензии.

Пензитал эффективен в терапии больных хроническим панкреатитом. Положительная динамика в

отношении болевого синдрома отмечена в 77% случаев, к концу лечения болевой синдром был купирован у 77% больных, боли существенно уменьшились в 40% случаев. Препарат эффективно купирует болевой синдром, связанный с повышением протокового давления. Отсутствие эффекта у нескольких пациентов объясняется наличием других причинных факторов. Положительная динамика диспепсического синдрома отмечена у 92,3% больных. У пациентов с умеренной степенью ВСН ПЖ доза препарата 2 таблетки на прием пищи (в качестве заместительной терапии) оказалась достаточной для коррекции ВСН ПЖ. У пациентов с тяжелой степенью ВСН ПЖ требуется увеличение дозы препарата. Эффективность препарата подтверждается также и положительной ультразвуковой динамикой, которая наблюдалась в 54,5% случаев; нормализацией моторики, а также тенденцией к улучшению качества жизни. У большинства больных (93,3%) переносимость препарата была хорошей.

Таблица 1 - Клиническая характеристика болевого синдрома

Характеристика	Количество больных
Интенсивность: слабые	2- 14%
умеренные	5- 35.7%
сильные	2- 14%
Продолжительность: до 30 мин	1- 7%
30-60 мин	2- 14%
1-3 часа	4- 28.5%
более 3 часов	3- 21.4%
Купирование болей: самостоятельно	1- 7%
после приема лекарств	6- 42.8%
после рвоты	1- 7%
при голодании	1- 7%

Таблица 2 - Клиническая характеристика диспептического синдрома

Характеристика	Количество больных
Изжога	5- 35.7%
Отрыжка	7- 50%
Сухость во рту	8- 57%
Горечь во рту	7- 50%
Рвота	2- 14%
Тяжесть в животе	4- 28.5%
Метеоризм	8- 57%
Частый стул	6- 42.8%
Кашицеобразный стул	4- 28.5%
Запоры	2- 14%

Таблица 3 - УЗИ данные поджелудочной железы

	Головка (мм)	Тело (мм)	Хвост (мм)
До лечения	35,31(+1,8)	21,20 (+1,2)	25,12 (+1,4)
После лечения	34,9 (+1,9)	20,10 (+1,0)	23.91 (+0,8)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Минушкин О.Н. Современные принципы и алгоритмы лечения хронического панкреатита //Materia Medica. – 2003. –№ 2 (38). – С. 17 –25.
2. Охлобыстин А.В. Современная тактика лечения хронического панкреатита // Consilium medicum. – 2001. –Т.4. - № 6.– С.292–295.
3. Коротько Г.Ф. Секрция поджелудочной железы. – Москва.- 2002.- 223с.

Түйін

Созылмалы панкреатит кезінде пензиталды колдану
 Карабалина Д.А., Аршабаева Г.А., Кулпиева А.К., Оразбаева Ж.А., Адырбекова Ш.Т.
 №4 Қалалық емхана, «Авиценна» мед.колледжі, Қ.А. Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент қ.,
 №2 Қалалық емхана, Шымкент қ.

Созылмалы панкреатитпен ауырған науқастардың саны артып барады: көп ішімдік қолданудан, ГМО азық-түлік пайда болғаннан, стресстік жағдайлардың көбейуіне, урбанизациялануына байланысты. Анықталған созылмалы панкреатиттер рационалды емдеу тактиканы табу және себебін анықтау үшін кең зерттеулер қолдануды талап етеді.

Summary

The application of penzital at chronic pancreatitis
D.A.Karabalina, G.A.Arshabaeva, A.K.Kulpieva, Z.A.Orazbaeva. Sh.T.Adyrbekova
Municipal policlinic №4., honey.college "Avizenna", IKTU by name of H.A.Yesevi, Shymkent.
City hospital № 2, Shymkent

The number of patients with chronic pancreatitis increases due to urbanization, increase of stresses, with the emergence of a large number of GM products, an increase in alcohol consumption per capita. HP revealed cases require extensive investigation to determine the cause of the disease and the development of rational therapeutic tactics.

УДК 616.24.002.3:51

МЕТАБОЛИЗМ ВИТАМИНА Д ПРИ РАХИТЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Алтынбаева Г.О
ГККП «Шымкентская городская детская поликлиника №2», г.Шымкент

АННОТАЦИЯ

Ряд исследований показывают возможность развития рахита даже в условиях нормального содержания холекальциферола в сыворотке крови. В данной статье показана корреляционная связь между обеспеченностью организма витамином Д и клиническими проявлениями рахита у детей раннего возраста.

Ключевые слова: витамин Д, метаболизм, рахит, дети раннего возраста, заболевание.

Основным этиологическим фактором развития рахита у детей является дефицит витамина Д в результате недостаточного его поступления в организм с продуктами питания или недостаточного синтеза в коже под влиянием солнечных лучей. При типичном течении рахита отмечается снижение 25(ОН)D вплоть до его отсутствия. Данный метаболит синтезируется только в печени.

Целью настоящего исследования явилось установление корреляционной связи между содержанием витамина Д в организме и клинической картиной рахита у детей раннего возраста [1,2].

Материалы и методы исследования. Обследованы 53 ребенка в возрасте от 2 месяцев до 2-х лет с клинической картиной рахита различной степени тяжести. Возрастной состав обследованных представлены в таблице 1.

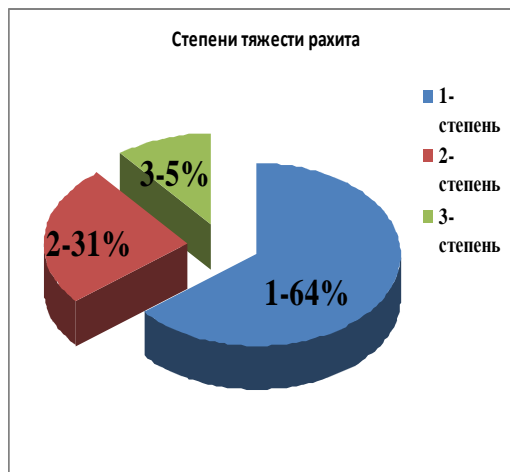


Рисунок 1 – Степени тяжести рахита.

Таблица - Распределение детей в зависимости от возраста и периода рахита

Период рахита	0-6 месяц		6-12 месяц		12-24 месяц		Старше 2 лет	
Разгар (n=29)	24	87,2%	3	7,7%	2	5,1%	-	-
Остаточные явления (n=24)	-	-	15	62,5%	7	29,2%	2	8,3 %

В состав обследуемых детей вошли 29 детей с клиническими симптомами периода разгара заболевания и 24 ребенка с остаточными явлениями рахита. Данные представлены в таблице. У всех обследованных детей проводили оценку анамнестических данных, клиническое обследование и анализ лабораторных показателей, включавших уровень кальция, фосфора и щелочной фосфатазы. Диагноз рахита устанавливали на основании наличия характерных вегетативных проявлений, изменений со стороны костной и мышечной систем.

Результаты и их обсуждение. Анализ аналитических данных показал, что все дети, включенные в исследование, имели факторы риска, предрасполагающие развитию рахита. К факторам риска со стороны матери были отнесены: возраст матери старше 30 лет, наличие у женщины хронических заболеваний органов и систем и др. В 1/3 случаев (35,4±5,9%) отмечалось патологическое течение настоящей беременности. Только 42,1% матерей во время беременности принимали поливитаминные препараты. К факторам риска со стороны ребенка были отнесены следующие: недоношенность, задержка внутриутробного развития, затянувшаяся конъюгационная желтуха в неонатальном периоде, наличие белково-энергетической недостаточности, патологии со стороны органов, участвующих в метаболизме витамина D (печень, почки). У большинства обследованных детей отмечалось сочетание 2 и более факторов. Установлено, что большинство детей получали витамин D либо в составе препаратов холекальциферола (Аквдетрим), либо при вскармливании адаптированными молочными смесями.

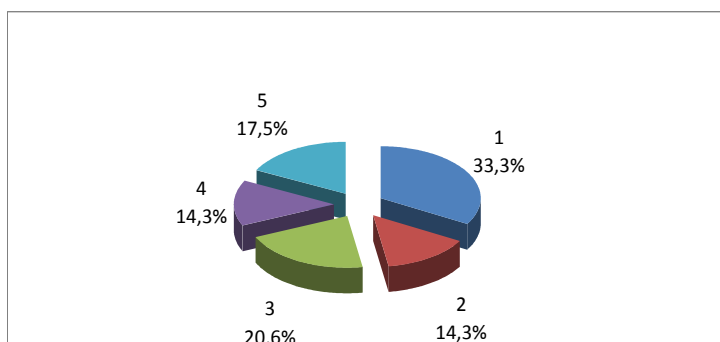


Рисунок 2 - Состояние специфической профилактики рахита в исследуемой группе детей.

1-искусственное вскармливание без дополнительного назначения витамина D, 2-искусственное вскармливание +дополнительное назначение витамина D, 3-грудное вскармливание без дополнительного

назначения витамина D, 4- грудное вскармливание⁺ нерегулярный прием витамина D, 5-грудное вскармливание + регулярный прием витамина D.

Пятая часть детей (20,5±5,0 %) детей находились на исключительном грудном вскармливании без дополнительного назначения витамина D. Треть детей (31,8±5,9%) на грудном вскармливании получала холекальциферол в составе препаратов, однако у 14,3±4,4% младенцев профилактика была расценена как неудовлетворительная (позднее ее начало, нерегулярный прием препаратов). Дети на искусственном вскармливании с учетом объема питания получали от 200 до 400 МЕ холекальциферола в составе смеси. Дополнительно витамин D (водный раствор-Аквадетрим) в препаратах назначался детям в дозе 500-1000 МЕ.

При оценке содержания активных метаболитов витамина D (25(OH)D₃, 1,25 ((OH)D₃)) в сыворотке крови было выявлено, что подгруппе детей с активным рахитом снижение уровня 25-гидроксихолекальциферола ниже 25 нг/мл отмечалось лишь у 43,6±7,9% младенцев. У детей с остаточными явлениями рахита гиповитаминоз D диагностирован в 12,5±6,8 % случаев. Достоверной корреляции между обеспеченностью ребенка витаминами D и степенью тяжести заболевания не отмечалось. При анализе данных о проведенной специфической профилактике заболевания было установлено, что снижение 25-гидроксихолекальциферола отмечалось. В том числе, и у детей, получавших профилактические дозы витамина D с препаратами (Аквадетрим) или адаптированными молочными смесями, что также указывает на необходимость учета возможных факторов, влияющих на метаболизм холекальциферола в организме. При этом следует отметить, что большинство детей с гиповитаминозом D специфическая профилактика рахита была расценена как неадекватная.

Обращает на себя внимание, что большинство женщин (58,7±6,2%) во время беременности не получали дополнительно поливитаминных препаратов, в то время как анализ анамнестических данных показал довольно высокую частоту патологического течения беременности у матерей обследованных детей (36,5±6,1%). У 4,7±6,3 % матерей социально-экономические условия проживания во время беременности можно было охарактеризовать как неблагоприятные, что могло явиться причиной неадекватного обеспечения будущих матерей как кальцием, так и витамином D.

Таким образом, отсутствие корреляции между содержанием витамина D в организме ребенка и клиническими проявлениями рахитического процесса позволяют расценивать рахит как многофакторное заболевание, в патогенезе которого важное значение имеет не только дефицит холекальциферола, но и особенности его метаболизма у конкретного ребенка. Наличие у младенцев патологии со стороны желудочно-кишечного тракта, почек, кожи, хронических расстройств питания, проявляющихся гипотрофией, создают неблагоприятные условия для метаболизма витамина D, приводя к его «функциональному» дефициту даже в условиях достаточной обеспеченности им организма. В случае активного роста ребенка и, соответственно, увеличения потребности в кальции и витамине D может иметь место укорочение метаболизма холекальциферола, что также может определять быстрое истощение запасов витамина и формирование дефицитного состояния.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Майданник В.Г. Рахит у детей: современные аспекты./Г.В. Майданник. - М: Аспект-Полиграф, 2006.-120с.
2. Новиков П.В. Современный рахит: классификация, методы диагностики, лечения и профилактики: Пособие для врачей./ П.В. Новиков М.: МНИИП и ДХ, 2007.- 215 с.

Түйін

Ерте жастағы балалардың рахит кезіндегі D витаминінің метаболизмі
Алтынбаева Г.О.
МККК «№2 Шымкент қалалық балалар емханасы», Шымкент қ.

Кейбір зерттеулер нәтижелері холекальциферолдың қандағы қалыпты деңгейінде де рахиттың дамуы мүмкіндігін көрсетеді. Мақалада организмдегі D витаминінің деңгейімен рахиттың клиникалық көрінісі арасындағы корреляциялық байланыс анықталған.Түйін сөздер: D витамині, метоболизм, рахит, ерте жастағы балалар, ауру.

Summary

Vitamin D metabolism rickets signs in infants
Altynbaeva G.O.
SGTE « Shymkent City Children's clinic №2 » Shymkent s.

Results of some studies prove possibility of rickets development even in children with normal serum

cholecal-ciferol. Author presents results of proper investigation, studied correlation between vitamin D provision and rickets signs in infants. Key words: vitamin D, metabolism, rickets, infants, morbidity.

УДК: 616.2-022-053.2-07-08

РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ АНАФЕРОНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Н.Т.Мавланова

Городская детская поликлиника №1, г.Шымкент

АННОТАЦИЯ

Проведена ретроспективная оценка результатов применения анаферона детского для профилактики и лечения респираторных инфекций у часто болеющих детей. Сравнивались доли детей, заболевших ОРВИ, где применялась профилактика анафероном, и где такая профилактика не проводилась. И уже в первые дни приема Анаферона у детей основной группы сроки купирования лихорадки были значительно короче по сравнению с контролем. Устранение интоксикации также значимо быстрее наступало у больных основной группы. Применение анаферона детского в профилактическом и лечебном режиме хорошо переносилось детьми.

Ключевые слова: заболеваемость ОРВИ, часто болеющие дети, профилактика, анаферон.

Актуальность. Многочисленные эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что каждый ребенок в течение года в среднем переносит от 3 до 5 эпизодов респираторных инфекций. Даже в неэпидемический период число острых респираторных заболеваний (ОРЗ) во много раз превышает заболеваемость всеми основными инфекционными болезнями. В период эпидемии в процесс вовлекается более 30% населения земного шара, из которых половина - дети. На долю часто болеющих детей (ЧБД) приходится от 25 до 50% всех случаев заболеваний детей. Среди детей дошкольного возраста ЧБД составляют 26%, до 3-х лет — 42%.

Повторные респираторные заболевания приводят к нарушению развития функционирования различных органов и систем: органов дыхания, ЖКТ, вегетативной нервной системы, способствуют снижению иммунорезистентности организма и срыву компенсаторно-адаптационных механизмов. В связи с частой заболеваемостью изменяется режим двигательной активности, дети реже находятся на свежем воздухе, что способствует развитию фоновых заболеваний (рахит, дистрофия, анемия и др.) и отставанию в физическом и психомоторном развитии. У ЧБД широко и чаще неоправданно используется большое количество медикаментов, в том числе солицилаты и антибиотики, которые обладают иммуносупрессивным действием. У ЧБД нарушается социальная адаптация, обусловленная частой потерей контактов со сверстниками. Высокая заболеваемость приводит к большим экономическим затратам родителей и государства, ограничивает подростка в выборе профессии, влияет на репродуктивные возможности.

ЧБД - группа детей, которые достоверно чаще, чем среднестатистический ребенок, переносят острые респираторные заболевания, не связанные со стойкими врожденными, наследственными или приобретенными патологическими состояниями. Таким образом, ЧБД - это не нозологическая форма и не диагноз. Среди наиболее частых клинических форм выделяют ринит, назофарингит, тонзиллит, ларинготрахеит, бронхит, бронхопневмонию либо изолированную ЛОР-патологию (отит, синусит и другие) [1, 2].

В отечественной педиатрии разработаны и применяются четкие критерии, позволяющие отнести ребенка в диспансерную группу В. Ю. Альбицким и А. А. Барановым были предложены следующие критерии в зависимости от возраста: дети до 1 года - 4 и более случаев ОРЗ в год; от 1 до 3-х лет - 6 и более; 4-5 лет - 5 и более; старше 5 лет - 4 и более; с 6 лет - 3 и более заболеваний в год. Лечение рецидивирующих респираторных инфекций у детей по-прежнему остается в центре внимания педиатров, все больше осознающих необходимость фармакологического воздействия на пациентов с подавленным иммунитетом, целью которого является нормализация иммунного ответа [2, 3].

В настоящее время для иммунокоррекции предлагается большое количество иммуностропных лекарственных средств. Это бактериальные препараты, природные и рекомбинатные интерфероны, индукторы интерфероногенеза, препараты тимуса, костного мозга и другие. При выборе схемы иммунокорректирующей терапии в каждой конкретной клинической ситуации следует учитывать индивидуальные особенности организма ребенка. Перспективным для профилактики ОРВИ считается применение препаратов нового класса: иммуномодуляторов-индукторов синтеза интерферонов [3,4,5]. Среди

появившихся в последнее время на фармацевтическом рынке препаратов, индукторов интерферонов, для лечения и профилактики гриппа и ОРВИ представляет интерес препарат Анаферон.

Анаферон детский – оригинальный препарат был разработан учеными компании Материа Медика совместно с сотрудниками НИИ фармакологии Сибирского отделения РАМН. Анаферон детский относится к группе иммуномодуляторов и обладает противовирусной активностью. Препарат производится компанией-разработчиком (НПФ «Материа Медика Холдинг», регистрационный № Р N000372/01) с конца 2002 г. Действующим веществом препарата являются сверхмалые дозы антител к γ -интерферону (ИФН γ) человека. Анаферон детский производится по технологии, которая используется при производстве гомеопатических препаратов, что позволяет использовать действующее вещество в сверхмалых дозах, при условии сохранения высокой биологической активности препарата.

Анаферон детский проявляет свои эффекты через влияние на систему эндогенных интерферонов и экспрессию функционально сопряженных с интерферонами цитокинов. Так же, как и другие препараты, реализующие свои эффекты через интерфероны (прежде всего индукторы интерферонов), анаферон детский способствует выработке эндогенных интерферонов α и γ . Как показали доклинические испытания, анаферон детский активизирует функции Т-эффекторов и Т-хелперов, повышает функциональный резерв клеток, участвующих в иммунном ответе, увеличивает продукцию защитных антител и восстанавливает функциональную активность фагоцитов. Анаферон работает комбинированно: блокирует размножение вирусов и активизирует работу иммунитета. В ответ на инфекцию Анаферон усиливает продукцию в организме защитных веществ и повышает результативность их действия. Благодаря этому при лечении уничтожение вирусов происходит быстрее, а при профилактике организм ребенка всегда готов к быстрой и эффективной защите[3, 4,5].

Материалы и методы. Нами проведено изучение клинической эффективности иммунокоррекции Анафероном в острый период респираторных заболеваний, а также при затяжных, рецидивирующих и хронических процессах органов дыхания в период ремиссии. Анаферон в комплексной терапии применяли у 95 больных в возрасте от 1 года до 10 лет. В качестве критериев клинической эффективности Анаферона были выбраны следующие параметры: температурная реакция, степень интоксикации, наличие осложнений. Контрольная группа составила 36 человек. Все дети обращались в первые 3 дня болезни с ОРЗ, в анамнезе имели часто повторяющиеся ОРЗ. Больные основной группы с первых суток болезни получали дополнительно Анаферон по стандартной схеме.

Следует отметить, что уже в первые дни приема Анаферона у детей основной группы сроки купирования лихорадки были значительно короче по сравнению с контролем. Устранение интоксикации также значительно быстрее наступало у больных основной группы. В контрольной группе у 19% возникли инфекционные осложнения в виде отита и лимфаденита, в основной группе такие осложнения не развивались, но у 3-х детей имела место транзиторная дисфункция кишечника, которая разрешилась без специального лечения.

Анаферон был также применен в комплексном лечении (13 детей) при затяжных, рецидивирующих, а также хронических заболеваниях органов дыхания в период ремиссии. Критериями клинической эффективности Анаферона были выбраны частота и тяжесть обострений ОРЗ до и после иммунокоррекции. Результаты свидетельствуют, что частота рецидивов заболеваний значительно уменьшилась. Кроме того, уменьшилась тяжесть респираторной патологии у детей, что позволило в дальнейшем реже прибегать к назначению антибиотиков. Иммунокоррекция Анафероном в группе часто болеющих детей приводила к увеличению относительного содержания лимфоцитов в крови.

Выводы. Совокупность имеющихся данных наших исследований позволяет заключить, что применение Анаферона является перспективным в качестве стимулятора на инфекцию иммунной системы организма у часто болеющего ребенка.

Анаферон является эффективным иммуностимулирующим препаратом, оказывающим положительное влияние на динамику основных клинических симптомов при ОРЗ вирусной и вирусно-бактериальной этиологии при затяжных, рецидивирующих, а также хронических заболеваниях органов дыхания в период ремиссии данный препарат сокращает сроки антибиотикотерапии, ускоряет процесс выздоровления и обеспечивает более гладкое течение ОРЗ.

Анаферон обеспечивает высокую степень профилактической эффективности в предупреждении ОРИ, их осложнений и рецидивов, что позволяет рекомендовать его применение в широкой педиатрической практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Союз педиатров России. Научно-практическая программа Союза педиатров России: Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, - 2002. - 69 с.
2. Юрьев, В.В. Часто болеющие дети / В.В. Юрьев, КС. Подосинников // TERRA MEDICA. 1999. №3. - С. 4-6.
3. Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра: пособие для врачей

/ под ред. Н.А. Коровиной. М.: Медицина, -2004.- 48 с.

4. Образцова Е.В. Эффективность препарата "Анаферон детский" в профилактике острых респираторных инфекций у детей раннего возраста / Е.В.Образцова, Е.С. Эрман, Л.М. Осидак [и др.] Детские инфекции. 2003.- №2.- С. 44-48.

5. Куприна Н.П. Клинико-лабораторная эффективность препарата "Анаферон детский" в комплексном лечении часто болеющих детей / Н.П. Куприна, С.П..Кокорева,Л.В. Семенченко [и др.] //Детские инфекции. 2005.- №3.- С. 34-36.

Түйін

Жиі ауыратын балалардың ЖРВИ-ң алдын-алу мен емінде анаферонды қолданудың тәжірибесін ретроспективті бағалау

Н.Т.Мавланова

№1 қалалық балалар емханасы, Шымкент қаласы

Жиі ауыратын балалардың респираторлы инфекцияларының алдын-алу мен емінде анаферонды қолданудың нәтижесін ретроспективті бағалау айтылған. ЖРВИ –мен ауырған балалардың емінде анаферонды қолданған топ пен анаферонды қолданбаған топ балалары салыстырылды. Анаферонды қолданған негізгі топтың балаларында бірінші күннен бастап қызбаның және интоксикацияның ұзақтығының бақылау тобындағыларға қарағанда қысқа болғандығы байқалды. Балалар анаферонын алдын-алу мен емдік тәртіпте қолдану балаларда жақсы өтті. Кілт сөздері: ЖРВИ ауыру, жиі ауыратын балалар, алдын-алу, анаферон.

Summary

Retrospective evaluation of application anaferon prevention and treatment of SARS of ill children

N.T.Mavlanova

City Children's Clinic № 1, Shymkent

A retrospective evaluation of Anaferon for children for the prevention and treatment of respiratory infections of ill children . Proportion of cases of SARS, treated with ANAFERON prevention and where such prophylaxis was not performed were compared. And already in the first days of taking children Anaferon main group dates relief of fever were significantly shorter compared with the control. Elimination of intoxication was also significantly faster occurred in group of patients. Using of children Anaferon in preventive and therapeutic regimens is well accepted by children. Keywords: incidence of SARS, often ill children, prevention, Anaferon.

О Б З О Р

УДК 61671/4

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯНЫҢ ПАТОФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ЖІКТЕМЕСІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)

Байжанова К.Т., Абдулова С.Н., Абсаттарова А.А.

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент

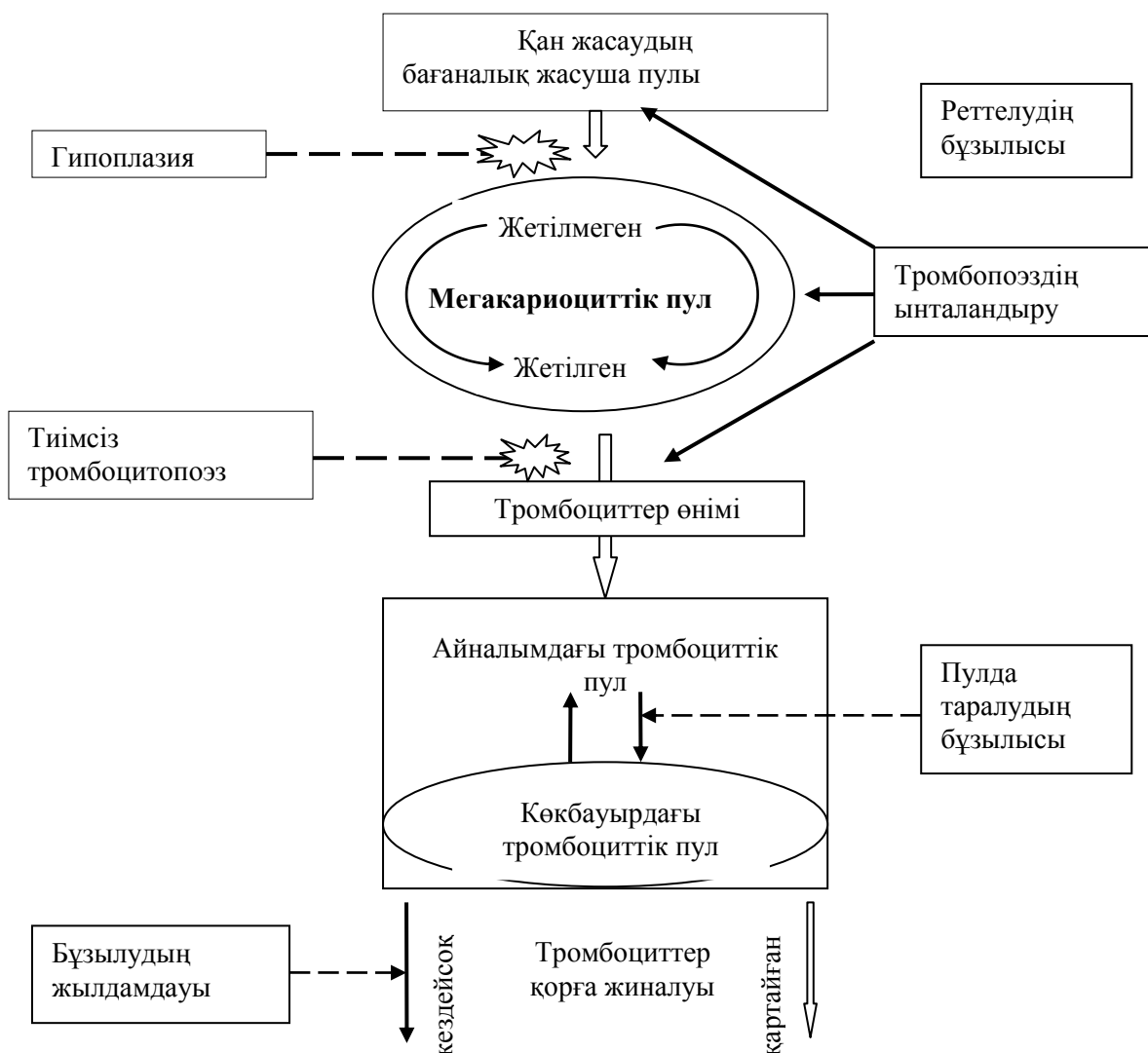
ТҮЙІН

Тромбоцитопениялар – шеткі қанда тромбоциттер санының кемуінен туындаған геморрагиялық диатездер тобы болып табылады. Levine (1999) патофизиологиялық ерекшеліктерін ескеріп, тромбоцитопенияны 4 топқа бөлді: артификальды тромбоцитопения («жалған тромбоцитопения»); сүйек миында тромбоциттердің жеткіліксіз өндірілуімен туындаған; тромбоциттердің жоғары бұзылу салдарынан туындаған; тромбоциттік пулда таралуының бұзылысына байланысты туындаған тромбоцитопения.

Кілт сөздері: тромбоцитопения, геморрагиялық диатез, патофизиологиялық жіктемесі.

Тромбоцитопения деп қанда тромбоциттер саны $140 \times 10^9/\text{л}$ кем болған жағдайды айтады. Дені сау адамның қанында тромбоциттер саны $150-400 \times 10^9/\text{л}$ құрайды. 1999 ж. Levine тромбоцитопениялардың патофизиологиялық негізін ұсынды және олар негізінен 4 топқа бөлінді (1- сызба):

Сызба -Тромбоцитопениялардың патофизиологиясы (Levine, 1999)



Ескертпе. Үзілмеген жебе мегакариоциттік-тромбоциттік жүйенің қалыпты биодинамикасын көрсетеді. Үзілген сызық тромбоцитопенияның патофизиологиялық механизмін көрсетеді.

артифициальды тромбоцитопения («жалған тромбоцитопения»); сүйек миында тромбоциттердің жеткіліксіз өндірілуімен туындаған; тромбоциттердің жоғары бұзылу салдарынан туындаған; тромбоциттік пулда таралуының бұзылысына байланысты туындаған тромбоцитопения.

Жалған тромбоцитопения.

Артифициальды тромбоцитопения не «жалған тромбоцитопения» кезінде қанда тромбоциттер саны кемуіне қарамастан клиникалық көріністер – қан кету, петехия, экхимоздар болмайды. «Жалған тромбоцитопения» жиі автоматтық цитометр көмегімен қандағы тромбоциттерді санағанда (науқастың қанына антикоагулянт ретінде этилендиаминтетраацетатты қолданғанда) байқалады. Бұндай кезде тромбоциттерді Горяев камерасында қолмен қайта санау керек.

Тромбоциттердің жеткіліксіз өндірілуі.

Сүйек миында тромбоциттердің жеткіліксіз өндірілуі әртүрлі себептерден туындауы мүмкін, олар 1-кестеде келтірілген. Қалыпты жағдайда айналымдағы тромбоциттердің өмір сүру ұзақтығы 8-10 күн болуына байланысты сүйек миында күніне тромбоцитарлық массаның 10-13 %-ы өндіріледі. Сүйек миында қалыпты айналымға қажет тромбоциттер санын өндіре алмайтын кезде осы топтағы тромбоцитопения дамиды.

1- кесте - Тромбоцитопениялардың патофизиологиялық жіктемесі

Тромбоцитопенияның патофизиологиялық тобы	Тромбоцитопенияның негізгі себептері
I.Тромбоциттердің жеткіліксіз өндірілуінен туындаған тромбоцитопениялар	1. Сүйек миының мегакариоциттік өскіншесінің гипопролиферациясы немесе гипоплазиясы: апластикалық анемия медикаментозды улану ішімдікпен улану вирусты инфекциялар тума ақаулар (тұқым қуалайтын мегакариоциттік гипоплазия) жүре болған дара амегакариоциттік тромбоцитопениялық пурпура ұзаққа созылған гипоксия 2.Тиімсіз тромбоцитопоэз мегалобласты анемия пароксизмалды түнгі гемоглобинурия тромбopoэтин тапшылығы ішімдікті салынып қолдану темір тапшы анемиясының ауыр дәрежесі вирусты инфекциялар тума ақаулар 3.Сүйек миының мегакариоциттік өскіншесінің метаплазиясы: лейкоздар плазмалы жасушаның дискразиясы миелофиброз лимфомалар гранулематозды инфекциялар
II.Тромбоциттердің жоғары бұзылу не жоғалту салдарынан туындаған тромбоцитопениялар	1.Иммунологиялық үрдіспен туындаған тромбоциттердің жоғары бұзылуы: Аутоиммундық (идиопатиялық аутоиммунды тромбоцитопения-лық пурпура: дәнекер тіндердің жүйелі аурулары, жүйелі васкулиттер, лимфопролиферативтік аурулар, жүктілік, дәрілік тромбоцитопениялар) изоиммундық (аллоиммундық) – неонаталды тромбоцитопения, қан құйғаннан кейінгі тромбоцитопения 2. Иммунологиялық емес механизмнен туындаған тромбоциттердің бұзылуы мен сұранысының артуы: тамыршілік шашыраңқы қанның ұюы (ТШҚҰ) тромбоциттік тромбоцитопениялық пурпура гемолиздік-уремиялық синдром тамырдың ішкі беткейінің кемістігі күйеу ТШҚҰ-синдромымен жүретін сепсис 3.Ауыр қан ағу кезіндегі тромбоциттерді жоғалту 4. Массивті трансфузия кезіндегі сұйылту тромбоцитопениясы
III. Тромбоциттік пулда таралудың бұзылысы	Спленомегалия (қатерлі ісіктік, конгестивтік, инфекциялық, белгісіз генездік)

Тромбоциттердің жоғары бұзылуы.

Тромбоциттердің жылдам бұзылысы тромбоцитопенияның ең жиі себебі, сонымен қатар ол тромбоцитопозді ынталандырып, мегакарициттердің ізашар жасушаларының санын, өлшемдерін және жетілдіру дәрежесін арттырады. Егер тромбоциттердің бұзылу дәрежесі осы компенсаторлық тромбоциттерді артық өндіруден жоғары болса, онда тромбоцитопения дамиды. Тромбоциттердің бұзылысын жасуша ішілік (тромбоцит ішілік) ақаулар не жасушадан тыс патологиялар туындатуы мүмкін. Тромбоцит ішілік ақаулар, яғни тума тромбоцитопения, мысалы Вискотт-Олдрич синдромы өте сирек кездеседі. Бұл тромбоциттердің өмірлері қысқа болады. Зақымданған тромбоциттер көкбауыр, бауыр және ретикулоэндотелиальды жүйе арқылы қаннан тазаланады. Тромбоциттен тыс факторлар әсерінен туындаған тромбоциттердің бұзылысы ең алдымен иммундық механизмге байланысты дамиды.

Тромбоциттік пулда таралудың бұзылысы.

Қалыпты жағдайда қанда барлық тромбоциттердің 70 %-ы айналып жүрсе, қалған 30 %-ы көкбауырда бөлініп, көкбауырлық тромбоциттік пул құрайды. Спленомегалиямен жүретін әртүрлі дерттерде көкбауырда тромбоциттер көп бөлініп, айналымдағы тромбоциттер азайып, тромбоцитопенияны туындатады. Айқын спленомегалияда көкбауырлық пулда тромбоциттердің 90 %-ы болуы мүмкін. Жоғарыда аталған тромбоцитопенияның патофизиологиялық топтарын тромбоцитопоз кинетикасының көрсеткіштерін зерттей отырып, бір-бірінен ажыратуға болады (2- кесте).

Қан ағудың айқындылығы тромбоцитопенияның дәрежесіне тәуелді болады. Қанда тромбоциттер саны 100x10⁹/л-ден төмен болған кезде қан ағу ұзақтығы ұзарады. Егер қанда тромбоциттер саны 50x10⁹/л-дейін төмендесе және олардың қызметтері бұзылмаса, онда әдетте геморрагиялық синдром анықталмайды. Тромбоциттер саны 50x10⁹/л-ден төмен болған кезде оны ауыр тромбоцитопения ретінде бағалайды және геморрагиялық синдром көріністері байқалуы мүмкін. Көбіне өздігінен қан ағу белгілері қанда тромбоциттер саны 20x10⁹/л-ден төмен болғанда байқалады. Қандағы эритроциттер саны қан кету қауіпіне белгілі бір деңгейде әсер етеді. Тромбоцитопения дәрежесі бірдей анемиясы жоқ адамға қарағанда анемиясы бар науқастың қан ағу қаупі едәуір жоғары екен. Қанда тромбоциттер саны 60x10⁹/л-ден төмен болған кезде, әдетте ұйыған қанның ретракциясы бұзылады.

2- кесте - Әртүрлі тромбоцитопениялар кезіндегі тромбоцитопоз кинетикасының көрсеткіштері (Levine, 1999)

Тромбоцитопоз кинетикасының көрсеткіштері	Тромбоцит өндірудің бұзылыстары		Тромбоцит-тің жылдам бұзылысы	Тромбоцит-тік пулда таралудың бұзылысы
	Мегакарицит-тің гипопролиферациясы не гипоплазиясы	Тиімсіз тромбоцитопоз		
Мегакарициттің жаппай массасы	төмендеген	жоғары	айтарлықтай жоғары	әртүрлі дәрежеде жоғары
Мегакарициттің көлемі	үлкен	қалыпты не кішілеу	үлкен	әртүрлі үлкен
Тромбоцит айналымының не өндіруінің көлемі	төмендеген	төмендеген	жоғары	әртүрлі дәрежеде жоғары
Тромбоциттің жаппай массасы	төмендеген	төмендеген	төмендеген	қалыпты
Тромбоциттің көкбауырлық пулы	төмендеген	төмендеген	төмендеген	жоғары
Тромбоциттердің өмір сүру ұзақтығы	қалыпты	әртүрлі дәрежеде қысқа	қысқа	әртүрлі дәрежеде қысқа

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Гематология: Новейший справочник. /Под общ. ред. К.М. Абдукадырова – М.: Эксмо: СПб.- Сова.- 2004.- 928 с.- ISBN 5-699-05074-4.
2. Байжанова К.Т., Бекмұрзаева Э.К. Қан аурулары, Шымкент.-2010.- 400 б. - ISBN 9965-833-40-0.
3. Байдурын С.А. Заболевания системы крови.- Астана.- 2007.- 246 с. - ISBN 9965-15-680-8.
4. Васильев С.А., Виноградов В.Л., Карабудагова З.К. Структура и функции тромбоцитов// Гематол. и трансфузиол.- 2010.-№5.- С.4-10.
5. Руководство по гематологии. В 3т. Т.3./ Под ред. А.И. Воробьева.- 3-е изд.- М.: Ньюдиамед.- 2005.- 416 с.- ISBN 5-88107-054-2.

6. Болезни системы крови/ С.А. Гусева, В.П. Вознюк.- 2-е изд.- М.: Мед.пресс-информ.- 2004.-488 с.- ISBN 5-98322-018-7.
7. Герасимова Л.П., Дризе Н.И., Лубкова О.Н и др. Нарушения стромального микроокружения у больных с различными заболеваниями системы крови// Гематол. и трансфузиол.- 2008.-№5.- С.59-62.
8. Гладких Н.Н., Ягода А.В. Клинико-патогенетические аспекты изменений в системе гемостаза при врожденной дисплазии соединительной ткани // Гематол. и трансфузиол.- 2007.- №3.- С. 42-47.
9. Долгов В.В., Свирич П.В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза. – М.: Триада.- 2005.- 227 с. - ISBN 5-94789-114-X.
10. Колесникова А.И. Мезенхимальные (стромальные) стволовые клетки костного мозга человека в медицинской практике: обоснование, результаты и перспективы // Гематол. и трансфузиол.- 2008.- №5.- С. 36-39.
11. Диагностика болезней внутренних органов. Т.5/ А.К. О कोरोков.- М.: Мед. лит.- 2003.- 512 с.- ISBN 5-89677-030-8.
12. Основы клинической гематологии/ Под ред. В.Г. Радченко. – СПб.-«Диамед».- 2003.- 304 с. ISBN 5-98230-001-2.
13. Общая гематология/ Б.И. Кузник, О.Г. Максимова.- Ростов н/Д.:Феникс.- 2007.-573 с.- ISBN 978-5-222-12325-6.
14. De Botten S., Sabri S., Daugas E. et al. Platelet formation in the consequence of caspase activation within megakaryocytes/Blood-2003.- №100.-P.1310-1317.
15. George J.N. Platelets/ Lancet.- 2000.- №355.-P.1531-1539.
16. Levin J. Peng., Baker J.R. et al. Pathophysiology of thrombocytopenia and anemia in mice lacking transcription factor NF-E2/ Blood- 1999.- №94.-P.3037-3037.

РЕЗЮМЕ

Патофизиологическая классификация тромбоцитопений

Байжанова К.Т., Абдулова С.Н., Абсаттарова А.А.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Областная клиническая больница,
Шымкент

Тромбоцитопении – это группа геморрагических диатезов, обусловленных уменьшением количества тромбоцитов в периферической крови. Levine (1999) учитывая патофизиологические особенности выделяет 4 группы тромбоцитопении: искусственную тромбоцитопению («псевдотромбоцитопению»); тромбоцитопению, обусловленную недостаточной продукцией тромбоцитов в костном мозге; тромбоцитопению вследствие повышенного разрушения тромбоцитов: тромбоцитопению, связанную с нарушением распределения тромбоцитопении пулов тромбоцитов. Ключевые слова: тромбоцитопении, геморрагический диатез, патофизиологическая классификация

SUMMARY

Pathophysiological classification of thrombocytopenia

Bayzhanova K.T. Abdulova S. N., Absattarova A.A.

Southern Kazakhstan state pharmaceutical academy, Regional clinical hospital, Shymkent

Thrombocytopenia is a group of the hemorrhagic diathesis caused by reduction of quantity of platelets in peripheral blood. Levine (1999) considering pathophysiological features allocates 4 groups of thrombocytopenia: artificialny thrombocytopenia ("pseudo-thrombocytopenia"); the thrombocytopenia caused by insufficient production of platelets in marrow; thrombocytopenia owing to the increased destruction of platelets: • the thrombocytopenia connected with violation of distribution of thrombocytopenia of pools of platelets. Keywords: thrombocytopenia, hemorrhagic diathesis, pathophysiological classification

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616-07-08:314.42

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: СМЕРТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ЯТРОГЕНИИ

Б.А. Оспанов, К.А. Кульмаханов, Н.Ф. Насипов, К. Н. Бекмуратов, Ж.Е. Шамшыбеков, М.Д. Ильясов
РГКП «Центральная судебная медицина» МЗ РК, Толбийский район
РГКП «Центральная судебная медицина» МЗ РК, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

Неблагоприятный исход вследствие диагностики и лечения принято называть ятрогенными. Существует также термин «врачебная ошибка», употребляемая в медицинской практике. Основным критерием врачебной ошибки являются объективные условия. Объективные затруднения в диагностике ряда заболеваний возникают из-за скрытого атипичного течения болезни. Для предупреждения любых ошибочных действий врача каждый случай врачебной ошибки должен быть тщательно изучен и обсужден на врачебных конференциях.

Ключевые слова: смерть, ятрогения, врачебные ошибки, ошибки в диагностике, тактические ошибки, технические ошибки.

Неблагоприятный исход вследствие диагностики и лечения принято называть ятрогенными. Существует также термин «врачебная ошибка», употребляемая в медицинской практике. Основным критерием врачебной ошибки является вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества [1].

Врачебные ошибки подразделяются на три группы:

- 1) ошибки диагностические - не распознавание или ошибочное распознавание болезни;
- 2) ошибки тактические - неправильное определение показаний к операции, ошибочный выбор времени проведения операции, ее объема;
- 3) ошибки технические - неправильное использование медицинской техники, применение несоответствующих медикаментов и диагностических средств [2].

Врачебные ошибки обусловлены как объективными, так и субъективными причинами. Объективные затруднения в диагностике ряда заболеваний возникают из-за скрытого атипичного течения болезни, которая нередко может комбинироваться с другими недугами или проявиться в виде других заболеваний, а иногда затруднения в диагностике заболеваний и травм связаны с состоянием алкогольного опьянения больного.

Большие затруднения вызывает также своевременная диагностика воспаления легких у детей в возрасте 1-3 лет, особенно на фоне катара верхних дыхательных путей.

Приводим случай из практики. Надежда Б., 1 года 3 месяцев, умерла во время дневного сна в яслях 31 января 2003г. С 7 по 19 января она перенесла острую респираторную инфекцию, по поводу которой ясли не посещала. Врач яслей принял ребенка 20 января с остаточными явлениями после перенесенного катара верхних дыхательных путей (обильные слизистые выделения из носа, прослушивались единичные сухие хрипы в легких), в последующем ребенок был осмотрен врачом лишь 28 января. Диагноз пневмонии установлен не был, но было отмечено, что явления катара верхних дыхательных путей держатся, но температура у ребенка была нормальная. Лечение продолжалось в яслях (микстура от кашля, капли в нос от насморка). Ребенок выглядел плохо, был вялым, сонливым, ел без аппетита, кашлял. 31 января 2003г. в 13 час. Надежду Б. вместе с другими детьми в спальном комнате уложили спать. Ребенок спал спокойно, не кричал. При подъеме детей в 15 ч Надежда Б. не подавала признаков жизни, но была еще теплой. Старшая сестра яслей немедленно стала делать ей искусственное дыхание, сделала два укола кофеина, тело ребенка согревалось грелками. Прибывшим врачом скорой медицинской помощи производилось искусственное дыхание рот в рот и непрямой массаж сердца. Однако, оживить ребенка не удалось.

При судебно-медицинской экспертизе трупа Надежды Б. были обнаружены: катаральный бронхит, распространенная серозно-катаральная пневмония, интерстициальная пневмония, множественные фокусы кровоизлияний в легочную ткань, что и послужило причиной смерти ребенка.

По мнению экспертной комиссии, ошибочность действий врачей в данном случае заключалась в том, что ребенок был выписан в ясли не выздоровевшим, с остаточными явлениями респираторной инфекции. Врач яслей должен был обеспечить активное наблюдение за ребенком, провести дополнительные исследования (рентгеноскопию, анализ крови). Это дало бы возможность более правильно оценить состояние больного ребенка и активнее проводить лечебные мероприятия. Более правильным было бы лечение ребенка производить не в условиях здорового коллектива детей в яслях, а в лечебном учреждении. Отвечая на вопросы органов следствия, экспертная комиссия указала, что дефекты ведения больного

ребенка обусловлены в значительной степени трудностью диагностики интерстициальной пневмонии, которая протекала при мало нарушенном общем состоянии ребенка и нормальной температуре тела. Пневмония могла развиваться и в последние дни жизни ребенка. Смерть детей при пневмонии может наступать и во сне без каких-либо выраженных признаков заболевания.

Экспертная комиссия рекомендовала данный случай атипичного течения пневмонии обсудить в детских медицинских учреждениях, обратив внимание на терапевтическую тактику врача при ведении такого рода больных детей.

Практика показывает, что большинство врачебных ошибок связано с недостаточным уровнем знаний и небольшим опытом врача. Вместе с тем ошибки, например диагностические, встречаются не только у начинающих, но и у опытных врачей. Реже ошибки обусловлены несовершенством применяемых методов исследования, отсутствием необходимой аппаратуры или техническими недочетами в процессе ее использования.

Приводим следующий случай из практики. Больной П., 59 лет, поступил 10 февраля 2008 г. в областную клиническую больницу с диагнозом: гипохромная анемия. При клиническом обследовании установлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рентгенологически обнаружена ниша в нижнем отделе пищевода. Для уточнения характера ниши и исключения злокачественного новообразования по медицинским показаниям больному 12 февраля 2008 г. проведена эзофагоскопия, в процессе которой было установлено, что слизистая оболочка пищевода настолько утолщена, что трубку не удалось провести даже в верхнюю треть пищевода. В связи с неясностью эзофагоскопической картины были рекомендованы повторное рентгенологическое исследование и эзофагоскопия под наркозом.

На следующий день состояние больного П. резко ухудшилось, температура повысилась до 38,3°C, появилась боль при глотании. При рентгенологическом исследовании 15 февраля у больного выявился дефект в левой стенке пищевода и обнаружено затемнение в области верхнего отдела средостения. Диагноз: разрыв пищевода, медиастинит. В этот же день произведена срочная операция - вскрытие околопищеводной клетчатки слева, опорожнение абсцесса, дренирование средостения. Послеоперационное течение протекало тяжело, на фоне анемии.

2 марта 2008 г. у больного П. внезапно появилось массивное кровотечение из раны на шее, от которого он через 10 минут скончался. При судебно-медицинской экспертизе трупа П. установлено: инструментальный разрыв передней и задней стенок шейного отдела пищевода, гнойный медиастинит и осумкованный левосторонний плеврит; состояние после операции - дренирование абсцесса околопищеводной клетчатки слева; небольшая эрозия левой общей сонной артерии; большое количество темно-красных свертков крови в полости дренажного канала, малокровие кожных покровов, миокарда, печени, почек, умеренно выраженный атеросклероз аорты и венечных артерий сердца, рассеянный мелкоочаговый кардиосклероз, сетчатый пневмосклероз и эмфизема легких.

В данном случае техническая ошибка в процессе эзофагоскопии привела к тяжелому заболеванию, осложнившемуся смертельным кровотечением. Современной формой врачебных ошибок являются ятрогенные заболевания, возникающие обычно от неосторожного слова или неправильного поведения врача или среднего медицинского персонала. Неправильное поведение медицинского работника может оказать сильное неблагоприятное воздействие на психику больного, вследствие чего у него развивается ряд новых болезненных ощущений и проявлений, которые могут перейти даже в самостоятельную форму заболевания.

Подвляющее большинство ятрогенных заболеваний зависит не столько от неопытности и незнания врача, сколько от его невнимательности, бестактности, отсутствия достаточной общей культуры. Такой врач почему-то забывает, что он имеет дело не только с болезнью, но и с мыслящим, чувствующим и страдающим больным человеком.

Чаще ятрогенные заболевания развиваются в двух формах: значительно ухудшается течение имеющегося у больного органического заболевания или появляются психогенные, функциональные невротические реакции. Во избежание ятрогенных заболеваний информация больному о болезни должна быть дана в понятной, простой и неустрашающей форме.

Таким образом, для предупреждения любых ошибочных действий врача каждый случай врачебной ошибки должен быть тщательно изучен и обсужден на врачебных конференциях. При оценке врачебных ошибок с помощью судебно-медицинских экспертных комиссий необходимо вскрыть сущность и характер неправильных действий врача и в результате получить основание для квалификации этих действий как добросовестных и, следовательно, допустимых, или, наоборот, недобросовестных и недопустимых. Объективные трудности выявления некоторых заболеваний возникают как следствие особенностей самого патологического процесса. Болезнь может протекать скрыто или принимать атипичное течение, комбинироваться с другими заболеваниями, что, естественно, не может не отразиться на диагностике. Например, сильная степень алкогольного опьянения лиц, получивших повреждения черепа, затрудняет неврологическое обследование и распознавание черепно-мозговой травмы. Ошибочная диагностика иногда обуславливается поведением больных, которые могут активно противодействовать исследованиям,

отказываться от биопсии, госпитализации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Землянский Д.Ю. // Избранные вопросы судебной медицины и экспертной практики. - Хабаровск, 2010. - №11. - С. 24-27.
2. Профессиональные правонарушения медработников / Чернышев А.П. — 2002. // Избранные вопросы судебной медицины и экспертной практики. —Хабаровск,2002. —№5. —С. 18-23

Түйін

Тәжірибедегі жағдай: ятрогенияның салдарынан өлім
Б.А. Оспанов, К.А. Кульмаханов, Н.Ф. Насипов, К.Н. Бекмуратов, Ж.Е. Шамшибеков, М.Д. Ильясов
РМҚКО Орталық сот медицина ҚР ДСМ, Төлеби ауданы
РМҚКО Орталық сот медицина ҚР ДСМ, Шымкент қ.

Диагностика мен емнің әсерінен пайда болған жайсыз нәтиже ятрогендік деп аталады. Медицинаның тәжірибесінде «дәрігер қатесі» атты термин қолданылады. Дәрігер қатесінің негізгі шарты объективті жағдайлар. Аурулардың атипті ағымының әсерінен бір қатар аурулардың диагностикасында объективті қиындықтар туындайды. Әрбір дәрігер қатесінің жағдайы дәрігер конференциясында талқылану керек.

Summary

Case from practice: death owing to yatrogeniya
B.A. Ospanov, K.A. Kulmakhanov, N.F. Nasipov, K.N. Bekmuratov, Zh.E. Shamshibekov, M.D. Ilyasov
RSSE Central forensic medicine of MH RK, Tolebi area
RSSE Central forensic medicine of MH RK, Shymkent

Owing to diagnostics and treatment it is accepted to call a failure yatrogeny. There is also a term "medical error", used in medical practice. Objective difficulties in diagnostics of a number of diseases arise because of the hidden atypical course of disease. For the prevention of any wrong actions of the doctor the case of a medical error has to be carefully studied and discussed at medical conferences.

УДК 617.7

КӨЗ АЛМАСЫНЫҢ ЕНГЕН БӨГДЕ ДЕНЕ ЖАРАҚАТЫ

Ж.Б.Накипов, М.Е.Сейсенбаева
Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің клиника-диагностикалық орталығы,
Түркістан қаласы

ТҮЙІН

Мақалада көз алмасының енген бөгде дене жарақаты асқынуларының нәтижесі қарастырылған. Дер кезінде анықталып, уақытылы қосымша зерттеулер жасалып сыртқа шығарылса әртүрлі инфекциялық және токсикалық көз аурулар мен асқынулардың алдын алуға болады.

Негізгі сөздер: бөгде дене, көз жарақаты, көз алмасының жарақатында алғашқы көмек көрсету.

Көз ішілік бөгде денелер көз алмасының жарақаттарының ішінде 18-41% жағдайда кездеседі. Мұндай жарақат түрлері 20-40 жас аралығындағы адамдарда темір кесу және қайнату жұмыстарын жасау барысында жиі байқалады. Көз алмасына бөгде дене кіру барысында торлы қабықтың жыртылуы, металлоз және эндофтальмит сияқты аурулармен асқынуларға жол ашылып көру жітілігінің төмендеуі ортаға шығады. Мөлдір қабық пен нұрлы қабықтың әр түрлі жарақатында ашық және жабық бұрышты глаукома, ирит, иридоциклит және жарақаттық кератиттер дамиды.

38 жастағы ер адам темір кесу жұмысын жасау барысында сол көзіне темір ұшқынының кіргендігін байқап қабылдау бөліміне келген. Алғашқы зерттеу барысында науқастың екі көзі де-1.0. Биомикроскоппен зерттеу арқылы мөлдір қабықта сағ IX тұсында көлемі 0.2 мм бөгде денесі анықталды. Бөгде дененің қаншалықты енгендігін анықтау мақсатында науқасқа Фогта рентгенограммасы жасалды. Зерттеу барысында бөгде дененің артқы ұшы артқы камерада аяқталғандығы және көз бұршағы мен шыны тәрізді денеге енгендігі байқалды. Осы мәліметтерді ескере отырып науқастың көзіне жергілікті лидокаин ерітіндісін тамызу арқылы мөлдір қабық бетіне қысқыштың түбіне магнит жанастыру арқылы бөгде дене кіру жолы бойына бағытталып тартылып шығарылды. Алынған бөгде дене көлемі-0.2мм, ұзындығы-1.2 мм шығарылған жердегі жара орнынан ешқандай бөлінділер болған жоқ, нұрлы қабықта нүкте тәрізді тесік бар, қарашықтың жарыққа реакциясы сақталған, көз бұршағы мөлдір, алдыңғы камера орта тереңдікте; науқасқа жергілікті антибактериалдық тамшылар берілді. Көзіне жабық таңғыш тағайындалды. Науқасты 1-ші, 3-ші және 7-ші күндері бақылауда зерттеп ешқандай асқынулар болмағандығына көз жеткізілді.

Бөгде денелердің көз ішіне, көз тіндеріне әсері және көз ішінде пайда болатын реакцияларды әртүрлі болжамдарда көрсетеді. Кейбір бөгде денелер көп жылдар бойы көз ішіне қалғандары да болған. Көптеген тәжірибелерде көз ішілік бөгде дененің тесіп кірген жерінен тек бөгде дененің өзінің денесі көрінетіндігі айтылған.

Бұл тәжірибеде зерттеу барысында биомикроскоппен қарағанда тек мөлдір қабықта тұрғандай көрініс беріп, жанынан жарық түсіріп қарағанда ұзындығы мен басқа қабықтарға енгендігі ешқандай байқалмады. Көптеген мақалаларда көз бұршағына енген жарақаттарының асқынуларының нәтижесі қарастырылған. Асқынулардың бірі көру жітілігіне зиянын келтіріп науқастардың көбісі көруі нашарлаған. Рентген зерттеу нәтижесінде көз бұршағы мен шыны тәрізді денеге енгендігі анықталды. Сонымен қатар көздің оптикалық орталықтарына зиян келтірмегендігі байқалды. Бұл зерттеу әдісі тек қана кірген бөгде дененің көлемі мен бағытын анықтаумен шектеліп қана қоймай, көздің басқа да аймақтарына бөгде дененің кірмегендігін анықтау мақсатында жасалды.

Қорытындылай келе бөгде денені дер кезінде анықтап, уақытылы қосымша зерттеулер жасалып сыртқа шығарылса әртүрлі инфекциялық және токсикалық көз аурулар мен асқынулардың алдын алады. Сонымен қатар магнитпен бөгде денені кіру бағыты бойынша кері шығару әдісі мен дер кезінде антибактериалдық ем жүргізіліп бақылауда қадағалануы жақсы болжамға жол береді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Копаева В. Г. Глазные болезни. - М.: Медицина. - 2002. - С. 478-479.
2. Гундорова Р.А. Современные методы диагностики и лечения больных офтальмологического профиля при повреждениях, полученных в чрезвычайных ситуациях / Р.А. Гундорова и др. // Пос. для врачей. - М., 2005. - 283 с.
3. Курбанова Н.Ф. Клинические особенности больных с травмами глаза в условиях специализированного отделения // Вестн. офтальмол. — 2003. - №3. - С. 41-43.
4. Степанов А.В. Контузия глазного яблока / А.В. Степанов, С.Н. Зеленцов СПб.: Санкт-Петербург, 2005. - 104 с.
5. Травма глаза: Руководство для врачей. Под общей редакцией Р.А. Гундоровой, В.В. Нероева, В.В. Кашникова М.: Гэотар-медиа, 2009. - 554 с.
6. Go J.L. Orbital trauma / J.L. Go, V.N. Vu, K.J. Lee, T.S. Becker // Neuroimaging. Clin. N. Am. 2002. - May - 12 (2) - P. 311-324.

Резюме

Проникающее инородное тело глазного яблока
Ж.Б.Накипов, М.Е.Сейсенбаева
Клинико-диагностический центр МКТУ им.Х.А.Ясави, г.Туркестан

Инородные тела бывают внутриглазными (проникающими через глазные оболочки) и поверхностными. Как правило, большинство таких сорин, благодаря защитным рефлексам роговицы легко удаляются при помощи усиленного мигания и слезоотделения. Эта статья актуальна тем, что следует обращаться к узким специалистам в том случае, если инородный предмет крепко зацепился за глазную поверхность.

Summary

Penetrating foreign body eyeball
Zh.B.Nakipov, M.E.Seysenbaeva
Clinical and Diagnostic Center of the Nice Classification im.H.A.Yasavi, Turkestan

Foreign bodies- there are intraocular (eye to penetrate through the skin) and superficial. Typically, most of these motes protective reflexes due to the cornea can be easily removed with enhanced flesh and watery. This article is actual fact, the doctor should contact of a foreign object firmly caught the eye surface.

УДК 618.3-06

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

*Э.Н.Алиева, С.У. Мамырбекова, Р.Я. Утепова, А.У. Байкубекова
МКТУ им.Х.А.Ясави, ОПЦ№4, г.Шымкент*

АННОТАЦИЯ

В статье проанализирован случай рака молочной железы при беременности. Постановка диагноза рака молочной железы при беременности затруднена, опухоль часто обнаруживается уже в запущенных стадиях болезни. В связи с этим необходимо внедрять методы самообследования молочных желез у женщин, планирующих беременность. Обследование молочных желез врачом акушер-гинекологом должно стать рутинным. При выявлении какого-либо патологического образования необходимо назначить пациентке УЗИ молочных желез. УЗИ – обследование молочных желез необходимо включить в план обследования беременной женщины

Ключевые слова: рак молочной железы, беременность, диагностика, лечение, прогноз заболевания.

Проблема рака молочной железы и беременности существует не одно столетие. Еще в 1880 году Гросс высказывался о том, что рак молочной железы, развивающийся на фоне беременности и лактации, обладает быстрым ростом и более выраженным злокачественным течением[1,2].

Резкое начало, быстрый и агрессивный рост рака молочной железы при беременности объясняется тем, что во время беременности в организме женщины преобладают специфические для этого периода гормоны, которые по стечению обстоятельств стимулируют рост рака молочной железы. Довольно часто в таких случаях не удается спасти ни мать, ни ребенка. Рак молочной железы при беременности - это актуальная тема современной онкологии груди, в последнее время число таких пациенток увеличивается. Это явление специалисты в первую очередь связывают с увеличением среднего возраста первородящих женщин, с ухудшением гормонального баланса, ухудшением экологии, наличием у женщин многих хронических заболеваний половой сферы[3,4,5].

Нами был проанализирован случай беременности при раке молочной железы находившейся на стационарном лечении в ОПЦ №1 г.Шымкент. Больная К.,32 года домохозяйка поступила в ОПЦ №1 по направлению врача центральной районной больницы (ЦРБ) с диагнозом: 5 беременность,32 недели. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с корешковым синдромом. Ушиб грудной клетки. Образование в печени. Консультирована узкими специалистами. Невропатолог-остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с корешковым синдромом. Травматолог-ушиб грудной клетки. Хирург-ушиб поясничной области справа, ушиб копчика. Образование печени (возможно непаразитарная киста).

Жалобы при поступлении на слабость, боли в правой подреберной области, боли в поясничной области. Из анамнеза: данная беременность 5, роды-4(1 медицинский аборт). Состоит на «Д»учете по данной беременности. Со слов женщины первый триместр протекал без особенностей 10 дней назад дома поскользнулась, упала, ударилась об скамейку, обратилась в ЦРБ получала лечение S.Dymedroli 1.0 в/м, S.Dysclorphenaci 2.0 в/м. Из-за без эффекта лечения направлена в ОПЦ №1.

Объективно: общее состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. В области правой молочной железы пальпируется плотное образование размером 5,0*5,0 см, безболезненное. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 ударов в/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Частота сердечных сокращений 80 ударов в мин., артериальное давление 100/70 мм.рт.ст. на обеих руках. Язык влажный. Живот мягкий увеличен за счет беременности соответственно сроку. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез адекватный.

Акушерский статус: Живот увеличен соответственно сроку гестации 31 недель. Положение плода продольное, предлежит головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд в мин. В анализах: ОАК:Нв-96г/л, эритроциты $3,0 \cdot 10^{12}$ г/л, Ht-27%, тромбоциты 202 тыс., лейкоциты $6,6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 40мм/ч.ОАМ: белок-0,066г/л, лейкоциты 7-8 в пл/зр, эпителий-1-3 в пл/зр, эритроциты 5-7 в пл/зр

МРТ: МР-картина mts поражение тел захваченного грудного Th10-Th12 и пояснично-крестцового отдела позвоночника L1-S5, с вовлечением в патологический процесс дугоотростчатых суставов и остистых отростков. Клиновидная деформация тел Th11, L2 позвонков вследствие патологического перелома. Дегенеративные изменения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника L2- L3-циркулярно-дорсальная протрузия диска. Осмотр онкохирурга: cancer правой молочной железы. Mts позвоночника. Маммолог: cancer правой молочной железы. T₂N₄M₂IV st.

На основании выше указанных данных был выставлен диагноз: 5 беременность, 32 недели. Cancer правой молочной железы. T₂N₄M₂IV st. Умеренная анемия. ОАА. Учитывая онкологическое заболевание, рекомендации маммолога беременность прервана по медицинским показаниям, путем кесарева сечения с последующей ампутацией матки с придатками. Послеоперационный период протекал без особенностей. На 7-е сутки после операции переведена в областной онкодиспансер для дальнейшего лечения.

Таким образом, из данного случая видно, что постановка диагноза рака молочной железы при беременности затруднена, опухоль часто обнаруживается уже в запущенных стадиях болезни.

В связи с этим следует: 1. Необходимо повышать информативность женщин репродуктивного возраста о возможной злокачественной патологии молочных желез на фоне беременности, а также необходимо внедрять методы самообследования молочных желез у женщин, планирующих беременность. 2. Обследование молочных желез врачом акушер-гинекологом должно стать рутинным. При выявлении какого-либо патологического образования необходимо назначить пациентке УЗИ молочных желез. 3. УЗИ – обследование молочных желез необходимо включить в план обследования беременной женщины (либо на этапе планирования беременности, либо в первом триместре беременности).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Давыдов М.И. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2002 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель — М.: МИА, 2004 — С. 105.
2. Кампова-Полевая Е.Б. Рак молочной железы и беременность / Е.Б. Кампова-Полевая, С.М. Портной // Материалы V Ежегодной Российской Онкологической Конференции — М., 2001.
3. Корженкова Г.П. Комплексное маммографическое и ультразвуковое исследование в диагностике заболеваний молочной железы: Клиническая маммология. Современное состояние проблемы / Г.П. Корженкова; под ред. Е.Б. Камповой-Полевой, С.С. Чистякова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006 — С. 49–84.
4. Albrektsen G. Family history of breast cancer and short-term effects of childbirths on breast cancer risk / G. Albrektsen, I. Heuch, S. Thoresen, G. Kvale // Int. J. Cancer. — 2006. — Vol. 119, N6. — P. 1468–1474.
5. Cnattingius S. Pregnancy characteristics and maternal risk of breast cancer / S. Cnattingius, A. Torrang, A. Ekblom, F. Granath, G. Petersson, M. Lambe // JAMA. — 2006. — Vol. 295, N10. — P. 1124–1125.

ТҮЙІН

Тәжірибиедегі жағдай: сүт безінің рагі және жүктілік
Э.Н. Алиева, С.У. Мамырбекова, Р.Я. Утепова, А.У. Байкубекова
Қ.А. Ясауи ХҚТУ акушерлік және гинекология кафедрасы, ОПО №4, Шымкент қ.

Мақалда жүктілік кезіндегі сүт безі рагына жағдай келтірілген. Жүктілік кезінде сүт безі рагына дұрыс диагноз қою қиын. Үсік жиі аурудың соңғы кезеңінде анықталады, осыған байланысты: әйелдердегі сүт безінің өзіндік тексерілу әдістерін түсіндіру, сүт безін акушер-гинеколог міндетті түрде тексеру, УДЗ-бақылауды жүкті әйелдің бақылау жоспарына енгізу қажет. Түйінді сөздер: сүт безінің рагы, жүктілік, диагностика, емдеу, ауру болжамы.

SUMMARY

Breast cancer and pregnancy
E.N. Alieva, S.U. Mamirbekova, R. JA. Utepova A.Y. Baykubekova
H.A. Yasawi KTIU department of obstetrics and gynecology, RPC №4, Shymkent

Case of breast cancer during pregnancy was analyzed in the article. The diagnosis of breast cancer during pregnancy is difficult, the tumor is often found already in advanced stages of the disease. In this regard, it is necessary to introduce methods of breast self-examination in women who are planning pregnancy. A survey of breast obstetrician-gynecologist should become routinely. If you found any pathological education, it has to assign the patient breast ultrasound. Ultrasound -breast examination should be included in the plan of survey of pregnant women. Key words: breast cancer, pregnancy, diagnosis, treatment, disease prognosis.

ПЕДАГОГИКА

УДК 372.881.111.1

IDEAS AND TECHNIQUES FOR TEACHING ENGLISH LANGUAGE LEARNERS

*Ryskeldiyeva A.A., Medetova B.L.**South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan*

SUMMARY

This article is devoted to the bilingual programs providing English as a second language (ESL) instruction to build students' English skills.

Keywords: Audio materials, ESL, techniques, visual aids, multimedia.

People who are speakers of languages other than English are typically taught to read in one of two ways. Some are taught in their native language and then transitioned to English at some point after first grade. These bilingual programs also provide English as a second language (ESL) instruction to build students' English skills. The alternative is to teach in English but provide support to help children succeed. Students would typically spend time with an ESL teacher, but would be taught in English from the outset.

1. Repeat and Re-phrase:

- The repeat and re-phrase technique is effective in classrooms because a student may know various vocabulary words and now know the ones that the teacher is using. By using this technique the teacher exposes the student to new vocabulary that can be associated with the old to acquire a meaning. The student benefit by both the repetition, as the source of learning new vocabulary, and the use of old vocabulary to form a re-phrased question in order to acquire a new and better understanding of the English language.

- This techniques can be used during oral instruction given to the class or an individual student. It can also be applied during question and answer time in class, and is optimal for such a use as it provides students with an opportunity to better understand the question and answer it without help. This promotes a higher level learning, understanding, and self-confidence in students.

- The repeat and re-phrase strategy is used in the classroom to promote, achieve, or ensure, understanding of a given topic, standard, or question. For example: if a student doesn't understand the question "what is the meaning of an adjective?" Then the teacher can respond by either repeating, and/or if understanding is still not reached, re-phrasing the question to promote the student's application of knowledge. The question could be re-phrased as: "What does an adjective do?" This also helps with future questions as the student will better understand the meaning of the posed question.

Additionally, the repeat and re-phrase can be used to question for understanding by re-phrasing a sentence to check if the student properly understood the meaning of a particular word or concept. For example: "The girl avoided the water." Used to teach the vocabulary term "avoid."

Questioning for understanding could be phrased as: "If she avoided the water, then she isn't wet." The teacher can ask whether this is correct or not and the students can better understand what the term means and its uses.

2. Music and jazz chant activities:

- Music and jazz chant activities are effective in the classroom because it is easy for music to get stuck in ones head. Think of the things you learned as a child just through song. Additionally, it gives the class a fun way to remember or recall sometimes tedious information, creating a more engaging and fun environment for learning topics and concepts that are generally hard.

- The music and jazz chant activities can be used during memorization activities. As a means of participation to learn new words or short concepts. Remembering lists, rules, and the like. This is a fantastic way to memorize the alphabet, periodic table, states, countries, etc.

- The expected outcome is that students will more easily remember large amounts of important information. Students will be involved in the introduction of new material in a fun and interesting way. This is especially beneficial for younger students.

3. Visual aides, maps, pictures, multimedia:

- Visual aides and the like are effective in that they can provide students with a better grasp of the concept than any other word. "This is the object that matches the word." No matter what level the student is, they can understand the relationship between the two and easily grasp the new word or concept. In addition, these sorts of techniques spice up the classroom and keep things interesting. It is easy for a language class to become dull with repetition and writing. But, by implementing the use of various visual and audio aides the class can remain focused, but also entertained.

- These strategic examples can be used as an introduction to vocabulary terms, concepts, teaching places (names/locations), teaching specific behaviors (cultural). Additionally, teaching parts of speech can be done using

these media as visual aides for actions, colors, etc. Multimedia can also be used to show language in practical use, dialog, or visual or audio to materials read. Audio samples can also be used in teaching sounds of letters or words.

- The learning outcome of this is that students will gain a better understanding of materials presented, and it can provide a second way of learning (visually). Students also have examples of the materials presented and a visual to put to the word.

4. Cooperative Groups, Peer Coaching:

- This technique optimizes personalized student learning time as each student can get personalized attention even if it is not given by the teacher. This is also helpful when the teacher is not suppose to be the focus of activities and instead can move from table to table and help as needed. It creates a community setting and gets students into helping each other and learning from each other. Cooperative groups work because there are many ways to break students into groups that allow them personally catered lessons on their level.

- Placing students in cooperative groups or using peer coaching is especially helpful in an ELL classroom where students are or can be at mixed levels of learning English. When this is the case it is best to place them in groups that are chosen by the teacher in a manner that places higher level students with lower level ones. In this way the higher level student is learning, practicing, and perfecting techniques through teaching; and the lower level student is acquiring new knowledge and receiving help from a peer. This can also be used to place higher level students together to work on an assignment while the lower level students stay with the teacher to learn new information. In this way the teacher is able to optimize learning by provide new information to both levels without actually having to make one or the other sit through information that is either below or above their learning level.

- The learning outcome of this strategy is that students are able to take in more information at one time while developing relationships and community amongst themselves. Additionally, by using this technique students will learn from each other. Many times, youths are more prone to hear out their peers over adults. Naturally, this caters to those thoughts and allows students to take in the needed knowledge, but in a way that is more entertaining. Working in groups also provides the teacher with many new lesson options to keep the classroom engaging and motivating.

5. Pre-instruction activities (semantic webbing, graphic organizers, KWL charts):

- Pre-instruction activities are generally effective because they provide an easy break-in to new information. Additionally, they provide the students with notes, or something to look back on to relate the new information with the old so that the concept is easier to grasp. For instance, a chart may compare new materials with old thus drawing a line between to the two that the student can follow. These activities also draw the student into the new concept to keep them motivated and interested in what is being taught.

- The pre-instruction technique could be applied in the introduction of a new concept or idea; or it can be applied to the planning of a project or paper that will be written by the student. Additionally, the teacher can use this technique to give instructions or notes on a topic that the student will later research and/or develop alone.

- From this technique, the learning outcome is that the students will acquire important information that will help during the new unit of study or planning of a project that will require a lot of independent work. This is optimal to create a means of providing information that the students can later apply to other work in that lesson or unit.

Conclusion

Teaching English language learners can be challenging, problems seem to arise from all directions. However, this challenge doesn't have to rub off on onto your students. The following are ideas and techniques to spice up your ESL classroom and make lessons more interesting and effective.

РЕЗЮМЕ

Идеи и приемы обучения студентов, изучающих английский язык.

Рыскелдиева А. А., Медетова Б. Л.

ЮКГФА, г. Шымкент, Республика Казахстан

В данной статье обсуждаются двуязычные программы, предоставляющие английский как второй язык (ESL) для формирования у студентов навыков общения на английском языке.

ТҮЙІН

Ағылшын тілін оқитын студенттерді оқыту әдіс-идеялары

Рыскелдиева А. А., Медетова Б. Л.

ОҚМФА, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

Студенттердің ағылшын тілінде қарым-қатынас жасай алуы үшін екі тілді бағдарламалар ағылшын тілін екінші тіл ретінде ұсынады.

УДК 94(574)

ВОПРОСЫ ЭТНОПОЛИТИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ ХУННОВ (ГУННОВ) В ПЕРИОД ЕВРОПЕЙСКИХ ЗАВОЕВАНИЙ IV – V ВВ. Н.Э.

*Т.Ж.Сабитов, К.Б.Кемелбеков**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент*

АННОТАЦИЯ

В данной статье рассматривается роль хуннов (гуннов) и его наследственных правителей в контексте этнополитических процессов, имевших место на огромных территориях Центральной Азии и Европы в IV-V вв. н.э.

Ключевые слова: этногенез, «евразийство», хунны (гунны), «Великое переселение народов», пассионарное напряжение, этнополитические процессы.

История хуннов (гуннов), давших мощный толчок «Великому переселению народов» в Европе, занимает важное место в истории не только Востока, но и Запада. Именно на IV-VII века падает пик миграционных процессов, захвативших практически весь европейский континент и радикально изменивших его политический, этнический и культурный облик. Гунны явились в Европу из Центральной Азии. В IV веке до н. э. китайцы называли их главными противниками в Азии. Недаром, еще во 2 веке до н.э., во время правления известного китайского императора Цинь-Ши Хуанди начала возводиться знаменитая Великая Китайская стена, целью которой было сдерживать наступательные порывы кочевников Центральной Азии. Л.Н. Гумилев был одним из первых исследователей, который описал обобщающую историю кочевых племен на основании сведений из письменных источников, в которой нашли свое отражение процессы в этнополитической истории Центральной Азии того периода.

Оценка научного вклада Л.Н. Гумилева в развитие исторических знаний о хуннах (гуннах), безусловно, является актуальной задачей «евразийства». Многие исследователи считают, что в переводе с китайского хунну означает «злой раб, невольник»: «хун» - злой, «ну» - раб. Хотя существует и другая версия: древние китайские источники утверждают, что название «хунну» они получили из-за реки Орхон, с которой тесно связана их история. В течение 200 лет в европейской исторической науке проблема тождества азиатских хунну III в. до н.э. и европейских гуннов IV-V вв. н.э. считалась нерешенной. В свое время, исследуя эту проблему, Гумилев Л.Н. писал: «...были ли гунны хуннами, - нельзя ответить ни да, ни нет. Перешедшая в Европу часть хуннов была группой, сложившейся в результате естественного отбора, и эта группа унаследовала далеко не все стороны культуры азиатских хуннов. Она вынесла только военные навыки и развила их. Затем сделала свое дело кровосмешение и метизация и, наконец, соседство с новыми культурными народами. ...Факт же миграции несомненен, и, более того, именно он объясняет те глубокие различия, которые образовались между азиатскими культурными хуннами и их деградировавшей европейской ветвью...» [2].

Известный исследователь по проблемам этногенеза хуннских племен, профессор К.А. Иностранцев, пришел к выводам, которые имеют основополагающее значение и сейчас. К.А.Иностранцев в 1926 г. предложил применить название «гунны» для европейской ветви хуннов, чтобы избежать путаницы. Он отождествляет хуннов и гуннов. Действительно, гунны сохранили свой язык, обычай, обряды, этническое сознание, свою идентичность, о чем свидетельствуют сообщения (записи) римских и китайских авторов [3]. Высказанная профессором Иностранцевым мысль, подтверждается венгерской исследовательницей, доктором истории и археологии Борбалой Обрушански, которая отмечает: «Чаще всего восточные племена носят китайское имя хунну или сюнну, а западные – гунны. Однако ученые уже давно пришли к выводу, что это один и тот же народ. На международных конференциях этот вопрос уже не поднимается, хотя есть ученые, которые не признают этот факт.

Однако, китайские летописцы последовали за предками Аттилы в Центральную Азию, где как раз в это время в армянских, иранских и индийских источниках начали появляться сведения о новом враге» [4]. В трудах Л.Н.Гумилева отмечается, что в IV в. до н.э. хунны образовали мощную державу - племенной союз двадцати четырех родов, возглавляемый пожизненным правителем - шаньюем и иерархией племенных князей, «правых» (западных) и «левых» (восточных). Отсчет у хуннов шел не с севера, как у нас, а с юга. Первоначальное слияние этнических субстратов в момент энергетического взрыва всегда ведет к усложнению этнической системы, то есть новый этнос всегда богаче и мощнее, чем предыдущие. Хунны разгромили восточных соседей, которых китайцы называли дун-ху, отвоевав у китайцев Ордос, оттеснили согдийцев на запад и покорили саянских динлинов и кипчакские племена.

Так создалась могучая держава хунну, население которой достигло 300 тысяч человек. Хуннам предстояло великое будущее. Все народы на протяжении своего исторического существования

этнографически меняются, и хунны не были исключением. Их история может быть восстановлена с III века до н.э., когда осуществилось превращение конфедерации родов в степную державу [5]. Образование государства хунну завершилось в 204г. до н.э. Возвышение государства происходит при Модэ шаньюе (209-174г. до н.э.), сыне Тумэн-шаньюя (225-209г. до н.э.), родоначальника хуннов. При исследовании политического устройства кочевников Центральной Азии Л.Н. Гумилев сделал вывод, что ими были выработаны свои оригинальные организационные формы общественного устройства. Так, держава хунну была построена на родовом принципе, где власть принадлежала господствующим родам, в рамках этого принципа была охвачена вся общественно-политическая система хунну вместе с покоренными племенами. Л.Н. Гумилев отнес хуннское общество к высшей ступени патриархально-родового строя. Ученый дает трактовку социального строя хунну как патриархальную родовую державу, существенным элементом которой была консервация патриархально-родовых отношений. Именно последнее обстоятельство и определило появление организационно политической формы как родовая империя.

Дальнейшая эволюция хуннского общества, по мнению Л.Н. Гумилева, шла от трансформации родовой державы к военной демократии, что связывается с процессами разложения родовых отношений. Родовой строй остался социальной основой державы хунну, и это положение законсервировалось до подчинения хуннов империи Хань в середине I в. до н.э. [2]. В эту эпоху сложился и развился тот облик хуннской культуры, который некоторые ученые считали для хуннского общества характерным. Действительно, общество хуннов достигло относительно высокой степени развития; структура управления была сложной и вместе с тем гибкой; искусство - разнообразным, так как оно впитывало в себя постороннее влияние. Земледелие широко распространилось, и потребность в хлебе стала регулярной; общение с Китаем было тесным и плодотворным, что выражалось в стремлении установить торговлю, которая позволила отказаться от грабительских набегов [2]. В истории широко известно имя гуннов и их маневренной конницы. Причины побед хуннов Л.Н. Гумилев объясняет: «Хунну были в фазе этнического становления и пассионарного подъема. Понятие «войско» и «народ» у них совпадали. Поэтому с 202 г. по 57 г. до н.э. малочисленные, но героические хунну сдерживали ханьскую агрессию Китая. И только ловкость китайских дипломатов, сумевших настроить против хунну окрестные племена и вызвать в среде самих хуннов междоусобную войну, позволила империи Хань счесть хуннов покоренными и включенными в состав империи» [6]. Л.Н. Гумилев подчеркивает специфическую этническую черту хуннов – отказ от истребительных войн, великодушие к побежденным. «Повода считать хуннов неполноценнее европейцев, как современных, так и древних, нет. Скорее, наоборот, надо отдать должное уму и такту хуннов ... » - пишет Л.Н. Гумилев [7].

Хунны находились в фазе этнического становления и пассионарного подъема. Истоки неизбежного характера хунно-китайских войн кроются не в стремлении территориальных захватов хунну или в приписываемой им природной свирепости, а в государственной традиционной идеологии императорского правительства династии Хань. Ведь, по мнению Л.Н. Гумилева, контакты между народами могли происходить и в форме мирного торгового обмена. В то же время подчеркивается, что узкоспециализированное хозяйство кочевников вынуждало их постоянно взаимодействовать с оседло-земледельческими народами. Рост пассионарного напряжения в этнической системе благодетелен для нее лишь до определенной степени. После фазы подъема наступает как бы «перегрев», когда заявляет о себе избыточная энергия.

Наглядно это выражается в междоусобных войнах и расколе на два-три самостоятельных этноса. Раскол - процесс довольно затяжной. У хуннов он начался в середине I века до н.э. и закончился к середине II века н.э. Раскол, произошедший в хуннском обществе, привел к распаду державы на северных и южных хунну, и соответственно привел к потере былого ее могущества. Как считает ученый, он был обусловлен процессом разложения родов и внешними обстоятельствами: наступившим периодом усыхания в Великой степи и сложившейся неблагоприятной для хунну внешнеполитической ситуацией. И тогда хунны разделились на четыре ветви.

Одна подчинилась сяньбийцам, вторая поддалась Китаю, третья, «неукротимые», отступили с боями на берега Яика и Волги, четвертая, «малосильные», укрылись в горах Тарбагатай и Саура, а потом захватили Семиречье и Джунгарию. Эти последние оказались наиболее долговечными. Они частью смешались на Алтае с кыпчаками и образовали этнос куманов (половцев), а частью вернулись в Китай и основали там несколько царств, доживших до X в. Эти последние назывались тюркуты, а их потомки - тунгуты - слились с монголами в XIII в. [6]. В 395-397г.г. гунны вторглись в Сирию, Каппадокию и Месопотамию, в 408г. - во Фракию, в 415г. - в Иллирию, к 420г. они обосновались в Паннонии (современная территория Венгрии). Это были земли бывшей римской провинции, занимавшей западную часть территории современной Венгрии, северную часть современной Югославии и восточную часть современной Австрии. Л. Н. Гумилев писал: «Победив и присоединив к себе аланов, гунны стали во главе огромного племенного союза... В семидесяти годах IV в. они перешли р.Дон и победой над остготами открыли новый период истории, известный под названием «Великое переселение народов...» [8].

Тот факт, что именно хунны двинулись на запад, подтверждает, считает Б. Обрушански, находки

монет, которые рассказывают нам о том, какое новое государство они основали. Согласно последним исследованиям, гунны жили в Евразийской степи вплоть до VI века [4]. Европейская империя гуннов, основателями которой были Мунжу и Октар, просуществовала с 375 по 454 гг. и оставила заметный след в мировой цивилизации.

Византийцы даже называли империю гуннов «Гардарика» - царство городов. Империя Европейских гуннов наивысшего расцвета достигла при Аттиле (Едиль) (400-453 гг.). Аттила (Едиль) – 14-ый потомок царя северных гуннов Чжичжи-шаньюя. Аттила (Едиль) - великий полководец. Его хотели видеть «своим» германцы и славяне. Венгры до сих пор считают его своим предком. Древние славяне его называли - Атыл и сложили песню о нем. Он вошел во многие поэмы древней Германии и скандинавских стран под именем Атли или Этцель.

По мнению одного из видных ученых Казахстана, доктора исторических наук, профессора К.Т.Жумагулова: «С историей гуннов в Европе IV-V веков начинается история Евразии, «евразийства». Помимо войн и переселений она являет собой и пример многогранного взаимодействия Востока и Запада, синтеза традиций и культур, которые имели многочисленные последствия, повлиявшие, в свою очередь, на становление качественно новой цивилизации и общественных отношений. Это и определяет выбор темы изложения, в центре внимания которой находятся, прежде всего, события, связанные с международными отношениями в Европе в середине V в. в связи с противостоянием и войнами между гуннской державой, с одной стороны, и двумя Римскими империями, с другой» [9].

Гунны завоевав почти всю Европу, вернулись в степи Казахстана и Центральной Азии. Гунны так и не восприняли ни китайскую, ни иранскую, ни эллино-римскую цивилизацию. Л.Н.Гумилев объясняет это так: «Просто им больше нравились скифы, т.е. степные просторы скифии» [6]. Гунны были, можно сказать, первыми евразийцами, они участвовали в этногенезе ряда народов не только Азии, но и Европы. Гуннский союз в Средней Азии способствовал объединению племен и сложению таких народностей, как казахи, киргизы, туркмены и др. Последние исторические и археологические исследования вновь подняли вопрос о роли этого народа в мировой истории. Всемирно-историческое значение гуннской истории заключается в том, что гуннское нашествие на Запад, совершая «Великое переселение народов» способствовало падению великой Римской империи, освободив многие народы от рабства. Здесь следует отметить, что, если азиатские хунну (гунны) более или менее изучены в науке, то этого нельзя сказать о гуннах в Европе. «...история эта займет свое достойное место в исследованиях специалистов по истории Запада.

Однако, в русскоязычной литературе, включая и советскую медиевистику, история гуннов в Европе почти не освещалась, за исключением отдельных кратких обзоров. По-видимому, здесь сказались и влияние ряда поколений западноевропейских авторов, характеризовавших движение гуннов как некое движение «азиатов», уничтожавших якобы европейскую культуру.

И это не случайно, поскольку эти ученые черпали сведения у позднеантичных и раннесредневековых хронистов, используя их не критически и без достаточного анализа и сопоставления с другими видами исторических свидетельств. Однако, на современном этапе развития науки, наряду с методом сочетания данных различных типов и классов источников (природно-географические, этнографические, археологические, письменные и др.), которые не просто дополняют, но и корректируют друг друга, широко развитие должны получить междисциплинарные изыскания» - пишет Жумагулов К.Т. [9]. Научные труды Л.Н. Гумилева, посвященные хунну, в целом достаточно адекватно отразили исторические реалии, социально-политические и этнические процессы в хуннском обществе.

Считаем, что хотя у Л.Н.Гумилева не имеются научных работ, посвященных европейским гуннам, его работы по истории и этногенезу хунну могут служить методологической основой изучения этнополитических процессов в гуннском обществе.

На наш взгляд, период истории азиатской империи хуннов (с III в. до н.э. до I в. до н.э.), затем казахстанский период (с I века н.э. по IV век н.э.), далее период империи европейских гуннов (с IV до 2 пол. V в. н.э.) и, наконец, историю аварского и эфталитского тюркского каганатов (V-VII вв. н.э.) необходимо рассматривать во взаимосвязи и взаимодействии, при этом проследив этническую, социокультурную, политическую и хозяйственную преемственность этих государств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гумилев, Л.Н. История народа хунну / Л.Н. Гумилев. – М: Эксмо, 2008. - 640 с.
2. Гумилев, Л.Н. Некоторые вопросы истории хуннов / Л.Н. Гумилев // Вестник древней истории. 1960. - № 4. - С. 55-57.
3. Иностранцев, К.А. Хунны и гунны / К.А. Иностранцев. – М: Молодая гвардия/ - 1988. – 324 с.
4. Обрушански, Б.Б История Венгрии / Б.Б. Обрушански. – СПб: Наука и жизнь/ - 1992. – 256 с.
5. Гумилев, Л.Н. Хунну / Л.Н. Гумилев. - М: Молодая гвардия, 1960. – 325 с.
6. Гумилев, Л.Н. Из истории Евразии / Л.Н. Гумилев. – М: Наука, 1993. – 421 с.
7. Гумилев, Л.Н. Тысячелетие вокруг Каспия / Л.Н. Гумилев. – М: Научная жизнь/ - 1993. – 386 с.

8. Гумилев, Л. Н. Хунну. Срединная Азия в древние времена / Л.Н. Гумилев. - М: Молодая гвардия, 1960. – 427 с.
9. Жумагулов, К.Т. Гунны в Европейской истории // Казахстанская правда. - 1996. - 26 августа.- С. 6-7.

ТҮЙІН

Хүн этногенезі және «еуразияшылдық» идеясы гумилевтің еңбектерінде
Т.Ж.Сабитов, М.А.Ауанасов, К.Б.Кемелбеков
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қ.

Бұл мақалада Гумилевтің жұмысы контекстіндегі хун тайпаларының этногенезінен байланысты және Қазақстан этносы тарихындағы «еуразияшылдық» идеясы мәселесіне деген зерттеушілер тарапынан болатын өсе түскен қызығушылығының негізгі сұрақтары қарастырылады. Басты сөздер: этногенез, «еуразияшылдық», хұндар (гұндар), «Халықтардың ұлы қоныс аударуы», пассионарлық шиеленісудің өсуі, этносыяси үдерістер.

SUMMARY

Ethnogenesis of the huns and eurasian idea in the works of gumilev
T.Zh.Sabitov, M.A.Auanassov, K.B.Kemelbekov
South Kazakhstan state pharmaceutical academy, Shymkent

This article discusses issues related to the ethnogenesis of Hunnish peoples in the context of Gumilev and increased interest from researchers to the problems of ideas "Eurasianism" in ethno-political history of Kazakhstan. Keywords: ethnogenesis, "eurasianism", huns, "Great Nations Migration", passionate tension, ethnic and political processes.

ОӘК 372.8:811

ШЕТ ТІЛІН МЕНГЕРУДЕ ТУҒАН ТІЛІМІЗДІҢ МАҢЫЗЫ

А.Ж. Жексембаева, А.Е. Сматова
ОҚМФА, Шымкент қ.

ТҮЙІН

Кейбір элементтер салыстыру және ана тілімен ұқсастығы арқылы шет тіліне оқыту туралы осы мақалада.

Негізгі сөздер:зат есім,сөз тәртібі,сын есім,күшейтпелі шырай,сан есім .

Туған тілімізбен шет тілдерін меңгерудегі бастысы ұлттық пікір.Қазақ тілі –біздің басты құндылығымыз және мемлекеттік тіліміз.Орыс тілі- ерекше ұлттық байлық,шет тілі бірыңғай ұлттық құндылық.

Бірнеше жылдардан кейін қазақ,орыс және өзге де тілдерді жалпы құндылық ретінде меңгере алмаған азамат қоғамда білімсіз азамат болып қалмақ.Өзге тілді меңгеру үшін өз тілінді білуің абзал.Шет тілдерін меңгерудегі басты мәселе өз тілінді игере отырып,өзге тілдермен байланыстыру .Сондықтан екі тілді салыстыра отырып анализ жасау қажет.

1.Ағылшын тіліндегі зат есім қазақ тіліндегідей жекеше және көпше түрде болады.

Қазақ тілінде зат есім **-дар \ -дер,-тар\тер,-лар\лер** жалғауы арқылы көптелетін болса,ағылшын тілінде көпше түрі - **s/es** жалғаулары арқылы жасалады.

Мысалы:қазақ тілінде зат есім: дос-жекеше,достар-көпше түрде;
ұқсастығы бар болып табылады.

Ағылшынша	Қазақша
cat and dog existense	итпен мысықтай
cross as a` bear	аюдай ашуланды
the dog bark ,but the caravan goes o	ит үреді-керуен жүреді
a living dog is better than a dead lion	өлі арыстаннан тірі тышқан артық

open handed.

ашық қол

Ал грамматиканы салыстырсақ дәлірек айтсақ тәуелдік жалғау \The Possessive Case келесі мысалға келіп дәлелдейміз.

Қазақша	Ағылшынша
баланың киімі	the boys clothes.
ағамның үйі	the uncles house

Ағылшын тілінде сөз тәртібі қазақ тіліндегідей.

Сөз топтарымен таныса отырып,сын есімдердегі мынадай ұқсастықты байқауға болады.

Ағылшын тілінде қазақ тіліндегідей сын есім зат есімнен бұрын тұрады.

Ағылшынша	Қазақша
a silver spoon	күміс қасық
a cold water	салқын су
an interesting book	қызық кітап
a beautiful girl	әдемі қыз
a wonderful peace	ғажайып әлем.

Сын есімнің салыстырмалы және күшейтпелі шырайлары салыстырмалы және аффиксалды тәсілдермен жасалды.Ағылшынша-eg ,қазақша-ырақ\рақ,рек нұсқауларымен.

Қазақша	Ағылшынша
Мысалы: ұзын-ұзынырақ	long-longer
қысқа-қысқарак	short-shorter
үлкен-үлкенірек	big-bigger
кішкентай-кішірек	small-smaller

Күшейтпелі шырай-аналитикалық тәсілмен(ағылшынша the most,қазақша ең).

Сөйлемдегі сөздердің орын тәртібі сол қалпында болады.Ағылшын тілінде қазақ тіліндегідей анықтауыш анықталушы сөзбен септеледі,септеліп байланысады.

Ағылшынша	Қазақша
a black cat	қара мысық
to the black cat	қара мысыққа
about a black cat	қара мысық туралы
helpless	көмексіз
homeless	үйсіз

Сан есімдерді оқыту барысында hundred,thousand,million сан есімдері көптік жалғауы жалғанбайды олардың алдына басқа сан есімдер тұрады.

Ағылшынша	Қазақша
Мысалы: two hundred	екі жүз
seven thousand	жеті мың
six million.	алты миллион

Ағылшын және қазақ тілдерінде реттік сан есім жалғаулары соңғы сан есімге жалғанады.

The Past Indefinite Tense оқыту барысында студенттер көңілін етістіктің жалғаулары ed ,ал қазақ тіліндегі өткен шақтың,етістіктің –ді,-ды жалғауы жалғануы арқылы жасалуына ұқсас екендігіне көңіл аударту . Өтілетін материалдарды өз тілінде түсіндіру кез келген шет тілін меңгертуге сапалы болады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Бейсенбаева, К. В. Сопоставительная грамматика русского и казахского языков: фонетика. Морфология: учебное пособие / К. В. Бейсенбаева. - Алматы : Ана тілі, 1994. - 240 с.

Резюме

Роль родного языка при овладении иностранным языком

А.Ж. Жексембаева, А.Е. Сматова

ЮКГФА, г.Шымкент

В этой статье речь идет об обучении иностранному языку посредством сравнения некоторых элементов и сходства их с родным языком. Ключевые слова: имя существительное, порядок слов, имя прилагательное, превосходная степень, имя числительное.

Summary

The role of the native language in learning foreign language

A.Zh.Zheksembaeva, A.E. Smatova
SKSPA, с. Shymkent

The article gives the way of teaching foreign language by means of comparison of some elements and liveness of the native and foreign languages. Key words :noun, word order, adjectives, superlative degree, numerals

УДК 378.147:372.881.111.1

INTERCULTURAL COMMUNICATION IN THE PROCESS OF LEARNING A LANGUAGE

Ж.Б.Орманова, А.Е.Сматова
ЮКГФА, г.Шымкент

ANNOTATION

The article is about intercultural communication and the problems of solving. Intercultural communication is important in the process of learning a language. Many of the problems related to culture are international and even global dimension. The components of the communication process can be differentiated in several ways. One of them - define a model through which communication can take place. People communicate using two modalities: verbal and nonverbal. Functional and dynamic approach to the study of language has led to the emergence of new technologies and concepts of learning.

Key words: intercultural, verbal, communication, teaching, model.

The object of my article is to show how can we communicate with other people of different culture and their types, also the problems of their solving. Teacher, addressing a foreign student, refers to a material, a stranger to him. The world in which we live in is becoming more and more closely, it really starts to look like global village - great polilingual and multicultural village. And communication in this planetary village is possible only on the basis of cross-language and cross-cultural understanding and cooperation. The stability and prosperity of the world in the third millennium will depend on the ability of young people to show tolerance and respect other cultural and social characteristics, they will and desire to understand each other and cooperate with each other, to seek and find a solution to the socio-cultural conflicts. Many of the problems related to culture are international and even global dimension. Acute problems of "mass culture", spirituality, and earthliness. At the same time, are gaining influence, dialogue, mutual understanding of different cultures, including the relationship of modern Western culture and traditional cultures of the developing countries in Asia and Latin America. Thus, interest in cultural theory has profound practical roots. All this has stimulated the development of the philosophical problems of culture and led to significant advances in this field of knowledge, down to the question of the creation of a special science of culture – cultural studies.

It is important to stress that almost every one of the social groups - a group, face problems of cultural adaptation. Migrants and refugees arriving in the new socio-cultural environment, people have changed as a result of changing social status of the profession, the loss or gain of power, improvement or deterioration of the material conditions of life, teenagers and senior citizens, young people, called in the army and came to serve on a contract basis, orphaned children, prisoners, members of deviant or delinquent groups, etc. They are all more or less affected by the problems of inculturation in its various versions. So, for migrants it is a problem of initiation to the cultural patterns of the dominant society, so it is important to organize a social worker assimilation (in various forms), the typical patterns of behavior, values and ways of cultural activity. Many people form groups with their unique subculture. Such, for example, soldiers, teenagers, groups of individuals with behavioral problems (prostitutes, drug addicts, vagrants, etc.). A social worker must not only know the specifics of such groups, characteristics subcultures as a special sphere of culture, but in each case to decide whether to help the individual to acquire subcultural standards or adapt this subculture and its carriers into the mainstream culture.

As the world becomes more complicated and culturally pluralistic, growing and important topics related to intercultural communication. Ability to communicate, regardless of cultural barriers affect our lives not only at work or at school, but at home, in the family and in the gaming environment. Can we somehow enhance skills such communication? The components of the communication process can be differentiated in several ways. One of them - define a model through which communication can take place. People communicate using two modalities: verbal and nonverbal. Verbal model includes language with its unique set of phonemes, morphemes, and vocabulary,

syntax and grammar, phonology, semantics, and pragmatics-asymptotics. Verbal language - containing these components semantic system, which facilitates the exchange of ideas, thoughts and feelings properties.

Nonverbal model includes all the non-verbal behavior, including facial expressions, gaze and eye contact, voice intonation and paralinguistic clues, interpersonal space, gestures, body posture and pause. It is clear that in other cultures, showed relatively greater importance of non-verbal behavior in comparison with verbal language when sending a message.

Another way to look at the communication process - to describe it in terms of coding and decoding. Coding is the process by which people choose, consciously or unconsciously, a modality and the method by which you can create and send a message to someone. Although, as adults, we do not think about the process all the time, as a child, we had to learn the rules of syntax, grammar, pragmatics and phonology in order to ably encode information. Similarly, we had to learn the rules that determine the messages that are sent to non-verbal way. Man, that encodes and transmits messages in the research literature is often called coding or sender.

Decoding is the process by which a person is receiving signals from the encoder and translates these signals into meaningful messages. Just as "adequate" coding depends on the understanding and use of verbal and nonverbal behavior, "adequate" depends on the decoding of the same rules, so that the messages were interpreted in such a manner in which they are supposed to convey. In the scientific literature, the person who decodes the message, often called decoding or recipient. Of course, communication - this is not a one way street, with one person only encodes and sends the message, and the other - only to decode. Communication - the extremely complex process of encoding and decoding, occurring in quick succession and overlapping so that they occur almost simultaneously. It is this rapid exchange of messages, when a hundred people become alternately senders, receivers, and makes the study of communication is so difficult, but rewarding. Besides the two main models - the verbal language and nonverbal behavior - and the two main processes - coding and decoding - communication has a number of other components.

Signals - these are specific words and actions that are said and produced in communication, that is, a specific verbal language and nonverbal behaviors that are encoded when sending messages. For example, the expression can be a signal that is encoded with a specific message. Other signals can be specific words or phrases, body posture and tone of voice.

Message - this meaning, which is embedded in the signals and extracted from them. This includes knowledge, ideas, concepts, thoughts or emotions that are going to pass encoding, decoding and interpreting. Signals - this is the observed behavior, which does not necessarily have an inner meaning, message - this meaning that we attribute to the cues.

Finally, the channel is called the specific sensory modalities through which transmit signals and recognize the message, such as a picture or sound. The most commonly used communication channels are visual (we see facial expression, body posture, etc.) and auditory (we hear the words, tone of voice, etc.). However, when communications are used, and all other sensations, including touch, smell and taste. Thus, the process of communication can be described as an operation in which the sender encodes the message in the form of a set of signals. These signals are transmitted through multiple channels, open and operating at the destination. The recipient decodes the signals to interpret the message. Once the message interpreted, decoding is encoding, sending back your own message using the same process. In this case, the one who originally encoded message is decoded. It is this complex process of exchange, the changing roles and encoding, decoding, and makes the process of communication.

Culture has a pervasive and profound influence on the processes of verbal and nonverbal encoding and decoding. Culture has a profound effect on verbal language. Each language - a unique system of symbols, which shows that it is culture considers important. Remember certain words may exist in some languages, but not in others, reflecting differences in how cultures symbolically depict the world. Different cultures and languages often use words referents related to the "I" and the others in various ways, for example, English pronouns I and you can be replaced designations role, position and status. Counting system - another example of cultural influences on verbal language. In many languages there are numerals that represent data objects are calculated, and different languages may have different basic systems for the numerical relationships. Culture affects not only the vocabulary of the language, but also its function or pragmatics.

Culture also affects many non-verbal actions. Although cross-cultural studies have shown that facial expressions of anger, contempt, disgust, fear, happiness, sadness and surprise are the pan-cultural, we also know that cultures differ in the rules displays of affection which govern the use of these universal expressions. In addition, we know that there are many cultural differences in body language, the look and visual attention, interpersonal space, body postures, as well as voice intonation and speech characteristics. Culture influences the decoding process in several ways. As in the case of cultural decoding rules relating to perception and interpretation of emotions, from an early age we internalize the rules that help us to decipher the cultural code that is embedded in the speech and in all other aspects of the interaction. These rules are formed together with the decoding rules displays of emotion or coding and are a natural part of the development of communication skills.

During intercultural encounters likely is that human behavior does not match our expectations. We often interpret this behavior as encroachments on our value system and ethics. It causes negative emotions confusing our

self-concept. These conflicts arise in intercultural communication rights, not only with people but also with other agents of the cultural system (such as public transport, mail, trade and business).

Teaching language and culture on the basis of a system of concepts based on the fact that the culture - a holistic, systemic semiotic phenomenon. And in didactics should assume that culture - an open, self-organizing system. exchange with the environment is the "input" and "output" of the system. "work" of "culture" is a result of its relationship with the tradition and reality. addition, the culture - a dynamic system, which operates on the basis of communication that takes place both inside the system and outside it.

For learning in principle, that in the culture are forward and backward linkages. To become a concept, a meaning that is sent to the student teacher should be accepted, included in the verbal associative network is correlated with basic concepts of culture. During training, fluency is not achieved through a set of words, or even by the knowledge of grammatical patterns, and by the fact that on this basis the student learns the language of another culture, manifested in national concepts. Feature of didactics in the fact that it is based on lingual and cult urological approach, based on the study of national concept ional sphere aims to systematic training of culture and language. The didactic approach involves: 1) training of intra-cultural communication, and 2) the training of intercultural communication. At the heart of the new technical direction lie the concept and conceptual sphere, understood as a teaching unit.

For the process of learning intercultural communication can be represented by: Student- teacher learning. This is the simplest scheme of communication. The teacher, a carrier of culture of the native language, has a certain set of concepts alien culture and appeals to the student - media culture of a foreign language, relying on feedback to the extent that the student learns the proposed material. It is clear that "foreign" teacher connects with "their" to a greater extent than the student, and the purpose of training is to reduce this gap, and ideally - its elimination. Then you can see the steps of training as follows:

1. The traditional presentation of units of "foreign" language. For example, the Russian word for "mother" in the translation of a foreign language. 2. The inclusion of a unit of language in verbal associative network. a) Mother - comfort - heat - weasel - love-woman ... b) to be protected, to feel needed, to have a mother ... c) A good, kind, gentle, wise and beautiful mother ... 3. Presentation of word-concepts in micro: "Mother Nature - the beginning of all beginnings." In aphoristic: "The mother's heart warms better sun", "Loving mother - the soul of the family and adornment of life." 4. Direct acquaintance with the word mother. The purpose of this phase - the inclusion of semantic units in the conceptual and emotional sphere, resulting in a foreigner involved in personal attitude to the word mother and hidden comparison with "their". Conceptual and emotional spheres interpenetrate, causing new associations. In a simultaneous move comes two verbal associative network, "own" and "alien" is the birth of the concept.

As a result, the concept of a dictionary that has universal and sketchiness, "acquires" the increments of meaning. "Alien" is gradually becoming "his". In intercultural communication comes secondary language person. The birth of this is due to the mastery of concepts alien cultural world. Conclusion. Intercultural communication in the process of learning a language. Functional and dynamic approach to the study of language has led to the emergence of new technologies and concepts of learning. One of the main-learning based on theoretical principles of intercultural communication. Reliance on culture in language teaching "found in modern didactics new sound. Speak the language, people do not always understand each other, and the reason is often the difference of cultures. Understandably, the media of the same language can serve people of different cultures or subcultures. They also may not fully understand each other. Communication within the same culture also often reveals a mismatch of concepts. Even more difficult is the case with cross-cultural communication.

LITERATURE

1. Словарь активного усвоения лексики английского языка. – М.:Рус.яз. – 1988.-710 с.
2. Словарь иностранных слов: словарь/ под ред.В.Бутромеева.-М.:РИПОЛ КЛАССИК.-2005.-544 с.:ил.-(Б-ка энциклопедических словарей).- ISBN5-7905-3998-X
3. Мюллер, В. К. Англо-русский русско-английский словарь: 150000 слов и выражений: словарь / В. К. Мюллер. - М. : Эксмо, 2009. - 1200 с. - (Б-ка словарей Мюллера). - ISBN 978-5-699-24128-6
4. Мюллер, В. К. Большой русско-английский словарь в новой редакции: 210000 слов, словосочетаний, идиоматических выражений, пословиц и поговорок / В. К. Мюллер. - 3-е изд., стер. - М. : Цитадель-трейд : РИПОЛ КЛАССИК : Дом. XXI век : Лада, 2008. - 816 с. - ISBN 978-5-7717-0109-7 (Цитадель -трейд). - ISBN 978-5-7905-5245-8 (РИПОЛ КЛАССИК)

Түйін

Мәдениетаралық коммуникация арқылы тілді үйрену
Ж.Б. Орманова, А.Е. Смагова
ОҚМФА, Шымкент қ.

Бұл мақала мәдениетаралық сөйлесу және оның шешу мәселелері туралы айтылған. Мәдениетаралық сөйлесу - бұл тілді үйренудің тиімді жолы. Мәдениетке байланысты мәселердің барлығы дерлік халықаралық тұрғыда, тіптен дүниежүзілік масштабта шешілетін мәселе. Сөйлесу процесінің компоненттері бірнеше жолмен қаралады. Солардың бірі – бір үлгіні таңдау, яғни қай үлгіде сөйлесуін таңдау. Адамдар сөйлескенде екі түрлі жолмен сөйлеседі: вербальді және вербальді емес. Тілді үйренуде функциональді және динамикалық түрді таңдау арқылы жаңа технологияның және тілді үйренудегі жаңа тәсілдердің пайда болуына әсер етеді.

Негізгі сөздер: мәдениетаралық, вербальды, коммуникация, оқыту, үлгі.

Резюме

Межкультурная коммуникация в изучении языка

Ж.Б. Орманова, А.Е. Сматова

ЮКГФА, г.Шымкент

Эта статья описывает межкультурное общение и его решения проблемы. Межкультурное общение – это хороший способ в изучении языка. Все проблемы относительно культуры являются международной и даже глобальной проблемой. Компоненты коммуникативного процесса осматриваются с нескольких сторон. То есть надо выбрать какой из компонентов выбрать для общения. Люди общаются двумя способами: вербальный и невербальный типы общения. В изучении языка выбирая динамичные и функциональные типы общения развиваются новые технологий и новые способы изучения языка.

Ключевые слова: межкультурный, вербальный, коммуникация, обучение, модель.

УДК : 800.6

ЧТО ТАКОЕ КОМПЛИМЕНТ?

Г.У.Анартаева

Южно-Казахстанский государственный университет им. М.Ауэзова, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

Комплименты являются важным подспорьем для создания приятного настроения в обществе. Compliment должен быть легким, игривым, простым, естественным и, главное, правдивым. Если говорить комплименты нечасто и притом умно и тонко, они придают беседе желаемую грациозность. Это один из самых простых, доступных и абсолютно безденежных способов доставить радость другому. Compliment не только дарит радость, но и прибавляет сил и уверенности.

Ключевые слова: комплимент, словарь, прямой комплимент, косвенный комплимент, комплимент – антитеза, комплимент – ответ

Что такое комплимент? Разобраться в том, что такое комплимент, поможет, прежде всего, точное определение этого понятия. «Словарь современного русского литературного языка» в 17-ти томах дает следующее толкование: **«Комплимент – похвала, вызванная стремлением сказать любезность или польстить кому-либо»** [ССРЛЯ 1956 5т.: 1262]. Таким образом, комплимент здесь выступает синонимом похвалы и лести. Однако в толковых словарях, изданных еще до 1917 года, комплименту дается несколько иное определение: **«Комплимент – учтивые слова, выраженные изустно или письменно; приветствие»** [Словарь церковно-славянского и русского языка 1867: 406]. А «Новый и полный российско-франко-немецкий словарь, сочиненный и дополненный по словарю Российской Академии» 1813 года под комплиментом понимает еще и поклон [Новый и полный российско-франко-немецкий словарь 1813: 567]. Из этого следует, что в 19 веке комплимент отождествлялся как с вежливыми словами, так и с приветствием и поклоном.

В начале 18 века лексема «комплимент» вошла в лексический состав русского языка и впервые появилась в бумагах Петра I 1701 – 1702 гг. Единого написания не было: «кумплюмент», «кумплемент», «купллюмент» и «куплемент» [Фасмер 1986 2 т.: 306].

На вопрос о том, из какого языка русский заимствовал слово «комплимент» пока трудно ответить однозначно. Большинство словарей утверждает, что это французское слово и споры касаются, в основном, вопроса о его прямом или опосредованном заимствовании. Так, например, М.Фасмер утверждает, что слово пришло в русский язык посредством немецкого или итальянского. В.Даль – что оно пришло из немецкого языка, а «Словарь русского языка» в 4-х томах утверждает, что оно французское.

Таким образом, комплиментом называется небольшое преувеличение достоинства, которое собеседник желает видеть в себе.

Речевая структура комплиментов позволяет нам выделить следующие типы комплиментов: 1.Прямой комплимент. 2.Косвенный комплимент. 3.Комплимент – антитеза. 4.Комплимент – ответ.

Построение **прямого комплимента** достаточно стандартно. Он, в основном, имеет трехчастную композицию: обращение, собственно сообщение и мотивацию, т.е. детальную характеристику объекта: Ляззат Жамбирбаевна, Вы на самом деле очень красивы. Ни у кого я не видела таких роскошных волос и выразительных глаз!

В качестве обращения могут выступать:

- одночленная номинация, представленная именем адресата: Дарига, вы как всегда очаровательны!
- Двучленная номинация, состоящая из имени и отчества: Сауле Пулатовна, Вы замечательный начальник, добрый и отзывчивый человек!
- Подлежащее – местоимение: Ты сегодня очень хорошо выглядишь.
- В комплиментах, которые произносятся при приветствии, встрече, обращении может отсутствовать: Привет! Как дела? Выглядишь потрясающе! И такая загорелая!

- Очень часто в прямых комплиментах используются распространители, указывающие на время: Вы, как всегда, очаровательны. Сегодня вечером Вы как-то особенно красивы.

- Широко используются качественные прилагательные в сравнительной и превосходной степенях: Просто не верится, что спустя столько лет Вы стали еще прелестнее, чем были раньше. Вы очаровательнейшая женщина!

Объектами прямых комплиментов могут стать:

- Одежда, прическа, внешность собеседника: Вам к лицу эта прическа. С такой безупречной фигурой на Вас хоть мешок одень, он будет смотреться элегантно!
- Положительные качества собеседника: Вы очень талантливы.
- Положительная оценка действий, поведения собеседника: Я бы не смог более тактично поступить в этой ситуации, чем Вы.

В **косвенном комплименте** реализуется способность адресанта к нестандартному мышлению и его адекватной вербализации.

В этой группе комплиментов можно выделить несколько подвидов.

- Адресант хвалит не самого адресата, но то, что ему дорого: Вашем офисе с поразительной силой ощущается положительная энергетика.
- Похвала относится к адресату опосредованно: У меня была знакомая – восхитительнейшая женщина. Вы удивительно похожи на нее!

- Адресант отмечает то положительное воздействие, которое оказывает на него адресат:

Когда я говорю с Вами, я всегда чувствую, что сам лучше становлюсь, умнее, благороднее как-то [Достоевский 1970: 94].

- Адресант хвалит какие-либо достижения адресанта: Довольно тяжело что-нибудь пожелать человеку, у которого творческих достижений в тридцать лет больше, чем у некоторых под конец жизни... (А.Буйнов – В.Юдашкину)

- При похвале адресант ссылается на общепризнанные закономерности, на сентенции, которые показывают собеседника в выгодном свете: Не волнуйся, если задержусь на работе. У меня там не все ладится.

В комплименте-антитеза **реализуется способность адресанта к нестандартному мышлению и его адекватной вербализации.**

Комплименты этого типа строятся на антитезе: Знаете, мне Вас искренне жаль... Наверное, нелегко быть такой красивой женщиной?!

Этот вид комплиментов психологи считают самым эмоциональным и запоминающимся: Когда я читала вашу книгу, то жалела только об одном... Что ее написала не я!

Обращения в таких комплиментах может быть представлено по-разному:

- ◆ именем адресата;
- ◆ его именем и отчеством;
- ◆ местоимением – подлежащим;
- ◆ местоимением – дополнением;
- ◆ местоимением – определением.

Основными объектами комплиментов этого вида являются природные способности, качества характера и внешность адресата.

Комплименты-ответы довольно однотипны. Они редко содержат обращение и мотивацию и состоят в основном, из сообщения о положительном качестве собеседника. В большинстве случаев это сообщение является косвенным комплиментом: Вы замечательно танцуете! Ну что Вы! С вами это совсем не трудно!

- В разговоре с вами я и не заметил, что уже так поздно! Правда, мне все равно не к кому спешить...

- Ни за что не поверю, что это так. Такой человек как Вы, просто не может быть одиноким!

Среди комплиментов-ответов можно выделить два подвида.

1.Комплимент является выражением несогласия адресата с заниженной самооценкой собеседника: Я не

настолько умна и остроумна, чтобы ответить подобным образом на твой вопрос.

- Я бы этого не сказал.

2. Собственно комплимент-ответ, который, в основном, строится по следующей структурной схеме: «То же самое могу сказать и о Вас (тебе)»:

- Ты хорошо выглядишь.

- Спасибо. Ты тоже.

Следует сказать о том, что комплименты этого типа рассматриваются адресатом, в основном, только как этикетная норма и всерьез воспринимаются крайне редко.

Таким образом, комплименты являются важным подспорьем для создания приятного настроения в обществе. Комплимент должен быть легким, игривым, простым, естественным и, главное, правдивым. Если говорить комплименты нечасто и притом умно и тонко, они придадут беседе желаемую грациозность. Это один из самых простых, доступных и абсолютно безденежных способов доставить радость другому. Комплимент не только дарит радость, но и прибавляет сил и уверенности. Комплимент обычно состоит из одной-двух фраз, но очень ярких и содержательных. И наоборот, когда в комплиментах слышатся подготовка, претензия или напыщенность, то они становятся смешными и пошлыми.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ожегов, С. И. Словарь русского языка: Ок. 57000 слов: словарь / С. И. Ожегов; Под ред Н. Ю Шведовой. - 20-е изд., стер. - М. : Русский язык, 1988. - 748 с. : портр. - ISBN 5-200-00313-X :
2. Розенталь, Д. Э. Русский язык: справ. - практикум: Управление в русском языке. Практическая стилистика / Д. Э. Розенталь. - М. : ООО Изд. дом "Оникс 21 век" : ООО " Изд - во " Мир и Образование ", 2005. - 752 с. - ISBN 5-329-01325-9(ООО " Изд. Дом "ОНИКС 21 век"). - ISBN 5-94666-190-6 (ООО " Изд-во "Мир и Образование")
3. Словарь русского языка. В 4 т. Т. 1. А-Й : словарь / под ред. А. П. Евгеньевой. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Русский язык, 1981. - 698 с.
4. Словарь русского языка. В 4 т. Т. 2. К-О: словарь / под ред. А. П. Евгеньевой. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Русский язык, 1983. - 735 с.
5. Словарь русского языка. В 4 т. Т. 3. П-Р: словарь / под ред. А. П. Евгеньевой. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Русский язык, 1983. - 752 с.
6. Словарь русского языка. Т. IV. С-Я: словарь. - М. : [б. и.], 1984. - 250 с.
7. Достоевский, Ф. М. Униженные и оскорбленные: роман в 2 частях / Ф. М. Достоевский. - Л. : Худож. лит., 1981. - 376 с. - (Классики и современники).

ТҮЙІН

Г.У.Анартаева

М.Әуезов атындағы Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік университеті, Шымкент қ.

Бұл мақалада автор қошеметтердің өзіне тән қасиетін, ерекшеліктерін және сөйлеу құрылымын қарастырады.

SUMMARY

What is complement?

G.U. Anartayeva

Auezov South – Kazakhstan State University

In this article the author considers the specifics, particular qualities and the language structure of compliments.

УДК 811.161.1

ВИДЫ И ФОРМЫ РАБОТ ПО РАЗВИТИЮ РЕЧЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РУССКОГО ЯЗЫКА

Г.У. Анартаева, А.Н.Турсунов, Ф.У. Айтмамбетов
Южно-Казахстанский государственный университет им. М.Ауэзова, г. Шымкент

АННОТАЦИЯ

В статье раскрываются виды и формы работ по развитию речевой деятельности студентов на занятиях в национальных группах. В данном случае большое внимание отводится аудированию текстов по специальности. Рассматриваются также, формы работ на занятиях как диалоги-ситуации, диалоги-расспросы. Статья рассчитана на преподавателей, которые работают в национальных группах высших учебных заведений.

Ключевые слова: основная информация, свернутый план, лексика, аннотирования, рецензирования и конспектирования, концентрированная подача материала.

Основная задача обучения профессиональному русскому языку направлена на совершенствование профессиональной русской речи студентов в различных сферах коммуникаций: учебно-профессиональной, общественно-практической, разговорно-бытовой.

Будущий специалист должен уметь:

- понимать содержание лекций учебного характера по специальности;
- уметь вычленить основную информацию во время прослушивания;
- составить свернутый план прочитанного или прослушанного текста;
- составить развернутый план текста;
- определить и отобрать основную терминологическую лексику из текста;
- уметь свободно использовать терминологическую лексику при составлении собственных монологов-рассуждений, высказываний;
- овладеть навыками аннотирования, рецензирования и конспектирования.

Практика показывает, что студенты национальных групп во время учебы испытывают большие трудности в понимании и усвоении материала по специальности.

В силу этих причин студенты, не овладевшие навыками аудирования текстов по специальности, навыками аннотирования, рецензирования и конспектирования, просто переписывают тексты и заучивают по учебнику.

В этом случае, требования программы не реализуются полностью, поскольку они рассчитаны на студентов, которые владеют первичными навыками и умениями работы с учебным текстом по специальности, навыками слушать лекции по общеобразовательным и специальным дисциплинам на русском языке.

Поэтому разрабатываются специальные занятия и методы обучения языку специальности. В этом случае большое внимание должно отводиться аудированию текстов, развивать навыки студентов по аудированию специальных текстов. Информация при аудировании должна быть передана и чтением вслух и с помощью технических средств, которая является наиболее упорядоченной, однозначной и емкой. Информация должна быть фиксированной и воспроизводиться несколько раз.

Преподаватель контролирует не только процесс подачи информации, но и восприятия, обработки, трансформации ее. Так же он может варьировать информационную насыщенность звучащего текста, продолжительность звучания.

Работа с текстами по специальности на занятиях, концентрированная подача материала и различные виды упражнений, заданий по тексту, контрольные вопросы способствуют выработке у студентов устойчивого навыка аудирования малознакомых или незнакомых текстов по специальности, усвоению терминологической лексики и умения их трансформировать, выработке навыков аннотирования, рецензирования и конспектирования.

Изучение текстов по специальности на занятиях «Практический курс русского языка» на первом курсе и на занятиях «Профессиональный русский язык» на втором курсе позволяет ускорить момент активного включения студентов национальных групп в учебный процесс и обеспечивает свободное профессионально-деловое общение.

Планомерная и регулярная работа со специальными текстами по введению в язык специальности позволяет снять языковые трудности, преодолеть психологические барьеры при переходе от общеупотребительной лексики к специальной, от разговорного стиля речи к научному, решить задачу повторения и обработки информации. Также позволяет предоставить широкие возможности студентам

самостоятельно работать, выбирать те темы, которые кажутся трудными, малодоступными в процессе овладения знаниями по специальным предметам.

Работа с текстами по специальности на занятиях должна быть направлена на логически-информативную сторону процесса обучения русскому языку, выработке устойчивых навыков аудирования, аннотирования, рецензирования и конспектирования и должна вестись по основным принципам учебного процесса: организация системы занятий по введению студентов в язык специальности с программированием учебного материала, с проверкой и контролем, индивидуализацией учебного процесса, вариантностью цикла занятий, соблюдением единой структуры занятий, созданием единого курса занятий.

В этом случае каждый раздел структуры занятий должен соответствовать части текста разрабатываемого на занятиях. Таким образом, работа с текстами может проводиться по следующей схеме:

1. Прочитывание или прослушивание текста и терминологическая работа (нахождение в тексте терминов по специальности).
2. Повторное чтение с целевой установкой.
3. Самостоятельное прочитывание текста студентами с элементами коррекции и самокоррекции информационного усвоения.
4. Выполнение упражнений для отработки усвоения навыков произношения и написания терминологической лексики.
5. Проверка общего усвоения текста.
6. Упражнения на снятие психологического барьера.

В этой структуре особое внимание должно отводиться снятию психологического барьера, боязни речи на русском языке. Для этого часто используют диалоги-ситуации, диалоги-расспросы на профессиональные темы.

Например, диалог-ситуация:

- Здравствуй, ты почему сегодня не был на занятиях?
- Я заболел. Ходил к врачу.
- Теперь тебе надо самостоятельно изучить материал занятия.
- Это трудно. Может, ты мне поможешь?
- Хорошо. Я расскажу тебе, что узнал. Кость – это орган, состоящий из нескольких тканей. Но основная из них – костная ткань.
- Спасибо. А что ты знаешь о строении надкостницы?
- Надкостница – это ...

Преподаватель. А вы знаете строение надкостницы? В чем ее функции? Ответьте на вопросы.

Другой пример: Проецируются на доске таблицы.

Таблица 1 - Скелет и строение костей.

Субъект	Предикат	Объект
Скелет	Служит, является, состоит из..., защищает	Опора тела, двести костей, некоторые органы
Органы Кости	Защищены, прикрыты Соединены	Кости скелета Посредством суставов

Задание. Восстановите полное содержание текста.

Таблица 2 - Биология и научный метод.

А	Б	С
1. Достижения Биологический	Иметь огромное значение Быть связанным	В чем?
2. Изучение Растение	Изучать	С чем?
3. Строение Функции Организм	Привести Обусловить	Когда? В связи с чем?
4. Что? 5. Успехи чего?		Открытие клетки Победа над чем?

Задание. Прослушайте текст (без зрительной опоры) и перескажите его содержание.

Занятия строятся с учетом того, что в учебном тексте сжато и последовательно дается информация по данной научной теме, внимание направляется на логическую, а не на эмоциональную сторону излагаемого материала.

В процессе прослушивания текста студент слушает и письменно фиксирует материал, подвергая его отбору и компрессии. Такая работа предлагает целевую установку:

- а) выделение главной мысли текста;
- б) ответ на вопросы (с выделением центральной мысли);
- в) ответ на ряд вопросов;
- г) передача основного содержания текста.

Все эти виды работ и заданий помогают более успешному овладению профессиональной лексикой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гейченко Е.И. Обучение устному учебно-профессиональному общению на русском языке студентов-нефилологов 1 курса: Дисс...канд.пед.наук. - М., -1984.
2. Колосницына Г.В. Требование, предъявляемые к учебному аудиотексту: Дисс...канд.пед.наук. - М., 1987.
3. Метс Н.А., Митрофанова О.Д., Одиноцова Т.Б. Структура научного текста и монологической речи. - М., -1981.
4. Мотина Е.И. Язык и специальность: лингводидактические основы обучения русскому языку студентов-нефилологов. -М., 2-е изд. испр.М., -1988.
5. Вейзе А.А. Реферирование текста. Минск, - 1978.
6. Васильев Ю.А. О влиянии композиционно-смысловой организации научного текста на его языково-стилистическую характеристику – В кн.: Научный стиль речи. /Отв. ред. Трояновская Е.С./ -М., - 1978.
7. Власова Н.С. и др. Практическая методика преподавания русского языка на начальном этапе. М.: Рус. яз., - 1990.

ТҮЙІН

Кәсіби орыс тілі сабақтарында мәтінмен жұмыс жасау түрлері мен формалары.
Г.У. Анартаева, А.Н.Турсунов, Ф.У. Айтмамбетов
М.Әуезов атындағы Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік университеті, Шымкент қ.

Мақалада техникалық мамандықтар бойынша қазақ топтары студенттерінің сөйлеу әрекетін жоғары көтеру мақсатында кәсіби орыс тілі сабақтарында мәтінмен жұмыс жасау түрлері мен формалары қарастырылады.

SUMMARY

Types and forms of works of development speaking skills students of the Russian language lessons.
G.U. Anartayeva, A.N. Tursunov, F.U. Aytmambetov
Auezov South – Kazakhstan State University

In this article is considered the various types and formations of works with are directed to increase the speaking skills of nonlingual specialty national group students at discipline of Professional Russian language.

ИНФОРМАЦИОННОЕ СООБЩЕНИЕ

*VI Астанинский экономический форум

ЛАУРЕАТ НОБЕЛЕВСКОЙ ПРЕМИИ ЭРВИН НЕЕР ЧИТАЛ ЛЕКЦИИ В ЮКГФА

Одним из знаковых мероприятий в ЮКГФА стал приезд в Шымкент лауреата Нобелевской премии в области медицины и физиологии Эрвина Неера. Гость прибыл в Казахстан по приглашению Главы государства Н.Назарбаева для участия в работе VI Астанинского экономического форума (АЭФ).

В эти дни Астана приняла 10000 участников из 100 стран мира, среди них выдающиеся политики – лидеры стран, главы правительств, представители научных кругов, финансовых учреждений, международных организаций, бизнес сообществ, чтобы обсудить важнейшие вопросы глобального кризиса. Днем раньше Э.Неер побывал в Казахском национальном университете им. Аль-Фараби.

Данный визит в Шымкент инициирован самим лауреатом Нобелевской премии, его заинтересованностью лабораторией по исследованиям на геномном уровне в Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии.



На снимке: Ректор ЮКГФА, д.м.н., профессор Б.Д. Сексенбаев и лауреат Нобелевской премии Э.Неер, май 2013 года, г.Шымкент.

На пресс-конференции для представителей СМИ Э.Неер высказал мнение, что геномная инженерия и геномная технология в мире стали бурно развиваться всего как два десятилетия. Что необходимо со всей ответственностью относиться к разработкам в данной области. Гены по-разному ведут себя на молекулярном уровне. И потому интерес не падает у ученых всего мира. Каждый раз им приходится задавать один и тот же вопрос: что именно стимулирует деление клеток? В организме у человека существуют множество ген. И все отвечают за те или иные процессы, происходящие в нем. Подобные направления встречаются в разработках ученых Японии. Чтобы заглянуть внутрь клеток, им, к примеру, приходится прибегать к их окрашиванию.



На снимке: Лауреат Нобелевской премии Эрвин Неер в геномной лаборатории ЮКГФА, май 2013 года, г.Шымкент

Затем состоялась видеолекция для студентов технических, гуманитарных и шести медицинских вузов Казахстана на тему «Ионные каналы и их роль при хорошем самочувствии и заболеваниях». Э.Неер еще раз заглянул в историю «разработки метода локальной фиксации потенциала, позволяющего изучить свойства ионных каналов живых клеточных мембран», за которую он получил Нобелевскую премию в 1991 году.

Вкратце метод локальной фиксации – электрофизиологическая методика для изучения свойств ионных каналов, состоящая в том, что фрагмент клеточной мембраны изолируется с помощью специальной микропипетки. Эта методика дает возможность экспериментатору контролировать разность потенциалов между сторонами мембраны, а также помещать ее в среду с определенным химическим составом. В этих хорошо контролируемых условиях измеряют ионные токи, проходящие через мембрану, что, в конечном итоге, позволяет делать выводы о том, как ионные каналы реагируют на электрическое и химическое воздействие.

Метод настолько чувствителен, что позволяет наблюдать поведение и химические превращения единичных молекул, взаимодействующих с мембраной. Разработаны экспериментальные протоколы, позволяющие измерять характеристики ионных каналов оптимальным образом.

Он также остановился на двух научно-технических проектах в фармацевтическом вузе, где ученые изучают деление клеток, чтобы найти применение результатов в хирургической практике, а также в лечении больных туберкулезом. Социально-значимые заболевания всегда были в центре внимания медицинской общественности мира и Казахстана.



На снимке: Лауреат Нобелевской премии Э.Неер с коллективом ЮКГФА, май 2013 г., г.Шымкент.

Немецкий биофизик Эрвин Неер родился 20 марта 1944 года в Ландсберг-на-Лехе (Германия), изучал физику в Мюнхенском техническом университете с 1963 по 1966 годы. Совместно с немецким исследователем Бертом Сакманом получил Нобелевскую премию за разработку «метода локальной фиксации потенциала».

В настоящее время Э.Неер является директором Института биофизической химии Общества Макса Планка в городе Геттингене (Германия), а также заведует кафедрой мембранной биофизики в этом же институте. Одновременно является профессором Университета города Геттингена, сопредседателем Центра Вычислительной нейронауки имени Бернштейна г.Геттингена. Избран почетным профессором ряда международных университетов Испании, Китая, США, Италии, Израиля, Германии.

Э.Неер дал высокую оценку научным направлениям в ЮКГФА. Поделится гость из Германии и ближайшими планами. После поездки в Астану он также посетит Италию.

Ректор ЮКГФА, д.м.н., профессор Б.Д.Сексенбаев отметил, что встреча с лауреатом Нобелевской премии Э.Неер даст новый импульс в организации, методологии и дизайна научных исследований по двум проектам. Поддержка известного ученого – знаковое событие в истории фармацевтического вуза.



На снимке: Лауреат Нобелевской премии Э.Неер и ректор ЮКГФА, д.м.н., профессор Б.Сексенбаев во время посещения мавзолея Ахмета Ясави в городе Туркестане, май 2013 года.

Поездка на древнюю землю Туркестана, на землю великих ученых как Аль-Фараби и Х.А.Ясави, подтверждение сотрудничества и соприкосновения культур.



На снимке: Лауреат Нобелевской премии Э.Неер и редактор научного журнала ЮКГФА Р.А. Шаймерденова.

Организаторами знакового мероприятия выступили ЮКГФА, Ассоциация «Евразийский экономический клуб ученых», Министерство здравоохранения РК.

После лекции выдающийся ученый посетил Туркестан, а затем вылетел в северную столицу для участия в работе VI Астанинского экономического форума и Панельной сессии, организованной Министерством здравоохранения РК.

Райхан ШАЙМЕРДЕНОВА, редактор научного журнала «Вестник ЮКГФА», член Союзов журналистов СССР и Казахстана.

ПОПРАВКА

В качестве поправки к информации в номере 4(61), 2012, авторы Джеймс Расмусон, Эрик Расмусон, Далмон Ларсон, Роб Струд, Андрей Корчевский работают в компании Cemistry&Industrial Hygiene, Inc., Роджер Олсен в компании CDM Smith, Inc. Авторы ни в какой форме не аффилированы с Университетом Южной Каролины.

CORRECTION

As a correction to the information in the issue 4(61), 2012, the affiliation of our authors James Rasmuson, Eric Rasmuson, Dalmon Larson, Rob Strode, Andrey Korchevskiy is Cemistry&Industrial Hygiene, Inc., of Roder Olsen - CDM Smith, Inc. The authors are not in any way affiliated with the University of South Carolina.

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА, ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	2
ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФЕРМЕНТОВ У АККЛИМАТИЗИРОВАННЫХ ЖИВОТНЫХ С МОДЕЛИРОВАННЫМ НЕКРОЗОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АТЕНОЛОЛА В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ <i>Махмудова Ж.А.</i>	
МОДЕЛИРОВАНИЕ КАТЕХОЛАМИНОВОГО НЕКРОЗА МИОКАРДА У КРОЛИКОВ В УСЛОВИЯХ НИЗКОГОРЬЯ <i>Махмудова Ж.А.</i>	6
ИНФОРМАЦИОННОЕ НАПОЛНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ <i>Гориков Е.В., Скороход А.В.</i>	11
ДИНАМИКА ОЧАГОВОЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НИЗКОИНТЕНСИВНЫМ КРАЙНЕ ВЫСОКОЧАСТОТНЫМ (КВЧ) ИЗЛУЧЕНИЕМ НА РАЗЛИЧНЫЕ ЗОНЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>Полясный В.А., Кресюн Н.В., Коболев Е.В., Муратова Т.Н., Годлевский Л.С.</i>	15
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И ПРОФИЛАКТИКИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ <i>М.А. Булешов, Б.Б. Токкулиева, Б. Байжуматова, М.М. Мирзанова, А. Ерманова</i>	18
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ И СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Булешов М.А., Кенжеханова Р.Н., Исаева А.Е., Жамалова М.С. Булешов Д.М., Перменов Б., Кауысбекова Р.Ж.</i>	20
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОЖНО-АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ НАСЕЛЕНИЯ АНТРОПО-ТЕХНОГЕННО ЗАГРЯЗНЕННОЙ ЖИЛОЙ ЗОНЫ ГОРОДА ШЫМКЕНТА <i>Булешов М.А., Омар А.У., Шорина С.Н., Оспанова А.М., Калдыбекова Б.М., Исламов А.И.</i>	23
СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ, СТРАДАЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Б.Д.Сексенбаев, М.А. Булешов, Е.Н.Шеримбетов, Н.Ш.Бектибаева, К.О. Ильясова, Л.Р.Кашкинбаева</i>	26
КОНЦЕПЦИЯ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ <i>М.С. Жамалова., С.А.Намазбекова., А.Е. Исаева, Р.Н. Кенжеханова</i>	30
КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ РОЖЕНИЦ И МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ <i>С.А.Намазбекова</i>	32
АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ – ЕМХАНАЛЫҚ ЖАҒДАЙДА РЕАБИЛИТАЦИЯНЫҢ АМБУЛАТОРЛЫҚ КЕЗЕҢІНДЕ МИОКАРДТЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯСЫНАН КЕЙІН ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ЖҮРГІЗУ ЖҮЙЕСІ <i>Э.З. Баймуханбетова</i>	36
АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА СКОРОЙ ПОМОЩЬЮ ПО ПОВОДУ ИШЕМИЧЕСКИХ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. <i>Ә.А. Алдешев., Л.О. Алданазарова</i>	43
РАСПОЯСАВШЫЙСЯ ПРОСТАТИТ, ИЛИ ЧТО ГУБИТ МУЖСКОЕ ДОСТОИНСТВО (НЕСКОЛЬКО МАЗКОВ К ПОРТРЕТУ ЧУМЫ ХХІ ВЕКА) <i>Р.А. Мусиралиев, А.А. Касымбеков</i>	45
ПЕРЕРАБОТКА ПИЩЕВЫХ ОТХОДОВ С ПОЛУЧЕНИЕМ КСИЛИТА <i>Ташкараев Р.А., Кедельбаев Б.Ш., Диканбаева А.К.</i>	47

ОҚО ТОПЫРАҒЫНДАҒЫ ТАБИҒИ РАДИОНУКЛИДТЕРДІҢ АЛТЫ ЖЫЛДЫҚ ОРТАША ДЕҢГЕЙІ С.Ж.Абдразакова, К.Жумагулов, Г.С.Сартаева, Г.Тортаева, А.Абишева, Г.Сыдығалиева	50
ОҚО БОЙЫНША ОРТАЛЫҚТАНДЫРЫЛҒАН АУЫЗ СУЫНЫҢ КӨПЖЫЛДЫҚ ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРІНІҢ ТАЛДАМАСЫ Ә.Ж.Ештай, К.Б.Жумагулов, Г.С.Сартаева, Г.К.Тортаева, К.К.Запарова, С.Самуратова	54
ОҚО АУДАНДАРЫНДАҒЫ ОРТАЛЫҚТАНДЫРЫЛМАҒАН АУЫЗ СУЫНЫҢ САНИТАРЛЫҚ ГИГИЕНАЛЫҚ САПАСЫ Ә.Ж.Ештай, К.Б.Жумагулов, Г.К.Тортаева, Г.А.Сыдығалиева, Г.С.Сартаева, К.К.Запарова	57
РАК И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА Асарбаева Д.К., Джумашев Е.М.	60
ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО(ФСЛО) ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ(НА БАЗЕ ОДБ). Мустафина С.С.	65
АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНЫХ РОДОВ ПО МАТЕРИАЛАМ ОПЦ №4 Г.ШЫМКЕНТ Э.Н.Алиева, С.У.Мамырбекова, Л.Е.Укибаева, С.В.Новик, Б.С.Дүйсенбаева	67
АНАЛИЗ ПЕРИНАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ ПО МАТЕРИАЛАМ ОПЦ №4 Г.ШЫМКЕНТА С.У.Мамырбекова, Э.Н.Алиева, Б.С.Дүйсенбаева, К.Ю.Чернова, М.Ш.Гасанов	70
АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ИСПРАВЛЕНИИ РАСЩЕЛИНЫ ГУБЫ И НЕБА Ж.Б.Накипов, Д.А.Бабаханов, Э.Латилов, Е.Ж.Табынбаев	73
СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУТОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ РАЗРЫВАХ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ Ж.Б.Накипов, А.П.Ахметов	77
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРОДОНТИТА У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЛИЯНИЯ СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НИЗКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ Ю.В.Лахтин	80
УИППЛ АУРУУЫ Омарова Х.С., Альмуханова А.Б.	83
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ С.А.Сақыбаева	87
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ТАМПОНАДЫ ПОЛОСТИ НОСА ПОСЛЕ СЕПТОПЛАСТИКИ Н.Е.Ибраков, Г.Н.Мукашев, И.С.Курманкулов, К.Б.Момбаев	90
РАДИОВОЛНОВАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ТОНЗИЛЛИТА Н.Е.Ибраков	92
ОБЗОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ РАССЕЛА-СИЛЬВЕРА Аргинбекова А.У.	94
ГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ Аргинбекова А.У.	97
I/D ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АПФ У БОЛЬНЫХ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В СРАВНЕНИИ СО ЗДОРОВЫМИ И С ДАННЫМИ МИРОВОЙ ЛИТЕРАТУРЫ Г.К.Бахтиярова, Ж.Б.Накипов	101
МИОКАРДИНАЛЬНАЯ ЦИТОПРОТЕКЦИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ. Толеген Г.Т.	105
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В АСПЕКТЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ТРАНСМИССИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ Г.А.Ибраймова	108
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЙОДОДЕФИЦИТОМ СРЕДИ ДЕТЕЙ Д.С.Рахымбердиев, М.А.Сайденова, Б.А.Тулепбергенова, О.Е.Байкеев	109
ВЗАИМОСВЯЗЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ Р.А.Кадырбаева	113
ЧАСТОТА ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ Р.А.Кадырбаева	115
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА Е.А.Акимжанова	117
БАЛАЛАРДА АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯНЫ ЕМДЕУДЕ ЛАЗОЛВАНДЫ ҚОЛДАНУ ТИІМДІЛІГІ. З.О.Байдибекова	119

ЕМХАНА ЖАҒДАЙЫНДА БАЛАЛАРДЫҢ АУРУЛАРЫН ЫҚПАЛДАСТЫРА ЖҮРГІЗУ ӘДІСІ Джунусова Г.К.	121
АНТИРАБИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ПРИ УКУСАХ ОПАСНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ Ф.Б.Кистаубаева	123
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. КОНСЕРВАТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА ПРИ ЧАСТИЧНОМ ПРИРАЩЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ К.О. Абжаптарова	125
СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Ж. Абжаптаров	127
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НЕЛЛР-СИНДРОМА К.О. Абжаптарова	129
ПРОЯВЛЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА С АРИТМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Т.Ю.Пахомова	131
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ Т.Ю.Пахомова	133
ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ М.А. Хайруллаев	135
ДИАГНОСТИКА И ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА Б.Д.Надуева, М.А.Сафарова, Л.К.Сафарбаева, Т.К.Токбергенова	139
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ТИМУСА ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Б.Д.Надуева	141
ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ Б.Б.Каржауова	144
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ЭЛАСТИЧНОСТИ МИОМЕТРИЯ В НОРМЕ Б.Д.Надуева	146
РОЛЬ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ Каюпова Ф.С.	148
К ВОПРОСУ ОБ ИЗОЛИРОВАННЫХ РАНЕНИЯХ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ СЕРДЦА Б.А. Оспанов	150
ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРАВМ ОТ УДАРОВ РЕБРОМ ЛАДОНИ Н.Ф. Насипов	151
АНОМАЛИЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ ВЕНЕЧНОЙ АРТЕРИИ - ПРИЧИНА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ Б.А. Оспанов, К.А. Кульмаханов, К.Н. Бекмуратов, М.Д.Ильясов, Ж.Е. Шамшыбеков	154
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ З.Т. Аймагамбетова	157
СКРИНИНГ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО САРЫАГАШСКОМУ РАЙОНУ Асарбаева Д.К.	158
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СКРИНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ РМЖ ПО САРЫАГАШСКОМУ РАЙОНУ Асарбаева Д.К.	161
СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ Сарыбаева Н.А., Адырбекова Ш.Т.	164
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ Ж.Е.Есбатырова	168
ПУТИ СНИЖЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ Ш.М.Сейдинов, Ж.Б.Накипов, Н.К.Тулежанов, Л.А.Шаймерденов	171
ОПТИКАЛЫҚ НЕЙРОПАТИЯЛАР Ж.Б.Накипов, М.Е.Сейсенбаева, А.Т.Мустафаев	174
ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ	177
МЕХАНИЧЕСКАЯ И ХИМИЧЕСКАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ ТЕСТА «РАСТВОРЕНИЕ» Г.В. Раменская ² , Ханс-Юрген Книттер ¹ , Н.С. Береза ^{2*} , Т.А. Ярушок ² , И.Е. Шохин ²	
К ВОПРОСУ СОЗДАНИЯ И ИССЛЕДОВАНИЯ УГЛЕКИСЛОТНОГО ЭКСТРАКТА ТРАВЫ ТАТАРНИКА КОЛЮЧЕГО У.М. Датхаев, Б.Г. Махатова	181
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБИВОЛОЛА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ Ж.М. Сейдалина	184
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСФОРЖА® У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Д.Р. Рашитова	186
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	189

Ж.М. Сейдалина, Д.Р. Рашитова, Л.К. Жағипарова, Л.Б. Тленчина, Ш.Т. Адырбекова ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ГРИППА Аймагамбетова З.Т.	190
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА Баймухамбетов Ж.Ж. Нурмашев Б.К. Ербосынов Г.М.	192
ПРИМЕНЕНИЕ ЭГИЛОКА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Г.В.Догаджина	196
ПРИМЕНЕНИЕ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ Г.В.Догаджина	198
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА. Хайрулла А.Х., Умарова А.Н., Байсенгирова Н.К., Мустафаева Н.Н., Калдыгозова К.Е., Сатымбекова А.Ш., Кауысбекова Р.Ж.	201
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ Бектенова Г.Е., Адырбекова Г.С.	204
ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА АМВАСТАН НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН Ж.Б. Накипов, Э.Д. Сапарбекова	208
ПРИМЕНЕНИЕ ФЕРМЕНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ Д.А.Карабалина	210
ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКАТОРОВ H2-ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Д.А.Карабалина	214
ПРИМЕНЕНИЕ ПЕНЗИТАЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ Д.А. Карабалина, Г.А. Аршабаева, А.К. Култиева, Ж.А. Оразбаева, Ш.Т. Адырбекова	216
МЕТАБОЛИЗМ ВИТАМИНА Д ПРИ РАХИТЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Алтынбаева Г.О.	219
РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ АНАФЕРОНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ Н.Т.Мавланова	221
О Б З О Р Ы	22 5
ТРОМБОЦИТОПЕНИЯНЫҢ ПАТОФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ЖІКТЕМЕСІ (ӘДЕБИ ШОЛУ) Байжанова К.Т., Абдулова С.Н., Абсаттарова А.А.	
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ	229
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: СМЕРТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ЯТРОГЕНИИ Б.А. Оспанов, К.А. Кульмаханов, Н.Ф. Насипов, К. Н. Бекмуратов, Ж.Е. Шамшыбеков, М.Д. Ильясов	
КӨЗ АЛМАСЫНЫҢ ЕНГЕН БӨГДЕ ДЕНЕ ЖАРАҚАТЫ Ж.Б.Накипов, М.Е.Сейсенбаева	231
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ Э.Н.Алиева, С.У. Мамырбекова, Р.Я. Утепова, А.У. Байкубекова	233
П Е Д А Г О Г И К А	235
IDEAS AND TECHNIQUES FOR TEACHING ENGLISH LANGUAGE LEARNERS Ryskeldiyeva A.A., Medetova B.L.	
ВОПРОСЫ ЭТНОПОЛИТИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ ХУННОВ (ГУННОВ) В ПЕРИОД ЕВРОПЕЙСКИХ ЗАВОЕВАНИЙ IV – V ВВ. Н.Э. Т.Ж.Сабитов, К.Б.Кемелбеков	237
ШЕТ ТІЛІН МЕНГЕРУДЕ ТУҒАН ТІЛІМІЗДІҢ МАҢЫЗЫ А.Ж. Жексембаева, А.Е. Сматова	240
INTERCULTURAL COMMUNICATION IN THE PROCESS OF LEARNING A LANGUAGE Ж.Б.Орманова, А.Е.Сматова	242
ЧТО ТАКОЕ КОМПЛИМЕНТ? Г.У.Анартаева	245
ВИДЫ И ФОРМЫ РАБОТ ПО РАЗВИТИЮ РЕЧЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РУССКОГО ЯЗЫКА Г.У. Анартаева, А.Н.Турсунов, Ф.У. Айтмамбетов	248
Информационное сообщение. *VI Астанинский экономический форум ЛАУРЕАТ НОБЕЛЕВСКОЙ ПРЕМИИ ЭРВИН НЕЕР ЧИТАЛ ЛЕКЦИИ В ЮКГФА Р.А. Шаймерденова	251

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-А4. 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 – текстовой 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 отвечают 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.

